PRO-ZYME

PSICO RIEDUCAZIONE ORGANICA

nei disturbi del comportamento alimentare

Nucleo psicopatologico

IO VALGO SOPRATTUTTO / DEL TUTTO IN BASE AL

PESO O ASPETTO FISICO DEL MIO CORPO

Tale modo di pensarsi è causato da:

30 - 50% traumi infantili (studi del 2001 e 2011)

70 -100% attaccamento insicuro (studio del 2013)

(D.S.M. V)

In altre parole ...

Centro del problema (DCA) è il tendere a pensarsi valido/a ***solo*** in base ad un modello del corpo considerato OK dall'opinione comune, il resto non conta;

Causa: problemi ***dell'immagine di sé*** formatasi nell'attaccamento, che si scatenano in occasioni più o meno traumatiche, quando si riattivano emozioni dolorose, date da tale già compromessa immagine di sé nascosta in profondità

In altre parole …

Il disturbo del comportamento alimentare è lo sforzo teso a controllare le emozioni dolorose che emergono in occasione dell'evento scatenante, rese soverchianti dalla fragilità dell'immagine di sé formatasi in fase di attaccamento.

Perciò il sintomo difensivo va rispettato mentre si lavora per risolvere le cause (scatenanti, profonde - infine odierne e future)

Evento scatenante

- Può apparire banale se non si considera che la fragilità nell'attaccamento rende il/la paziente estremamente sensibile e le emozioni che così si scatenano, più soverchianti, perché minano alla base la persona
- È come se il / la paziente tornasse ad un'età mentale in cui era ben più fragile e immatura
- Per tale ragione gli obesi e i DCA non abbandonano il sintomo con la normale CBT

Evento scatenante

- Ha significati profondi che si fanno emergere rapidamente con la stimolazione EMDR
- Esempio: evento scatenante in cui la paziente dice di sentirsi come emarginata dal nucleo familiare. L'evento non sembra così grave ma riattiva il vissuto profondo del lutto per la morte del nonno, al quale la paziente da piccola non è stata fatta partecipare

Evento scatenante

- Non coinvolgere i bambini nel lutto è come dissociarli da un dolore che non possono non percepire nei genitori
- Mancando una narrazione delle emozioni e dei significati di ciò che stanno esperendo quelle emozioni rimangono disintegrate e pericolose. Una narrazione anche tardiva riconosce, nomina e conferma l'emozione integrandola nella personalità in formazione

La “cura” veloce dell’EMDR

- Si parte chiedendo il significato dell’evento scatenante per la paziente
- Arrivati al significato, col Float Back (FB) si va in profondità verso esperienze più importanti
- Se la ricerca è infruttuosa, si ricorre ai genitori
- Giunti all’esperienza più dolorosa si trova traccia della difesa: nascita di una parte protettiva (perfezionismo, cibo, autolesione)

La “cura” veloce dell’EMDR

Per valutare il sistema di attaccamento è spesso necessaria la collaborazione dei genitori che sono valutati con lo stesso procedimento di FB e con l’aiuto delle Domande AAI

Non è raro che la cura possa estendersi anche ai genitori se emergono traumi che possano aver influenzato la/il paziente. Sbloccare il Genitore sblocca anche il paziente designato

Quindi il trattamento è sistemico

Il sistema di attaccamento

- Si attiva quando il bambino è in condizioni di bisogno: il modo in cui ottiene risposte forma gli schemi di aspettativa/risposta reciproci con i quali **LEGGE SE STESSO E IL MONDO**

Il modo in cui Mamma mi vede / non mi vede mi dice chi sono, se vado bene come sono e se i miei bisogni o sentimenti vanno bene

Mamme insicure trasmettono insicurezza

problemi di attaccamento

Bambini evitanti (nel bisogno non chiedono aiuto, tendono all'autonomia e all'esplorare l'ambiente)

Non valgo / Non merito amore / Non vado bene

Mamma si sente inutile e può ignorare il bambino

Bambini ambivalenti (amplificano le emozioni così il sistema non si disattiva nei tempi naturali ma si prolunga)

Non vado bene / Non mi fido / Non ce la faccio

Mamma si sente inadeguata / esausta, minaccia di abbandonare la relazione

problemi di attaccamento

Bambini disorganizzati(nel bisogno temono l'accudimento)

Sono cattivo / Sono impotente / Sono in pericolo

Mamma si sente impotente a sua volta e arrabbiata, potrebbe voler abbandonare il ruolo di genitore, magari a causa di suoi traumi infantili che si riattivano in occasione dell'attaccamento col suo bambino

Madri con traumi non risolti hanno figli con problemi nel 90%

Madre insicura ha figli insicuri nel 73%

Madre sicura ha figli sicuri nell'80%

Padre insicuro ha figli insicuri nell'82%

Padre sicuro ha figli sicuri nel 50%

EMDR efficace sugli stili di attaccamento

La terapia EMDR risolve i traumi e migliora gli stili di attaccamento in modo significativo,

Dà risultati più profondi e duraturi del CBT, che dà risultati parziali e non duraturi: il sintomo migra altrove e gli effetti sul comportamento alimentare, a lungo termine, svaniscono.

