

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**IMAGEM DO CORPO E BULIMIA:
A IMAGEM DA JOVEM BULÍMICA E A DE SUA MÃE**

Rosita Esteves

Dissertação de Mestrado

São Leopoldo, 2010

**IMAGEM DO CORPO E BULIMIA:
A IMAGEM DA JOVEM BULÍMICA E A DE SUA MÃE**

Rosita Esteves

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
sob orientação da
Prof^a. Dr^a. Vera Regina Röhnelt Ramires

Universidade do vale do Rio dos Sinos – UNISINOS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Dezembro, 2010

Ficha Catalográfica

E79i Esteves, Rosita
Imagem do corpo e bulimia: a imagem da jovem bulímica e a de sua mãe/ Rosita Esteves. -- 2010.
126 f.; 30cm.

Inclui os artigos: “Imagem do corpo e bulimia” e “Imagem do corpo, metáfora da história”.

Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2010.

Orientadora: Prof. Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires.

1. Corpo - Psicanálise. 2. Imagem corporal. 3. Bulimia. 4. Transtorno alimentar. 5. Relação mãe-filha. I. Título. II. Ramires, Vera Regina Röhnelt.

CDU159.923.2

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**IMAGEM DO CORPO E BULIMIA:
A IMAGEM DA JOVEM BULÍMICA E A DE SUA MÃE**

elaborada por
Rosita Esteves

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA

Vera Regina Röhne Ramires, Prof^ª. Dr^ª.
(Presidente/Orientadora)

Silvia Pereira da Cruz Benetti, Prof^ª. Dr^ª.
(Relator)

Mônica Medeiros Kother Macedo, Prof^ª. Dr^ª.
(Membro)

Tânia Maria Cemin Wagner, Prof^ª. Dr^ª.
(Membro)

São Leopoldo, 21 de dezembro de 2010.

DEDICATÓRIA

Para Gabriela e Juliano,
pela felicidade de tê-los.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dr^a. Dra. Vera Ramires, por quem tenho muita admiração, pelos ensinamentos, incentivo, apoio e por me acompanhar com tanta competência pelos caminhos da pesquisa.

À professora Dr^a. Silvia Benetti, relatora deste trabalho, pelas valiosas contribuições e ensinamentos no percurso do mestrado.

Às professoras Dr^a. Mônica Macedo e Dr^a. Tânia Wagner, quando do Exame de Qualificação, pelas importantes observações e contribuições que enriqueceram este texto.

Aos professores e colegas do mestrado, pelos ensinamentos, convivência e amizade compartilhados.

Às colegas e amigas Analiz Zopas, Antonia Signorini Polita, Luciana Cassina, Marina Gazzola e Suélen Noé, pela colaboração na transcrição das entrevistas, pela leitura do trabalho e pelas discussões.

À Sandra Biasuz Pormann e à Fátima Vaz, nutricionistas do CES, pela confiança e colaboração no encaminhamento de participantes para o estudo.

Ao Dr. Rodrigo Peres, pela contribuição e disponibilidade em compartilhar suas descobertas nos estudos da imagem do corpo.

À Dr^a. Júlia Elba Ferreira, pela acolhida e auxílio generoso nos esclarecimentos em momentos de dúvidas.

Às acadêmicas de Psicologia da UCS, Solange Pieri, Rafaella Stangherlin pela colaboração nas transcrições das entrevistas e Alessandra Martins, Marina Brisotto e Tatiane Gomes, pela colaboração na avaliação dos DFH, como juízes na pesquisa.

Às secretárias do PPG, Vanessa e Liliana, pela incansável disponibilidade e presteza em auxiliar frente às solicitações.

Às participantes da pesquisa, às jovens e suas mães, pela oportunidade de entrar num campo de estudo denso e rico.

À minha mãe, pelas lições de esperança e confiança para enfrentar meus desafios

Aos familiares pelo incentivo, carinho e confiança que em mim sempre depositaram, em especial a Sarita e a Marina.

Ao Centro de Especialidades em Saúde (CES) - Secretária Municipal da Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul, pela colaboração com a pesquisa através do encaminhamento de participantes.

MUITO OBRIGADA!

SUMÁRIO

Resumo	11
Abstract	12
Introdução	13
Seção 1 – Artigo Teórico: Imagem do corpo e bulimia	16
Imagem do corpo	17
<i>Primeiros estudos sobre a imagem do corpo: do corpo somático ao corpo erógeno</i>	18
<i>Contribuições pós-freudianas</i>	20
<i>Contribuições psicanalíticas contemporâneas</i>	28
<i>Alterações da imagem do corpo e bulimia</i>	33
Considerações finais	39
Seção 2 – Artigo Empírico: Imagem do corpo, metáfora da história	41
Introdução	41
Método	48
<i>Delineamento</i>	48
<i>Participantes</i>	48
<i>Procedimentos éticos</i>	48
<i>Procedimentos de coleta</i>	48
<i>Procedimentos de análise de dados</i>	51
Resultados	52
<i>Caso 1: Mariane: sombra da mãe</i>	54
<i>Caso 2: Daniele: espelho da mãe</i>	61

Discussão	70
Considerações Finais	78
Palavras Finais	81
Referências	83
Anexos	93
Anexo A. Relatório de Pesquisa.....	95
Anexo B. Carta de Anuência do NEPS	115
Anexo C. Parecer sobre Solicitação de Projetos de Pesquisa.....	116
Anexo D. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS.....	117
Anexo E Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Jovem.....	118
Anexo F Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Mãe.....	119
Anexo G DFH de Mariane.....	120
Anexo H Desenho do próprio corpo de Mariane.....	121
Anexo I. DFH de Beatriz – mãe	123
Anexo J. Desenho do próprio corpo de Beatriz	124
Anexo K. DFH de Daniele	125
Anexo L. Desenho do próprio corpo de Daniele	126
Anexo M. DFH de Lísia – mãe	127
Anexo N. Desenho do próprio corpo de Lísia	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Síntese dos resultados dos estudos de caso	53
Tabela 2. Resultados de Mariane e de sua mãe na escala de imagem corporal de Stunkard	59
Tabela 3. Escolhas de Mariane e Beatriz segundo a escala de imagem corporal de Stunkard	60
Tabela 4. Resultados de Daniele e de sua mãe na escala de imagem corporal de Stunkard	67
Tabela 5. Escolhas de Daniele e Lísia segundo a escala de imagem corporal de Stunkard	68
Tabela 6. Dados gerais dos estudos de caso	112
Tabela 7. Sequência de encontros com as participantes e instrumentos utilizados...	113

RESUMO

Este estudo buscou analisar e compreender como se apresenta a imagem do corpo em jovens mulheres com bulimia em relação aos próprios ideais e aos de sua mãe. O foco do estudo centrou-se nos aspectos psíquicos referentes à constituição da imagem do corpo e suas alterações na bulimia, utilizando o referencial psicanalítico. Também foram examinadas pesquisas científicas atuais que tratam da imagem do corpo e da bulimia. A abordagem foi qualitativo-exploratória, utilizando como estratégia o procedimento de estudo de casos múltiplos. As participantes do estudo foram duas jovens do sexo feminino, com idades de 19 e 24 anos, com diagnóstico de bulimia e suas respectivas mães. O estudo de cada jovem e sua mãe foi considerado um caso. O acesso aos casos se deu através de encaminhamento por profissionais especialistas do Centro de Especialidades em Saúde (CES) - Secretária Municipal da Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Como instrumentos, foram utilizadas entrevistas não estruturadas e semiestruturadas com as jovens e com suas mães, o Desenho da Figura Humana, o EAT-26, o BITE, o BSQ e a Escala de Imagem Corporal de Stunkard. Os resultados indicaram a presença de insatisfação com a imagem do corpo tanto nas jovens bulímicas como em suas mães, gerada a partir dos próprios ideais e dos ideais maternos. Também indicaram que as jovens participantes do estudo buscaram uma imagem de corpo ideal como manifestação de falhas na constituição do narcisismo e da identidade frente à relação pouco discriminada com a figura materna. Indicaram, ainda, que as filhas, através da bulimia, estariam respondendo aos ideais conscientes e inconscientes de suas mães.

Palavras-chave: imagem corporal, bulimia, transtorno alimentar, relação mãe-filha

ABSTRACT

This study aimed to analyze and understand how body image is seen by young bulimic women regarding their own ideals as well as their mothers'. It focused on psychic aspects related to how body image is constituted and its alterations in bulimia, using psychoanalytical references. Recent scientific research being carried out on body image and bulimia were also examined. The approach was qualitative-exploratory, using the strategy of multiple case studies. Subjects of the study were two young women, who were 19 and 24 years old, diagnosed as bulimic, and their respective mothers. The study carried out on each young woman and her mother was considered one case. Access to the cases took place thanks to recommendations by specialized professionals from the *Centro de Especialidades em Saúde (CES) - Secretaria Municipal da Saúde (SMS)* (Specialized Health Center – Municipal Health Secretary) which is run by the City Hall of Caxias do Sul. Research instruments used were non-structured and semi-structured interviews with the young women and their mothers, the Human Figure Drawing Test, the EAT-26, the BITE, the BSQ, and Stunkard Body Image Scale. Results indicated that both the young bulimic women and their mothers showed dissatisfaction with their body images, from their own ideals as well as their mothers' ideals. They also indicated that the young women taking part in the study sought for an ideal body image as manifestation of flaws in the constitution of narcissism and identity given the relationship with the mother figure not being much discriminated. In addition to that, results indicated that through bulimia, the daughters would be responding to their mothers' conscious and unconscious ideals.

Keywords: body image, bulimia, eating disorder, mother-daughter relationship

INTRODUÇÃO

Este volume apresenta a dissertação de mestrado intitulada “Imagem do corpo e bulimia: a imagem da jovem bulímica e a de sua mãe”. Foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, na linha de pesquisa “Clínica da Infância e da Adolescência”.

O estudo nesta dissertação enfoca a imagem do corpo em jovens mulheres bulímicas e sua relação com seus próprios ideais e os de sua mãe. Na bulimia, a alteração da imagem do corpo é subjacente aos típicos sintomas de insatisfação extrema, quando o peso está mais alto, e de temor extremo de engordar, quando o peso está mais baixo.

O corpo e sua imagem constituem um tema presente no cenário contemporâneo que privilegia a aparência, a exterioridade e a ação, em detrimento da interioridade e do pensar. A busca pelo corpo perfeito, idealizado pela cultura, pode se associar a fragilidades emocionais e instigar o desencadeamento de perturbações como a imagem do corpo, podendo, posteriormente, desencadear distúrbios alimentares, entre os quais a bulimia.

A perturbação da imagem do corpo, seja através de sua distorção ou insatisfação, foi descrita como elemento precursor dos distúrbios alimentares a partir dos estudos de Bruch (1973). Em suas observações clínicas, Bruch (1973) concluiu que dificuldades nas experiências emocionais interpessoais precoces, com pessoas significativas, promovem distorção da imagem do corpo. Desde então estudiosos das perturbações alimentares vêm se dedicando a ampliar os conhecimentos acerca da imagem do corpo, na medida em que ela é central nesses distúrbios.

Considerando a importância da relação mãe-filha na imagem do corpo e sua alteração, esse estudo visou examinar a imagem real e ideal da jovem bulímica e da sua mãe. Também pretendeu identificar a imagem do corpo que a jovem bulímica presume que sua mãe tem dela (filha) e, a imagem do corpo que a mãe tem de sua filha. Por fim, visou analisar as possíveis relações da imagem de corpo da jovem bulímica com a representação da imagem de corpo que presume pertencer a sua mãe.

Para compreender a imagem do corpo da jovem bulímica e a de sua mãe e as relações entre os ideais, optou-se por um estudo de delineamento qualitativo-

exploratório, utilizando a estratégia de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005), visando investigar as especificidades de cada caso, através da análise dos significados subjetivos da experiência. Os resultados foram interpretados com base nos aportes psicanalíticos, articulados à revisão de estudos atuais sobre a imagem do corpo e a bulimia.

Esse estudo possibilitou identificar e analisar aspectos relacionados à imagem do corpo das jovens bulímicas e de suas mães, estabelecendo relações, correspondências e discrepâncias, sustentadas no referencial psicanalítico e em estudos científicos atuais sobre esta temática. Desse modo, contemplou o desejo de ampliar e aprofundar os conhecimentos acerca da perturbação da imagem do corpo na bulimia, tema complexo, que gera sofrimento em quem padece e produz questionamentos constantes em quem, no cotidiano da clínica, se ocupa de acolher e auxiliar na busca de novas vias para a angústia.

A primeira seção dessa dissertação apresenta um artigo teórico intitulado “Imagem do corpo e bulimia”, que examina a imagem do corpo e seu transtorno na bulimia sob a perspectiva da abordagem psicanalítica. Inicialmente, analisa a imagem do corpo através do conceito de corpo e sua transposição do corpo somático ao corpo erógeno em Freud. Posteriormente, discute o conceito da imagem do corpo a partir de distintos autores do campo psicanalítico, desde Schilder, Lacan e Dolto até Nasio e Zukerfeld. Por fim, faz considerações acerca da perturbação da imagem do corpo na bulimia, apontando uma importante articulação entre ambos, em pontos fundamentais do psiquismo, destacando-se o narcisismo, as relações objetais e a identificação.

A segunda seção apresenta um artigo empírico intitulado “Imagem do corpo, metáfora da história”, que é composto por uma introdução teórica sobre a imagem do corpo, seguida da apresentação dos casos estudados. Por fim, faz uma explanação dos resultados da investigação, sua discussão e as considerações finais.

Em anexo apresenta-se o relatório de pesquisa. Esse contempla a descrição detalhada do método utilizado para a coleta e análise dos dados. Também estão em anexo os documentos emitidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS e pela Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul, que realizou os encaminhamentos das participantes do estudo. Do mesmo modo estão em anexo os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido da jovem bulímica e de sua mãe. Por fim, encontram-se os anexos dos desenhos realizados pelas jovens bulímicas e suas mães. Seguem-se as Palavras Finais, trazendo reflexões acerca do processo de pesquisa.

*Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta.*

*Meu corpo, não meu agente,
meu envelope selado,
meu revolver de assustar,
tornou-se meu carcereiro,
me sabe mais que me sei.*

Trecho da poesia de
Carlos Drummond de Andrade,
As contradições do corpo

Seção 1 – Artigo Teórico

Imagem do corpo e bulimia

Este artigo examina o conceito de imagem do corpo e seu transtorno na bulimia sob a perspectiva da abordagem psicanalítica. Inicialmente, a imagem do corpo é analisada através do conceito de corpo e sua transposição do corpo somático ao corpo erógeno em Freud. Posteriormente, são discutidos os diferentes conceitos de imagem do corpo propostos por distintos autores do campo psicanalítico: desde Schilder, Klein, Lacan e Dolto até Nasio e Zukerfeld. Por fim, são feitas considerações acerca da perturbação da imagem do corpo na bulimia.

A imagem do corpo e suas alterações na bulimia constituem um desafio à clínica psicanalítica, evidenciando, em alguma medida, uma das formas de expressão do mal-estar do sujeito. Apesar da bulimia ter etiologia multifatorial, com interação de fatores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares, sociais e culturais, a perturbação da imagem do corpo consiste num fator instigador para seu desencadeamento nas pessoas que apresentam vulnerabilidade psíquica.

