

OMNIA

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

KAWASHIMA, Laiana Tiemi; RUMIN, Cassiano Ricardo. Transtornos alimentares: psicodiagnóstico como potencializador do processo terapêutico. *Omnia Saúde*, v.8, n.1, p.50-64, 2011.

Recebido em: 17/08/2012

Revisado em: 15/12/2012

Aceito em: 28/12/2012

TRANSTORNOS ALIMENTARES: PSICODIAGNÓSTICO COMO POTENCIALIZADOR DO PROCESSO TERAPÊUTICO

EATING DISORDERS: PSYCHODIAGNOSTIC AS POTENTIATING THE THERAPEUTIC PROCESS

Laiana Tiemi Kawashima

Psicóloga (FAI)

Cassiano Ricardo Rumin

Mestre em Ciências Médicas (FMRP/USP)

RESUMO

Os estudos sobre os sinais indicativos de transtornos alimentares e as avaliações de características de personalidade que podem se associar a manifestação destes quadros de agravos à saúde, têm ocupado de modo intenso a produção em Psiquiatria e Psicologia Clínica. O presente estudo avaliou características, ainda pouco investigadas na dinâmica de ocorrência de transtornos alimentares, denominadas expressão da raiva como estado e traço. Esta escolha de análise em relação à expressão da raiva como estado e traço decorre de apontamentos na literatura especializada. Este trabalho tem o objetivo de avaliar a realização de psicodiagnósticos em indivíduos com transtornos alimentares como elemento que potencializa o processo terapêutico. A metodologia envolveu a realização de dois estudos de caso de pacientes com transtornos alimentares. A realização do psicodiagnóstico utilizou como instrumento o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI), além da entrevista de anamnese. No paciente um, o psicodiagnóstico indicou características, como: intenso estado de raiva; sentimento de ser injustiçado; tendência de comportamento autoritário e repressão dos sentimentos de raiva; sensibilidade a críticas e avaliações; temor da ruptura de vínculos; passividade e isolamento. No paciente dois emergiram as características: rebaixado estado de raiva; disposição reduzida para vivenciar a raiva; prejuízo a simbolização; dificuldades em estabelecer parâmetros defensivos; repressão de sentimentos de raiva; temor da ruptura dos vínculos; tendência de resignação e expressão da raiva prejudicada, limitando as relações pessoais. A realização do psicodiagnóstico contribuiu com o processo terapêutico, na medida em que foi possível através deste avaliar características do controle e traço de raiva e sua relação com as queixas apresentadas pelos pacientes. Possibilitou-se que o processo psicoterápico constituísse ambiente para expressar a raiva e agressividade numa referência de continência e estabelecimento de novos significados para os afetos.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares; Psicodiagnóstico; Raiva; STAXI.

Laiana Tiemi Kawashima; Cassiano Ricardo Rumin. Transtornos alimentares: psicodiagnóstico como potencializador do processo terapêutico. 51

ABSTRACT

Studies on the warning signs of eating disorders and the assessment of personality traits that may be associated with the manifestation of these frameworks for health problems, has occupied so intense production in Psychiatry and Clinical Psychology. This study evaluated characteristics, yet little investigated the dynamics of occurrence of eating disorders, known as expression of anger as state and trait. This choice of analysis for expression of anger as state and trait stems from notes in the literature. This work aims to evaluate the performance of individuals with psycho eating disorders as an element that enhances the therapeutic process. The methodology involved the use of two case studies of patients with eating disorders. The realization of psychodiagnostic used the Survey of State and Anger Expression and Stroke (STAXI), and a medical history interview. In one patient, the psycho indicated characteristics, such as: intense state of anger, feeling of being wronged, tendency of authoritarian behavior and suppression of feelings of anger, sensitivity to criticism and evaluations; fear of disruption of relationships and passivity and isolation. Emerged in two patient characteristics: lowered state of anger, reduced willingness to experience anger, prejudice symbolization, difficulties in establishing parameters defensive; repression of feelings of anger, fear of breaking the bonds, tendency of resignation and impaired expression of anger, limiting the personal relationships. The realization of psycho contributed to the therapeutic process, as it was possible through this estimate characteristics of control and trait anger and its relation to complaints by patients. Allowed that the psychotherapeutic process constituted environment for expressing anger and aggression in a reference continence and establishment of new meanings of affections.

Keywords: Eating Disorders, Psychodiagnostic, Anger, STAXI.

INTRODUÇÃO

De acordo com Nunes e Vasconcelos (2010) os transtornos alimentares constituem um conjunto de doenças que afetam, principalmente, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, provocando acentuados prejuízos biológicos, psicológicos e sociais.

Os Transtornos Alimentares são caracterizados por severas perturbações no comportamento alimentar, podendo levar ao emagrecimento, à obesidade ou outros problemas físicos. Os principais tipos de transtorno alimentar são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, e ambos têm como características comuns uma intensa preocupação com o peso e o medo excessivo de engordar, uma percepção distorcida da forma corporal e a auto-avaliação baseada no peso e na forma física. De modo geral, os transtornos alimentares são produtos de uma complexa inter-relação entre aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais (NUNES et al. 2006).

