

SIMPÓSIO INTERNACIONAL

Trastornos Alimentarios y EMDR

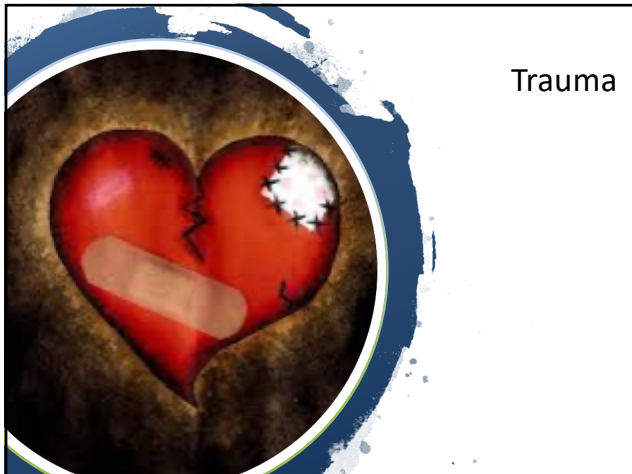
MÓDULO II



NATALIA SEIJO



Brasília - 31 de enero y 1º de febrero de 2020



Qué es Trauma

El trauma psicológico es la experiencia individual y única de un incidente, una serie de incidentes o un conjunto de condiciones duraderas en las cuales:

Se sobrepasa la capacidad del individuo de integrar su experiencia emocional (es decir, su capacidad de mantenerse presente, comprender lo que está sucediendo, integrar sus sentimientos y darle un sentido a su experiencia).

Saakvitne et al, 2000

Trauma

- Trauma por exceso, trauma por defecto
- El trauma se suele asociar a un exceso de estímulo que viene de fuera y que daña gravemente al sujeto.
- Los traumas por agresiones físicas o los traumas por abuso sexual son ejemplos de esto y son las formas más visible de trauma.
- Sin embargo, el cuerpo también produce estímulos internos que necesitan ser tramitados y descargados, pero solamente pueden ser descargados con la ayuda de otra persona que provee las condiciones necesarias para que lo puedan ser.
- Texto
- Un ejemplo claro de esto es el estado de excitación-agresión en la que se encuentra un bebé que tiene hambre.

Trauma de evento traumático

Dentro de los eventos que más aparece en los TA es el abuso sexual.

El 50% de las personas que sufren un TA han sufrido abusos sexuales.

Matarse de hambre o matarse comiendo. Las consecuencias de los abusos sexuales que nadie habla. (Elena Rue Morgue, 2017)



- A menos de que seas una de las 3 o 4 personas del planeta con un autoestima blindada ante el mundo, lo más probable es que, en mayor o menor medida, haya momentos en los que no estés a gusto en tu propio cuerpo.
- **Pero cuando éste ha sido sobado y maltratado por alguien contra tu voluntad, la relación con el mismo puede volverse especialmente conflictiva. (Elena Rue Morgue, 2017).**
- Pagina web; Like, Share and Do

- El odio hacia el cuerpo
- Trastorno alimentario y asociados
- Creencias y conductas con la comida autodestructivas.
- Esconderse dentro de él
- Disociarse de él
- La aversión al contacto físico; problemas con la sexualidad
- Problemas de pareja
- Problemas psicosomáticos.



Trauma de Apego



Trauma de Apego

- Ferenczi, 1933 dice que con el fin de mantener el vínculo con el adulto, el niño sacrifica su propia percepción de la experiencia relacional.
- La negación por parte del adulto, es lo que impulsa los mecanismos de defensa en el niño y genera una vivencia traumática.

Trauma de Apego

- En la infancia una experiencia traumática, es vivida como tal cuando las figuras de apego presentan depresión, desintonía crónica e ira.
- Experiencias muy habituales en la biografía de las personas que padecen TA.

Trauma de Apego

Algo característico en las personas con TA consiste en que pueden sentir el cuerpo anestesiado o dolor en el cuerpo.

Se sienten prisioneras de su propio cuerpo o describen como si estuviesen carentes de él.

Suelen oscilar entre sentir un hiperarousal abrumador y disociación con entumecimiento.

Trauma de Apego

- Tienen enorme dificultad con la regulación emocional.
- Tienen problemas para traducir las sensaciones somáticas en sentimientos.
- La facilidad con la que se pueden activar les hace difícil pensar y sentir.
- En su lugar **niegan y disocian**. Wallin, D. (2007)

Trauma de Apego

- Muchas pacientes de TA actúan como si tuviesen registradas las experiencias pasadas y actuasen respondiendo a ellas.
- Como si las dificultades del día a día supusiesen una amenaza de vida constante
- No pudiendo reconocer que se mantienen en alerta por un pasado que ya pasó y no son conscientes de ello.

Terapia de Apego

- Por ello es importante ***el trabajo de la confianza.***
- Se **nombra** la dificultad de confiar.
- Se **reconoce** la dificultad de confiar.
- Se le hace la pregunta: **en dónde aprendiste a no confiar?**

Trauma de Apego

- Una parte importante en el trabajo terapéutico en los TA, deberá ser centrada en proveer una buena relación de apego.
- La nueva relación de apego que la persona necesita.

Terapia de Apego

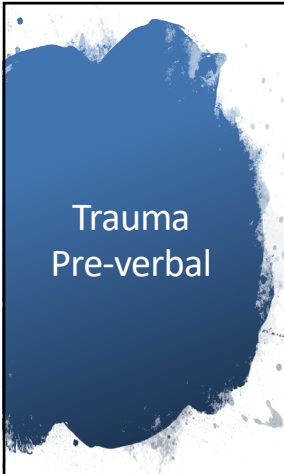
La **fórmula terapéutica** está en ofrecer una combinación de; **empatía y ajuste de límites.**

En muchos casos la metáfora es "*mano dura con guante de terciopelo*"

Contemplando siempre; el miedo, la rabia, frustración y desesperación que puede producir en los clínicos.

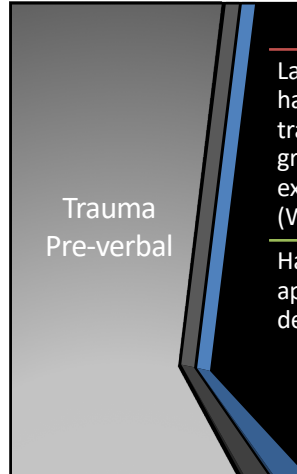
TRAUMA PRE-VERBAL





Trauma Pre-verbal

- Otro trauma muy habitual en los TA es el pre-verbal.
- Cuando aparecen este tipo de recuerdos las pacientes describen un estado emocional sin imagen.
- En ocasiones las personas describen sentir soledad, miedo y en otras describen una parte muy pequeña sola y asustada.