La farmacoterapia è inefficace (studio del 2013)

ALTRE PSICOTERAPIE non vantano analoghi risultati

EMDR efficace sugli stili di attaccamento

La terapia EMDR cambia le rappresentazioni delle precoci relazioni di attaccamento

Permette un migliore accesso alle informazioni adattive altrimenti bloccate in relazione ai ricordi disturbanti

Diminuisce le cognizioni negative legate a bassa autostima

Migliora l'immagine corporea

Perciò migliora o risolve il sintomo alimentare, aumenta la capacità di regolazione emotiva e migliora la salute mentale complessiva

La narrazione anoressica

Essere grande = corpo grande = essere grassa = non va bene

Essere magri = essere piccoli = essere bambini = tempo sospeso

Uso della dissociazione

- Alcune parti del bambino (ad es: l'esperienza del lutto che al bambino è stata negata e che perciò rimane dissociata) restano congelate al momento del trauma. Non crescono unite al resto della personalità ma rimangono isolate ma non per questo meno influenti.
- Essendo parti dissociate, quando emergono non sono regolabili dall'adulto (che peraltro ne ha paura) e sono immature, fuori dal tempo e dalla realtà.

Uso della dissociazione

- Alcune volte il paziente sa di avere delle parti rimaste ferme al tempo del trauma.
- Altre volte ne è completamente separato e inconsapevole
- Esempio: madre depressa = madre trascurante (che si limita a dare cibo) crea una parte bambina che rimane ferma allo stadio di sviluppo in cui tale ferita al sé è stata involontariamente inferta come se il trauma fosse ancora attuale

Uso della dissociazione

Facendo rivivere l'esperienza la parte si riattiva e l'adulto può vederla. L'immagine rispecchia l'età mentale della parte, il suo vissuto e il suo atteggiamento. Queste parti non sono cresciute perché non sono state legittimate ad esistere da una narrazione adeguata

Alla parte ferita corrisponde quella PROTETTIVA o ANESTETIZZANTE (sottovaluta il problema)

Qui si formano le parti che restringono, ossessive, perfezioniste, autolesioniste, etiliche, binge.

Uso della dissociazione

Il bisogno fondamentale delle parti che sono rimaste sospese nel tempo è quello di essere

VISTE, RICONOSCIUTE, CONFERMATE, NOMINATE, CONTENUTE, INTEGRATE:

“va bene così come sei” “ciò che senti va bene”

Ma accedere alle parti congelate è impedito dalle parti che controllano e proteggono, se non si riesce a farsele alleate nel trattamento

Allearsi subito con le difese

Le parti protettive che hanno generato per anni comportamenti disfunzionali/pericolosi hanno esperito incomprensione, rifiuto, ostilità,

Essere riconosciute e confermate nelle loro intenzioni positive produce un enorme cambio di prospettiva e riduce l'irrigidimento, cosa che facilita l'emergere di comportamenti più adattivi. Così paradossalmente cavalcando la frammentazione si favorisce l'integrazione

cavalcare la dissociazione

Riconoscere e convergere sulla parte protettiva permette di accedere alle informazioni cruciali sulla/sulle parti che stava difendendo, che altrimenti non emergerebbero

Comunque la parti protettive possono essere diverse e con diversi obiettivi, perciò è necessario riconoscere e ingaggiare (con la psicoeducazione) nel trattamento tutte le parti coinvolte che altrimenti potrebbero opporre resistenza

cavalcare la dissociazione

Tutte le parti vanno riconosciute come positive nelle intenzioni. Quando le parti protettive non hanno più una parte fragile da difendere possono essere riconvertite per altre funzioni o sentirsi dei guardiani utili in circostanze di effettivo pericolo. Così cala il timore di dover sparire.

La parte emotiva (EP) deve capire che ora può riprendere a crescere insieme alle altre parti insieme alle quali può superare il trauma al tempo del quale è rimasta congelata per anni

Terapia della dissociazione DCA

- Quando la difesa si sente vista e compresa inizia l'integrazione che coinvolge non solo la paziente ma tutto il suo sistema e che consiste nel superare la paura di perdere la parte protettiva (che restringe ad es.)
- La parte controllante che si sente accolta comincia a dire quando è perché ha cominciato a fare ciò che fa
- Con tale approccio la stabilizzazione è inutile

Protocollo EMDR

1. Storia della paziente (attaccamento – traumi – storia del disturbo e dell'alimentazione – fattori di rischio e/o mantenimento – terapie fatte – target e piano di lavoro – risorse)
2. Preparazione (psicoeducare e installare risorse)
3. Assesment, desensibilizzazione, installazione, scansione, chiusura
4. Rivalutazione