Ao discutir os transtornos alimentares é preciso delimitar aspectos, tais como: as referências a eles como patologias que devem ser diagnosticadas e tratadas por profissionais competentes, a manifestação de certos padrões culturais presentes nas noções de representação sobre o corpo e os hábitos e condutas alimentares, a fim de contribuir para a compreensão do problema na sociedade (NAKAMURA, 2004).

Não há uma única etiologia responsável pelos transtornos alimentares. Acredita-se no modelo multifatorial, com participação de componentes biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares (AMBULIM, 2011). São eles:

a) Fatores genéticos: há uma maior prevalência de transtornos alimentares em algumas famílias, sugerindo uma agregação familiar com possibilidade de um fator genético associado.

b) Fatores biológicos: segundo Brandão e Morato (2005) o comportamento alimentar está centrado na ideia de que o hipotálamo exerce um claro controle sobre ele, através da regulação do apetite pelo hipotálamo ventromedial e o hipotálamo lateral. O papel do hipotálamo na regulação do apetite se assemelha a um transdutor, ele integra os múltiplos sinais sensoriais que dão conta do meio interno e mantém a homeostase do organismo, através da ativação e desativação do comportamento pela busca de alimento.

c) Fatores socioculturais: conforme Vitolo et al. (2006) a incidência de transtornos alimentares está ligada à redefinição do padrão de beleza em direção a um corpo cada vez mais magro. O padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação e pelo convívio social parece exercer um efeito marcante sobre pessoas com transtornos alimentares, que atuam como elemento de reforço para a restrição alimentar.

d) Fatores familiares: dificuldades de comunicação entre os membros da família, interações tempestuosas e conflitantes podem ser consideradas mantedoras dos transtornos alimentares.

e) Fatores psicológicos: algumas alterações de funções executivas, como distúrbio da abstração (uso da estratégia cognitiva) e da flexibilidade do pensamento, direção da atenção, distúrbio da imagem corporal (CASTILLO E CASTILLO, 2004).

Anorexia Nervosa

Comumente o início dos sintomas da anorexia nervosa ocorre na adolescência e é predominante no sexo feminino. A anorexia é caracterizada pela perda de peso, padrões peculiares de manuseio de alimentos (como, tentar se livrar da comida guardando-a em guardanapos ou colocando-a em bolsos), medo mórbido associado à ingestão de alimentos e distorção da imagem corporal (BRANDÃO e MORATO, 2005).

De acordo com Cordás (1996) a epidemiologia da anorexia nervosa é mais comum em mulheres do que em homens, sendo seu pico de incidência entre os 15 e 19 anos. Muitas vezes a anorexia nervosa pode estar associada à presença de pressões de ordem profissional, como, entre modelos, bailarinas, jôqueis. Questões ligadas à dieta e ao valor calórico dos alimentos passam a ser parte central da vida destes pacientes. Caracterizando fenômenos obsessivos a evolução do quadro clínico é variável, podendo ir de um único episódio com recuperações de peso e psicológica completas (o que é raro), até evoluções com curso ininterrupto até a morte.

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa é uma síndrome caracterizada por episódios alimentares compulsivos e tentativas posteriores de controlar o peso corporal. Levam o indivíduo a adotar medidas extremas a fim de controlar a ingestão de alimentos. O aparecimento da bulimia incide dos últimos anos da adolescência até os quarenta anos de idade, prevalecendo no sexo feminino (BUSSE e SILVA, 2004).

O bulímico tenta neutralizar as calorias adquiridas na ingestão de alimentos através de “métodos compensatórios”, em consequência de forte sentimento de culpa pelo ato efetuado, como vômitos auto induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de restrição de alimento, uso de drogas como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos (BUSSE e SILVA, 2004).

Vômito auto-induzido é extremamente comum, algo em torno de 95% das pacientes, provavelmente pelo seu efeito de redução imediata da ansiedade. Cerca de 20% das pacientes obtêm com o tempo controle voluntário do reflexo de vômito, não mais necessitando estimulá-lo com o dedo (CORDÁS, 1996).

Geralmente os episódios bulímicos ocorrem às escondidas e são acompanhados de uma posterior sensação de culpa, vergonha e desejo de punir-se. Durante estes episódios, o paciente ingere grande quantidade de comida muito rapidamente, prestando pouca atenção ao gosto ou textura do alimento. A ingestão geralmente consiste em alimentos ricos em carboidratos, como doces, chocolates, mel, sorvetes, leite condensado, biscoitos, alimentos estes que o indivíduo normalmente tenta excluir de sua dieta (CORDÁS, 1996).

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)

O comportamento alimentar no Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come (AZEVEDO et al. 2004).