Trauma Pre-verbal

Las experiencias pre-verbales han sido identificadas a través de investigaciones, en gran parte, como experiencias corporales. (Wallin, D. 2007)

Habitualmente no suelen aparecer recuerdos explícitos de lo que sucedió.

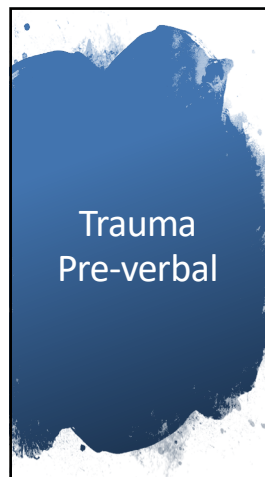
Trauma Pre-verbal

1

Los bebés y los niños pequeños no tienen suficiente consolidación cortical para poder almacenar los recuerdos de manera explícita.

2

De manera que los recuerdos aparecerán almacenados de manera implícita (no se pueden expresar de manera directa).



Trauma Pre-verbal

- Si el trauma sucede a una edad temprana aparecerá el recuerdo somático que nos puede dar una señal de la naturaleza del mismo.
- La persona describe sentirse fragmentada o describe tener sensaciones generalizadas en todo el cuerpo: inquietud en brazos y piernas, sensación de frío que recorre el cuerpo...
- El cuerpo como centro de expresión del trauma.

Trauma Pre-verbal

- La persona al reprocesar este trauma se puede sentir inundada de emoción y no reportar ninguna información verbal al terapeuta.
- Las creencias que suelen estar asociadas a este tipo de trauma podrían ser: “no tenía que haber nacido”, “no soy bien recibida”, “no tengo mi lugar en el mundo”.

Trauma Pre-verbal

1

El cuerpo expresa lo que no puede ser puesto en palabras.

2

La manera de procesar este trauma es a nivel somático.

3

A través de las sensaciones y emociones del cuerpo como una extensión de todo lo que ocurre emocionalmente.

Trauma Pre-verbal

- El trabajo en terapia en este punto se desarrolla con el **reprocesamiento somático** a través del cual podemos llegar a reprocesar las experiencias traumáticas retenidas en el cuerpo.
- **Los entretejidos somáticos** nos ayudarán a poder deshacer nudos somáticos en los que se atasca el procesamiento.

TRAUMA OCULTO

Trauma Oculto

- Un tipo de traumas muy comunes en los TA por ello es importante tenerlo en cuenta son los traumas ocultos.
- **Traumas Ocultos** se refieren a la incapacidad del cuidador para modular la desregulación afectiva. (Schuder-Lyons-Ruth, 2004)

Trauma Oculto

- En la infancia muchas amenazas percibidas provienen más de señales afectivas y de accesibilidad del cuidador que del nivel real de peligro físico o del riesgo para la supervivencia. (Schuder y Lyons-Ruth, 2004)

Trauma Oculto

Son difíciles de recordar, son sutiles eventos a los que se les suele quitar importancia que dañan sin mostrarse abiertamente.

Dobles mensajes, manipulaciones verbales, que destrozan no siendo obvios.

Gestos, silencios que ignoran...

En los TA, las conductas con la comida pueden aparecer **a modo de protesta**, desesperanza y aislamiento ante la privación de la figura materna, o **como una defensa** contra una madre no disponible durante la **fase de separación-individuación**.

Trauma Oculto

Trauma Oculto

- Por otro lado provocado por **la vulnerabilidad, debida al control** ejercido por la figura de apego que no permite unos límites sanos del *self* ni que se de la fase de separación-individuación.
- La ausencia física y/o afectiva de la madre, que favorece la predisposición para el desarrollo de TA.

La Diferenciación

En el trauma oculto uno de los trabajos a desarrollar cuando se llega a cierta regulación, es **la diferenciación**.

Es una experiencia interna que no fué completada como proceso natural como resultado de trauma no visto.

Trauma Oculto

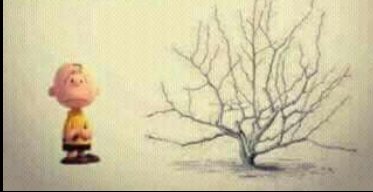
- Para las personas que están reviviendo trauma nada tiene sentido, están atrapados en esa situación en un estado de miedo o rabia oculta.
- Mente y cuerpo están constantemente activos, como si estuviesen en inminente peligro.
- Esto es un problema cuando la persona ha padecido un trauma oculto porque siente lo descrito, pero sin encontrar un origen a su sufrimiento.

Trauma Oculto

La persona siente una alerta interna constante.

Lo que facilita que se desarrolle la defensa del no confiar que bloquea el acceso a capas más internas.

El mundo está lleno de gente
que quiere recoger frutos
de árboles que nunca
sembraron.



Trauma Oculto

- El trabajo en terapia se desarrollará hacia la dirección de promover que la persona se sienta que se puede hacer cargo de su vida.
- Para ello trabajaremos **el control y la base segura.**



TRAUMA DE TRAICIÓN

Trauma de Traición

- **Trauma de traición** Freyd (2008) puede ser usado para referir un tipo de trauma independiente de la reacción de trauma.
- Ocurre cuando la gente o instituciones de las que la persona depende para sobrevivir, violan la confianza o bienestar de la persona: físicamente o emocional.
- Abuso sexual perpetrado por un cuidador son ejemplos de trauma de traición.

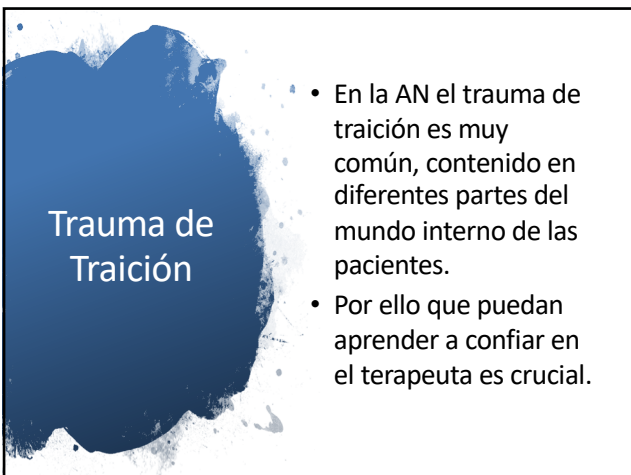


Trauma de Traición

- La teoría del Trauma de Traición según Freyd, J.(2002) la define como el grado por el cual un evento negativo representa una traición que influirá en la manera en la cual esos eventos son procesados y recordados.
- Esta teoría explicaría la rabia que aparece en los TA y que pasa de largo si el clínico no reconoce este tipo de trauma.