Primo contatto con i genitori

Il primo contatto va fatto con i soli genitori. Esplicitare tutto il possibile, evitando che qualcuno rimanga spiazzato i seguenti aspetti:

1. Personalità prima e dopo il sintomo
2. Storie personali
3. Storia di attaccamento dei G. (domande AAI)
4. Storie di accudimento (domande PDI: vedi)
5. Storia di coppia/relazionale

Primo contatto con i genitori

6. Storia alimentare dei genitori
7. Non detti, segreti nei confronti dei figli
8. Evento scatenante secondo i genitori
9. Ricerca significato del sintomo
10. FB dal sintomo alla storia personale/di coppia
11. Vissuti personali rispetto il sintomo
12. Vissuti sul percorso che si sta aprendo
13. Vissuti su eventuali percorsi precedenti

Primo contatto con i genitori

Altre questioni:

“cos’ha ottenuto col sintomo vs figlio/a?”

“che cosa sta cercando di dirci vs. figlio/a?”

“che cosa dice di voi il sintomo di vs. figlio/a?”

“come vi fa sentire il sintomo di vs. figlio/a?”

“cosa vi ricorda tale sensazione?” (FB)

“cosa dà gioia essere genitore di vs. figlio/a?”

“cosa dà dolore essere genitore di vs. figlio/a?”

Primo contatto con i genitori

“cosa dà rabbia essere genitore di vs. figlio/a?”

“mai sentito colpevole con suo figlio/a?”

“mai sentito preoccupato con suo figlio/a?”

“quanto si sente sicuro come genitore di …?”

“descriva un episodio di sintonia tra lei e suo figlio/a”

“quale somiglianze tra lei e suo figlio/a?”

“quale differenze tra lei e suo figlio/a?”

“come avvengono di solito le separazioni?”

Primo contatto con i genitori

“com’e andata al Nido con vs. figlio/a?”

“starebbe lontano da suo figlio/a per un paio di settimane?”

ASPETTI DA SPIEGARE (PSICOEDUCAZIONE)

Il comportamento alimentare è un modo per manifestare una sofferenza: contrastarlo direttamente potrebbe favorire la trasformazione non la risoluzione

Non interessa tanto la ripresa del mangiare quanto lo star bene nel modo migliore per sé stessi

ASPETTI DA SPIEGARE (trasparenza)

Importanza di coinvolgere i fratelli nella narrazione di ciò che sta accadendo al paziente designato in modo che il sintomo non migri su di essi. Per esempio è legittimo che fratelli o sorelle siano un po' arrabbiati con il / la paziente. Anche le loro emozioni vanno legittimate. I significati vanno spiegato a tutto il sistema. Anche il lavoro sulle parti va spiegato ai genitori. Nessun spiazzamento.

CHE FARE

Tutto il sistema familiare soffre così tutti devono sapere che il disturbo non è un capriccio e la resistenza al chiedere aiuto/cambiare è norma

La bassa autostima profonda influenza pesantemente la vita e l'immagine di sé

La guarigione è un percorso profondo che non prevede scorciatoie

Primo colloquio col malato/a

1. Cosa ti porta oggi qui?
2. Che effetto fa essere qui?
3. Cosa vuoi chiedere o sapere?
4. Cosa vuoi dire?
5. Che aspettative nel venire qui?
6. Cos'è successo? Cosa le hanno fatto?
7. (linea del tempo delle cose positive/negative)
8. Cosa ti piace di più di te? (risorse)

Primo colloquio col malato/a

Non ci interessa il sintomo ma l'equilibrio e il benessere che permetteranno di abbandonare il ricorso al sintomo.

Finché non ritroveremo il benessere il sintomo resterà a fare la sua funzione

Indagine sulle risorse personali e rinforzarzo

Indagine sulle risorse relazionali

Primo colloquio: il sintomo

Storia del sintomo: esordio, reazioni del sistema familiare, evento scatenante, conseguenze, aiuti ricevuti, come lo sta gestendo?

Funzione del sintomo: (individuare i trigger)

Quando, dove, come, cosa succede dopo?

Vantaggi del sintomo: (individuare funzione)

I VANTAGGI SECONDARI SONO L'ULTIMO OSTACOLO ALL'ABBANDONO DEL SINTOMO

Primo colloquio: il sintomo

A partire dal livello di consapevolezza del sintomo, si spiegano i significati in termini di esperienze traumatiche T e t (traumi di attaccamento e relazionali). Si spiega che talvolta il malessere esprime un problema transgenerazionale. La disconferma è la ferita fondamentale del sé: molta psicoeducazione.