Durante o episódio de compulsão alimentar, há um sentimento de falta de controle sobre a ingestão de grandes quantidades de alimentos, mesmo que o indivíduo esteja sem fome. Esse episódio é sucedido por um intenso mal estar subjetivo, caracterizado por sentimentos de angústia, tristeza, culpa, vergonha e/ou repulsa por si mesmo, sem que haja comportamentos compensatórios (DUCHESNE et al. 2007).

Segundo Barreto et al. (2006) pacientes com TCAP apresentam características como: ganhar peso rapidamente; ter flutuações constantes do peso; fazer dietas freqüentes e sem sucesso; comer escondido e rapidamente; ter compulsões alimentares com maior freqüência no final do dia; comer mesmo quando não está com fome; dar preferência a alimentos considerados “proibidos”, que geralmente são de alto valor energético (massa, pães, biscoitos, bolos, chocolate e doces em geral) e interromper o episódio de compulsão alimentar por causas físicas (mal estar estomacal e desconforto gástrico).

Intervenções em psicologia ligadas aos transtornos alimentares

Por ter um aspecto multidimensional os transtornos alimentares mostram a necessidade de unir varias técnicas psicoterápicas, como a psicoeducacional, a cognitivo-comportamental e as psicodinâmicas, que podem ser realizadas individualmente, com a família ou em grupo (NUNES et al. 2006).

O planejamento terapêutico é iniciado com a investigação minuciosa dos sintomas e suas repercussões, assim como associações com vários aspectos da vida do paciente e

também de sua família. É importante avaliar se o envolvimento dessa família complica ou facilita o tratamento do paciente (NUNES et al. 2006).

Terapeutas psicodinâmicos têm reconhecido a importância de focalizar os aspectos de alimentação, peso e reeducação alimentar dos pacientes. Psicoterapeutas de diferentes escolas enfatizam que é importante o paciente reconhecer e expressar afetos e explorar padrões de interação familiar. Também reconhecem a relevância dos aspectos do processo de desenvolvimento, como separação, autonomia, temores sexuais e formação de identidade (NUNES et al. 2006).

Instrumentos de avaliação no tratamento dos transtornos alimentares

O surgimento dos instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares ocorreu pela necessidade de sistematizar os estudos destes transtornos a partir do estabelecimento e aprimoramento de seus critérios. Alguns destes instrumentos abrangem todo o espectro dos transtornos alimentares, outros são mais específicos para um ou outro transtorno isoladamente. A anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), sendo transtornos de origem multifatorial, necessitam de avaliações e abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua gênese e manutenção. Assim, a aplicação de instrumentos que avaliam as comorbidades (especialmente sintomas depressivos e ansiosos), a imagem corporal, a qualidade de vida e adequação social, além daqueles utilizados para o rastreamento ou diagnóstico do transtorno em si, é de grande utilidade para uma melhor compreensão do quadro clínico e elaboração de estratégias de tratamento mais adequadas, que poderão melhorar os indicadores de sucesso terapêutico.

De modo geral, podem-se agrupar os instrumentos de avaliação em, pelo menos, três categorias: questionários auto-aplicáveis; entrevistas clínicas e instrumentos de automonitoração (FREITAS et al. 2002).

Os questionários autoaplicáveis são fáceis de administrar e eficientes na avaliação de um número grande de indivíduos; vários deles apresentam propriedades psicométricas adequadas e permitem aos respondentes revelar um comportamento que, por considerarem vergonhoso, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face-a-face. Alguns fornecem uma medida da gravidade do transtorno alimentar, podendo ser utilizados na avaliação de mudanças ao longo de um tratamento.

A entrevista clínica mais utilizada é a Eating Disorder Examination (EDE). É uma entrevista clínica semi-estruturada que fornece avaliações descritivas da gravidade da psicopatologia específica dos transtornos alimentares (FREITAS et al. 2002).

OBJETIVO

Com a utilização do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI) este trabalho tem o objetivo de discutir a realização de psicodiagnósticos em indivíduos com transtornos alimentares, como potencializadores do processo terapêutico de transtornos alimentares.

METODOLOGIA

O Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI) fornece medidas da experiência e expressão da raiva. O STAXI foi desenvolvido para fornecer um método de avaliar os componentes da raiva que pudesse ser usado para avaliações detalhadas de personalidade (SPIELBERGER, 2003). O STAXI consiste em 44 itens que formam seis escalas e duas subescalas. Sendo elas:

- a) o *estado de raiva* que mede a intensidade dos sentimentos de raiva num determinado momento;
- b) o *traço de raiva* que mede as diferenças individuais na disposição para vivenciar a raiva;
- c) a *expressão da raiva* é baseada nas respostas dos 24 itens das escalas raiva para dentro, raiva para fora e controle da raiva, que fornece um índice geral sobre a frequência com que a raiva é expressa;
- d) A *raiva para dentro* mede a frequência com que os sentimentos de raiva são reprimidos ou guardados;
- e) A *raiva para fora* mede a frequência com que o indivíduo expressa raiva em relação a outras pessoas ou objeto do meio;
- f) O *controle da raiva* mede a frequência com que cada indivíduo tenta controlar a expressão da raiva.