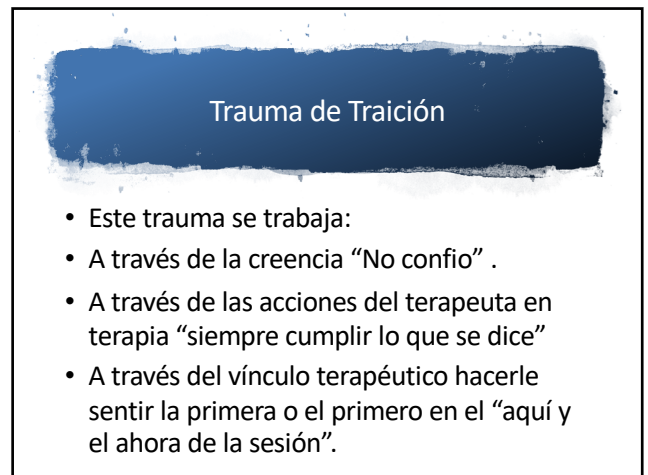


No es necesario golpear para hacer daño.
Una palabra, duele.
El silencio, duele.
Una traición, duele.
El desprecio, duele.
La indiferencia, duele.



Trauma de Traición

- En la AN el trauma de traición es muy común, contenido en diferentes partes del mundo interno de las pacientes.
- Por ello que puedan aprender a confiar en el terapeuta es crucial.



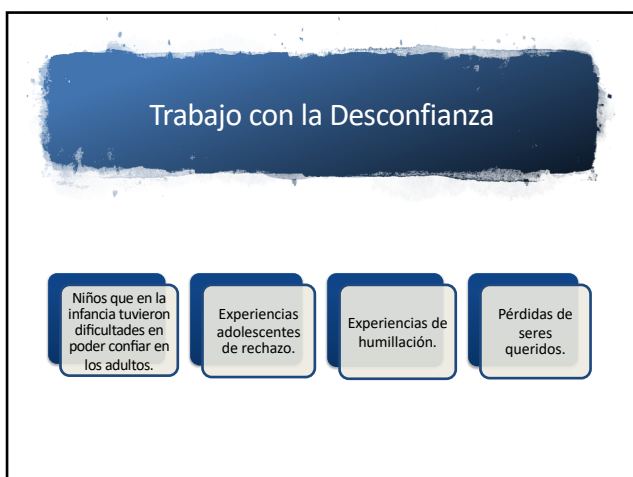
Trauma de Traición

- Este trauma se trabaja:
- A través de la creencia “No confío” .
- A través de las acciones del terapeuta en terapia “siempre cumplir lo que se dice”
- A través del vínculo terapéutico hacerle sentir la primera o el primero en el “aquí y el ahora de la sesión”.



Trauma de Traición

- Las personas que padecen un TA necesitan confiar pero les resulta muy complicado.
- El terapeuta será el modelo en quien aprenderán a confiar y para ello tenemos que ser totalmente confiables.
- La creencia central del trabajo para este trauma será **“la traición de la confianza”**, todas las dianas asociadas a ella.



TRAUMA DE DIETAS

Trauma de Dietas

- Uno de los traumas que debemos reprocessar en los TA, son los traumas asociados a hacer dieta.
- Las personas que sufren estos trastornos se pasan gran parte de su vida haciendo dietas, en muchos casos desde bien temprano en la infancia.

Trauma de Dietas

Llega a ser vivido traumático para la persona.

Hacer dieta está asociado con grandes niveles de ansiedad, frustración, tristeza y sensación de indefensión.

Se traduce en la imposibilidad de realizar dietas.

El trabajo se basa en los peores momentos asociados al hacer dieta.



TRAUMA DE HOSPITALIZACIÓN

Trauma de Hospitalización

- El trauma de hospitalización es el provocado por los diferentes ingresos que las personas con TA se ven obligadas a sufrir a lo largo del trastorno.
- Bien debido al bajo peso como a lo incontrolable que pueda llegar a ser el atracón o el atracón y el vómito que requiera de un ingreso.

Trauma de Hospitalización

- Estos ingresos están asociados a grandes niveles de angustia por la vivencia del ingreso.
- Será importante trabajar los peores momentos asociados a los ingresos y a como la persona los vivió.

- Siempre tener en cuenta algo que repara y calma durante la terapia....

No puedes cambiar el pasado,
pero sí aprender de él

Alicia





EL PAPEL DEL ABUSO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y OBESIDAD DESDE EL ABORDAJE EMDR

Natalia Seijo

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y OBESIDAD



Los trastornos alimentarios son considerados entre los más difíciles de tratar y de los que más índice de mortalidad tienen entre los trastornos mentales. (Abras, 2001).

Entre ellos, la **anorexia nerviosa** es uno de los diagnósticos psiquiátricos con una **tasa más elevada** (Arcelus et al., 2011).

En **Bulimia nerviosa** los problemas médicos más frecuentes están relacionados con la **pérdida del potasio** debida a los vómitos que se inducen y/o a la ingesta compulsiva de diuréticos y laxantes. (Lyn, 2002).

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor de riesgo por muerte en el mundo (3,4 millones de adultos/as mueren al año) (Smith, K.B., Smith, M.S., 2016)

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y OBESIDAD

- Los TA afectan mayoritariamente a mujeres y los estudios epidemiológicos coinciden en señalar una prevalencia de un 1% para la Anorexia Nerviosa, un 2% en el caso de la Bulimia Nerviosa y un 3,5% para el trastorno por atracón.
- Sabemos cómo tratarlos utilizando diversas formas de psicoterapia y algunos psicofármacos; pero la mejoría requiere largos periodos de tratamiento y pueden cronificarse o desembocar en otros problemas de salud o incluso causar la muerte. (Boraga, Rafael 2015)

- La complejidad de los TA y el riesgo que tienen para las personas que los padecen siguen siendo desconcertantes y confusos incluso para los profesionales que llevan trabajando con ellos durante años.
- Los tratamientos para los TA no son efectivos en un 40% para la BN (Stice, 1999) y para la AN tienden a ser todavía más bajos. (Stice, 1999).