Si introduce l'idea delle parti e l'obiettivo di guarire le ferite della parte bambina. Tutte le diffidenze resistenze vanno individuate e accolte

Primo colloquio: il sintomo

Ipotesi di lavoro (sanare tutti i ricordi traumatici) e spiegazione del protocollo EMDR

Chiedere in conclusione riflessioni sui contenuti della seduta

Tipici ostacoli: “non ho problemi” – “ho paura d’ingrassare” – “sono costretta a venire”

Replica: “il cibo non è il problema … capisco la tua paura” – “è vero che non hai problemi oggi … problemi ce ne sono stati forse prima e questo è il risultato” “la bilancia non è il problema ma il modo di difenderti da ciò che ti ha fatto soffrire”

Primo colloquio: in caso di attacco

In caso di attacco personale, si rimane fermi in equilibrio, senza rispondere né giustificarsi, né replicare con una domanda. Quando ha finito l'attacco si riprende, riconoscendo l'attacco e riflettendo sul suo significato: quali emozioni si sono attivate? Che parte ha ricorso all'attacco per difendere chi? Cosa specificamente l'ha fatta sentire minacciata? Qual è lo stimolo che ha scatenato l'attacco?

Primo colloquio: motivazione

Riflettere sulla motivazione aiutandosi con SB

Quanto sei motivata a impegnarti qui, da 0 a 10? (SB lenta ogni volta che riflette o comprende)

Cosa ti servirebbe per essere più motivata? SB

Cosa ti impedisce di essere più motivata? SB

Storia della paziente

È opportuna un'analisi approfondita delle attuali relazioni significative della paziente trovando le aree problematiche ad esse collegate

Particolare cura nella raccolta di notizie sulla famiglia di origine

Molto utili diari, foto, temi dell'infanzia

Storia di attaccamento

5 aggettivi per descrivere il rapporto con M e P poi dall'aggettivo risalire ad un episodio

Quando era turbato che faceva? Episodi?

Quando si faceva male che accadeva? Episodi?

Prime separazioni: come ha reagito? E loro?

S'è mai sentito rifiutato dai G? Quando? Perché? Se ne sono resi conto?

Atteggiamento tipico dei suoi Genitori?

Attaccamento: domanda clou

Quali emozioni tipiche esprimevano/non esprimevano i suoi genitori?

Malattie fisiche/psichiche dei suoi genitori?

Risposte tipiche (attaccamento)

Evitante: non ricordo, non voglio ricordare, "normale", (ricordo idealizzato)

L'evitante non ha veri ricordi perché ha avuto cure materiali più che emotive. Conserva una rabbia fredda che impone giudizi svalutanti.

Preoccupato: rabbia bollente che non riesce a disattivare. Ricorda riportando al presente il passato usando aggettivi negativi. Si attacca al terapeuta.

Storia del disturbo

Dopo la lista dei lutti/traumi a carico del sistema si passa alla storia del disturbo ed in particolare all'evento scatenante: cosa stava succedendo ai suoi in quel periodo?

Quando si è sentita così altre volte?

Quando il sottopeso, il vomito la restrizione?

Storia dell'alimentazione

- Allattamento? Come? Fino a quando?
- Cosa succedeva quando la mamma allattava fratello/sorella?
- Se non emergono ricordi ricorrere a foto o a fantasie (come immagini stessi tu o mamma mentre allattava?)
- Qual'era l'approccio al cibo in famiglia?
- Com'era il momento tipico del pasto?

Storia dell'alimentazione

- Si ricorda di momenti in cui mamma stava meglio se lei mangiava?
- (il cibo come modo per regolare la madre?)
- È fondamentale sbrogliare il link tra il cibo e la regolazione relazionali

IMMAGINE CORPOREA

- Come vede il corpo?
- Come vive il rapporto con esso?
- Come vivevano i Genitori il suo corpo?
- Quale rapporto della mamma col suo corpo?
- Quale rapporto del padre col suo corpo?
- Cosa dicevano G quando ha iniziato a perdere peso ed era normopeso? E gli altri?
- Cosa prova mangiando e non mangiando?
- Restringere o calare di peso cosa dice di lei? (+ / -)

Alternative per raccogliere dati

- FB da evento scatenante (E K CN)
- FB dal sintomo (E K CN CP) (durante, prima, dopo)

  Quali parti si attivano (con che paure/obiettivi)
- FB dall'attaccamento

RISORSE

In fase acuta, anche con pazienti ospedalizzate con sondino, si punta sugli aspetti positivi con opportune domande e rinforzo SB

Si cercano stati mentali di vitalità e di successo che al momento sono impediti dal sintomo

Si lavora sul senso di autoefficacia, sul senso di sicurezza e sulla motivazione al trattamento

Ogni volta che emerge un'esperienza positiva chiedere di mettere a fuoco e SB breve

Identificare TARGET & PIANO LAVORO

1. EVENTO SCATENANTE
2. TRAUMI T
3. Traumi t relazionali (attaccamento)
4. Traumi t relazionali connessi a fragilità del sé
5. Traumi t collegati al cibo
6. Sintomo, immagine corporea, ricordi annessi
7. Futuro

Identificare TARGET & PIANO LAVORO

Possono emergere diversi nuclei problematici ma a noi interessa sciogliere quelli collegati al sintomo, perciò la domanda è: quali sono i nuclei problematici che si sono sempre attivati in occasione di ogni trauma “t”?