As subescalas *temperamento raivoso* e *reação de raiva* são constituídas a partir da escala *traço de raiva*. O *temperamento raivoso* mede uma propensão geral para vivenciar e expressar a raiva sem provocação específica. A *reação de raiva* mede diferenças individuais na disposição para expressar a raiva quando criticado ou tratado de maneira injusta pelos outros (SPIELBERGER, 2003).

A experiência da raiva é constituída por dois componentes principais: o estado e o traço de raiva. O *estado de raiva* é definido por sentimentos subjetivos que variam em intensidade, que se estende de um leve aborrecimento ou irritação até a fúria intensa e cólera. Pode ser acompanhado por tensão muscular e excitação, varia em função da injustiça percebida, ataque ou tratamento injusto direcionado a si. Ainda abrange as frustrações resultantes de obstáculos ao comportamento e satisfações ligadas a um objetivo (SPIELBERGER, 2003).

Já o *traço de raiva* é definido como a disposição de perceber a diversidade de situações como desagradáveis e frustradoras e a tendência a reagir a tais situações com elevações mais frequentes no estado de raiva. Os indivíduos com um traço de raiva muito alto experienciam o estado de raiva mais frequentemente e com mais intensidade do que indivíduos com um traço de raiva baixo (SPIELBERGER, 2003).

A *expressão da raiva* é conceituada a partir de três componentes principais. O primeiro componente envolve a *raiva para fora*, ou seja, a expressão da raiva em relação a outras pessoas ou objetos no meio. O segundo é a repressão dos sentimentos de raiva denominado no STAXI como *raiva para dentro*. O terceiro componente (*controle da raiva*) são as diferenças individuais no grau em que uma pessoa tenta controlar a expressão da raiva (SPIELBERGER, 2003).

Considerando que a literatura científica descreve componentes relativos à agressividade como um parâmetro afetivo dos indivíduos obesos, a exigência de controle das

satisfações orais para estabelecer um corpo socialmente desejável perpassa um sentimento de raiva nem sempre elaborado psiquicamente por indivíduos obesos, especialmente para o gênero feminino (BENEDETTO, 2006). Os prejuízos ao controle dos impulsos podem, ao longo do tempo, vincularem ao indivíduo uma sensação de perda de controle e de incapacidade para dominar seus anseios ligadas a alimentação. Assim podem desenvolver quadros melancólicos, pois, a raiva decorrente da perda de controle é dirigida contra o próprio ego. Conforme Kovács (2002) a melancolia é uma reação ao objeto perdido, sem ter ocorrido morte, mas que o sujeito o sente como morto enquanto objeto de amor. Não fica claro o que foi perdido, nem para a própria pessoa, pois a perda objetal pode estar inconsciente.

Esta relação deve explicitar os achados clínicos de Franques e Ascencio (2006) que indicam a presença de ansiedade depressiva em 61% das 371 mulheres obesas estudadas e 26% dos 137 homens obesos avaliados. Deste modo a avaliação da expressão da raiva constitui-se como elemento relevante e foi executada neste estudo. Os resultados relativos à avaliação da expressão da raiva foram oferecidos em devolutiva aos indivíduos avaliados por considerar-se que este processo se estabelece como um psicodiagnóstico. Por isso contribuiria para a posterior intervenção clínica em Psicologia destinada aos participantes da pesquisa.

O psicodiagnóstico interventivo é referente a uma forma de avaliação psicológica, subordinada ao pensamento clínico, para apreensão da dinâmica intrapsíquica, compreendendo a problemática do indivíduo e intervindo nos aspectos relevantes responsáveis por seu sofrimento psíquico, o que permite que a intervenção seja mais eficaz (PAULO, 2006 apud LAZZARI e SCHMIDT, 2008).

Para uma intervenção torna-se necessário haver, por parte do cliente, o pedido de ajuda e predisposição para um movimento de mudança. O psicólogo deve deixar claro ao cliente, o que realmente está buscando com a realização do psicodiagnóstico, convidando-o para uma caminhada conjunta, onde ambos possam interagir num processo mais dinâmico (ANCONA-LOPEZ, 2002 apud LAZZARI e SCHMIDT, 2008).

O psicólogo partilha suas impressões sobre o cliente e manterá sua escuta voltada às possibilidades de intervenção buscando identificar situações sobre as quais deve fazer intervenções, ao longo do processo psicodiagnóstico. Esses apontamentos serão interventivos se não repetirem as situações de vida cotidiana do cliente, e apresentarem uma situação de modo novo, por vezes desconfortável, por causar uma desestruturação momentânea (LAZZARI e SCHMIDT, 2008).