- Si los trastornos alimentarios dependiesen únicamente de la comida tendría sentido que cambiando las conducta alimentaria resultase sencillo salir del trastorno. Sin embargo desafortunadamente no suele ser así.
- En un estudio longitudinal llevado a cabo por Bulkin et al., (2007) desde el año 1980 al 2005, se vio que aplicar medicación y trabajar con la conducta aporta resultados poco concluyentes. (Openshaw, et al. 2004)

- Estudios recientes relacionan el TEPT con los TA y muestran resultados de aproximadamente un 75% de mujeres en tratamiento que admitían padecer algún tipo de trauma
- Mientras que el 50% de estas mujeres tenían historia de TEPT
- Dentro de los traumas que estas pacientes relatan el abuso es uno de los traumas más frecuentes tanto en los TA como en la obesidad.

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y OBESIDAD Y EL ABORDAJE EMDR

- Aunque todavía no hay investigaciones que lo avalen a través del trabajo en clínica, puede constatarse que con la terapia EMDR estos trastornos pueden llegar a tener resultados de hasta un 50% en la reducción del tiempo de tratamiento con respecto a otros abordajes terapéuticos.
- Una de las piedras angulares de la terapia EMDR es el trabajo con el trauma y las experiencias adversas de vida y precisamente es este punto el que facilita la efectividad del tratamiento en estos trastornos.

Cómo Llegar al abuso cuando al trabajarlo se activa la sintomatología del TA y a su vez es el origen para sanarlo? desde el EMDR tenemos el esquema

- Relación terapéutica
- Reconocer e identificar el tipo o tipos de abuso que la o el paciente ha sufrido.
- Conceptualizar el abuso que está en la base del TA
- Sintomatología que conecta con el abuso
- Estabilizar la sintomatología del TA
- Suavizar las defensas que protege el mundo interno
- Trabajar con las partes y la disociación
- Empezar con las dianas más accesibles que proporcione integración
- Continuar con las dianas más duras del abuso

Abuso en Trastornos Alimentarios y obesidad



- En los TA el **abuso sexual y el maltrato emocional** son los que con más frecuencia aparecen en estas pacientes (STEIGER H et al, Int J Eat Dis, 2009, CHOU KL et al J Clin Psychiatry, 2012, BURNS EE et al Child Abuse and Neglect, 2012, GRILO y MASHEB, Obes Res, 2001).

- Diversos estudios han encontrado una relación entre maltrato infantil y trastornos alimentarios, en especial, los que conllevan una pérdida de control de la ingesta (bulimia nerviosa y trastorno por atracón). (GRILO y MASHEB, Obes Res, 2001, STRIEGEL-MOORE et al, Am J Psychiatry 2002, SACHS.ERICSSON N et al, Int J Eat Disord, 2012, FOSSE GK et al, Eat Behav 2006).

Obesidad



- Una reciente revisión exhaustiva de los estudios publicados al respecto encuentra una asociación clara entre los antecedentes de maltrato y el riesgo de obesidad en la vida adulta (DANESE y TAN Mol Psychiatry 2014).
- En el mismo estudio los autores calculan que evitando 7 casos de maltrato conseguiríamos evitar la obesidad al menos en un individuo.
- Parece que el abuso en la infancia altera la producción de leptina, una proteína producida por el tejido graso que promueve en el organismo el gasto de energía

- Algunos estudios tratan de distinguir las variables que median la aparición de TA en pacientes que sufrieron maltrato.

- Una de ellas es la alteración de la imagen corporal. Dos estudios coinciden en señalar la influencia negativa del abuso sexual en la imagen corporal (DYER A et al Psychopathology, 2013, VILLARROEL AM et al Eur Eat Disord Rev, DYER A et al, Body Image, 2013).

El cuerpo y el abuso en los TA



Las secuelas del abuso en el cuerpo

El odio hacia el propio cuerpo



- A menos de que seas una de las 3 o 4 personas del planeta con un autoestima blindada ante el mundo, lo más probable es que, en mayor o menor medida, haya momentos en los que no estés a gusto en tu propio cuerpo.
- Pero cuando éste ha sido sobado y maltratado por alguien contra tu voluntad, la relación con el mismo puede volverse especialmente conflictiva.
- No es raro que una persona que ha pasado por algo así utilice su relación con la comida para tratar de protegerse de posibles futuras agresiones.

Sacado de Google

Disociación Somática



En las personas que padecen un Trastorno Alimentario encontramos que el propio cuerpo es sentido como "ajeno", como algo externo.

La vivencia traumática puede ser una vía de entrada para la experiencia disociativa.

Despersonalización



S. Boon (2017) clasifica como síntomas graves de despersonalización:

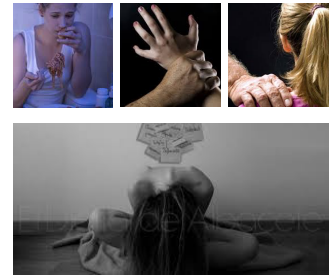
- **Despersonalización "somatomorfa"**: incapacidad de sentir (partes de) el cuerpo; sensación de desconexión con respecto al cuerpo; incapacidad de sentir hambre o sed.
- **Despersonalización "psicoforme"**: experiencias de estar fuera del cuerpo.



- Calvi (2005) expresó que los cuadros de bulimia y anorexia son frecuentes entre las/los jóvenes que fueron abusadas/os de niñas/os y castigan el propio cuerpo, frente a la sensación de asco y vergüenza que sienten por lo que pasó.

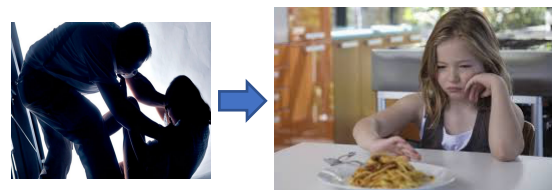
Tipos de abuso en Trastornos Alimentarios

- Abuso físico.
- Abuso sexual.
- Abuso emocional.
- Abuso de poder.
- Munchausen por poderes



El Abuso en los Trastornos Alimentarios

- El **abuso sexual infantil** parece ser uno de los factores de riesgo tanto de los **trastornos alimentarios como de la obesidad**.
- Opydo-Szymaczek, J.; Jarząbek-Bielecka, G.; Witold Kędzia, Borysewicz-Lewicka, M. (2018)
- Las mujeres víctimas de abuso sexual infantil tienden a desarrollar pobre autoestima y trastornos alimentarios más frecuentemente que los hombres.



Entre las consecuencias a largo plazo, es decir a más de dos años del cese del abuso sexual infantil (ASI), se observa un **gran número de casos que desarrollan a posteriori patologías alimentarias**.

Sobre todo en aquellos que han sido **descalificados, retractados y acusados en sus relatos** acerca del abuso infantil y/o sin un adecuado tratamiento judicial y/o familiar del ASI. Summit (1983)

- Entre las consecuencias de una revelación sin respaldo se ubican la anorexia, la bulimia y otros trastornos alimentarios.
- La no resolución de evento traumático que representa el abuso por falta de apoyo, falta de credibilidad y acusaciones a la víctima aportan un terreno fértil para el posterior desarrollo de los trastornos alimentarios.