Un trauma trans generazionale va trattato se si colloca nel nucleo psicopatologico

Qual è il nucleo che ha scatenato il sintomo?

Lavoro con le parti dei G. e P. ti

- Lavoriamo con le parti tramite il Sé adulto ANP consentendogli di mantenere il controllo, di imparare a essere attento ai propri bisogni e ai bisogni delle parti emotive EP. È il Sé adulto che conduce la terapia col nostro sostegno e guida. L'autonomia del paziente é rinforzata
- Fasi: avvicinamento, accoglimento, visualizzazione, empatia, rassicurazione, comprensione, riconoscimento (del valore), legittimazione, validazione, valorizzazione

Tavola dissociativa del pasto

- Si convocano tutte le parti interessate al pasto
- Immaginare un luogo sicuro d'incontro
- Immaginarle, identificarle, descriverle
- Riconoscere la parte del controllo che medierà tra ANP e EP's; rispettarne tempi e modi. "abbiamo bisogno di lei" "starà sempre con noi"
- Capire storia e significato di ciascuna parte
- Far discutere le parti per rendere il pasto il più possibile positivo
- Nessuno chiederà alla parte controllante di fare cose di cui non sia convinta. Chiederle se teme che qualche parte prenda il sopravvento. In caso di impasse interviene ANP
- Un disegno può aiutare. Il tapping è continuo finché c'è una risposta
- A volte conviene cominciare dal controllo per chiedere il permesso di convocare le altre parti, comprese quelle che teme

Tavola dissociativa del pasto

Mira al compromesso per mangiare un po’ di più

Centrale è l’aspetto E / K per visualizzare le parti

Le parti cambiano comportamento se ottengono ciò di cui hanno bisogno

Protocollo DCA in fase acuta

Risorse e motivazione in ogni fase della seduta

Accogliere, sostenere, validare il Controllo

Creare sempre un posto sicuro

Mentre si lavora sul canale principale è sempre opportuno rinforzare le risorse positive

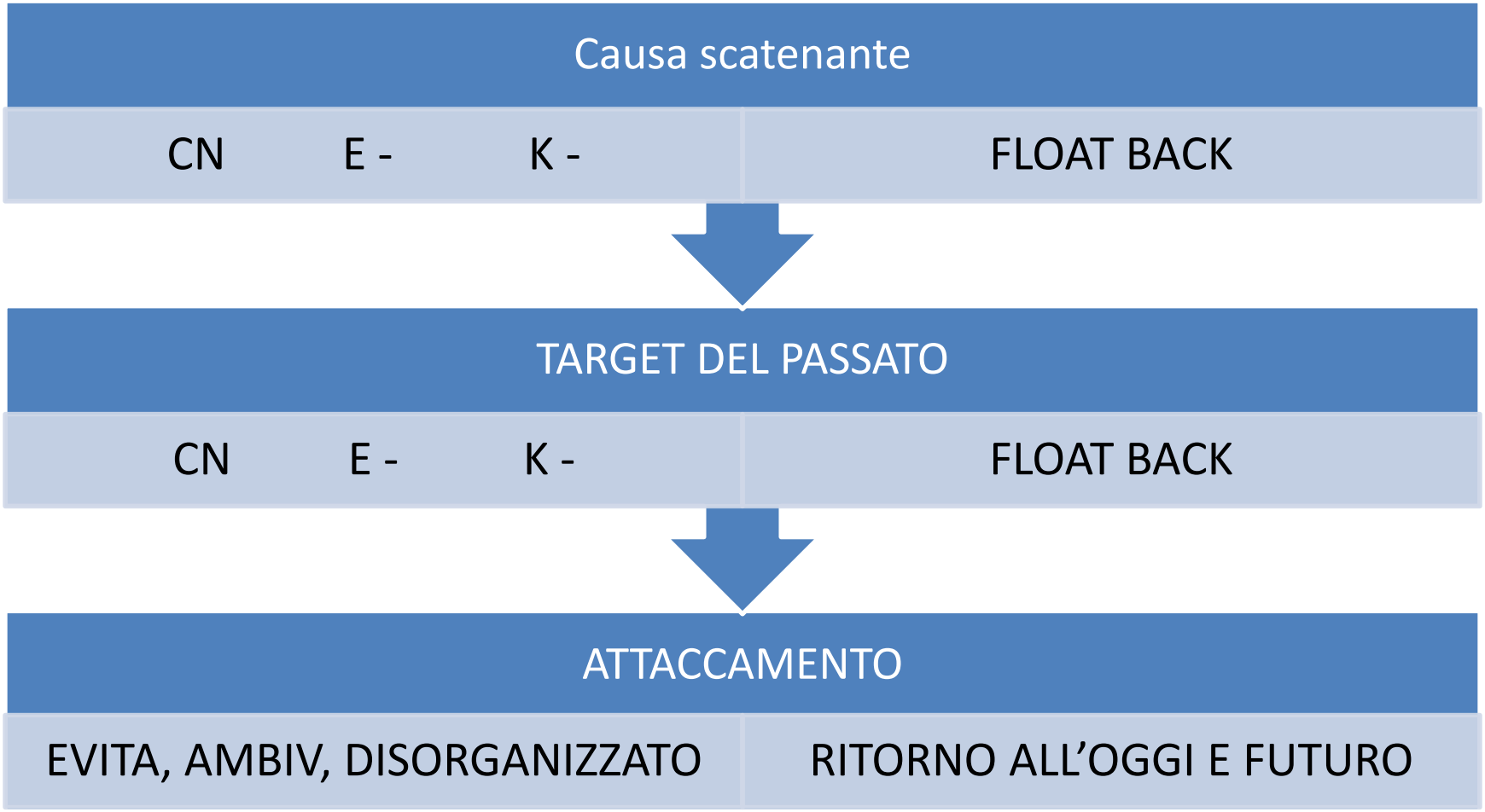
Desensibilizza con SB lungo i vantaggi secondari del sintomo