No panorama psicopatológico atual, houve um incremento significativo de casos de bulimia nas décadas de 1970 e 1980 (Fernandes, 2006), com uma prevalência mundial estimada de 1% a 4% da população (Cordás, 2005). Assim, a bulimia vem ocupando um lugar destacado na clínica e provocando novas designações, passando a ser considerada como a nova histeria dos ‘80’ (Zukerfeld, 1996), “enfermidade especificamente feminina” (Herscovici & Bay, 1997), “enfermidade da modernidade” (Nunes, Appolinário, Abuchaim & Coutinho, 1998) e “patologia da adolescência feminina” (Brusset, 1999b). Nesse cenário, a bulimia tem se transformado em um problema de grande extensão e preocupação, impondo novos desafios à clínica psicanalítica contemporânea.

Na bulimia, a alteração da imagem do corpo que ocorre através de distorção e insatisfação acerca da forma e do peso do corpo, é considerada um aspecto extremamente relevante. Tal alteração constitui, além de um critério diagnóstico (CID-10, 1993; Claudino & Borges, 2002; Cordás & Salzano, 2004; DSM-IV-TR, 2002; Freitas, Gorenstein & Appolinário, 2002), um fator predisponente, precipitante e

mantenedor dessa psicopatologia (Morgan; Vecchiatti & Negrão, 2002; Saikali; Soubhia; Scalfaro & Cordás, 2004). A imagem do corpo exerce um papel essencial ocupando um lugar praticamente exclusivo e determinante da autoestima na bulimia (Bruch, 1973; DSM-IV-TR, 2002; Zukerfeld, 1996). Em relação à terapêutica, a imagem do corpo também ocupa posição fundamental. Para que haja o restabelecimento do funcionamento psíquico saudável, torna-se imprescindível a correção da alteração da imagem do corpo. Portanto, a distorção deve ser substituída por “um conceito real da imagem do corpo” (Bruch, 1973), sob o risco de haver apenas uma melhora temporária dos sintomas. Por essas razões se depreende que o conceito da imagem do corpo e sua alteração são essenciais para a compreensão e a terapêutica da bulimia.

Imagem do corpo

A imagem do corpo pode ser entendida como conceito e vivência que se constrói sobre o esquema corporal¹, trazendo consigo o mundo humano das significações. O esquema corporal é a estrutura de fundamento biológico, o lugar fonte das pulsões, as quais necessitam da imagem do corpo para ser expressas, via fantasia. Assim, o lugar da representação das pulsões é a imagem do corpo. Os processos pelos quais o esquema corporal e a imagem do corpo se relacionam compreendem, por um lado, as tensões de dor ou de prazer no corpo, e por outro, as palavras que dão sentido e representação a estas percepções (Dolto, 1954/1992).

Na imagem do corpo estão presentes os afetos, os valores e a história pessoal. É uma reconstrução constante do que o sujeito percebe de si e das determinações inconscientes que traz de sua relação com o mundo (Schilder, 1935/1994). Refere o sujeito e sua história, sendo específica de um tipo de relação libidinal (Dolto, 1954/1992). O conceito de imagem do corpo, sob a perspectiva da psicanálise, refere-se à representação psíquica do corpo, consistindo em um conceito fundamental para a compreensão de aspectos importantes da personalidade como a autoestima, e essencial para explicar certas patologias como a bulimia (Zukerfeld, 1996).

¹ Organização neurológica das áreas do corpo, biologicamente determinada, com localização anatômica em áreas do córtex cerebral (Olivier, 1995). Estrutura de substrato biológico que especifica o indivíduo enquanto representante da espécie humana (Dolto, 1954/1992).

Primeiros estudos sobre a imagem do corpo: do corpo somático ao corpo erógeno

O estudo da imagem do corpo, sob o prisma psicanalítico, focaliza a relação corpo-psique, partindo da idéia de que o corpo é um território de prazeres e de desgostos e de que é da atenção às necessidades do “corpo biológico” que nasce a organização libidinal e o “corpo erógeno”, do qual a psicanálise se ocupa. A transposição do corpo biológico para o corpo psicanalítico foi inaugurada nos estudos de Freud (1893-95/1996) por ocasião da análise das histéricas, que através dos sintomas conversivos evidenciavam um sofrimento psíquico, não derivado do próprio corpo. A conversão histórica permitiu desvendar um corpo-representação afastado da anatomia. Sob este prisma, o corpo é compreendido como o lugar onde se expressa a trama das relações entre o psíquico e o somático.

O conceito de corpo em psicanálise refere-se à passagem do registro corporal para o registro psíquico, a partir da teoria da sexualidade infantil (Freud, 1905/1996), via privilegiada que fornece as bases para a compreensão do corpo erógeno. Este foi descrito como a organização libidinal (oral, anal, fálica e genital) que possui uma estrutura altamente específica para cada sujeito, contendo e expressando a própria história dos desejos.

Cedo na vida o corpo se apresenta como uma fonte singular de prazer, vivenciado através da experiência subjetiva do autoerotismo. A constituição do “corpo autoerótico” implica a existência de um objeto maternal que assegure a satisfação das primeiras necessidades, surgindo “o autoerotismo (...) apenas em resposta à perda desse objeto” (Fernandes, 2003, p.90). Freud (1905/1996) assegurou que o papel da mãe não se restringe ao cuidado autoconservativo, mas inclui instituir o acesso ao prazer por meio da promoção da sexualidade. Esta nasce a partir do funcionamento das atividades corporais e posteriormente se independiza delas. Torna-se autônoma e passa a funcionar de modo autoerótico, provocando um prazer que se distingue da satisfação da necessidade. A esta relação entre certas funções e necessidades corporais (pulsões de autoconservação) e as pulsões sexuais Freud (1905/1996) denominou de apoio. Desse modo, o componente real orgânico é alocado num sistema de representações, possibilitando a simbolização (Gantheret, 1971).

O corpo inicialmente é investido libidinalmente pela mãe e posteriormente pelo próprio sujeito. Esse é o percurso que leva à transposição do corpo da necessidade para o corpo de prazer. Porém, na falta do investimento libidinal, a experiência do corpo fica

ligada à necessidade, privada da descoberta do corpo de prazer. O desempenho adequado da função materna é essencial para que os sinais pré-verbais emitidos pelo bebê sejam metaforizados, proporcionando as estruturas básicas para posteriormente tornar psicológico, integrado e simbolizável o corpo biológico, primário e irrepresentável (Anzieu, 1961/1981; Peres & Santos, 2007). Para que o outro maternal tenha condições de interpretar o corpo do bebê ele necessita investir libidinalmente esse corpo. Isso pressupõe que sinta prazer ao ter contato com o corpo do bebê, bem como ao nomear as partes, funções e sensações desse corpo. Esse investimento permite que o “corpo de sensações” se transforme em um corpo representado (Fernandes, 2003). Para ocorrer esta transposição é fundamental que a mãe tenha experimentado prazer no contato com o corpo do bebê. Entretanto, para que isso seja possível, é imprescindível que a mãe possua uma relação com seu próprio corpo como um “lugar do prazer” (Aulagnier, 1979).

A partir do autoerotismo, em que as zonas erógenas estão num registro dispersivo e parcializado no corpo, a erogeneidade se estende para um corpo unificado pelo narcisismo, constituindo o “corpo narcísico”. O corpo unificado faz referência ao próprio corpo (Freud, 1914/1996), promovendo a condição de si e evidenciando a relação entre corpo e identidade. Além disso, essa totalidade narcísica se ordena em torno de uma imagem que é denominada “imagem do corpo” (Lazzarini & Viana, 2006).

A idéia da unidade do corpo relacionada ao narcisismo também é abordada por Lacan (1966/1998). Ele refere que o investimento narcísico no próprio corpo, através do reconhecimento da imagem especular vivenciado no estágio do espelho, proporciona à criança um sentimento de unidade do seu corpo, permitindo a gênese do eu por meio do registro do imaginário. O estágio do espelho cumpre a função de evidenciar a imagem ao sujeito e sua relação com ela. Constitui-se numa experiência de identificação através da qual a criança conquista a imagem do seu próprio corpo. A criança, fascinada pela imagem do seu corpo, passa a idealizá-lo. Através dessa imagem do corpo especular a criança se representa de forma onipotente, manifestando outra característica de seu psiquismo, o ego ideal (Anzieu, 1961/1981; Lacan, 1966/1998).

A passagem de um corpo autoerótico para um corpo unificado pelo narcisismo prepara o terreno para a posterior emergência do “ego corporal”. Freud (1923/1996) afirma que “o ego é primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente

uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (p. 40). O ego como “entidade de superfície” pode ser compreendido a partir de sua relação com a percepção e a realidade. O ego como “projeção de uma superfície” faz referência à projeção mental do corpo construída a partir das fantasias do sujeito.

A assunção do corpo como o “corpo próprio” possibilita acesso à primeira pessoa (eu) e está assentada na relação com o outro maternal. O outro está na origem da constituição do sujeito psíquico, seja em relação ao “ego corporal” como “projeção de uma superfície” ou em relação à “força pulsional” como agente que faz uma transformação desta antes de regressar ao organismo do bebê (Freud, 1923/1996). Então, é o outro maternal que, através do investimento libidinal no corpo da criança, vai torná-lo erógeno, permitindo acesso à simbolização, e, ao mesmo tempo, assinalando ao corpo sua qualidade de corpo próprio.

Na abordagem freudiana, o “corpo biológico” atravessado pela erogeneidade passa do “corpo autoerótico” ao “corpo narcísico” para chegar à idéia de um “ego-corporal”. Essa noção de ego corporal tornou possível a representação do corpo no ego e a expressão dos conflitos do ego no corpo. Além disso, a concepção do ego como a projeção psíquica da superfície do corpo permitiu a abertura para vários trabalhos posteriores sobre a relação corpo-psique, a qual foi denominada por alguns psicanalistas pela expressão “imagem do corpo”. Assim, Freud se refere ao corpo e seu papel na constituição do psiquismo, porém a “imagem do corpo” é um conceito psicanalítico pós-freudiano, derivado dos estudos pioneiros de Schilder.

Contribuições pós-freudianas

A expressão “imagem do corpo” nunca foi utilizada por Freud. Porém, a partir do pressuposto freudiano de corpo erógeno, Schilder (1935/1994), neurologista e psicanalista, apresentou a primeira definição de imagem do corpo não associada a aspectos exclusivamente neurológicos. Apenas nas últimas décadas a expressão “imagem do corpo” ganhou o estatuto de conceito psicanalítico, tendo sido especialmente desenvolvido por Jacques Lacan (1966/1998), como a “imagem especular” e por Françoise Dolto (1954/1992), como a “imagem inconsciente do corpo”.

O conceito de imagem do corpo proposto por Schilder foi construído através de uma abordagem multidimensional, com três estruturas em constante intercâmbio: a fisiológica, a libidinal e a sociológica. Apresentou a seguinte definição: “Por imagem do

corpo humano entendemos aquela representação que nós formamos mentalmente de nosso próprio corpo, quer dizer, a forma em que este se nos apresenta” (Schilder, 1935/1994, p. 15).

A contribuição de Schilder apresenta grande consonância com a teoria da sexualidade e do narcisismo de Freud. Sua concepção de “imagem corporal libidinal” (Schilder, 1935/1994) considera a presença de fatores psíquicos envolvidos na representação mental do próprio corpo. Para o autor, os processos que constroem a imagem do corpo não se desenvolvem apenas no campo da percepção (“mundo que tem a aparência de inanimado”), mas têm um paralelo com o campo libidinal e emocional (“mundo que tem a aparência da animação e a vida”) (p. 132). Assim, o processo de construção da imagem do corpo resulta de um esforço permanente, no qual as correntes eróticas que atravessam o corpo desempenham um papel particular. Portanto, a estrutura da imagem do corpo vai variar de acordo com as tendências psicosssexuais de cada sujeito, na medida em que nas diferentes e sucessivas etapas do desenvolvimento, a libido se adere a distintas partes da imagem do corpo, promovendo sua mudança contínua. Além disso, Schilder estabelece a relação entre narcisismo e imagem do corpo afirmando que o objeto da libido narcisista é a imagem do corpo e que o narcisismo “outorga significação a todas as partes do corpo” (p. 118).

Além do narcisismo, a interação com pessoas significativas e a identificação são destacadas como fundamentais para a constituição da imagem do corpo. De acordo com as proposições de Schilder (1935/1994), a imagem do corpo começa a formar-se muito precocemente na vida infantil, por meio da relação do bebê com a mãe e vai sofrendo transformações no curso do desenvolvimento e de acordo com as vivências subjetivas de cada um, dado que as experiências estão carregadas de significados afetivos e emocionais os quais, por sua vez, determinam a imagem do corpo. Assim, a estrutura da “imagem corporal libidinal” é determinada pela história de vida do sujeito e sua relação com os demais. Portanto, a relação objetal e a identificação desempenham um importantíssimo papel na construção da imagem corporal.

Um expressivo acréscimo à compreensão do conceito de imagem do corpo é fornecido por Lacan (1966/1998) através de seu conhecido trabalho “O estádio do espelho como formador da função do eu”. Nesse estudo, afirma que a imagem do corpo se origina da experiência especular, sendo fundamental na gênese do eu.

O estágio do espelho se refere à experiência vivenciada pela criança entre os seis e dezoito meses, na qual ela tem a visão do próprio corpo refletido no espelho. Desse modo, o estágio do espelho tem a função de evidenciar a imagem ao sujeito e sua relação com ela, na medida em que através de uma visão total do corpo se reconhece em uma unidade corporal (Lacan, 1966/1998).

A hipótese de Lacan (1966/1998) é de que a criança tem uma imagem fragmentada do próprio corpo e ao enxergar sua imagem refletida no espelho percebe uma unidade corporal que não corresponde ao “corpo fragmentado” da fantasia inconsciente. A visão do “corpo unificado” gera a antecipação imaginária do domínio do corpo, a qual é prematura com relação ao domínio do corpo real em função da imaturidade fisiológica e da ausência de integração das funções motoras. Assim, ao reconhecer-se através da imagem do espelho, a criança recupera a dispersão do corpo fragmentado numa totalidade unificada, que é a representação do próprio corpo. Desse modo, o estágio do espelho se constitui numa experiência de identificação fundamental através da qual a criança conquista a imagem do seu próprio corpo.

Por ocasião da identificação com a imagem especular, instala-se um corpo imaginário, através do contato com esse outro “estruturado como um duplo”. A percepção da imagem como seu duplo conduz ao encantamento com a imagem e à idealização de si próprio. Daí surge na criança a fantasia de ser “bela e forte”, plena de qualidades. O corpo é idealizado e a “imagem do corpo passa a ser afetada pelo ego ideal” (Peres & Santos, 2007, p. 129). Posteriormente, a representação do corpo sofre alterações ganhando limites mais realistas para a identificação por ocasião da internalização da interdição paterna, a partir do declínio do complexo de Édipo.

A imagem do corpo, de acordo com a concepção de Lacan, tem um papel essencial na “gênese do eu”, na “estruturação da identidade” e na “constituição do sujeito”. A imagem do corpo próprio ocupa um papel essencial na gênese do eu através do reconhecimento da criança de sua totalidade no espelho, extinguindo o fantasma do corpo disperso, por meio da elaboração do registro do imaginário. A imagem do corpo também é “estruturante para a identidade” na medida em que o estágio do espelho possibilita uma experiência de identificação primordial através da qual a criança conquista a imagem do seu próprio corpo. Portanto, a imagem do corpo tem um papel fundamental na “constituição do sujeito”, já que é a imagem especular que permite à criança estabelecer a relação de seu “corpo” e de seu “eu” com a realidade que a cerca e,

especialmente, possibilita o reconhecimento dessa imagem como de um sujeito (Lacan, 1966/1998).