Se observa el desarrollo de los trastornos alimentarios en aquellos casos que reciben desconfianza y negación ante la revelación del abuso; por parte de la figura materna o miembros significativos del grupo familiar.

- Las patologías alimentarias se desarrollan cuando no hay palabras o cuando no fueron escuchadas o creídas.
- De esta forma el cuerpo comienza a hablar.
- *“Se habla y se come por el mismo lugar, la boca, la cual en estos casos habló y no fue oída, por lo tanto debió callarse”*. Losada, A. V. (2011).

- Cuando se respalda la revelación y se cubre la necesidad de la niña no vista.
- El procesamiento emocional y la abreacción en el abuso en estas pacientes.

El abuso emocional





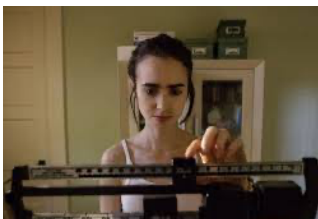
• Humillaciones, aislamiento, amenazas... unas de las herramientas de ese maltrato invisible: el psicológico o emocional.

• Además, esa caja de herramientas de las que se valen los abusadores/as es variada; contiene **desde ataques verbales y ridiculización, hasta juegos mentales e ironías para confundir y poner en duda la cordura de la víctima.**

Dianas video abuso emocional

- Las dianas que se perfilan para continuar el tratamiento
- El episodio en el que su madre le mete la miga de pan a la fuerza hasta que vomita
- Los momentos en los que a ella se le prohíbe comer y a los/as demás niños/as no.
- Los momentos en los que aprendió a ver la realidad a través de los ojos de su madre sin poder diferenciarse porque nadie le enseñó a verse.

Abuso de poder



- Aprovecharse de la autoridad que se tiene para extorsionar a otra persona.
- Es un acto de la violación de confianza.
- En los TA, en las hospitalizaciones puede darse un abuso de poder.
- Desde los diferentes profesionales de diferentes ámbitos que tratan de una manera abusiva a estas/os pacientes, con conductas, palabras y desde el trato.



El abuso en la hospitalización

Munchausen
por poderes



- Las personas no tienen problemas con la comida sino con la realidad que les ha tocado vivir y la comida cumple el papel para alejarse del miedo, el dolor o los recuerdos que les invaden y no puede digerir.
- Desde el EMDR el procesamiento de todos estos recuerdos liberará el sistema para la curación del TA.



Seijonatalia@gmail.com
www.nataliaseijo.com

IDENTIFICACIÓN Y COMPREENSIÓN DE LAS PARTES.

- Se describe cada parte (su edad, qué estaba pasando en aquella época de su vida...).
- Se van recogiendo aquellos traumas o eventos para poder trabajarlos en fases de tratamiento posteriores.
- Conexión del “yo central” con las diferentes partes.
- A medida que se va “descubriendo” el sistema interno, podremos ir reconociendo las diferentes defensas que surgen al tomar contacto con los diferentes aspectos del mundo interno.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

TRABAJO CON LAS PARTES

- Dificultades que surgen.
- Funciones de cada una de las partes.
- Relación entre ellas.
- Creencias que puedan ayudar a identificarlas.
- Validaciones que sabremos reconocer en cada parte para poder crear mayor implicación del sistema en la terapia.
- Generar confianza al hacerlo.
- Llegar al trabajo Defensa/Parte/Trauma o experiencias adversas

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- Cuando entramos a trabajar con el mundo interno en los TA, se suelen movilizar las defensas que protegen el sistema.
- Este es un primer paso que indica que se está haciendo un buen trabajo, a pesar de que realmente parezca lo contrario.
- Cuando se movilizan las defensas, el terapeuta da un paso atrás.
- La activación de defensas es un indicador de que se está entrando en una capa que aún no está preparada para ser neutralizada.
- Volvemos un paso atrás y trabajamos sobre lo que viene.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

Lo que nos podemos encontrar cuando se movilizan defensas:

- Miedo a entrar en contacto con la parte vulnerable. Vulnerabilidad entendida como debilidad.
- Miedo a tomar conciencia de una realidad que hasta el momento no lo había sido, tanto por la fantasía disociativa como por las defensas de idealización.
- El rechazo a la niña por el dolor que contiene esta parte.
- El control, una defensa habitual en los T.A.
- La culpa y el control son las defensas que aparecen habitualmente.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- La “no diferenciación” como proceso no elaborado en la etapa infantil. Es una defensa que al mismo tiempo viene de una experiencia incompleta en edades tempranas.
- La niña no pudo aprender a diferenciarse de las figuras de apego, porque las figuras de apego no lo propiciaron.
- Esto provoca el no poder diferenciar lo que es propio de lo que es ajeno.
- Está asociado a la culpa y la falta de límites.
- La piraña como parte defensiva que contiene la agresión de las palabras negativas, críticas o falta de validación que la persona sufrió en su vida y aprendió a internalizar.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- La piraña es una parte que, cuando sana, ayuda mucho a la integración del sistema. Se convierte en la base del autoconcepto y la autoestima.
- Sin embargo, en los primeros momentos de la terapia es la parte punitiva.
- No permite la entrada al sistema y genera infinidad de resistencias.
- En las pacientes más disociadas, se puede ver como hacen el cambio en la voz y en la actitud defensiva y, en ocasiones, agresiva.
- Es la parte que, desde el sistema, colabora en las autolesiones. Su voz es la que más escuchan las personas con T.A. y la que más agresiva resulta.
- Por ejemplo: “Te tienes que cortar por gorda”, “por haber comido de más te mereces un castigo”, “me dice que me golpee porque no he conseguido el objetivo que me había propuesto con la comida y, hasta que no lo hago, chilla y chilla dentro de mí”.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

La confusión de la “niña que nunca lo fue”.