De acordo com Ocampo e Arzeno (2001 apud LAZZARI e SCHMIDT, 2008), o psicólogo irá intervir quando houver situações de bloqueio para que se possa alcançar os objetivos da entrevista, ou na devolução quando se tem indícios de que a entrevista fracassou por condutas estereotipadas ou insistência em negar os conteúdos.

Conforme Lazzari e Schmidt (2008) o encontro terapêutico e as intervenções psicanalíticas podem ser de extrema importância, facultam alterar as perspectivas de vida de uma pessoa, mesmo num breve processo de atendimento. Oferecer a escuta e acolhimento de maneira adequada e profissional, mobiliza aspectos internos que levam a pessoa a expor seu conflito emocional, angústias ou tensões.

Para Barbieri et al (2004) o Psicodiagnóstico Interventivo consiste em uma prática da Psicologia Clínica que integra simultaneamente os processos avaliativo e terapêutico. Nesse método de intervenção são utilizados assinalamentos e interpretações desde a primeira entrevista com o paciente e durante a aplicação de técnicas projetivas.

Sua fundamentação repousa no potencial da situação diagnóstica para trazer à tona, de maneira concentrada, aspectos centrais da personalidade do indivíduo, essenciais para a compreensão de seus conflitos e tensões, de sua gênese e das experiências necessárias para a retomada da saúde (BARBIERI et al. 2004).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir apresentam-se os resultados relativos à avaliação de duas clientes a partir do instrumento de avaliação denominado STAXI:

Tabela 1. Resultados da Avaliação das clientes A e B, a partir do STAXI

Crítérios Avaliativos	Cliente A	Interpretação	Cliente B	Interpretação
Estado de Raiva	99	Intenso estado de raiva	5	Rebaixado estado de raiva
Traço de Raiva	99	Sentimento de ser injustiçado e sugere grande número de frustrações	20	Disposição reduzida para vivenciar a raiva. Sugere uso da repressão.
Temperamento	95	Tendência de comportamento autoritário	30	Não expressa sentimento de raiva mesmo com provocação. Prejuízo a simbolização
Reação de Raiva	99	Sensibilidade a críticas e avaliações	20	Dificuldade de estabelecer parâmetros defensivos
Raiva para Dentro	99	Tendência a reprimir sentimentos de raiva	85	Tendência a reprimir sentimentos de raiva
Raiva para Fora	5	Não dirige comportamentos agressivos aos outros. Temor de ruptura de vínculos	5	Não dirige comportamentos agressivos aos outros. Temor de ruptura de vínculos
Controle da Raiva	90	Propicia passividade e isolamento	60	Tendência de resignação
Expressão da Raiva	60	Controla a raiva e reprime os afetos agressivos e desejos.	25	A expressão da raiva é prejudicada, limitando as relações interpessoais.

A “cliente A” apresenta-se ao serviço de psicologia queixando-se da sensação de “bolo alimentar” seguido da reação de vômito, o que determinava a perda de peso de modo a vivenciar risco de morte. Apresenta também uma queixa de vivências depressivas intensas que enfatiza decorrer do falecimento recente de seu cônjuge. A análise do STAXI indicou que a expressão da raiva encontra-se adequada ao conjunto populacional, entretanto, decorre do emprego elevado da repressão. Este recurso defensivo, quando empregado de forma maciça impede o acesso de complexos afetivos à consciência. Entretanto “esses mesmos complexos expulsos da consciência forçam sua descarga por outras vias, gerando sintomas” (CÂMARA, 2010 p.21).

Nota-se que a constituição dos sintomas na cliente envolve a manifestação do “bolo alimentar”, ou seja, de algo engasgado, que não pode seguir, completar seu ciclo; necessita interromper um direcionamento e encontrar uma alternativa para sua expressão. Associa-se ao “bolo alimentar” a presença constante de vômitos, que em sua expressão metafórica pode representar a expulsão de elementos intrusivos dos limites de seu corpo. Tal como as fantasias destrutivas propostas pela teoria kleiniana, a manifestação do vômito apresenta-se “como se estivesse expelindo um objeto perigoso de seu mundo interno e projetando-o no objeto externo” (OLIVEIRA, 2007 p.86). Deste modo a repressão dos afetos limita o direcionamento da agressividade e também prejudica a articulação dos afetos.

Em virtude dos prejuízos a articulação afetiva e desejante, a cliente apresenta elevada sensibilidade às queixas relacionadas aos seus atos e busca estabelecer o comportamento centralizador e autoritário como estratégia relacional que não intensifique seu sofrimento. Nota-se a utilização de “fantasias maníacas, as quais têm como intuito o controle dos objetos, (...). Estas fantasias aparecem com todas as características de onipotência do próprio distúrbio maníaco” (OLIVEIRA, 2007 p.90).