A constituição da imagem do corpo, através da imagem especular, está atrelada ao narcisismo na proposição de Lacan (1966/1998). A visão total do corpo na experiência especular permite ao bebê reconhecer-se em uma unidade corporal. A imagem refletida no espelho provoca um encantamento, um fascínio pela própria imagem, levando ao investimento narcísico do próprio corpo e culminando na concepção do ego ideal (Lacan, 1954/1984).

Dessa forma, a imagem do corpo refletida no espelho permite uma identificação que origina um corpo imaginário que é idealizado. Desse modo, instala-se um corpo imaginário e narcísico passando a imagem do corpo a ser influenciada pelo ego ideal. Portanto, assim como em Freud (1914/1996) e em Schilder (1935/1994), também na proposição de Lacan (1966/1998) a libido e especialmente o narcisismo ganham ênfase na constituição da imagem do corpo.

O conceito de imagem do corpo é significativamente enriquecido com a proposição teórica de Dolto (1954/1992) que a concebe como “imagem inconsciente do corpo”, definindo-a como “a síntese viva de nossas experiências emocionais” (p. 14), moldando-se como uma elaboração de emoções precoces, experimentadas na relação intersubjetiva com o outro cuidador. Pode ser considerada como a “encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante” (p. 15). A autora compreende a imagem inconsciente do corpo como uma memória inconsciente do vivido, da história emocional do sujeito. Afirma que é pela qualidade da relação com o outro, de modo singular com a mãe, que se estrutura a evolução da erogeneidade e, como resultado, a imagem do corpo. A “imagem do corpo é o traço estrutural da história emocional de um ser humano” (p. 37), resultante da relação afetiva com a mãe e os familiares. É uma estrutura que decorre do processo intuitivo de organização das fantasias, das relações afetivas e eróticas pré-genitais. “A imagem do corpo é, em cada momento, memória inconsciente de todo o vivido relacional e, ao mesmo tempo, é atual, viva, em situação dinâmica simultaneamente narcísica e interrelacional” (p. 15).

A imagem inconsciente do corpo não é o prolongamento psíquico do esquema corporal, de acordo com Dolto (1954/1992). Enquanto o esquema corporal especifica o indivíduo como representante da espécie humana, a imagem do corpo é singular para cada um, refere o sujeito e sua história, sendo exclusiva de um tipo de relação libidinal.

O esquema corporal constitui o corpo em sua vitalidade orgânica, configura-se no lugar da necessidade e ao se relacionar com a imagem do corpo, enquanto lugar do desejo, permite à criança estruturar-se como ser humano.

A relação entre a necessidade e o desejo e sua mediação pela palavra são referidos ao corpo e à imagem do corpo. Assim, Dolto (1954/1992) explica que o desejo busca se satisfazer, sem jamais se saciar, enquanto que a necessidade deve ser satisfeita no corpo, com ou sem prazer, para que a vida do corpo possa ser preservada. Desse modo, as tensões de dor ou de prazer sentidas no corpo necessitam das palavras para ganharem sentido e serem representadas. A mediação pela linguagem é o processo através do qual o esquema corporal e a imagem do corpo se relacionam. A autora esclarece, ainda, que é na imagem do corpo que as pulsões se expressam, através da fantasia. Assim, a imagem do corpo compreende a representação das pulsões e a comunicação de uma fantasia.

Dolto (1954/1992) propõe que a imagem inconsciente do corpo é constituída pela articulação dinâmica de três imagens: “imagem de base”, “imagem funcional” e “imagem das zonas erógenas”. A imagem de base, primeiro componente da imagem do corpo, permite à criança sentir-se em uma “mesmice de ser”, em uma continuidade narcísica, que origina o sentimento de existir. A cada fase do desenvolvimento psicosexual corresponde uma “imagem de base” (“imagem de base respiratório-olfativo-auditiva, imagem de base oral, imagem de base anal”) que vai sofrendo modificações nas representações que a criança tem si (Dolto, 1954/1992, p. 39). Então, após o nascimento, a primeira imagem é uma “imagem de base respiratório-olfativa-auditiva” (imagem aérea, cavum e tórax), sendo seguida de uma “imagem de base oral” (zona bucal, faringo-laringe e imagem do ventre). Na imagem de base oral está a representação do cheio e do vazio do estômago, a qual está em ressonância com as sensações inevitáveis de fome e de plenitude gástrica. Por fim, uma “imagem de base anal” que acrescenta às imagens de base anteriores o funcionamento de retenção e de expulsão da parte inferior do tubo digestivo (reto e bacia com representação tátil das nádegas e do períneo).

A “imagem funcional” é o segundo componente da imagem do corpo. De modo oposto à imagem de base, caracterizada por uma dimensão estática, a imagem funcional é uma imagem da atividade, do funcionamento, visando à realização do desejo do sujeito. A imagem funcional permite que as pulsões de vida, após sua subjetivação no

desejo, possam se objetivar na relação com o mundo e com o outro, em busca do prazer (Dolto, 1954/1992).

O terceiro componente da imagem do corpo é a “imagem erógena” do corpo, onde se expressa a tensão das pulsões. A imagem erógena do corpo, associada à determinada imagem funcional do corpo, evidencia o prazer ou o desprazer na relação com o outro (Dolto, 1954/1992).

A associação e coesão das três imagens, de “base”, “funcional” e “erógena” vão estabelecer a “imagem dinâmica”, à qual corresponde o “desejo de ser”, indicando assim, a “metáfora subjetiva das pulsões de vida” (Dolto, 1954/1992, p. 37). O conjunto dessas imagens, então, constitui e assegura a imagem do corpo e o narcisismo do sujeito durante cada etapa de seu desenvolvimento. As relações e transformações entre esses três componentes da imagem do corpo vão depender das vicissitudes da história do sujeito e das limitações impostas sob a forma de castrações que, por sua vez, permitirão a simbolização. Nesse sentido, a autora confere um papel importante à noção de castração, enquanto proibição do desejo, e às emoções dolorosas conectadas com o desejo erótico, na estruturação da imagem do corpo.

A composição das “imagens de base”, “funcional” e “erógena”, ligadas entre si através das pulsões de vida e atualizadas na “imagem dinâmica” constituem a imagem do corpo (Dolto, 1954/1992). Os três componentes da imagem do corpo sofrem modificações e remanejamentos e, para que a “imagem de base” garanta sua coesão narcísica diante das vicissitudes da história do sujeito é necessário que a “imagem funcional” se aproprie adequadamente do esquema corporal, bem como que a “imagem erógena” permita experimentar um prazer partilhado e passível de ser expresso simbolicamente.

De acordo com Dolto (1954/1992), a imagem do corpo se estrutura na relação intersubjetiva, especialmente da menina com sua mãe, através da comunicação entre as imagens do corpo que no início da vida ocupam uma relação complementar. No caso de que isto falhe, a imagem do corpo fica sem mediação via linguagem, carente de simbolização, constituindo-se de forma arcaica, como uma imagem sensorial fugaz, imprecisa e sem palavras para representá-la. Desse modo, a comunicação limitada ao “corpo a corpo”, com vistas exclusivamente a manutenção das necessidades do bebê, perturba a construção de vias psíquicas facilitadoras da simbolização, interferindo na estruturação da imagem do corpo que poderá se constituir demarcada por referenciais

predominantemente provindos das relações sensoriais.

A relação inicial do bebê com sua mãe sustenta a compreensão da constituição da imagem do corpo, sendo a estabilidade e harmonia no vínculo precoce mãe-filho essencial para a estruturação da primeira imagem do corpo e a manutenção do narcisismo primordial ou fundamental (Dolto, 1954/1992). A imagem do corpo é elaborada, inicialmente, como um entrelaçamento de segurança com a mãe, na medida em que os limites espaciais da percepção do bebê são nebulosos, sem individuação de seu corpo que ainda se confunde com o de sua mãe. Em um primeiro momento, é o esquema corporal da mãe, seu corpo, que dá sentido e suporte às referências do narcisismo primordial do bebê.

Segundo Dolto (1954/1992), o narcisismo primordial é considerado fundamental, no qual “o narcisismo da criança se informa sobre o inconsciente da mãe e se concilia com ele, se adéqua à maneira pela qual ela a olha” (p. 128). Há uma conciliação inconsciente com as emoções provocadas pela mãe que, cuidando da criança, revive a história de seu próprio narcisismo.

Entretanto, após a experiência do espelho, a imagem do corpo do bebê é que vai informar seu próprio esquema corporal. A imagem que o espelho reflete permite a reflexão mental sobre si mesmo que, por sua vez, possibilita o narcisismo primário. O narcisismo primário se dá a partir da identificação primária que é decorrente da experiência especular. Assim, para Dolto (1954/1992), primeiro há o narcisismo primordial ou fundamental ao qual se acrescenta o narcisismo primário.

Em relação ao espelho e ao estágio do espelho, Dolto (Dolto & Nasio, 1991) critica o destaque dado ao aspecto escópico das experiências especulares, enfatizando a importância do relacional e do simbólico. Contrariamente às experiências que o bebê tem do outro em seu meio, através da linguagem mímica e afetiva, a imagem que ele encontra no espelho não lhe apresenta nenhuma resposta. Dolto (1954/1992) afirma que no espelho há uma armadilha ilusória: não há um outro, só uma imagem, portanto se constitui em “(...) um momento de enfraquecimento do sentimento de existir na criança” (p. 121).

Dolto apresenta uma concepção original da função do espelho na constituição da imagem inconsciente do corpo. A ideia do espelho deve ser entendida como objeto de reflexão não somente do visível, mas também do audível, do sensível e do intencional.

Não dá ênfase à imagem especular ou escópica que o espelho reflete, mas à função relacional cumprida por outro espelho de outra natureza: “o espelho do ser do sujeito do outro” (Dolto & Nasio, 1991, p. 33).

Dolto (1954/1992) compartilha com Lacan (1966/1998) a idéia de que para que a imagem escópica tenha sentido, a experiência do espelho precisa ser vivida com a presença de uma pessoa com a qual a imagem do seu corpo e seu esquema corporal se reconheçam, ao mesmo tempo em que o bebê reconhece esta pessoa refletida na superfície plana da imagem escópica. A percepção da pessoa conhecida ao seu lado permite avaliar a imagem escópica como sua, bem como dar sentido a ela. O espelho plano não é suficiente se não há um outro que se faça espelho para a criança, isto é, se não há a presença da mãe ou outro sujeito que se reflita com ela. Quando a experiência do espelho é integrada, poderá ser simbolizante, modificando as representações do sujeito. Assim, de acordo com Dolto, a imagem inconsciente do corpo, da ordem do invisível, que era representada através dos desenhos e modelagens da criança, cede lugar à representação de imagens conscientemente valiosas e visíveis.

Três diferenças essenciais entre o “estádio do espelho” de Lacan e o “espelho do narcisismo primário” de Dolto são destacadas (Nasio & Dolto, 1991). A primeira diz respeito ao caráter de superfície plana e visualmente refletora do espelho segundo Lacan e a superfície psíquica oni-refletora de toda forma sensível segundo o espelho de Dolto. A segunda diferença e mais essencial se refere à relação do corpo real da criança com a imagem reenviada pelo espelho. Para Lacan, a imagem do estágio do espelho antecipa imaginariamente uma unificação do corpo frente a um real disperso e imaturo do corpo infantil, sendo uma experiência inaugural. Para Dolto, diferentemente, o corpo da criança que sofreu um impacto do espelho não é pensado como um real fragmentado ou dispersado, mas coeso e contínuo. Lacan opõe um corpo fragmentado a uma imagem especular globalizante. Dolto opõe duas imagens diferentes: a imagem especular e a imagem inconsciente do corpo. Assim, o estágio do espelho de Lacan marca o início do narcisismo, enquanto que, de modo oposto, para Dolto representa o narcisismo primário que sucede o narcisismo fundamental ou primordial. A terceira diferença se relaciona ao sentimento provocado pelo impacto da imagem no espelho. Para Lacan causa júbilo pela assunção pela criança de sua imagem; para Dolto é a prova dolorosa da castração, pela constatação penosa que a criança faz da diferença que a separa da imagem.

A característica inconsciente em relação à imagem do corpo proposta por Dolto (1954/1992), também é referida por Anzieu (1961/1981). Para ele, a imagem do corpo é inconsciente, de base afetiva e pertence ao registro imaginário. Diferencia do esquema corporal que é pré-consciente, de base neurológica e deriva dos registros sensorio-motor e intelectual. Além disso, de acordo com o autor, a imagem corporal contém tanto a “representação idealizada de si mesmo”, através da dissimulação dos aspectos frágeis e censuráveis da personalidade, como as “marcas de traumatismos psicológicos” vividos na história do sujeito (p. 268).

Contribuições psicanalíticas contemporâneas

Entre as contribuições psicanalíticas recentes acerca da imagem do corpo destacam-se as de Nasio e Zukerfeld. Ambos, apoiados nos autores psicanalíticos que os antecederam, apresentam propostas teóricas que enriquecem o estudo da imagem do corpo.

Nasio (2009) declara que “a imagem inconsciente do corpo é um dos conceitos mais importantes da psicanálise contemporânea” (p. 15). Diferente de Freud (1900/1996), que apresentou o sonho como o caminho por excelência para desvendar o inconsciente, Nasio chega a afirmar que o corpo, mais que o sonho, é a via principal que conduz à revelação do inconsciente.

Além disso, do mesmo modo como Lacan (1972-73/1982) assegura que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”, Nasio (2009) assinala que “... as imagens inconscientes do corpo (...) são estruturadas como uma linguagem.” (p. 23). O autor equipara a imagem inconsciente do corpo ao próprio inconsciente, que seria constituído pelas imagens inconscientes do corpo. Essas imagens resultariam do registro das sensações vividas no corpo relacional do bebê, marcado pela representação do outro maternal, desejante e simbólico.

Apoiado nas teorizações de Lacan (1966/1998) e Dolto (1954/1992), Nasio (2009) se refere a duas imagens do corpo complementares e interativas. A imagem que é vista, a partir do conceito de imagem especular de Lacan (a imagem do espelho e seu poder de fascinação) e a imagem sentida, apoiado no conceito de imagem inconsciente do corpo de Dolto, (imagem mental das impressões sensoriais).

De acordo com Nasio (2009), a imagem mental das sensações corporais e a imagem especular da aparência do corpo são duas imagens corporais de natureza

distinta, porém indissociáveis. Propõe que a síntese dessas duas imagens do corpo (imagem mental e imagem especular) resulta na constituição do eu, enquanto sensação de si mesmo. Assim, o vivido subjetivo das imagens corporais resulta no sentimento de existir ao que o autor identifica como o eu, afirmando que a imagem do corpo é o conteúdo do eu.

A partir do conceito de imagem inconsciente do corpo de Dolto (1954/1992), Nasio (2009) afirma que esta é a imagem das sensações, é o traço permanente deixado pelas sensações mais pregnantes da infância. Assim, as sensações mais investidas deixam seu traço no inconsciente, fixando-se numa imagem inconsciente do corpo que corresponde às sensações sentidas antes da palavra e da descoberta da imagem no espelho (antes dos três anos). A partir dos três anos, a imagem do “corpo-visto” impera na consciência, enquanto que as imagens do “corpo-vivido” são recalçadas, e, portanto, tornam-se inconscientes.