- Es habitual que aparezca un conflicto o confusión en esta parte. El refuerzo recibido por ser adulta desde pequeña es la validación que la mantiene atrapada en la creencia “si no soy eso, dejaré de ser válida”.
- Este conflicto dificulta el acceso al sistema.
- Es una parte que ha sido reforzada por ser como es.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- Puede provocar resistencia al cambio cuando se le sugiere que ha de cambiar para poder salir adelante.
- Actuar como lo ha hecho hasta el momento es ser validada; lo contrario en muchos casos es “no existir” o “desaparecer”.
- Las partes hadas, ninfas o espirituales representan la figura de apego segura que no hubo.
- Las partes muertas en el sistema.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- El "yo rechazado" es la parte que genera la distorsión de la imagen corporal.
- Es la imagen que la persona rechazada de sí misma y hacia la que siente fobia de volver.
- El "yo rechazado" también puede ser el yo del presente. En obesidad suele ser un yo presente y se trabajará igual que el del pasado.
- Puede darse este mismo caso especial en personas que han sufrido algún tipo de accidente o modificación física que no puedan aceptar.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- El "yo escondido" está protegido por el "yo rechazado".
- Una vez que se trabaja con el "yo rechazado" es habitual que estemos cerca del "yo escondido".
- El "yo escondido" contiene dolor, vergüenza y miedo. Es una parte que ha sentido que no se podía mostrar, porque cuando lo hizo en el pasado sintió que era peligroso.
- De manera que, habitualmente, es una parte que suele aparecer oculta: en una cápsula, en una burbuja, como protegida en una habitación, aislada y con mucha desconfianza ante los demás y el mundo en general.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- El "yo escondido" es una de las partes que, junto al "yo rechazado", suele aparecer en fases avanzadas del tratamiento.
- Son partes dañadas, para las que se necesita cierto nivel de integración del sistema antes de poder entrar en lo que contienen.
- De manera que, a pesar de que se pueden mostrar en diferentes momentos del proceso y desde donde las podremos identificar, se podrá trabajar con ellas en fases más avanzadas.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- El "yo gordita" es la parte que en obesidad, TPA o BN puede también generar dificultades y defensas.
- Esta parte contiene humillación, creencias de ser diferente a los demás, de ser inferior y sobre todo de ser gorda, con todo lo que ello genera a nivel social.
- Es una parte que se reconoce por la necesidad de agradar, de adaptarse a la otra persona, de la risa y por la capacidad de "aguantar con paciencia", "tragando todo".
- Es la defensa que ha hecho que la persona pudiese sentirse aceptada por los demás.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- “La niña que no pudo crecer” es la parte del sistema que se muestra vulnerable y, desde ahí, genera rechazo.
- Es una parte que se puede mostrar con los estados de una niña pequeña: triste, callada, con pataleta, caprichosa, mimosa, enrabietada...
- El rechazo a la niña suele venir de partes como “la niña que nunca lo fue” y/o “la piraña”, que suelen ir juntas con frecuencia, sobre todo al principio del tratamiento antes de que se produzca algún tipo de integración.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- Este rechazo es obvio cuando aparece (p.ej., “Cuando me meto en el sistema ahora, veo una niña pequeña, está sentada abrazando las piernas. ¡No la puedo soportar! Es vulnerable y no quiero verla. Por su culpa me siento mal y no puedo conseguir lo que quiero...”

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

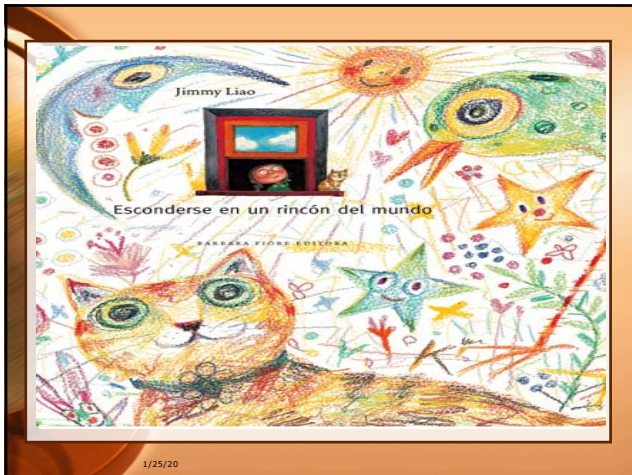
- Las partes pre verbales se muestran a través de somatizaciones y son las que más aparecen cuando el T.A. está asociado a un trastorno psicósomático o a una disociación somática.
- Estas partes son las que generan creencias como “no tengo mi lugar en el mundo”, “no fui deseada” o las que pueden destapar abusos no conscientes hasta el momento.

copyright (c) Natalia Seijo 2017

DIFICULTADES QUE PUEDEN SURGIR EN EL TRABAJO CON PARTES

- Para el trabajo con estas partes, el “yo central” ha de estar lo suficientemente integrado como para acceder a la situación y hacerse cargo de la parte.
- Para ello, las defensas del miedo y creencias como “no soy capaz” han de estar ya trabajadas.
- Cuando el “yo central” no es del todo capaz de acceder a la situación, pero se hace necesario para el fluir del sistema, el terapeuta puede ofrecer acompañamiento.

copyright (c) Natalia Seijo 2017



1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- Con este término denominamos a esta defensa muy común en los T.A.
- Consiste en un lugar creado a nivel imaginación, como un mundo paralelo en el que la paciente vive muy frecuentemente desde la niñez.
- En este "mundo" puede haber personajes, paisajes, lugares físicos en donde el paciente vive experiencias, situaciones o aventuras.

1/25/20

- Normalmente es una visualización vívida, como un "soñar despierto" disfuncional.
- En este estado se induce esta fantasía como compensación de algo que no tiene, algo que falta.
- "La Experiencia faltante" (Terapia Sensoriomotora), ésto es, el paciente busca en este "soñar despierto" la experiencia que falta, ha creado este mundo para poder completar o equilibrar lo que necesita.
- Suele utilizar un pensamiento simbólico, no concreto.

1/25/20

- En muchas ocasiones pueden funcionar como elemento elicitor de BS
- Un ejemplo de ésto sería:
 - "el otro día volví a mi mundo en el que yo era la heroína, todo el mundo me vitoreaba y sentía que era importante y todos los personajes reconocían mi victoria..."
- La experiencia faltante de esta paciente es el no haber sido reconocida en su vida y su necesidad de que se la vea desde siempre está en su experiencia faltante y que ella ha cubierto con la fantasía disociativa.

1/25/20

- Si a las pacientes no se les pregunta por esta fantasía, no lo cuentan porque no lo reconocen como algo de lo que hablar.
- Normalmente es algo privado e íntimo que no han compartido con nadie, en la mayor parte de los casos lo normalizan diciendo que éso es algo que todo el mundo hace no?
- Puede aparecer acompañada de vergüenza.
- Cuando se les pregunta por su fantasía hay que ir con sumo cuidado porque en muchas ocasiones es su BS y para ellas cumple la función de auto-regulación.