Anche il gonfiore post parto va desensibilizzato

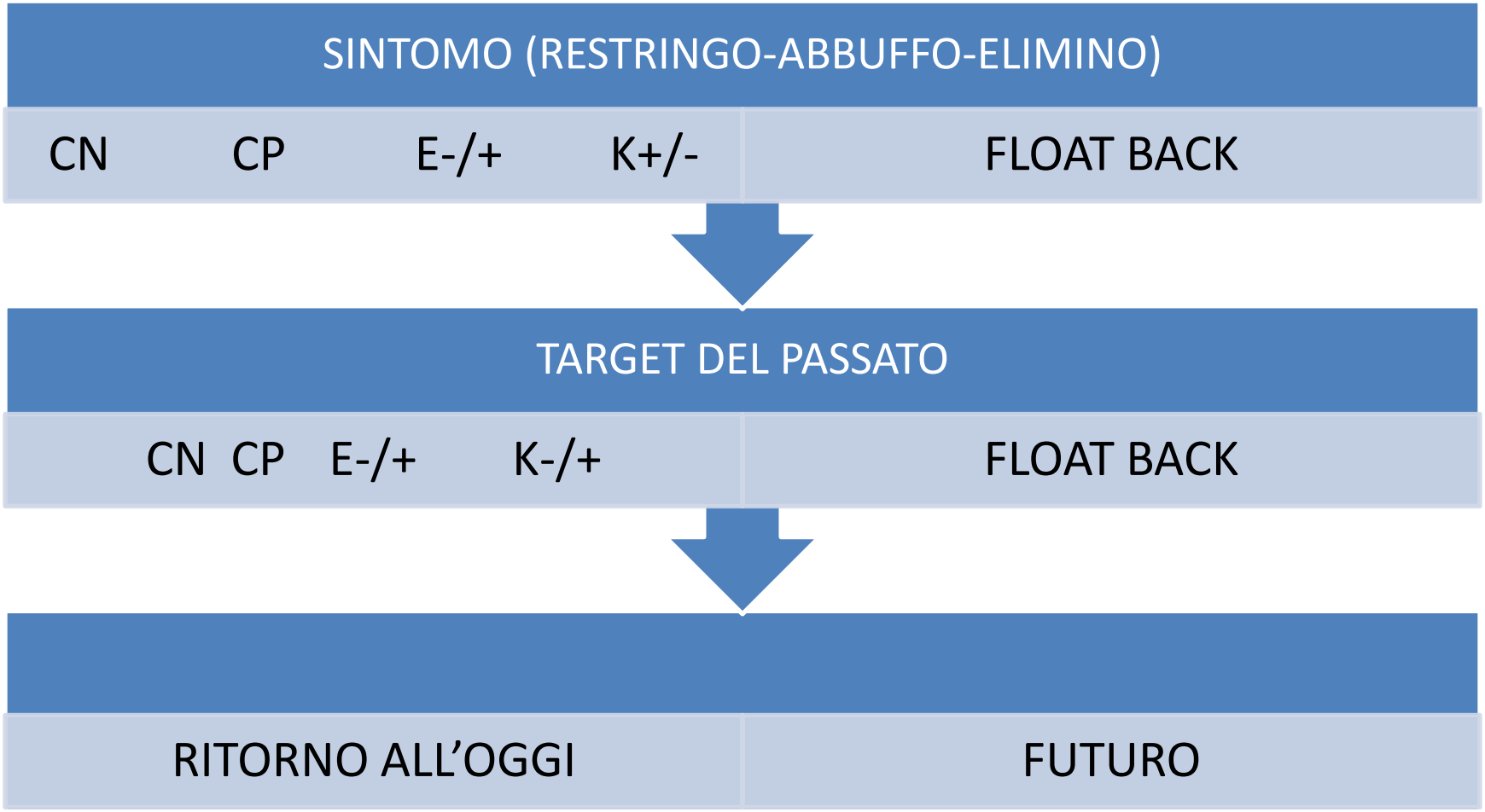
Protocollo DCA in fase acuta

1. Il canale principale da trattare fin dalla fase acuta è quello dell'evento scatenante
2. Poi va inserita la tavola dissociativa del pasto
3. Desensibilizzare gli effetti positivi del restringere
4. Immagine corporea e l'eventuale sensazione sgradevole al momento del pasto