A emergência de uma sensação no corpo gera uma representação no psíquico em forma de imagem da sensação corporal. A representação psíquica, consciente ou inconsciente, dos acontecimentos sensoriais vivenciados no corpo é designada de “imagem mental do corpo” (Nasio, 2009).

A imagem da sensação corporal é referida a três parâmetros, segundo Nasio (2009): o “afeto” (dar sentido ao que sente), o “outro” (presença interiorizada do outro) e o “tempo” (repete-se na história). Portanto, na concepção do autor, o conjunto das imagens do corpo é constituído “... de representações afetivamente investidas, impregnadas pela presença interiorizada do outro e repetindo-se em nossa história” (2009, p. 9). Essas representações dão a sensação da existência de um ‘corpo vivo’ e do ‘eu’.

De acordo com Nasio (2009), a imagem inconsciente do corpo tem quatro níveis hierárquicos: sensações, imagens, memória e sentimento. Assim, as “sensações” do corpo infantil registram suas “imagens” inconscientes as quais são inscritas como “memória” e causam “sentimento” de si.

Em relação ao conceito de “imagem”, Nasio (2009) esclarece que uma imagem é sempre o “duplo” de alguma coisa. Então, a imagem do corpo é o duplo do corpo. Quanto ao lugar no qual se inscreve a imagem, ela pode existir como duplo na mente, enquanto representação mental consciente ou inconsciente, como o “duplo de uma

sensação” (“imagem mental”). Pode existir, também, fora do sujeito, visível sobre uma superfície, como o “duplo da aparência do corpo” (“imagem especular”) e posta em movimento num comportamento significativo, como o “duplo cinético de uma emoção inconsciente” (“imagem-ação”).

O conceito de “imagem-ação” é uma contribuição de Nasio (2009), referindo-se a uma expressão corporal de uma emoção que o sujeito não tem consciência, sendo, portanto, um comportamento que põe em cena um vivido emocional remoto do qual não há lembranças. Além disso, o autor nomeia a imagem na memória inconsciente como “proto-imagem”, o protótipo de todas as imagens posteriores, tanto imagens conscientes como “imagens-ação”.

Além de distinguir a imagem como o “duplo de uma sensação” (“imagem mental”), como “duplo da aparência do corpo” (“imagem visual”), como “duplo cinético de uma emoção inconsciente” (“imagem-ação”), Nasio (2009) faz referência à imagem enquanto “duplo nominativo”, significando um nome que designa uma particularidade do corpo. A “imagem nominativa” é caracterizada como a imagem do “corpo simbólico”.

Portanto, o corpo para a psicanálise tem quatro imagens correspondendo a quatro formas de viver o corpo: sentindo-o (“imagem mental” das sensações corporais), vendo-o (“imagem especular” da silhueta no espelho), sendo superado por ele (“imagem-ação”, desempenhada pelo corpo em movimento) e nomeando-o (“imagem nominativa”, designando um detalhe do corpo) (Nasio, 2009).

Entretanto, Nasio (2009) assinala que o corpo tem duas imagens principais: a “imagem mental das sensações físicas” e a “imagem visível da silhueta no espelho”. Afirmar que a síntese dessas duas imagens constitui o conteúdo do eu e produz o sentimento de si mesmo. A hipótese de Nasio é de que “... o eu seria o equivalente da imagem do corpo” (p. 100). Ele assevera que “o eu é a imagem do corpo” (p. 104). Então, conclui que o problema da imagem do corpo é o problema do eu e do corpo.

Nasio (2009) associa a imagem do corpo à identidade, afirmando que as imagens mentais do corpo são a essência da identidade, são imagens subjetivas e deformadas que falseiam a percepção do eu mesmo. Situa a imagem do corpo não no interior do sujeito, mas no espaço de uma relação afetiva intensa entre dois sujeitos.

A imagem do corpo não corresponde unicamente a uma representação consciente do corpo, de acordo com Nasio (2009). Ele afirma que é uma instância inconsciente e evolutiva na medida em que se constrói desde a vida fetal, não cessando de se organizar. Também considera a imagem do corpo como eficaz devido aos poderosos efeitos que exerce na realidade e em especial no corpo do qual é imagem. Assim, imagens “especulares e mentais” fazem o corpo crescer ou adoecer.

Além da imagem do corpo ser inconsciente, evolutiva e eficaz, caracteriza-se também por ser uma formação psíquica carregada de libido. “A imagem tem necessidade da libido para existir, e a libido tem necessidade da imagem para circular.” (Nasio, 2009, p. 111). É a libido investida na imagem que a nutre, vitalizando-a e tornando-a fascinante. Por fim, Nasio (2009) apresenta outra característica da imagem do corpo que se refere a sua composição. Para ele, a imagem do corpo é formada por uma multiplicidade de fragmentos corporais, ao que chama de compósita. Então, a imagem corporal é caracterizada por ser inconsciente, evolutiva, eficaz, libidinal e compósita.

Na proposição de Nasio (2009), o corpo é a “via régia” que leva ao inconsciente e o seu duplo é a imagem do corpo. E, a imagem do corpo é compreendida como um “duplo visual” da aparência do corpo, como um “duplo mental” das sensações corporais e como um “duplo em ato” das emoções inconscientes. Também explica que uma imagem só pode existir a partir do investimento afetivo. E é em função da carga afetiva que a imagem é um “duplo deformado” (p. 67). As imagens do corpo, sejam as sensações, sejam as aparências, “(...) são imagens alimentadas no amor e no ódio que temos por nós mesmos” (p. 56).

A imagem do corpo é apresentada por Zukerfeld (1996) como “uma estrutura psíquica que inclui a representação consciente e inconsciente do corpo em três registros distintos: forma, conteúdo e significado” (p. 176). De acordo com esse autor, cada um dos diferentes registros da imagem do corpo está relacionado a um sistema psíquico. O registro da “forma” (ou figura) compreende todas as representações conscientes do tamanho, postura, movimentos e superfície corporal, correspondendo à noção de esquema corporal. O registro do “conteúdo” (ou interioridade) corresponde às representações pré-conscientes relacionadas à percepção das sensações proprioceptivas e cinestésicas. Neste registro encontra-se a série fome-saciedade. Por fim, o registro do

“significado” refere-se à noção de corpo erógeno incluindo as representações inconscientes que constituem a especificidade do desejo com expressão simbólica.

A existência de uma importante relação entre imagem do corpo, autoestima e identidade é salientada por Zukerfeld (1996). Em condições normais a libido circula facilmente entre os registros da forma, conteúdo e significado da imagem do corpo dando sustentação à integridade do sujeito. Desse modo, fica conservada a autoestima em relação aos remanescentes do narcisismo primário, à satisfação nas relações objetais e ao cumprimento dos ideais. As vicissitudes destes três registros promovem a sensação de si mesmo e de identidade, e para isto, a representação do corpo enquanto forma, conteúdo e significado ocupa um lugar central.

Por outro lado, as falhas do narcisismo associadas à insatisfação nas relações objetais, presentes nos distúrbios alimentares, fazem com que o sujeito empregue a autoestima e o sentimento de identidade de forma absoluta para o cumprimento do ideal da magreza. Nessa situação, produz-se uma ligação enrijecida e intensa entre os registros da forma e do significado, de tal modo que o conteúdo fica excluído ou confuso em seu registro. Assim, há perda da fluidez libidinal entre a forma, o conteúdo e o significado. A obsessão pela magreza (forma), transformada no ideal que dá sentido (significado), implica na eliminação da necessidade corporal (conteúdo) (Zukerfeld, 1996).

Os distúrbios na imagem do corpo são classificados por Zukerfeld (1996) em três tipos: perceptuais, cognitivos e sociais. O tipo perceptual de distúrbio da imagem do corpo refere-se à distorção na estima da superfície corporal e suas dimensões, o que corresponde ao registro da forma. A forma e a superfície corporais são de grande relevância na expressão das distorções da imagem do corpo.

O tipo cognitivo de distúrbio da imagem do corpo é independente do fator perceptual e inclui o grau de satisfação com a própria imagem (extremo descontentamento com a imagem do corpo sem distorção perceptual) e o grau de registro da interioridade corporal (dificuldade em qualificar as sensações interoceptivas - problemas do registro das sensações de fome e saciedade - e incapacidade de verbalizar sentimentos e discriminá-los). No distúrbio cognitivo da imagem do corpo o sentimento de angústia pode ser nominado por fome, a fome ser inominada e a excitação sexual ser raiva ou ansiedades inespecíficas (Zukerfeld, 1996).

O tipo social de distúrbio da imagem do corpo se relaciona aos modos de subjetivação dos ideais do corpo ordenados pela cultura que, nos distúrbios alimentares, corresponde ao emagrecimento. Esse tipo de distorção diz respeito a expectativas de emagrecimento irrealistas qualitativa ou quantitativamente. Segundo Zukerfeld (1996), a “fantasia de emagrecimento” pode fazer parte de um encadeamento semântico tipo “magro-belo-erótico-exitoso” ou “magro-puro-perfeito-esquelético-imortal” (p. 182).

Os estudiosos da imagem do corpo apresentam proposições distintas acerca de sua concepção, apontando aspectos principalmente complementares que ampliam sua significação e sua compreensão. É consenso, entre os diferentes autores citados, a relevância da representação do corpo entre as diversas representações disponíveis no aparelho psíquico, na medida em que veicula metaforicamente os registros da história do sujeito. Também se destacam como fatores relevantes e constantemente enfatizados nas teorizações sobre a imagem do corpo, o narcisismo, as relações objetivas primárias e o processo de construção da identidade como integrantes essenciais de sua constituição.

Alterações da imagem do corpo e bulimia

De acordo com o modelo freudiano da fixação libidinal e da regressão (Freud, 1917/1996), a bulimia corresponde às manifestações psicopatológicas da subjetividade referidas ao nível pré-genital oral. A dificuldade de acesso à genitalidade provoca uma regressão pulsional rumo às fixações da oralidade. Além disso, a imagem do corpo se relaciona com aspectos narcísicos, representando um ponto de fixação libidinal importante (Jeammet, 1999b), na medida em que as imagens arcaicas do corpo estão situadas na base do narcisismo (Dolto & Nasio, 1991).

É característica da bulimia a presença de uma relação problemática com a alimentação, acompanhada de uma alteração da imagem do corpo. Bruch (1973) foi pioneira nos estudos sobre a distorção da imagem do corpo e as deficiências perceptivas enquanto elementos precursores à aparição dos distúrbios alimentares. Para a autora, o estudo da imagem do corpo deve incluir a avaliação da “consciência interoceptiva”, compreendida como precariedade na identificação das sensações físicas relacionadas à fome e à saciedade e confusão no reconhecimento e resposta aos estados emocionais.

Bruch (1962) também demonstrou a importância das respostas confirmadoras, reforçadoras ou inibidoras dos componentes inatos, por parte dos pais, para o desenvolvimento da autopercepção e autoefetividade. Incluiu em sua contribuição a

idéia do efeito negativo provocado por alterações precoces na relação mãe-bebê, devido à inadequação no atendimento às necessidades do bebê, falhando a função materna e provocando um estado de perplexidade e desamparo (Bruch, 1994). As pressões da adolescência associadas à falta de sustentação provinda da carência da autoridade paterna reeditam essa primeira vivência de desamparo, vindo o controle sobre a comida e a ingesta ocupar o lugar de uma tentativa de dar um sentido à identidade não construída.

A insatisfação com a imagem do corpo na bulimia não está relacionada ao peso ou a forma do corpo em si, mas a um descontentamento interno profundo, segundo Bruch (1973). Há uma tentativa de corresponder ao que os outros acreditam que deveria ser, havendo uma forte pressão para cumprir a imagem desejada, em geral, pela mãe, em relação às expectativas de sucesso social. O esforço para se ajustar à imagem idealizada pelos pais faz com que seus corpos não sejam experimentados como verdadeiramente próprios, mas como estando sob a influência de outras pessoas. Elas sentem que não têm nenhum controle sobre seu corpo e suas funções, derivando daí falhas no sentido de propriedade do corpo ou da autoconsciência e, conseqüentemente, não se identificam com seu corpo. A falta de controle e clareza sobre sua identidade e sobre seu desejo está relacionada à dificuldade de controle sobre o comer. A incapacidade de controlar a entrada de alimentos ou qualquer outro aspecto da vida se relaciona à impressão de que o controle se dá desde fora, faltando iniciativa e autonomia. O corpo passa a ser sentido como não sendo realmente seu.

As falhas destacadas por Bruch (1973) são no nível da autoconservação, recaindo sobre a dificuldade de discriminar as sensações internas, como as de fome e saciedade, como resultado de uma relação conflitiva com o ambiente familiar, em geral, e com a mãe, em particular. A autora não enfatiza o valor libidinal na relação do sujeito com a própria imagem investida narcisicamente, como é destacado por Lacan (1966/1998), Dolto (1954/1992), Nasio (2009) e Zukerfeld (1996).

O transtorno da imagem do corpo é relacionado à deficiência de limites psicológicos, segundo Orbach (1986). Para a autora, os limites psicológicos desenvolvem-se cedo na vida, com base na maneira como o bebê é segurado e tocado. A privação do toque deixa os limites obscuros ou pouco demarcados, podendo gerar uma dificuldade na informação sensorial necessária para distinguir entre o que está dentro e o que está fora do “self”. Como conseqüência, pode surgir uma dificuldade na aquisição

de um senso preciso da forma e do tamanho do corpo. As dificuldades alimentares poderiam estar associadas a estes aspectos em decorrência de dificuldades em sentir os limites físicos da fome ou saciedade. No outro extremo, uma criança sexualmente ou fisicamente abusada pode sentir dor terrível e vergonha associadas ao seu corpo, podendo usar a comida ou a fome para continuar os maus tratos físicos sofridos na infância.

De modo similar, a inadequação na estimulação corporal durante as fases iniciais do desenvolvimento da criança pode originar distúrbios no desenvolvimento da imagem do corpo, de acordo com Krueger (1990). Nesse sentido, o autor salienta a “superinvasividade” e “superestimulação” referindo-se a pais invasivos que se apegam demais ao filho impedindo o processo de separação, individuação e ganho de autonomia. A recusa a comer presente na anorexia pode se manifestar como uma característica associada a esta condição. Outra condição diz respeito à “falta de percepção e resposta empática”, ocorrendo quando a relação mãe-bebê não sustenta experiências corporais coerentes para a criança. Como manifestação clínica observa-se imagens corporais incompletas e distorcidas, com variações freqüentes da imagem do corpo durante o dia. A esta condição, estão associadas à presença de características depressivas e bulímicas, sexualidade compulsiva, perda de controle do corpo e intolerância ao corpo. A terceira e última condição está representada pela presença de “respostas inconsistentes e seletivas”, referindo-se à mãe que ignora estímulos cinestésicos e afetivos, só respondendo a necessidades físicas e à dor física. Como manifestação clínica emerge um padrão organizado em torno de experiências de dor e doença.

A relação do bebê com a mãe é destacada por Dolto (1954/1992) como essencial na constituição da imagem do corpo e na compreensão da bulimia. Para autora, as perturbações na simbiose mãe-bebê são apontadas como um dos aspectos que dariam origem aos distúrbios alimentares. A mãe, além de prestar os cuidados corporais essenciais como de alimentação e higiene, promove a mediação simbólica. Esta diz respeito à capacidade de discriminar o que acontece com seu bebê, estando atenta ao seu prazer e ao seu sofrer, mediando-os com suas palavras, suas carícias e seu afeto. Quando a relação da mãe não funciona adequadamente como mediadora simbólica, prevalecendo como uma mãe-alimentadora causa um traumatismo simbólico podendo levar ao desenvolvimento de patologias, entre as quais a bulimia.