1/25/20

- Hay que psicoeducar haciéndoles ver con cuidado que esta fantasía no todas la personas la tienen, ya que, está tan normalizada en su sistema interno que adaptan ésto y creen que todo el mundo se va a su fantasía para sentirse bien, en calma, regulado, una manera de "no aburrirse" cuando eran pequeñas, es decir de compensar que no se les prestase demasiada atención.
- El trabajo con esta defensa se basa en un primer momento en psicoeducar, explicando la función que esta defensa tiene para el sistema interno al completar la experiencia que faltó.
- En un segundo momento se trabaja el aprender a traducir el significado simbólico de la fantasía por uno concreto, de manera que la paciente pueda saber que es lo que necesita q de que no está siendo consciente o que no se está permitiendo que está necesitando.

1/25/20

- En un segundo momento se trabaja el aprender a traducir el significado simbólico de la fantasía por uno concreto, de manera que la paciente pueda saber que es lo que necesita q de que no está siendo consciente o que no se está permitiendo que está necesitando.

1/25/20

- El objetivo no es intentar que salgan de ese mundo porque los estados o partes emocionales infantiles dependen de él y sin él no hay BS en donde apoyarse y la paciente puede llegar a desregularse y puede abandonar el tratamiento.
- Normalmente cuando les preguntamos por este lugar fantaseado, suelen responder "¿cómo lo sabes?" porque es algo que tienen como sólo de ellas y su sensación es de verlas demasiado y se asustan es como verse desprotegidas.

1/25/20

- Intentar validar a la niña, los estados o partes infantiles que han necesitado crear esa fantasía porque la vida real, era aburrida, era dura, se sentía sola, se sentía abandonada...
- Para preparar las dianas con las que trabajar EMDR después de la psicoeducación y validar su experiencia interna, se traduce la experiencia que faltó a través de la fantasía y se le lleva al lugar en dónde se sintió que le faltó esa experiencia, quién era la persona de quién le faltó la experiencia y con qué recuerdos le conecta, haciendo diferentes dianas...

1/25/20

- Expresándole que todo lo que creó en ese otro mundo lo sacó de éste quizá sólo tenga que aprender a buscar.

1/25/20

"Cuando lo que ocurre en este mundo no está bien, en la fantasía las cosas funcionan a mi medida y necesidades"

El abordaje de la fantasía disociativa

- **El paso de la fantasía a la realidad, requiere ir con cuidado ya que es un lugar que da mucha seguridad.**
- **El proceso de individuación no desarrollado genera un duelo** que las pacientes pueden llegar a vivir como un retroceso si el terapeuta no llega a reconocerlo.
- La necesidad de la persona es a sentirse vista

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- La fantasía disociativa es una defensa que puede ser definida **como un soñar despierto.**
- Se incluye en la experiencia disociativa.
- Es el mecanismo de defensa favorito de las personas con tendencia evitativa.
- La persona con fantasía disociativa crea un mundo, el propio.
- **Es el lugar favorito del yo escondido.**

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- Es uno de los tipos de disociación más habituales en los trastornos alimentarios.
- Con mayor frecuencia aparece en AN, TPA y VP.
- Suele pasar desapercibida debido a la falta de conciencia por parte de las pacientes.

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- La persona se ausenta de la vida real y vive de manera más intensa en la fantasía.
- De esta manera desconecta de los sentimientos amenazantes.
- De la autopercepción de no sentirse capaz.
- Evita sentir que no vale, que no es suficiente...

1/25/20

Caso clínico

Hoy me quedé en mi sofá estaba sola y me sentía triste, el vacío empezaba a mostrarse.

Casi sin darme cuenta me fui a mi mundo, como tu llamas a mi mundo del Tolkien. Allí estaba yo en mi apartamento en París. Abrí las ventanas y pude ver la ciudad y los geranios, allí me siento tan bien!

Veía a la gente pasar y me sentía alegre, la gente me saludaba y sonreía al pasar.

Allí todo el mundo es amable y me siento querida. Cuando volví en mí, había pasado cerca de una hora de la que ni cuenta de mí.

Lo más importante es que me sentía tranquila aunque triste de no poder estar allí todo el tiempo.

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- Millon explica el círculo vicioso de la personalidad evitadora desde la perspectiva cognitiva.
- La ansiedad provoca un rastreo continuo del entorno.
- Observa las caras, los gestos de los demás buscando posibles pistas de desaprobación.

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- La persona consigue evitar lo más doloroso: su propia evitación.
- Separándose de sí misma, creando otros roles en forma de personajes para salir del aislamiento.
- La experiencia de sí misma no queda registrada como propia.
- La persona puede enfrentarse a una situación difícil y salir de forma airoso, pero la percepción es que no ha sido así.

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- **Tiene la función** de que la persona se enfrenta a conflictos y se relaciona de manera competente socialmente sin embargo, la sensación no es sentida.
- En su interior la percepción es de evitación y, sin embargo externamente no se percibe de la misma manera.

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- La persona se enfrenta a situaciones temidas en la vida a través de su imaginación.
- En este mundo creado se satisfacen sus deseos.
- Mantiene relaciones con los personajes de su mundo y conversaciones con su imaginación.
- Es un mundo hecho a medida, para cada situación o circunstancia.

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- **Otra de las funciones** es la de **solucionar conflictos**, el problema en ocasiones es que no existe conciencia de que se han solucionado en la realidad.
- **Es un mundo creado en una edad temprana**, de manera que forma parte de la experiencia interna de la persona.
- Las personas con Fantasía Disociativa no hay una conciencia de que es algo que "no todo el mundo tiene" y se sorprenden cuando se les provee de esta explicación.

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- Pueden utilizarse a sí mismas como un personaje.
- **Se crea una historia, como una película en la que la persona es el protagonista** y la trama irá en función de lo que la persona necesite solucionar.
- Inventando personajes hechos a medida.
- Las historias tienen todo tipo de géneros, como la vida: románticas, dramáticas, humorísticas...

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- Es como una huida de uno mismo para ser más competente de lo que se siente por dentro.
- La persona crea situaciones en su imaginación y es allí en donde encuentra refugio a su dolor, a su sentimiento de no ser aceptada, de no ser querida, de ser rechazada..
- Las historias creadas en su fantasía disociativa **satisfacen la necesidad no cubierta.**

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- Es una defensa utilizada desde la infancia como lugar seguro cuando el mundo real ha dejado de serlo.
- En la infancia no ha habido relaciones con adultos lo suficientemente calmantes.
- De manera que la persona aprende a calmarse a sí misma a través de la relación con personajes inventados para ese fin.

1/25/20

LA FANTASÍA DISOCIATIVA

- **El aburrimiento es otra de las raíces de la Fantasía Disociativa.**
- Esto tiene relación con el trauma oculto, en donde el niño se siente no visto por las figuras de apego.
- Las figuras de apego están presentes pero no disponibles para el niño.
- De manera que encuentra en su fantasía el lugar perfecto para evitar el sentir.