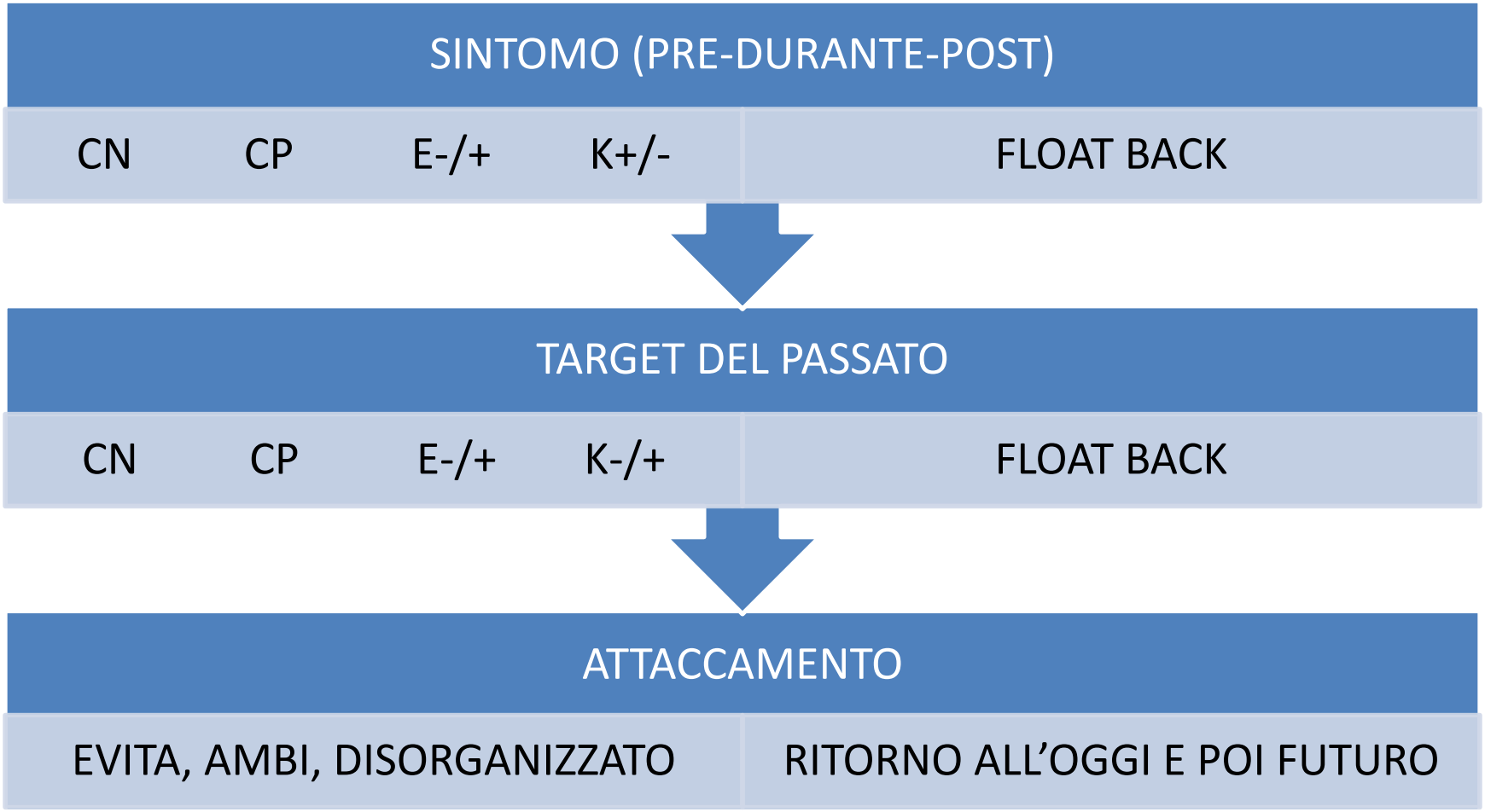
Sintesi


Causa scatenante
CN E - K -
FLOAT BACK
TARGET DEL PASSATO
CN E - K -
FLOAT BACK
ATTACCAMENTO
EVITA, AMBIV, DISORGANIZZATO
RITORNO ALL'OGGI E FUTURO