Quando a onipotência não se sustenta na rede vincular o indivíduo retrai-se as condições de passividade e isola-se frente a situações críticas, como forma de enfrentamento do conjunto excessivo de excitações que conduziria “o aparelho psíquico à vivência de desamparo, configurando-se uma experiência de cunho traumático. Tais experiências devem sua força patogênica ao fato de produzirem quantidades de excitação que não são passíveis de processamento pelo aparelho psíquico” (LEITE, 2006 p.159). O conjunto de excitações dirigidas ao aparelho psíquico, ainda mais se avolumam com a vivência de luto. Vale destacar a perspectiva originária do enlutamento como uma perda narcísica (Kóvacs, 2002).

O prejuízo a ligação dos afetos aos objetos é componente das vivências de perda narcísica. Frente à eminência de investimento libidinal em objetos, o indivíduo focaliza-se nas vivências dolorosas que podem envolver a ligação. Estas vivências decorrem do não atendimento as idealizações que impregnam o vínculo objetal. Tais dimensões despertam sentimentos de raiva em relação às pessoas que se apresentam em seu espaço de sociabilidade.

Após a discussão em supervisão dos pressupostos teóricos expostos acima, passou-se a execução da devolutiva. A devolutiva envolvia o pressuposto de mobilizar conteúdos subjetivos em torno dos fatores indicativos do comportamento, ilustrado pelos resultados do STAXI.

A apresentação do intenso estado de raiva despertou formações discursivas em torno da imagem corporal e os respectivos sentimentos de vergonha. Assim, a percepção de um corpo que não atenderia a um conjunto de idealizações referentes ao corpo feminino deixava aparente a condição de algum adoecer, restringindo “o trânsito seguro nos diversos espaços sociais” (AURELIANO, 2009 p.62) implicando numa estigmatizadora revelação física de seu adoecer.

A sensibilidade a críticas e avaliações, componente expresso na análise da Reação de Raiva, informava o sentimento de vulnerabilidade. Parecia sentir-se invadida de modo destrutivo pelos comentários em relação a sua imagem corporal. Haveria a percepção de

que o discurso dirigido ao seu corpo a estabelecia numa condição de falta, mobilizando angústias de castração. O próprio interesse de algum possível parceiro genital intensificava a avaliação pejorativa que recaía sobre seu corpo emagrecido.

A utilização da repressão como mecanismo defensivo que oferece contenção ao comportamento raivoso determina que ações agressivas não sejam dirigidas aos componentes de seus vínculos. Mesmo quando se sente injustiçada, para não destruir vínculos estabelecidos, mobiliza mecanismos defensivos como a negação e a racionalização. Ao não dar atenção aos que os outros falam desestabiliza fontes perturbadoras de sua ordem psicossomática.

O controle intenso da raiva implica também em passividade e isolamento, ilustrado pelo hábito da cliente em não estabelecer um convívio social de maior proximidade. Isenta-se de freqüentar as residências de seus amigos e também não os recebe em sua casa. O isolamento reduz as pressões vinculares sobre sua imagem corporal e os consequentes agravos à saúde. O centramento, ou seja, a redução de referências externas sobre seu cotidiano, estimula as formulações egóicas com características autoritárias, ou melhor, centrada nos traços narcísicos. Apesar de se considerar a relevância do retraimento narcísico nos estados esquizoparanóides, ficou claro que tal centramento não é suficiente para lidar com as demandas do espaço de sociabilidade. No trabalho, ao executar a função de professor, necessita constantemente estar atenta à demanda e a perspectiva esboçada pelo aluno. De quem experienciava o centramento é exigido a atenção e o cuidado ao outro.

A situação de luto vivida pela cliente em associação com o intenso controle da raiva cria um quadro onde comportamentos compulsivos buscam restituir os objetos perdidos. A compra de “quatro calças, quatro sapatos, quatro camisas” pode ser uma mera repetição. Mas se é compreendida como repetição, pode-se aludir o esforço metafórico de restituir a perda do cônjuge que compunha a sua família: marido, esposa e dois filhos.

O sofrimento relativo ao processo de luto envolvia o sentimento de injustiça e grandes frustrações, conforme a análise do Traço de Raiva. Relatou na devolutiva que as coisas eram impostas a ela, determinando-lhe sentimentos de abandono. Mesmo quando algo lhe era destinado isto não atendia as suas necessidades. Afirma ter ganhado um eletrodoméstico que possibilitaria maior qualidade a sua alimentação, mas foi desconsiderada sua vontade que envolve o desprezo pelo ato de preparar alimentos.

A situação exemplificada acima demonstra como a devolutiva pode contribuir para a apreensão de sentidos estabelecidos na relação entre o vínculo intersubjetivo e a singularidade do sujeito. Nesse caminho de composição do insight são recolhidas percepções que se unificam “com o objeto através da *rêverie*, enxergando-o a partir do interior do próprio sujeito” (JUNQUEIRA FILHO, 2008 p.105).