Frente à precariedade simbólica, na bulimia, o investimento libidinal fica preso ao corpo e ao alimento. O comportamento atuado substitui o trabalho psíquico da representação, na medida em que, quanto maior é o domínio do atuar, mais se reduz a possibilidade de apoio nas representações que remetem a organizações estáveis e conflitos típicos (Jeammet, 1999b).

O comer compulsivo, relacionado à compulsão à repetição, emerge como uma tentativa de conectar o que não pode ser conectado, o que não permitiu que a pulsão oral se constituísse como tal, separando-se da necessidade de alimento. Para Zukerfeld (1996), os fenômenos de compulsão à repetição resultam da tentativa de conquistar uma significação. Esclarece que o funcionamento da organização narcisista tem o objetivo de preservar uma unidade homeostática estável, desconectada da necessidade biológica. Quanto maior o predomínio da organização narcisista, maiores serão os fenômenos repetitivos e menor a possibilidade de simbolização. Assim, o ato bulímico emerge como um ato regulador e não neurótico, portanto, não representado.

A relação com o alimento, na bulimia, visa substituir a relação objetual, assim como a busca das sensações tem como meta a substituição das emoções intoleráveis (Jeammet, 1999a). Assim, através da orgia alimentar, entrega todo o seu ser e anula o seu desejo, enquanto que através da expulsão do vômito realiza um movimento de separação, buscando o vazio numa tentativa de salvar-se como sujeito do desejo (Recalcati, 2004).

As alternâncias entre o vazio e o excesso que se estabelecem na relação com os alimentos e com o corpo, de acordo com Brusset (1999b), expressam as alternâncias de vazio e excesso consigo mesmo e com os objetos. Assim, o antagonismo vazio-excesso reflete o antagonismo do narcisismo e dos movimentos em direção aos objetos de desejo, amor e ódio. O comportamento atuado vem substituir o trabalho de elaboração psíquica, como uma tentativa de preencher o vazio representacional. Entretanto, a repetição do ato aumenta o vazio que se esforça por preencher.

De modo adverso ao processo normal de identificação, em que a identificação com o objeto de desejo contribui para reforçar a autoestima, na bulimia apresenta-se uma incompatibilidade na medida em que a mãe, enquanto objeto de amor, ocupa, ao mesmo tempo, o lugar de objeto de desejo e de ameaça. Assim, na tentativa de garantir a estabilidade narcísica, a bulímica amplia excessivamente a dependência do olhar do

outro, do externo, em detrimento do investimento interno, especialmente do autoerotismo (Jeammet, 1999b).

Na bulimia há uma intensificação do efeito da imagem especular. A partir do estádio do espelho de Lacan (1966/1998) entende-se que o corpo fragmentado encontra na imagem especular sua unidade ideal completa. Então, algo do fragmentado no real se recompõe no nível da imagem, do ideal, do narcísico. A identidade do bebê se organiza mediante a imagem que o espelho lhe reflete, na qual sua imagem ideal se contrasta com o real fragmentado do próprio corpo. Na bulimia, a excessiva importância do olhar aponta, por um lado, para a supressão da interioridade e, por outro, para a primazia do que acontece na superfície, marcando a prevalência da exterioridade.

Fundamentado no estádio do espelho de Lacan (1966/1998), Recalcati (2004) afirma que a passagem de um “menos” (o corpo fragmentado) para um “mais” (a unidade realizada na imagem) tende a tornar-se essencial na bulimia. O “mais” da imagem assume uma espécie de valor absoluto para a bulímica. Através do cuidado da imagem cuida da própria castração mediante o domínio da imagem ideal.

Baseado na idéia da completude e da sensação de domínio como limitadas ao nível da imagem, Recalcati (2004) assinala ainda, que na bulímica se verifica uma intensificação do valor libidinal da imagem do corpo. O incremento do valor da imagem do corpo se faz necessário devido às falhas na constituição da imagem narcísica do corpo, decorrentes do possível olhar crítico e superegóico da mãe frente à imagem especular do bebê, resultando na dificuldade de reconhecimento do bebê. Além disso, afirma que não é por acaso que as mães de várias bulímicas vivam a própria imagem como narcisisticamente defeituosa e que determinem à filha a tarefa de completar com a imagem de seu corpo este defeito que lhes pertence. Assim, ao invés de permitir à criança o reconhecimento simbólico da imagem especular como própria, introduz-se uma ruptura da imagem.

Parece ser indissociável a relação entre imagem do corpo e bulimia. Para a compreensão das alterações da imagem do corpo e da bulimia os autores da perspectiva psicanalítica destacam o estudo da relação precoce do bebê com os pais, e particularmente com a mãe. Além das experiências emocionais vivenciadas com pessoas significativas desde o início da vida, destacam as vivências libidinais decorrentes do desenvolvimento psicosssexual, o narcisismo e a identificação.

Considerações finais

O entrelaçamento do estudo da imagem do corpo e da bulimia mostra-se como uma possibilidade promissora para a compreensão desta situação clínica. Há uma importante articulação entre ambos, que se dá em pontos fundamentais do psiquismo, destacando-se o narcisismo, as relações objetais e a identificação.

A imagem do corpo, sob a perspectiva da psicanálise, é apresentada inicialmente por Schilder como sendo a representação da história libidinal do sujeito. Dolto, apoiada nessa teoria, desenvolve uma ampla e profunda proposição sobre a imagem do corpo. Para ela, as sensações vividas no corpo são representadas via imagem inconsciente do corpo. De modo complementar, Lacan contribui com a inclusão da imagem especular afirmando que a imagem do corpo visto é representada na imagem especular enquanto corpo unificado. Referente a esses pontos de vista, Nasio propõe que, além da representação da aparência e das sensações do corpo, referidas por Lacan e Dolto, respectivamente, a imagem do corpo representa as emoções inconscientes manifestadas através da expressão corporal pela via do comportamento do corpo. Outro acréscimo provém de Zukerfeld, que apresenta a imagem do corpo como uma estrutura psíquica que comportaria os registros da forma, conteúdo e significado, sendo este último referido ao corpo erógeno. O dinamismo entre esses registros promove a sensação de si e de identidade, fornecendo à representação do corpo um lugar privilegiado.

Para o estudo da constituição da imagem do corpo, bem como de seu transtorno, é necessário compreender o desenvolvimento libidinal, o narcisismo, as relações objetais precoces e o processo de identificação. É da articulação desses fatores que resulta a constituição de uma imagem do corpo saudável ou uma alteração da mesma.

Na bulimia, estes mesmos fatores do funcionamento psíquico encontram-se envolvidos e afetados. Assim, os investimentos libidinais apresentam fixações importantes na oralidade, marcando a relação problemática com o alimento e sua significação. O narcisismo não foi bem constituído por conta das falhas na relação primordial da mãe com seu bebê, culminando em baixa autoestima e em significativos problemas com a construção da identidade. Isto leva a bulímica a recorrer ao espelho e à imagem especular para se reencontrar, frente à sensação ameaçadora de se perder completamente, decorrente de expressivas falhas na identidade.

A relação do bebê com a mãe ocupa um lugar essencial na constituição da imagem do corpo sendo de fundamental relevância na compreensão da dinâmica psíquica da bulimia. A mãe empática é capaz de desenvolver a função materna adequadamente, acolhendo as angústias do seu bebê e promovendo a mediação simbólica. Assim, favorece ao bebê a construção da imagem do corpo tanto através das sensações vivenciadas no corpo como da aparência refletida na imagem especular. De modo oposto, quando a mãe não consegue exercer adequadamente a função materna, promove perturbações no desenvolvimento da imagem do corpo.

Muitos autores como Bruch, Orbach, Dolto e Lacan concordam que dificuldades vivenciadas na relação precoce do bebê com sua mãe estão associadas à distorção da imagem do corpo e à bulimia. Significativas falhas da função materna conduzem o bebê a um estado de perturbação e desamparo, o que por sua vez não favorece o desenvolvimento da capacidade de representar as tensões e angústias. Com o advento da adolescência, a vivência de desamparo é reeditada e as angústias não elaboradas são desviadas para o corpo através da busca das sensações corporais. A compulsão alimentar e a purga funcionam como tentativas de dar um sentido à identidade não bem estabelecida. A ausência de controle alimentar se associa ao sentimento de falta de controle e de apropriação sobre o próprio corpo decorrente da percepção de uma necessidade de corresponder ou se ajustar à imagem idealizada pelos pais.

A relevância do investimento narcísico na constituição da imagem do corpo, bem como na relação do sujeito com a própria imagem é destacada por todos os autores discutidos anteriormente, Schilder, Lacan, Dolto, Nasio, Zukerfeld, Orbach, Krueger. Da mesma forma eles concordam que na bulimia a imagem do corpo e seu investimento narcísico têm seu valor superdimensionado. O incremento do valor da imagem do corpo emerge frente às falhas na constituição da imagem narcísica do corpo. A imagem do corpo, enquanto ideal narcísico tem a função de tentar recompor o que é vivenciado como fragmentado no real. Há uma primazia da exterioridade através da excessiva importância do olhar e da imagem, evidenciando, por sua vez, a supressão da interioridade.

A busca da satisfação das tensões do corpo é imperiosa na bulimia e emerge frente às demasiadas dificuldades em lidar com os afetos. A preocupação com o corpo se direciona para a avaliação constante de sua imagem e para as sensações provocadas pela compulsão alimentar e pelo vômito. Há um superinvestimento no corpo, tanto

enquanto imagem especular como através do ato bulímico. Ambos são investimentos externos ao psíquico que ocorrem por consequência de dificuldades na simbolização. A construção das vias psíquicas para o posterior trâmite dos conteúdos psíquicos ficou prejudicada e desse tipo de falha na simbolização decorrem perturbações tanto relacionadas à imagem do corpo, como à bulimia.

Parece relevante salientar que os fatores que participam da construção da imagem do corpo e estão comprometidos quando há uma patologia da mesma coincidem com os que estão implicados na bulimia. Em ambas as perturbações encontram-se comprometidas a relação precoce do bebê com sua mãe, as vivências libidinais do desenvolvimento psicosssexual, o narcisismo, a capacidade de simbolização e o processo de identificação. Desse modo, encontra-se uma estreita associação entre imagem do corpo e bulimia. Pode-se supor que esta coincidência de fatores psíquicos perturbados nas duas formas de distúrbios, da imagem do corpo e da relação com os alimentos, contribui para compreender a dificuldade comumente encontrada no tratamento da bulimia. Assim sendo, os fatores psíquicos destacados em ambas as perturbações podem ser pensados como perspectivas relevantes a serem consideradas na clínica da bulimia.

Seção 2 – Artigo Empírico

Imagem do corpo, metáfora da história

O foco desse estudo foi a imagem do corpo em jovens mulheres bulímicas, em relação aos próprios ideais e aos de sua mãe. Apesar da imagem do corpo ser um conceito explorado em estudos sobre a bulimia, muitas pesquisas se restringem à sua relação com a etiologia e a avaliação das alterações da imagem do corpo, principalmente quanto à distorção e insatisfação. Além disso, a maioria dos estudos são predominantemente internacionais e de delineamento quantitativo. Este estudo seguiu uma abordagem qualitativa de pesquisa e se fundamentou no referencial psicanalítico.

A bulimia, na qual a alteração da imagem do corpo ocupa uma posição essencial, era considerada raríssima no contexto brasileiro (Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, 2006). Entretanto, teve um incremento nos últimos dez anos, transformando-se em um problema de grande extensão e preocupação (Cordás, 2005; Cordás & Salzano, 2004; Garcia Júnior, 2006). A excessiva importância dada à imagem do corpo, estimulada na cultura atual que privilegia a imagem através do culto ao corpo e da aparência, muitas vezes denega a percepção profunda localizada na imagem do corpo, a qual não se vê na imagem do espelho (Dolto & Nasio, 1991).

A imagem do corpo, sob a perspectiva da psicanálise, refere-se à representação mental do próprio corpo integrando experiências afetivas, sociais e fisiológicas (Schilder, 1935/1994; Tavares, 2003). Também é compreendida como a representação psíquica do corpo, veiculando metaforicamente os registros da história do sujeito (Dolto, 1954/1992; Peres & Santos, 2007; Schilder, 1935/1994). Na bulimia, a imagem do corpo ocupa uma posição central na regulação narcísica, representando um ponto de fixação libidinal importante (Jeammet, 1999a) e exercendo um papel praticamente exclusivo e determinante da autoestima (Bruch, 1973; DSM-IV-TR, 2002; Zukerfeld, 1996).

A bulimia é um distúrbio alimentar grave caracterizado por ataques de hiperfagia, em forma de compulsão alimentar, seguido de um comportamento que visa

evitar o ganho de peso, sendo o mais comum, o vômito autoinduzido (Brusset, Couvreur & Fine, 2003; Fernandes, 2006; Zukerfeld, 1996). O seu desencadeamento geralmente se dá na adolescência, através de uma regressão pulsional rumo às fixações da oralidade, por decorrência da dificuldade de acesso à genitalidade. As manifestações da oralidade na bulimia se relacionam ao nível primário da organização das relações de objeto e do narcisismo, expressando-se através da devoração e expulsão (Brusset, 1999a), com as características específicas de avidez, perda da discriminação frente ao objeto e destruição do objeto concomitante com sua apropriação (Schevach, 1999). O que não pode ser elaborado na relação oral primitiva é reativado na adolescência e na relação com a mãe, que no início da vida era o “todo” do bebê e que foi substituída por um ideal de completude. Esse ideal de completude funciona como uma defesa contra as angústias de perda e de destruição e na bulimia fica limitado ao nível da imagem, no ideal da magreza (Recalcati, 2004; Zukerfeld, 1996). Assim, a imagem do corpo e sua alteração são aspectos altamente relevantes na bulimia, participando tanto no seu desencadeamento como na sua manutenção (Bruch, 1973; Dolto, 1954/1992; DSM-IV-TR, 2002; Freitas, Gorenstein & Appolinário, 2002; Zukerfeld, 1996). Além disso, não é possível pensar no restabelecimento do funcionamento psíquico saudável sem a correção da distorção da imagem do corpo (Bruch, 1973).

A construção da imagem do corpo inclui, além dos processos perceptivos, a extensão libidinal, emocional e relacional (Dolto, 1954/1992; Lacan, 1954/1984; Nasio, 2009; Schilder, 1935/1994; Zukerfeld, 1996). É uma formação psíquica que precisa do investimento libidinal para existir e ter significação (Dolto, 1954/1992; Nasio, 2009; Schilder, 1935/1994). A imagem do corpo se constitui ao longo da história do sujeito, resultando de esforço permanente, no qual as correntes eróticas que atravessam o corpo vão dando significação e construindo a imagem do corpo (Dolto, 1954/1992; Schilder, 1935/1994).

Além das marcas deixadas pela travessia da libido pelo corpo, a constituição da imagem do corpo está diretamente relacionada ao narcisismo e, nesse sentido, a imagem do corpo passa a ser objeto da libido narcisista (Dolto, 1954/1992; Lacan, 1966/1998; Schilder, 1935/1994). Sob esse prisma, a imagem do corpo se constitui a partir da imagem especular, no estágio do espelho proposto por Lacan (1966/1998), experiência através da qual a criança conquista a imagem do seu corpo e uma identificação. A imagem refletida no espelho, enquanto unidade corporal, provoca um fascínio pela

própria imagem levando ao investimento narcísico do próprio corpo e culminando na concepção do ego ideal (Lacan, 1954/1984).