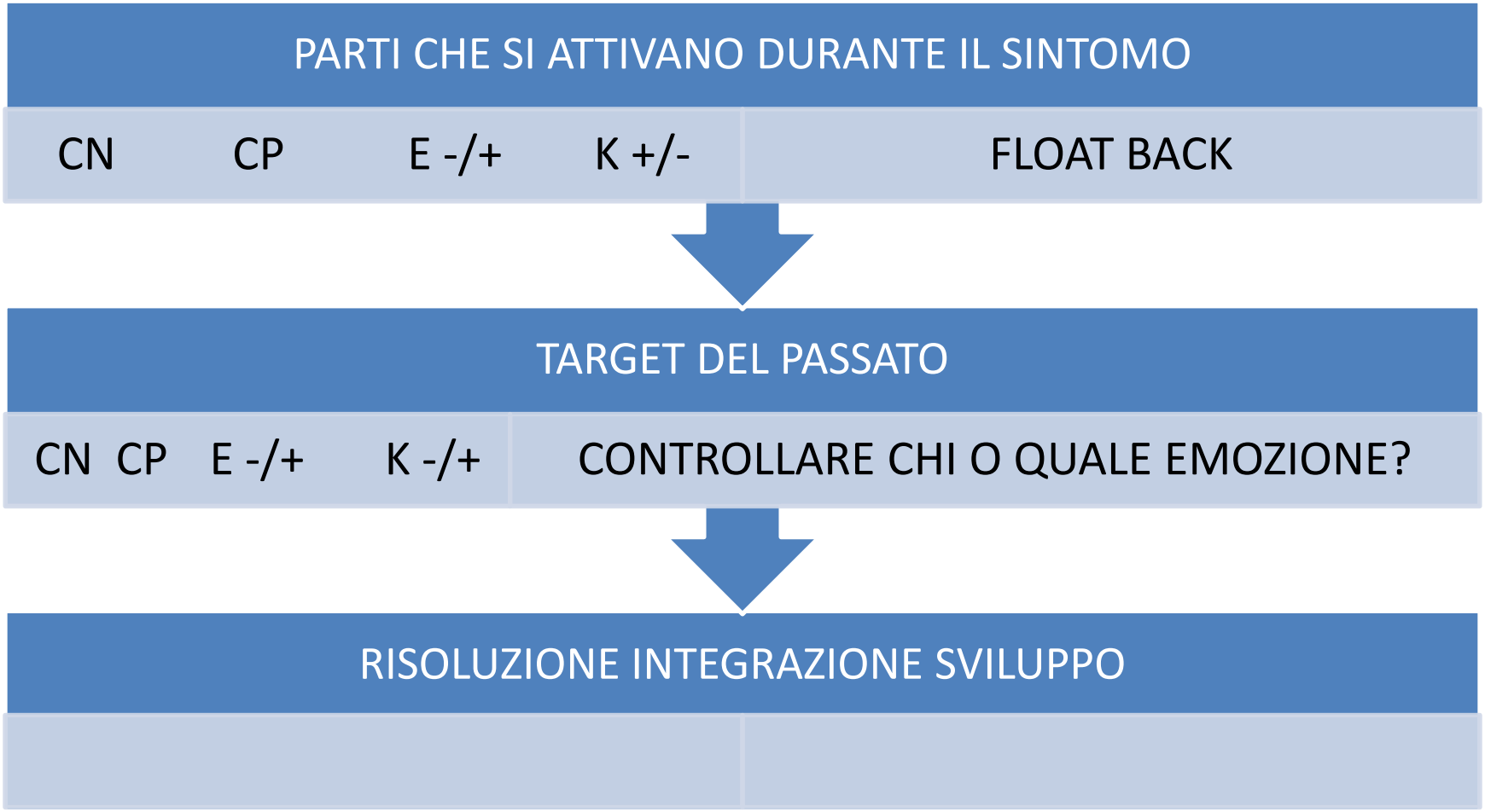
Sintesi


SINTOMO (RESTRINGO-ABBUFFO-ELIMINO)
CN CP E-/+ K+/-
FLOAT BACK
TARGET DEL PASSATO
CN CP E-/+ K-/+
FLOAT BACK
RITORNO ALL'OGGI
FUTURO

Sintesi


SINTOMO (PRE-DURANTE-POST)
CN CP E-/+ K+/- FLOAT BACK
TARGET DEL PASSATO
CN CP E-/+ K-/+ FLOAT BACK
ATTACCAMENTO
EVITA, AMBI, DISORGANIZZATO
RITORNO ALL'OGGI E POI FUTURO

Sintesi


PARTI CHE SI ATTIVANO DURANTE IL SINTOMO
CN
CP
E -/+
K +/-
FLOAT BACK
TARGET DEL PASSATO
CN
CP
E -/+
K -/+
CONTROLLARE CHI O QUALE EMOZIONE?
RISOLUZIONE INTEGRAZIONE SVILUPPO

Buon lavoro!