1/25/20

Terapia de la Fantasía Disociativa.

- **Se identifica la Fantasía Disociativa.**
- **Se nombra.**
- **Se le pide a la persona que nos cuente como es su fantasía,** su soñar despierta o su mundo.
- Algo importante!! Es que NUNCA se intenta deshacer ese mundo.

1/25/20

Terapia de la Fantasía Disociativa.

- Esa Fantasía ha sido el lugar seguro para la persona y a través del cual la persona ha sabido cómo enfrentarse a muchas situaciones de vida.
- Cuando se intenta eliminar o minimizar esa fantasía la persona reacciona en ocasiones abandonando la terapia.

1/25/20

Terapia de la Fantasía Disociativa.

- De manera que lo que hacemos es respetar esa fantasía y conocer su funcionamiento en la persona.
- **Identificamos la necesidad** que la persona cubre en su fantasía y la nombramos.
- Es importante decirle a la persona que lo solucionado en su fantasía, no lo está en la realidad, ya que, no siempre tiene conciencia de ello, Confundiendo la realidad con la fantasía.

1/25/20

Terapia de la Fantasía Disociativa.

- Una vez identificada la necesidad que no ha sido cubierta se busca la situación en la realidad en donde se ha producido.
- Se marca la diana como un disparador actual o se trabaja la situación más antigua con protocolo estándar.

1/25/20

Terapia de la Fantasía Disociativa.

- Accedemos al recuerdo actual de evitación en donde la persona disocia a través de la fantasía.
- o accedemos al recuerdo en donde la persona aprendió a sentirse de esa manera y el evitar sentirlo.

1/25/20

LA FAMILIA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



La familia en los T.A.

- Nuestro objetivo es incrementar el conocimiento sobre las familias en los T.A.
- Hay investigaciones que afirman que la familia es uno de los factores de mantenimiento en los T.A. (Treasure et al. 2008)
- En estudios en los que se han evaluado pacientes con T.A., se observa que perciben a sus familias como más rígidas (Vidovic, Juresa, 2005).
- Una de las principales críticas que han recibido estos estudios es que se basan en la evaluación de un solo miembro de la familia, generalmente la paciente y con menor frecuencia la madre.

La familia en los T.A.

- De este modo, sólo se genera una única imagen de la perspectiva familiar.
- Estudios recientes incorporan a los/as hermanos/as de pacientes con T.A. como grupo de estudio (Seijo, 2003) para investigar sobre el impacto de los T.A. sobre su calidad de vida.
- Algunos investigadores indican que las madres de pacientes con T.A. perciben menor cohesión, menor flexibilidad y peor comunicación en sus familias (Vidovic et al., 2005)
- Las madres hipercontroladoras.

La familia en los T.A.

Para la **evaluación del funcionamiento familiar** se parte de tres variables:

- **Cohesión:** se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia.
- **Flexibilidad familiar:** se define como el modo en que cambian roles, reglas y liderazgo en la familia.
- **Comunicación familiar:** facilita el movimiento de la familia dentro de las otras dos variables. Consiste en la capacidad de escucha y de expresar ideas y sentimientos.

Nos centraremos en estos tres puntos a la hora de trabajar con la familia, ofreciendo psicoeducación y dando pautas para que puedan entender el trastorno.

La familia en los T.A.

- La percepción diferencial que presenta cada miembro, puede estar indicando la forma en que cada uno percibe que la familia está afrontando el estrés familiar.
- Esta situación puede sugerir la necesidad de exponer a la familia estas discrepancias, con el objetivo de acercar sus puntos de vista.
- Siempre en el momento adecuado.

La familia en los T.A.

Una baja comunicación abierta y elevados problemas en la comunicación con los padres resultan características comunes en la familia.

- **Una comunicación abierta pobre impide que la familia modifique los niveles de cohesión y flexibilidad**, lo que a su vez impide la adaptación de la familia a los cambios que genera la patología alimentaria.
- Esto puede estar asociado a que **las conductas que resultan sintomáticas en la patología alimentaria** tienden a ser ocultadas por las pacientes, repercutiendo en que sientan que hay temas sobre los que no se puede hablar.

La familia en los T.A.

Desde el punto de vista terapéutico, se favorece el diseño **de intervenciones familiares específicas**.

- Psicoeducación acerca del T.A. que la paciente padece y como se procederá en el tratamiento.
- Pautas de comportamiento hacia la persona afectada con el T.A. desde la compasión. Se ha de transmitir que la comprensión es un punto esencial en el tratamiento.
- Ofrecer apoyo en aquellos momentos en los que lo necesiten.

LOS SECRETOS FAMILIARES



Los secretos familiares

- Tal como lo plantea Mara Selvini- Pallazzoli en sus estudios sistémicos, aunque el síntoma alimentario es corporal, adquiere un significado simbólico que va más allá de lo individual para convertirse en una metáfora familiar o social que expresa algo que es necesario revelar y comprender.
- “Mi silencio de tantos años”, como decía una paciente refiriéndose al abuso por parte de su padre.

Los secretos familiares

Dentro de esta óptica, la conducta autoagresiva podría cumplir varias funciones.

- Por un lado, sería un **desplazamiento sintomático** que alejaría la atención de la disfunción familiar y, paradójicamente, serviría a la vez como una “denuncia”, al señalar que algo anda muy mal en el mundo interno de la paciente
- Por el otro, al funcionar como un **mecanismo para expiar culpas**, sería una forma a través de la cual la paciente retira la responsabilidad del grupo familiar y la asume, autoinfligiéndose ella sola todo el castigo por la culpa colectiva.

De esta manera, la comida se convierte también en un mecanismo mediante el cual la paciente ejerce **control** en su medio.

Los secretos familiares

- Cuando la comunicación entre los miembros de la familia está fragmentada, surgen secretos familiares que prohíben que salga de la estructura familiar información sobre conductas o actos de los que no se puede hablar.
- **El cuerpo es usado como lugar de expresión de alguna situación que resulta innombrable**, que se coloca en el cuerpo para conseguir ser expresada sin atentar contra la unión del grupo familiar.

TERAPIA CON LA FAMILIA



Terapia con la familia

- El trabajo desde la terapia consiste en dar soporte a la familia.
- Restablecer la comunicación entre los miembros.
- Es como hilar el simbolismo de lo que puede haber detrás del TA.
- La función que el TA tiene en la familia.
- Habitualmente, en el proceso de recuperación de la persona con TA, la familia se va también soltando de su propia patología.