Na bulimia há uma intensificação do efeito da imagem especular, na qual algo do fragmentado no real se recompõe no nível da imagem, do ideal, do narcísico. A passagem de um “menos” (o corpo fragmentado) para um “mais” (a unidade realizada na imagem) tende a tornar-se essencial na bulimia (Recalcati, 2004). O “mais” da imagem assume uma espécie de valor absoluto para a bulímica. O incremento do valor da imagem do corpo decorre das falhas na constituição da imagem narcísica do corpo. Assim, através do cuidado da imagem a bulímica cuida da própria castração mediante o domínio da imagem ideal. Portanto, a busca do ideal na bulimia se objetiva no próprio corpo, na busca de um corpo ideal, oferecido e submisso ao olhar do outro (Lippe, 1999).

A imagem do corpo é simultaneamente narcísica e interrelacional. Ela vai se constituindo, desenvolvendo-se e transformando-se a partir das experiências afetivas e emocionais vividas na relação do bebê com sua mãe. Portanto, a relação objetal e a identificação são fundamentais para a construção da imagem do corpo (Dolto, 1954/1992; Nasio, 2009; Schilder, 1935/1994; Zukerfeld, 1996). É a própria história de vida do sujeito que vai marcar e definir a estrutura libidinal da imagem do corpo, incluindo o interesse que o sujeito tem por seu corpo e o interesse que os demais mostram pelas distintas partes de seu corpo (Schilder, 1935/1994).

Nesse sentido, Dolto (1954/1992) denomina de imagem inconsciente do corpo à imagem das sensações vividas no corpo e representadas na mente, através da mediação simbólica promovida pela mãe. Esta diz respeito à capacidade de discriminar o que acontece com seu bebê, mediando com suas palavras, suas carícias e seu afeto e, assim, dando sentido e representação às percepções e tensões de dor e prazer advindas do corpo. Quando há perturbações na simbiose mãe-bebê, e a mãe não funciona adequadamente como mediadora simbólica, a imagem do corpo se constitui de forma arcaica, como uma imagem sensorial fugaz, imprecisa e sem palavras para representá-la.

A imagem do corpo, então, é compreendida como imagem especular (Lacan, 1966/1998), enquanto imagem visível da silhueta no espelho (imagem vista) e, de modo diferente, como imagem inconsciente do corpo (Dolto, 1954/1992), enquanto imagem mental das sensações corporais (imagem sentida). Esses conceitos propostos por Lacan e Dolto são de natureza distinta, porém complementares e interativos, segundo Nasio

(2009), para quem a síntese destas imagens constitui o conteúdo do eu e produz o sentimento de si mesmo. Assim, ele equipara o eu à imagem do corpo afirmando que o problema da imagem do corpo é o problema do eu e do corpo. Ele situa a imagem do corpo no espaço de uma relação afetiva intensa entre dois sujeitos e não no interior do sujeito. Além disso, associa a imagem do corpo à identidade, afirmando que as imagens mentais do corpo são a essência da identidade.

A sensação de si mesmo e de identidade também são apontadas por Zukerfeld (1996) como derivadas da imagem do corpo a partir das sucessivas transformações dos registros da forma (representação consciente do corpo, figura), do conteúdo (representação pré-consciente, interioridade) e do significado (representação inconsciente, corpo erógeno). Entretanto, a insatisfação nas relações objetais, associada a falhas do narcisismo, prejudica a fluidez da libido, produzindo uma ligação excessiva e enrijecida entre os registros da forma e do significado do corpo, de tal modo que o conteúdo do corpo fica confuso em seu registro. Assim, o sujeito passa a empregar a autoestima e o sentimento de identidade de forma absoluta para o cumprimento do ideal da magreza. A obsessão pela magreza (forma), transformada no ideal que dá sentido (significado), implica na eliminação da necessidade corporal (conteúdo) (Zukerfeld, 1996).

O processo de identificação e, por conseguinte, os ideais, derivam do investimento pulsional na relação precoce com a mãe (Brusset, 1999b). As falhas na identidade, na bulimia, se manifestam na falta de controle sobre o corpo e suas funções, não permitindo o sentimento de apropriação do corpo. Há um esforço para se ajustar à imagem idealizada pelos pais, especialmente pela mãe, o que faz com que o corpo não seja experimentado como verdadeiramente próprio. Nesse sentido, a presença da insatisfação com a imagem do corpo estaria relacionada a um descontentamento interno profundo e a tentativa de alterar a imagem do corpo, através da relação com o alimento, teria como meta a tentativa de sentir-se melhor consigo mesma (Bruch, 1973). Além disso, a bulímica teria a tarefa de completar com a imagem do seu corpo uma imagem vivenciada como narcisisticamente defeituosa por sua mãe, o que impediria o reconhecimento simbólico da imagem especular como própria, introduzindo-se uma ruptura da imagem (Recalcati, 2004).

Na bulimia a fragilidade narcísica baliza, por um lado, as características das relações objetais e, por outro, o olhar dirigido sobre si mesmo e sobre a relação com a

própria imagem (Jeammet, 1999b). A relação de objeto e o narcisismo que deveriam ser processos complementares se opõem, predominando uma incompatibilidade entre a busca do objeto e a manutenção da autonomia e do narcisismo. Assim, para a adolescente feminina, a perda do objeto primário materno como objeto de amor e de identificação é catastrófica, pois coloca em risco sua constituição narcísica. Sob esta perspectiva, o ato bulímico emerge como uma tentativa extremada, visando recuperar a fusão com o objeto perdido (Recalcati, 2004). A isso se associa um empobrecimento da figura paterna que reedita as vivências de desamparo, vindo o controle sobre a comida e a ingesta ocupar o lugar de uma tentativa de dar um sentido à identidade não construída (Bruch, 1994, Dolto, 1954/1992).

O reconhecimento de que a alteração da imagem corporal é uma característica altamente relevante para o desencadeamento e a manutenção da bulimia, tem instigado vários pesquisadores a examinar diferentes fatores a ela relacionados. Stice e Whitenton (2002) dividem os fatores de risco para o desenvolvimento de alterações na imagem do corpo em quatro grupos: biológicos, afetivos, socioculturais e interpessoais.

Entre os fatores biológicos que podem promover alterações subjetivas na imagem do corpo, destacam-se o aumento acentuado da adiposidade que acompanha as transformações da puberdade e a sobrevalorização do tamanho do corpo. Ambos geram insatisfação com o peso e foram apontados como fatores de risco para o desenvolvimento de bulimia em adolescentes do sexo feminino (Ackard & Peterson, 2001; Hermes & Keel, 2003; Stice & Whitenton, 2002; Striegel-Moore, Franko & Thompson, 2004; Tovee, Benson, & Emery, 2003). Nesse sentido, o Índice de Massa Corporal (IMC) também foi relacionado à avaliação negativa da aparência e à insatisfação com o corpo, que por sua vez promovem comportamentos alimentares restritivos, tendo uma influência direta sobre a bulimia (Cooley & Toray, 2001; Hermes & Keel, 2003; Shroff & Thompson, 2004; Stice & Whitenton, 2002; Van den Berg, Wertheim, Tompson & Paxton, 2002).

Entre os fatores afetivos, alguns estudos identificaram que a depressão está implicada nas alterações da imagem do corpo (Keel, Mitchell, Davis & Crow, 2001; Ohring, Graber & Brooks-Gunn, 2002; Wiederman & Pryor, 2000). A baixa auto-estima também foi associada à insatisfação com a imagem do corpo, influenciando na emergência de bulimia em jovens mulheres (Lowery *et al*, 2005; Wade & Lowes, 2002). Em relação aos fatores socioculturais, estudos indicaram que a publicidade e a

mídia de comunicação de massa estabelecem modelos identificatórios que conduzem à internalização do ideal magro, provocando insatisfação com o corpo e incremento de distúrbios alimentares, especialmente em adolescentes femininas (Cusumano & Thompson, 2001; Espina, Ortego, Apellaniz, Yenes & Alemán, 2001; Garner & Garfinkel, 1980; Groesz, Levine & Murnen, 2002; Sypeck, Gray & Ahrens, 2004; Tiggemann & Slater, 2004). Além disso, a pressão da mídia e do meio social em prol do emagrecimento, através de repetidas mensagens de que o corpo nunca está magro o suficiente, mantém o ideal inacessível e incrementa a insatisfação corporal (Shafran, Fairburn, Robinson & Lask, 2004; Stice, Maxfield & Wells, 2003). De modo similar, a exposição a mensagens de mídia que associam o ideal do corpo magro a vantagens sociais, tais como aceitação e sucesso profissional e social, também foram relacionadas à insatisfação com a imagem do corpo (Lavin & Cash, 2001; Stice & Bearman, 2001).

O apoio social e a rede de relacionamentos, envolvendo companheirismo, intimidade, confiança e aliança com os pais, namorado, amigos e colegas, caracterizam os fatores interpessoais que promovem alterações na imagem do corpo. Estudos indicaram que a falta de apoio social dificulta a administração das pressões frente ao ideal de corpo magérrimo, desempenhando um papel importante na promoção da insatisfação com a imagem do corpo e no desenvolvimento de distúrbios alimentares (Gerner & Wilson, 2005; Stice, Presnell, & Spangler, 2002).

No âmbito das relações interpessoais, a pressão percebida da família para estar magro foi identificada como um importante incitador de comportamento bulímico em jovens mulheres (Byely, Archibald, Graber & Brooks-Gunn, 2000; Young, Clopton & Bleckley, 2004). As influências parentais na promoção de insatisfação com o corpo, busca pela magreza e bulimia foram relacionadas à presença de história familiar de preocupações com a alimentação (Phares, Steinberg & Thompson, 2004), à intermediação das idéias culturais sobre magreza e imagem do corpo, em interações familiares caracterizadas por ambiente familiar crítico, controle parental coercitivo e discurso dominante sobre o peso (Haworth-Hoepfner, 2000) e ao baixo nível de coesão, escasso grau de expressividade e presença significativa de conflitos no grupo familiar (Benninghoven, Schneider, Strack, Reich & Cierpka, 2003). Outro aspecto pesquisado foi a distorção da percepção do tamanho do corpo e insatisfação com o corpo em jovens com distúrbios alimentares e suas mães (Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf & Jantschek, 2007a; Flynn & Fitzgibbon, 1996), seus pais (Benninghoven, Tetsch,

Kunzendorf & Jantschek, 2007b) e seus irmãos e irmãs (Benninghoven, Tetsch & Jantschek, 2008).

Especificamente sobre a influencia do papel da mãe como potencial fator de risco para a insatisfação da imagem do corpo e desenvolvimento de distúrbios alimentares em adolescentes do sexo feminino, estudos identificaram o freqüente envolvimento das filhas em conversas com sua mãe sobre alimentação e dieta (Mukai, Crago & Shisslak, 1994; Ogden & Steward, 2000; Ogle & Damhorst, 2004), o incentivo provindo da figura materna para perder peso (Wertheim, 1999) e o comportamento alimentar anormal da mãe (Yanez, Peix, Atserias, Arnau, & Brug, 2007). Também foi identificada a presença de insatisfação com o corpo e perturbação alimentar em adolescentes com baixa identificação materna (Davison, Markey & Birch, 2003; Hahn-Smith & Smith, 2001).

Considerando o que foi apontado, mais do que identificar a presença ou não da alteração da imagem do corpo, esse estudo examinou a imagem do corpo na bulimia a partir da compreensão psicodinâmica da história de vida de jovens bulímicas e de suas mães. A escolha desse foco de estudo foi embasada no entendimento de que a imagem do corpo se estrutura na relação intersubjetiva, especialmente da menina com sua mãe, através da comunicação entre as imagens do corpo que no início da vida ocupam uma relação complementar (Bruch, 1973; Dolto, 1954/1992; Schilder, 1935/1994)

Nessa perspectiva, esse estudo teve como objetivo geral examinar a imagem do corpo em jovens mulheres com bulimia em relação aos próprios ideais e aos de sua mãe. Os objetivos específicos foram: (a) examinar a imagem do corpo real e ideal da jovem bulímica; (b) identificar a imagem do corpo que a jovem bulímica presume pertencer à sua mãe (a imagem do corpo que a filha pressupõe que sua mãe tem dela - filha); (c) examinar a imagem de corpo real e ideal da mãe da jovem bulímica; (d) identificar a imagem de corpo que a mãe da jovem bulímica tem de sua filha; e (e) analisar as possíveis relações da imagem de corpo da jovem bulímica com a representação da imagem de corpo que presume pertencer a sua mãe.

Método

Delineamento

Esse estudo foi pautado por uma abordagem qualitativo-exploratória, utilizando como estratégia o procedimento de Estudos de Caso (Yin, 2005). Para tanto, examinou-se a história de vida e os eventos significativos experienciados na trajetória das jovens bulímicas e de suas mães, integrando-os numa compreensão psicodinâmica, e analisando suas repercussões sobre a imagem do corpo e a bulimia.

Participantes

As participantes desse estudo foram duas jovens do gênero feminino, com idades de 19 e 24 anos, e suas respectivas mães. O estudo de cada jovem e sua mãe foi considerado um caso. As participantes foram encaminhadas por profissionais do Centro de Especialidades em Saúde (CES) - Secretária Municipal da Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul, a partir da presença de indicadores de bulimia. O documento que emite o parecer favorável da Secretaria Municipal da Saúde para a coleta de dados encontra-se no anexo C.

Procedimentos Éticos

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS e foi aprovado (Anexo D). Todas as participantes foram detalhadamente informadas a respeito do estudo, seus objetivos e procedimentos, concordando em participar e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos E e F).

Procedimentos de Coleta

Para a coleta dos dados foram realizados três encontros com a jovem bulímica e dois com sua mãe. A coleta dos dados foi padronizada com o intuito de garantir o rigor metodológico da pesquisa. Os instrumentos utilizados com a jovem bulímica, bem como a ordem em que foram aplicados estão descritos abaixo.

Primeiro encontro com a jovem bulímica:

(a) Primeira entrevista: não estruturada, visando o estabelecimento de “rapport” e a escuta da história de sua bulimia para confirmar o diagnóstico, bem como verificar se preenchia os demais critérios de inclusão (idade entre 18 e 25 anos, não ter realizado e não estar em tratamento psicológico, psicanalítico ou psiquiátrico e possibilidade de participação de sua mãe). As participantes que preencheram os critérios de inclusão

foram convidadas a participar da pesquisa e as que não preencheram, mas necessitavam de auxílio, foram encaminhadas para serviços compatíveis com a demanda apresentada;

(b) Desenho da Fugira Humana, DFH com base nas proposições de Buck (2003) e Hammer (1991), e uma variante através da solicitação do Desenho do Próprio Corpo (DPC), visando à análise da representação inconsciente da imagem do corpo;

(c) Teste de Atitudes Alimentares, EAT-26 desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979), traduzido e validado em língua portuguesa por Bighetti (2003), para avaliar a presença de padrões alimentares anormais.

Segundo encontro com a jovem bulímica:

(d) Segunda entrevista: semiestruturada com o objetivo de conhecer a história de vida, enfocando a relação da jovem bulímica com seu corpo, com sua imagem do corpo e com os sentimentos relacionados. A entrevista seguiu um protocolo com questões norteadoras;

(e) Questionário de Informações Gerais, elaborado pela pesquisadora, contendo questões referentes a dados gerais de identificação e cumprindo o objetivo de ratificar o diagnóstico de Bulimia Nervosa através de questões formuladas com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (2002);

(f) “Bulimic Investigatory Test Edinburgh”, BITE de Henderson e Freeman (1987), traduzido para o português por Cordás e Hochgraf (1993), visando identificar sintomatologia bulímica.