A consideração em torno da devolutiva como um processo avaliativo e terapêutico, de ação concentrada em conflitos e tensões que contribuem para os agravos a saúde (BARBIERI et al. 2004) foi exemplificada acima. Entretanto, estas funções nem sempre são observadas na realização do psicodiagnóstico interventivo, pois, ao erigir defesas intensas contra as proposições da devolutiva, a intervenção parece não exercer seus pressupostos terapêuticos. Em busca do balizamento desta experiência de esvaziamento do psicodiagnóstico avaliativo passa-se a discutir o psicodiagnóstico da “cliente B”.

O encaminhamento da cliente B ocorreu em razão da percepção de um profissional de nutrição que, para além dos conflitos associados à obesidade em uma mulher adulta de pouco mais 20 anos, havia uma intensa vivência de sofrimento psíquico. A queixa inicial envolvia um diagnóstico psiquiátrico de Síndrome do Pânico e afirmou que a ansiedade intensa dificultava a adesão as prescrições do profissional de Nutrição. Destacou que necessitava da atenção em Psicologia para “cuidar de sua mente”.

A realização do Psicodiagnóstico ocorreu em dois atendimentos entre a entrevista, a aplicação do STAXI e a devolutiva. A análise das informações obtidas no processo de psicodiagnóstico indicou que a mobilização de recursos defensivos com características repressivas está envolvida na formação de quadros somáticos. A reduzida flexibilidade das funções egóicas limitaria as relações interpessoais e tenderiam a assumir características depressivas.

A análise do critério “Raiva para Fora” indica que se encontram limitados os processos defensivos frente à crítica e o direcionamento de proposições da agressividade contra si. Esta postura de resignação e passividade frente aos estados conflituos que envolvem as relações interpessoais são características do emprego da repressão de modo intenso. A avaliação da “Raiva para Dentro” é afirmativa desta proposição. A repressão também sugerida na variável “Traço de Raiva” limita o uso das formações discursivas como modo de aliviar “resíduos de sentimentos e impulsos que ela se sentira obrigada a reprimir” (BELINTANI, 2003 p.65).

Vale indicar que a fala limita também a intrusão de aspectos relativos à satisfação de desejos alheios e que circulam no campo relacional buscando sua satisfação na relação com o outro. A utilização preponderantemente da repressão contribui para posicioná-la de modo passivo e resignado frente às críticas, passando a considerar aversivas as relações com pessoas e objetos. O rebaixamento em Estado e Reação de Raiva pode representar a internalização de perspectivas pejorativas sobre suas potencialidades afirmando a proposição de um estado melancólico (KÓVACS, 2002).

Os prejuízos a expressão do sentimento de raiva (Temperamento), mesmo quando recebe provocação específica afirma a perspectiva de dificuldade de articulação da agressividade aos objetos, condição presente nos estados melancólicos. É pertinente considerar também limitações ligadas ao processo de simbolização, onde vivências de angústia não são expressas pela fala. De acordo com Santoro (2008 p.78) “a angústia sobreviria então quando se tenta escapar do espaço materno em direção ao que seria a ordem fálica”.

A tendência à resignação apresentada na variável “Controle da Raiva” e os prejuízos a “Expressão da Raiva” que limitam as relações interpessoais parecem ilustrar um nível identificatório denominado “identificação primária” (MAGGI, 2009). Este modelo de identificação “é regido pela onipotência do desejo do outro. O discurso da mãe é prevalente sobre a imagem que a criança terá de si mesma. Nesse processo de identificação primária, aos poucos a criança vai se apropriando do discurso materno e vai, ao mesmo tempo, se alienando nele” (MAGGI, 2009 p.144).

Por estas características psicodinâmicas, a devolutiva do psicodiagnóstico encontrou pouca ressonância e articulação de insights. A cliente concordava com as proposições

apresentadas pela discente de Psicologia e restringia seu discurso a resposta de perguntas que lhe eram dirigidas. A devolutiva permitia a discente experienciar as dificuldades da cliente em simbolizar seus afetos e constituir defesas com o uso da fala, conforme sugerido pelo processo de psicodiagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a realização de psicodiagnóstico interventivo parece ser um instrumento útil para a abordagem dos transtornos alimentares. Esta utilidade é inerente ao fato de que os aspectos psicológicos ligados aos transtornos alimentares são complexos e não se restringem aos mecanismos defensivos habitualmente envolvidos na anorexia e bulimia. Destaca-se que os Transtornos Alimentares Sem Outras Especificações (TASOEs) podem ter seus conteúdos psicodinâmicos expostos na realização do psicodiagnóstico.

A perspectiva interventiva do psicodiagnóstico é estabelecida mesmo quando a devolutiva não propicia insights e maior compreensão em torno da personalidade e comportamentos. Isto não significa que a devolutiva não produza seus efeitos, pois, em expectativa de trânsito (HERRMANN, 2004) as representações sobre o sofrer são mobilizadas e produzem sentidos. Além disso, há um efeito posterior relativo ao desenvolvimento da atenção psicoterápica que, em seqüência se estabelecerá.