Terceiro encontro com a jovem bulímica:

(g) Terceira entrevista: semiestruturada, visando explorar mais profundamente a representação da imagem do corpo da jovem bulímica e sua relação com a imagem do corpo que ela presume pertencer a sua mãe. A entrevista seguiu um protocolo com questões norteadoras;

(h) “Body Shape Questionnaire”, BSQ desenvolvido por Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn (1987) e validado no Brasil por Di Pietro (2001, 2006), para avaliar o aspecto afetivo da imagem corporal e a preocupação com a forma e peso corporais;

(i) Escala de Imagem Corporal de Stunkard, desenvolvida por Stunkard, Sorensen e Schulsinger (1983), validada no Brasil por Scagliusi *et al.* (2004), para avaliar a percepção da imagem do corpo atual, saudável e desejada e a satisfação com a

imagem do corpo. Também foi aplicada uma variante da Escala na qual a jovem bulímica colocou-se no lugar de sua mãe e respondeu novamente o instrumento, indicando como pensa que sua mãe a vê.

Com a mãe da jovem bulímica foram realizados dois encontros. Os instrumentos aplicados estão relacionados abaixo.

Primeiro encontro com a mãe da jovem bulímica:

(a) Primeira entrevista: semiestruturada com o objetivo de conhecer a história de vida da mãe e da jovem bulímica e sua imagem do corpo. A entrevista seguiu um protocolo com questões norteadoras;

(b) Desenho da Fugira Humana, DFH e Desenho do Próprio Corpo, DPC, visando acesso à expressão de aspectos inconscientes da imagem internalizada do próprio corpo, seguindo o mesmo protocolo aplicado à sua filha.

Segundo encontro com a mãe da jovem bulímica:

(c) Segunda entrevista: semiestruturada com o objetivo de explorar mais profundamente a representação da imagem do corpo da mãe da jovem bulímica. A entrevista seguiu um protocolo com questões norteadoras;

(d) “Body Shape Questionnaire”, BSQ com o objetivo de avaliar a presença ou não de alterações na imagem do corpo, seguindo o mesmo procedimento que o utilizado na aplicação com sua filha;

(e) Escala de Imagem Corporal de Stunkard, para identificar a imagem do corpo atual, saudável e desejada da mãe da jovem bulímica. Também foi aplicada a variante da Escala na qual a mãe indicou como vê a imagem do corpo de sua filha, visando estabelecer as relações com a indicada pela jovem acerca de como presume que sua mãe a vê.

Encerrado o procedimento de coleta dos dados, foram realizadas entrevistas de devolução individuais para as jovens bulímicas e suas mães com intervenções que se fizeram necessárias de acordo com a demanda apresentada. Frente ao quadro psicopatológico das jovens mulheres e sustentado no desejo por elas manifestado, realizou-se o encaminhamento de ambas para psicoterapia.

Procedimentos de Análise de Dados

O conjunto dos dados da pesquisa foi analisado com base no referencial teórico psicanalítico, especialmente nas contribuições de Schilder, Lacan, Dolto, Nasio, Zukerfeld e Recalcati e na revisão de pesquisas sobre a imagem do corpo na bulimia. Como estratégia analítica geral, foi adotado o método baseado em proposições teóricas, de acordo com Yin (2005). Foram percorridas as seguintes etapas:

Primeira Etapa

Realizou-se uma descrição abrangente de cada caso, organizada de forma “cronológica” (seguindo os eventos importantes da história da vida da jovem bulímica, de acordo com a sua própria percepção e a de sua mãe) e “temática” (Yin, 2005), com base nas seguintes categorias de análise:

(1) “sintomatologia bulímica e diagnóstico de bulimia”, baseado nas entrevistas, no Questionário de Informações Gerais, nos resultados do EAT-26 e do BITE;

(2) “imagem do corpo da jovem bulímica e de sua mãe”, baseada nas entrevistas e nos resultados do BSQ;

(3) “percepção da imagem do corpo e satisfação com a imagem do corpo da jovem bulímica e de sua mãe”, baseada nas entrevistas e nos resultados da Escala de Imagem Corporal de Stunkard;

(4) “representação do ideal da imagem do corpo atribuída à mãe”, baseada nas entrevistas e nos resultados da Escala de Imagem Corporal de Stunkard – forma variante da aplicação clássica;

(5) “imagem do corpo que a mãe expressa da filha”, baseada nas entrevistas e nos resultados da Escala de Imagem Corporal de Stunkard – forma variante da aplicação clássica e;

(6) “representação inconsciente da imagem do corpo da jovem bulímica e de sua mãe”, baseada na análise do Desenho da Figura Humana e do Desenho do Próprio Corpo.

Segunda etapa

Foi utilizada a técnica de “Construção da Explicação” (Yin, 2005), com o objetivo de analisar exaustivamente os dados de cada estudo de caso e construir uma

explicação psicodinâmica, visando à compreensão da imagem do corpo da jovem bulímica. Associada a essa técnica foi utilizada a “Análise de Séries Temporais” (Yin, 2005), na modalidade cronológica, visando explorar os eventos ao longo da história de vida da jovem bulímica, identificando a ocorrência de experiências e presumíveis eventos que possam ter tido algum impacto sobre a construção de sua imagem do corpo (Yin, 2005).

Terceira etapa

Foi utilizada a técnica de “Síntese de Casos Cruzados” (Yin, 2005), visando confrontar os resultados obtidos na análise de cada caso em particular. Desse modo buscou-se identificar convergências e divergências, bem como evidências que auxiliassem a responder como se apresenta a imagem do corpo em jovens mulheres com bulimia em relação aos seus próprios ideais e aos ideais de sua mãe.

Resultados

A tabela 1 sintetiza os resultados encontrados nos Estudos de Caso.

Tabela 1

Síntese dos resultados dos estudos de caso

CATEGORIAS DE ANÁLISE	CASO 1		CASO 2	
	Jovem bulímica: Mariane 19 anos	Mãe: Beatriz 43 anos	Jovem bulímica: Daniele 24 anos	Mãe: Lísia 51 anos
IMC – classificação*	23,1 Kg/m ² -peso normal	48 Kg/m ² -obesidade II	17,2 Kg/m ² -magreza leve	18,9 Kg/m ² -peso normal
DADOS SIGNIFICATIVOS DA HISTÓRIA E DA RELAÇÃO MÃE-FILHA	<ul style="list-style-type: none"> - afastamento dos avós e primos, 7 anos - nova escola, compulsão alimentar, 15 anos - amplia convívio social, início da bulimia, 16 anos - relação com a mãe extremamente difícil - relação com o pai sem conflitos e sem proximidade - bom relacionamento com amigos, indispensáveis 		<ul style="list-style-type: none"> - temor de engordar, uso de laxantes, 16 anos - afastamento dos familiares e namorado, 17 anos - pressão do trabalho para emagrecer, 17 anos - problemas familiares, início da bulimia, 20 anos - relação ambivalente com a mãe; mãe invasiva - relação empobrecida com o pai, pai desvalorizado 	
DIAGNÓSTICO DE BULIMIA	<ul style="list-style-type: none"> - compulsão alimentar, aos 15 anos - bulimia, desde os 16 		<ul style="list-style-type: none"> - uso diário de laxantes (16 anos), dietas restritivas, jejuns, anfetaminas, 17 anos - bulimia, desde os 20 anos 	
EAT-26	<i>Padrões Alimentares Anormais</i>		<i>Padrões Alimentares Anormais com Alto Risco de Gravidade</i>	
BITE	<i>Escala de Sintomas: padrão alimentar não usual</i> <i>Escala de Gravidade: resultado clinicamente significativo</i>		<i>Escala de Sintomas: grande possibilidade de bulimia nervosa</i> <i>Escala de Gravidade: alto grau de gravidade</i>	
IC Entrevistas	Imagem no espelho - instabilidade frente à imagem no espelho Imagem na mente - parecida com a que vê no espelho	- dificuldade de assumir sua imagem do corpo como obesa, dissimulando	Imagem no espelho - instabilidade frente à imagem no espelho Imagem na mente - instável como a que percebe no espelho	- gosta do seu corpo, tendo uma relação boa com ele
BSQ	<i>Alteração leve na IC</i>	<i>Ausência de alteração da IC</i>	<i>Grave alteração na IC</i>	<i>Ausência de Alteração de IC</i>
PERCEPÇÃO DA IC E SATISFAÇÃO COM A IC ENTREVISTAS	- percepção do corpo como normal - sente-se bem com sua IC	- percepção do corpo como gordo - insatisfação com a IC	- a imagem do corpo tem poder sobre ela - insatisfação com a IC	- percepção do corpo como normal - satisfação com a IC
STUNKARD	<i>Adequada percepção da IC</i> <i>Insatisfação com a IC, no nível emocional e</i> <i>Satisfação com a IC, no nível racional</i>	<i>Adequada percepção da IC</i> <i>Insatisfação com a IC, no nível emocional e racional</i>	<i>Adequada percepção da IC</i> <i>Insatisfação com a IC, no nível emocional e racional</i>	<i>Adequada percepção da IC</i> <i>Insatisfação com a IC, no nível emocional,</i> <i>Satisfação com a IC, no nível racional</i>
IC QUE FILHA PRESSUPÕE QUE A MÃE TEM DELA (FILHA) Entrevistas	- pensa que sua mãe não gosta do seu corpo atual (da filha); - supõe que sua mãe o considera magro e que o desejaria mais cheio		- supõe que sua mãe a vê muito magra e que não aceita seu corpo assim - pensa que a mãe fica horrorizada, achando que o corpo está magro demais	
STUNKARD – forma variante	- filha – corpo real – figura 4 - presume que a mãe a percebe: figura 3 (um pouco mais magra do que a mãe efetivamente escolheu – figura 4)		- filha - corpo real – figura 1 - presume que a mãe a percebe: figura 1 (corresponde a que a mãe escolheu – figura 1)	
IC QUE A MÃE EXPRESSA DA FILHA Entrevistas	- vê o corpo de sua filha como um <i>corpo bonito, normal, nem magro e nem gordo; ideal</i> - de modo oposto, informa que a filha era muito mais bonita quando era gorda.		- percebe sua filha como magra demais, atribuindo à magreza excessiva à bulimia - considera que sua filha tinha um corpo perfeito, antes da bulimia.	
STUNKARD – forma variante	- mãe percebe a filha – figura 4 (não corresponde a que a filha supôs – figura 3. Correspondendo à imagem do corpo real da filha)		- mãe percebe a filha: figura 1 (corresponde a que a filha supôs – figura 1. Corresponde a imagem do corpo real da filha)	
REPRESENTAÇÃO DO IDEAL DA IC (DA JOVEM BULÍMICA, DA MÃE E A ATRIBUÍDA À MÃE) Entrevistas	Jovem bulímica: - supõe que um corpo ideal para sua mãe é um corpo mais cheio do que magro. - o corpo que tinha antes da bulimia	Mãe - corpo ideal: - é um corpo com saúde, <i>um corpo que não seja magro nem gordo, que seja normal.</i>	Jovem bulímica: - supõe que um corpo ideal para sua mãe não é um corpo magro - supõe que sua mãe <i>adoraria ter o corpo que ela (filha) tem</i>	Mãe - corpo ideal: - é o corpo com saúde; - não gosta da magreza atual da filha
s STUNKARD – forma variante	- presume que mãe escolheria a figura 5 como imagem do corpo ideal para a filha (não corresponde ao ideal de corpo que a mãe elegeu – figura 4)	Mãe– corpo ideal para filha: figura 4 (não corresponde a suposição da filha – figura 5)	- presume que mãe escolheria a figura 3 como imagem do corpo ideal para a filha (corresponde ao ideal de corpo que a mãe elegeu)	Mãe–corpo ideal para filha: figura 3 (corresponde a suposição da filha)
REPRESENTAÇÃO INCONSCIENTE DA IMAGEM DO CORPO	- IC grandiosa - ansiedade, tensão, baixa auto-estima - desamparo e perda da autonomia - agressividade	- IC empobrecida - sentimentos de inadequação - fragilidade afetiva - exibicionismo latente - agressividade	- IC empobrecida - baixa autoestima - imaturidade emocional - aspectos narcisistas - agressão oral - ambição e fantasia de grandiosidade	- IC empobrecida - sentimentos de menos-valia e de rejeição - aspectos narcisistas - fantasias de grandiosidade - agressividade
DFH e DPC				

Caso 1: Mariane: Sombra da Mãe

Mariane é uma jovem de 19 anos, filha mais velha de uma família formada por seus pais, uma irmã de 13 anos e um irmão de 9 anos. Convive com sua família com quem mantém um vínculo de pouco contato e escassa intimidade. Trabalha durante o dia com os pais num negócio da família e está cursando o ensino superior à noite. Em relação à sua aparência, sua altura é de 1,69 metro e seu peso é de 66 quilos, tendo um IMC=23,1Kg/m², classificando-se na faixa de “peso normal” segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 2009).

Em sua história, Mariane refere poucas lembranças de sua infância. Destaca como especialmente difícil a mudança de residência e afastamento dos avós paternos e primos, aos 7 anos, por decorrência de uma ruptura de sociedade de seus pais com seus avós, referindo que deixou “tudo o que conhecia em outro lugar”.

Mariane não se recorda do nascimento de sua irmã, ocasião em que tinha cinco anos. Porém, segundo sua mãe, Beatriz, foi um momento difícil, pois desde que engravidara, Mariane passou a ter problemas com o sono e após o nascimento da irmã, apresentou enurese que persistiu até os 13 anos de idade, período em que ocorreu a menarca. Ela refere ao nascimento do seu irmão, aos seus 10 anos de idade, como um marco de mudança em sua vida. Mariane se sentia revoltada, pois sua mãe lhe delegou funções como cuidar do bebê e dos afazeres da casa, enquanto saía para trabalhar. Disso decorreu a intensificação das brigas entre elas e, conseqüente piora na relação.

Mariane refere como especialmente difícil uma situação clínica na qual apresentou uma pré-diabete, aos 12 anos de idade, que impingiu a necessidade de restrições na ingestão de doces. A partir desse momento, ela passou a viver sob pressão da mãe que lhe dizia “Não pode comer isso! Não pode comer aquilo!” Essa situação clínica posteriormente foi sanada.

Outro fato marcante foi a separação de suas amigas, aos 14 anos, ocasião em que mudou de escola ao ingressar no ensino médio. Para ela foi um momento difícil, pois se sentia “muito sozinha e perdida” na nova situação que estava enfrentando.

A vida de Mariane era restrita à sua casa e a escola. A partir dos 16 anos se enturmou e passou a sair de casa. Foi nessa época que começou a desenvolver seu

distúrbio alimentar, que persiste com períodos de crises de bulimia intercalados com breves momentos em que domina seus sintomas.

Aos 17 anos teve seu primeiro namorado, um relacionamento que durou um ano e cinco meses. Quando Mariane começou a namorar, já tinha os sintomas de bulimia há aproximadamente um ano. Durante o namoro, sua relação com a alimentação melhorou, não se importava tanto com o peso e o corpo. Mariane enfatiza a experiência com seu namorado como muito significativa, sendo o término muito doloroso para ela, uma perda em que se sentiu “fraca, perdida e desesperada”. Não sabia o que fazer para se sentir feliz, estava sempre chorando, se “sentia muito triste, deprimida e acabava buscando na comida alguma coisa que não podia encontrar”. Nesse período, intensificou as crises de comer compulsivamente e vomitar. Em relação à sua família, Mariane destaca como notadamente difícil o convívio com sua mãe.