No caso da Clínica-Escola que possibilitou esta pesquisa é concebido um processo que compreende o psicodiagnóstico e a atenção em psicoterapia. Em tal arranjo técnico há benefícios terapêuticos que o cliente experiêcia, por contar com a escuta de um psicoterapeuta que qualificou o entendimento relativo ao sofrimento psíquico a partir dos conteúdos elencados no psicodiagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMBULIM - *Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas*. Acessado 31 de março de 2011 em http://www.ambulim.org.br/transtornos_alimentares.php.

AURELIANO, W. A. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v.17, n.1, p.49-70, 2009.

AZEVEDO, A. P.; SANTOS, C. C.; FONSECA, D. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.31, n.4, p.170-172, 2004.

BARBIERI, V; JACQUEMIN, A.; ALVES, Z. M. M. B. Alcances e limites do Psicodiagnóstico Interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.14, n.28, p.153-167, 2004.

BARRETO, A. L. H.; FIGUEIRÓ, A. S.; SOARES, R. M. Padrão alimentar e manejo nutricional dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. *Transtornos alimentares e obesidade*. 2ª edição – Porto Alegre: Artmed, p.117-124, 2006.

Laiana Tiemi Kawashima; Cassiano Ricardo Rumin. Transtornos alimentares: psicodiagnóstico como potencializador do processo terapêutico. 62

BELINTANI, G. Histeria. *Revista de Psicologia da Vetor*, São Paulo, v.4, n.2, p.56-69, 2003.

BENEDETTO, C. D. Questões investigativas sobre obesidade e gênero. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor, p.115-124, 2006.

BRANDÃO, M. L.; MORATO, S. Comportamento alimentar. In: BRANDÃO, M. L. *Psicofisiologia: as bases fisiológicas do comportamento*. São Paulo: Atheneu, p.75-91, 2005.

BUSSE, S. R.; SILVA, B. L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (organizador). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, p.31-99, 2004.

CÂMARA, G. F. A formação do eu e o poder da psicanálise. *Cógito*, Salvador, v.11, p.20-25, 2010.

CASTILLO, A. R. G. L.; CASTILLO, J. C. R. Transtornos da alimentação e transtorno obsessivo-compulsivo. In: BUSSE, S. R. (organizador). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, p.13-29, 2004.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L. LARANJEIRA, R. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.187-196, 1996.

DONATO, A.; OSORIO, M. G. F.; PASCHOAL, P. V.; MARUM, R. H. Obesidade. In: BUSSE, S. R. (organizador). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, p.31-99, 2004.

DUCHESNE, M.; APPOLINARIO, J. C.; RANGÉ, B. P.; FREITAS, S.; PAPELBAUM, M.; COUTINHO, W. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.29, n.1, p.80-92, 2007.

FRANQUES, A. R. M.; ASCENCIO, R. F. R. Depressão e obesidade. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor, p.125-136, 2006.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C. e APPOLINARIO, J. C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.24, suppl.3, p.34-38, 2002.

HERRMANN, F. *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

JUNQUEIRA FILHO, L. C. U. A “disputa” (prise de Bec) entre Beckett e Bion: a “experimentação” do insight no resplendor da obscuridade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v.42, n.2, p.103-117, 2008.

Laiana Tiemi Kawashima; Cassiano Ricardo Rumin. Transtornos alimentares: psicodiagnóstico como potencializador do processo terapêutico. 63

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LAZZARI, J. M. W.; SCHMIDT, E. B. Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. *Avaliação psicológica*, Porto Alegre, v.7, n.2, p.211-221, 2008.

LEITE, S. Delírio: contorno do real. *Psychê*, São Paulo, v.10, n.17, p.157-167, 2006.

MAGGI, N. R. A criança em situações de adoção e a clínica psicanalítica: o registro identificatório e os recursos no processo de simbolização. *Estudos de Psicanálise*, Aracaju, n.32, p.141-146, 2009.

NAKAMURA, E.. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (organizador). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri, SP: Manole, p.13-29, 2004.

NUNES, A. L.; VASCONCELOS, F. A. G. Transtornos alimentares na visão de meninas adolescentes de Florianópolis: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.539-550, 2010.

NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÃO, A. L. e COUTINHO, W. Psicoterapia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, p.137-144, 2006.

OLIVEIRA, M. P. Melanie Klein e as fantasias inconscientes. *Winnicott e-prints*, São Paulo, v.2, n.2, p.01-19, 2007.

SANTORO, V. C. A dama de lagartixa: um caso de fobia. *Reverso*, Belo Horizonte, v.30, n.56, p. 77-83, 2008.

SPIELBERGER, C. D. *Manual do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI)*. 2ª ed. São Paulo: Vetor, 2003.

VITOLO, M. R.; BORTOLONI, G. A. e HORTA, R. L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.28, n.1, p.20-26, 2006.