Descreve-a como uma pessoa estressada, mal humorada e excessivamente preocupada, querendo que todos fiquem por perto, em casa, para evitar os perigos. Além disso, conta que sua mãe não consegue escutá-la e tentar entender o que se passa com ela, brigando com frequência. O relacionamento difícil entre elas é confirmado por Beatriz, referindo que Mariane mente, não obedece e faz tudo ao contrário do que lhe é dito para fazer. Mariane se relaciona um pouco melhor com seu pai, percebendo-o como uma pessoa capaz de compreendê-la, pois eventualmente ele lhe confia que também se sente mal frente às reclamações de sua mãe.

Mariane se descreve como uma pessoa teimosa, que não aceita opiniões, mas que aceita o outro como ele é, o que lhe permitiu construir amizades importantes. Destaca como situações especialmente importantes em sua vida, a presença de amigos mencionando que precisa muito de companhia, não conseguindo “viver sozinha”. Também salienta como especialmente significativo o seu ingresso na faculdade.

A mãe de Mariane, Beatriz, tem 43 anos de idade e trabalha em um pequeno empreendimento familiar. Tem estatura baixa, medindo 1,53 metro e pesando 89 quilos (IMC=38 Kg/m²-obesidade II). Considera que “quando era jovem tinha um corpo normal”, pesando 64 quilos (IMC=27,3 Kg/m²-sobrepeso) e após a última gestação ganhou muito peso, não conseguindo mais reduzi-lo. Entretanto, ela diz que se aceita mais agora que é gorda do que quando era magra, pois “quanto mais magra você é, mais magra quer ficar”.

Na sua história com Mariane, Beatriz destaca que quando sua filha era pequeninha, elas eram “muito grudadas”. Entende que tudo foi importante entre elas, brincavam e conversavam, antes de começar a bulimia. Refere que enquanto Mariane “era gordinha, ela falava” com a mãe e se davam bem. Depois que começou a bulimia se afastou.

Há três anos e meio, Mariane convive com a bulimia (dos 16 aos 19 anos). Iniciou seu distúrbio alimentar a partir da ingestão excessiva de alimentos, configurando uma compulsão alimentar, aos 15 anos de idade. Ganhou peso e ficou descontente com sua imagem do corpo. Ela se achava “gordinha”, o que a fazia sentir-se mal e ter “vergonha” de seu corpo. Após aproximadamente um ano de episódios de compulsão alimentar, e tendo aumentado 12 quilos (passou de 63 para 75 quilos), Mariane iniciou a prática de vômitos autoinduzidos, visando emagrecer para sentir-se melhor consigo mesma, caracterizando a bulimia.

Com a autoindução dos vômitos, emagreceu 15 quilos, ficando com 60. A ideia de provocar vômitos surgiu a partir de informações veiculadas pela mídia sobre distúrbios alimentares e ela pensou que seria um método rápido para perder peso. Ela também associa o início de sua bulimia com situações que envolveram sair mais de casa e conhecer pessoas, representando uma mudança repentina em sua vida e um desafio. De acordo com Mariane, o que desencadeia sua compulsão alimentar é “uma gula, os nervos e a ansiedade”. Quando fica ansiosa acaba comendo, “como se tivesse um vazio que quisesse preencher”.

Na ocasião em que desenvolveu a bulimia, Mariane balizava sua opinião sobre si mesma e sua auto-estima pelo seu peso e pelas formas corporais. Ela não gostava de si e não se valorizava. Começou a pensar que se fosse magra como outras pessoas, seria melhor do que era e iria gostar mais de si. Pensava que mudando a imagem do seu corpo poderia mudar o que sentia por si mesma.

Além dos dados informados por Mariane, a partir das entrevistas e do Questionário de Informações Gerais, no EAT-26 o resultado indicou a presença de “padrões alimentares anormais”. No BITE, a “Escala de Sintomas” sugeriu um “padrão alimentar não usual” e a “Escala de Gravidade” evidenciou um resultado “clínicamente significativo”. A integração dos dados evidenciou que os sintomas apresentados por Mariane correspondem às manifestações peculiares do funcionamento bulímico,

caracterizado por atos de compulsão alimentar seguidos de comportamentos purgativos e associados à insatisfação com a imagem do corpo.

Nas entrevistas, em relação à “imagem do corpo visível no espelho”, Mariane apresentou instabilidade, oscilando entre ver-se feia e ver-se bem. Atualmente tem gostado da imagem do corpo que percebe ao olhar-se no espelho e atribui essa mudança a uma melhora em sua auto-estima, em decorrência do fato de dar menos valor à fala de sua mãe, colocando seu próprio pensamento em primeiro lugar. Quanto à “imagem do corpo que cria em sua mente”, Mariane tem dificuldade em descrevê-la, dizendo que é parecida com a que vê no espelho. Comenta que “a gente se vê todo o dia, mas a gente nunca para para se olhar de verdade”. Sua mãe, Beatriz, em relação à sua imagem do corpo, refere que não se vê “magra e linda”, entretanto não se acha feia, pois “tem gente mais gorda” do que ela. Então, conclui que se não se olhar no espelho vai se achar “bonita e tudo fica bem”. Informa que quando jovem, era bem magra e sempre foi preocupada com seu corpo.

No BSQ, o resultado de Mariane indicou a presença de “alteração leve da imagem do corpo”. Sua mãe, Beatriz, teve um resultado correspondendo à “ausência de alteração da imagem corporal”.

Quanto à percepção e a satisfação com a imagem do corpo, Mariane refere que tinha vergonha de seu corpo e de si mesma e tentava se esconder atrás de roupas largas e casacos. Beatriz, por sua vez, refere que não se sente satisfeita com seu corpo e comenta que se sentiria mais satisfeita se fosse mais magra.

A avaliação da percepção e da satisfação com a imagem do corpo através da Escala de Imagem Corporal de Stunkard foi realizada com base nos resultados do estudo de Bulik *et al.* (2001) sobre a Escala a partir do IMC. Assim sendo, as figuras 1, 2 e 3 são as que melhor representam a magreza e as figuras 6, 7, 8 e 9, a obesidade, enquanto que a figura 4 é a silhueta com melhores valores de sensibilidade e especificidade para corresponder a eutrofia.

Mariane escolheu a figura 4 (eutrófica) para representar sua “imagem do corpo atual”, bem como a “imagem do corpo saudável” e a figura 3 (magreza) para representar a “imagem do corpo desejado”. Considerando a idade (19 anos) e o IMC de Mariane (23,1 kg/m²), e com base nos pontos de corte de IMC para cada faixa etária fornecidos pelo estudo de Bulik *et al.* (2001), ela corresponde à imagem da figura 4 (eutrofia), a

mesma que ela escolheu para representar sua “imagem do corpo atual”, bem como a “imagem do corpo saudável”. Assim, ela tem uma “adequada percepção da imagem corporal” e apresenta “satisfação com a imagem do corpo”, no “nível racional”. Mas, apresenta “insatisfação com a imagem corporal”, no “nível emocional”, pois deseja ser mais magra do que está (deseja a figura 3) mesmo estando com o peso adequado.

Na Escala de Imagem Corporal, Beatriz elegeu a figura 6 (obesidade) para representar sua “imagem do corpo atual” e a figura 5 (sobrepeso), para representar a “imagem do corpo saudável” e a “imagem do corpo desejável”. Considerando os pontos de corte de IMC para cada faixa etária fornecidos por Bulik *et al.* (2001), Beatriz, (idade=43 e IMC=38 kg/m²) corresponde à imagem da figura 7 (obesidade) e ela elegeu a figura 6 (obesidade) para representar sua “imagem do corpo atual”. Cabe salientar que na ocasião da aplicação da Escala de Imagem Corporal, Beatriz manifestou dúvida entre as figuras 6 e 7, imaginando-se no meio das duas, mas optou pela figura 6. Nesse sentido, a diferença entre sua imagem real e a escolha da figura que representa sua imagem atual, não foi considerada significativa, inclusive porque as figuras 6 e 7 pertencem as que representam obesidade. Assim, pode-se considerar que Beatriz tem uma "adequada percepção da imagem corporal", vendo-se obesa. Entretanto, ela apresenta “insatisfação com a imagem corporal” observada pela discrepância entre a escolha da “imagem do corpo atual” (figura 6) e a escolha da “imagem do corpo desejado” (figura 5), refletindo uma escolha emocional. Também apresenta “insatisfação com a imagem do corpo” apontada pela diferença entre a escolha da “imagem do corpo atual” (figura 6) e a escolha da “imagem do corpo saudável” (figura 5), refletindo uma escolha racional. Assim, os resultados da Escala de Imagem Corporal indicaram que Beatriz apresenta “adequada percepção da imagem corporal”, porém apresenta “insatisfação com a imagem corporal”, tanto no “nível emocional” como no “nível racional”.

Os resultados da Escala de Imagem Corporal de Stunkard de Mariane e sua mãe estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Resultados de Mariane e de sua mãe na escala de imagem corporal de Stunkard

Imagem do Corpo	Percepção da imagem do corpo		Satisfação com a imagem do corpo		Insatisfação com a imagem do corpo	
	Percepção adequada	Percepção inadequada	Aspecto racional	Aspecto emocional	Aspecto racional	Aspecto emocional
Mariane	X		X			X
Beatriz	X				X	X

Em relação à imagem do corpo que Mariane presume que sua mãe tem dela (filha), Mariane pensa que sua mãe não gosta do seu corpo atual (da filha), que o considera magro e que o desejaria “mais cheio”, como era antes da bulimia. Porém, Mariane refere que nessa época ela “era uma sombra, concordava com tudo e não questionava nada do que a mãe falava”. Beatriz refere que vê o corpo de sua filha como um “corpo bonito, normal... um corpo ideal, nem magro e nem gordo”. Entretanto, de modo contraditório, acrescenta que ela era muito mais bonita quando era gorda.

A imagem que Mariane expressa que sua mãe tem dela (filha) não corresponde à que sua mãe refere, pois presume que sua mãe a vê com o corpo magro. Por outro lado, há uma correspondência em relação à suposição de Mariane acerca da preferência de sua mãe pelo corpo mais gordo, antes da bulimia. Estes dados foram confirmados através da Escala de Imagem Corporal de Stunkard, na qual Mariane presumiu que sua mãe a percebe mais magra do que a mãe efetivamente a percebeu.

Na Escala, Mariane escolheu a figura 3 (magreza) para representar a “imagem de corpo atual” que em sua opinião a mãe escolheria representando a imagem do corpo da filha. Entretanto, Beatriz escolheu a figura 4 (eutrofia). A suposição de Mariane acerca da percepção de sua mãe sobre sua imagem do corpo (da filha) não corresponde àquela que sua mãe escolheu, Supõe que sua mãe a percebe mais magra do que a mãe efetivamente a percebe.

Em relação à imagem do corpo ideal, para Mariane “não tem corpo ideal, um corpo médio seria bom”. Para Beatriz, um corpo ideal é um corpo com saúde, “um corpo que não seja magro nem gordo, que seja normal”.

Quanto à representação da imagem do corpo ideal que Mariane atribui à sua mãe, pensa que para sua mãe um corpo ideal é um corpo mais cheio do que magro; o corpo que tinha antes da bulimia.

Na variante da Escala de Imagem Corporal, a suposição de Mariane frente ao corpo que sua mãe desejaria para ela (filha) foi de um corpo maior (figura 5 - sobrepeso) do que aquele que a mãe escolheu (figura 4 - eutrofia). Cabe salientar que a figura que a mãe escolheu como “imagem do corpo desejável” para sua filha (figura 4 - eutrofia) corresponde à “imagem do corpo real” e a “imagem do corpo atual” de Mariane. Além disso, a imagem do corpo que Mariane idealiza para si (figura 3 - magreza) corresponde à imagem do corpo que ela presume que sua mãe tem dela (filha) (figura 3 (magreza)).

A Tabela 3 mostra a imagem do corpo real de Mariane, a partir do seu IMC, e as escolhas que ela fez em relação a sua própria imagem do corpo e a presumida para sua mãe. Também inclui a imagem do corpo real de Beatriz e as escolhas que ela fez referentes à sua própria imagem do corpo e as que atribui, segundo sua percepção, à sua filha.

Tabela 3

Escolhas de Mariane e Beatriz segundo a escala de imagem corporal de Stunkard

Imagem do corpo	Mariane	Mariane presume que a sua mãe escolheria	Beatriz	Como a mãe vê Mariane
Real	Figura 4 Eutrofia	--	Figura 7 Obesidade	--
Atual	Figura 4 Eutrofia	Figura 3 Magreza	Figura 6 Obesidade	Figura 4 Eutrofia
Saudável	Figura 4 Eutrofia	Figura 5 Sobrepeso	Figura 5 Sobrepeso	Figura 4 Eutrofia
Desejável	Figura 3 Magreza	Figura 5 Sobrepeso	Figura 5 Sobrepeso	Figura 4 Eutrofia

A representação inconsciente da imagem do corpo de Mariane e de sua mãe, avaliada através do Desenho da Figura Humana (DFH) e do Desenho do Próprio Corpo (DPC), foi obtida primeiramente, através do exame às cegas e de maneira independente

por dois juízes e, posteriormente, pela pesquisadora, que realizou a análise interpretativa. Em ambas as etapas foi utilizado o protocolo de avaliação do DFH e a análise foi realizada com base nos aportes de Buck (2003), Hammer (1991) e Etchepare (2004).

Através do DFH (Anexo G), identificou-se que Mariane tem uma representação inconsciente da imagem do corpo grandiosa, com sentimentos de expansão, especialmente sob um modo defensivo frente à baixa autoestima e pressões do meio. No DPC (Anexo H) identificou-se a presença de conflitos significativos, desamparo e perda da autonomia. A representação inconsciente da imagem do corpo de Beatriz, obtida através do DFH (Anexo I), mostra-se empobrecida e pouco feminina. Através do DPC (Anexo J), evidenciou-se a presença de sentimentos de inadequação e dificuldades de aceitação de si própria, associada a sentimentos de desvalia e fragilidade afetiva, sugerindo indicadores de exibicionismo latente.

Caso 2: Daniele: Espelho da Mãe

Daniele é uma jovem de 24 anos, segunda filha de uma prole de três filhos, sendo o mais velho um rapaz de 29 anos, e a mais nova uma moça de 19 anos. Define-se como casada por estar morando com seu namorado há três anos. Não tem filhos. Trabalha com representação de bijuterias e está cursando o ensino superior à noite. Em relação a sua aparência, Daniele tem altura de 1,64 metro e peso de 46,5 quilos. Seu IMC é 17,2 Kg/m² classificando-se na faixa “magreza leve”, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 2009).

Quanto à sua história, Daniele não lembra muito de sua infância, nem de si, lembra de seus irmãos e de seus pais. Conta que viveu a vida do seu irmão que desde pequeno precisou de ajuda, nasceu prematuro e foi muito agitado. Sobre si refere que era séria, que não queria brincar, preferindo ficar parada e no colo da mãe. Estas informações coincidem com as de sua mãe: ela era “uma menina certinha, toda ajeitadinha”.

Daniele refere que sempre teve uma “vida perfeita”, era “uma filha perfeita, saudável, não dava problemas na escola, era responsável e super inteligente”. Essa imagem de Daniele é confirmada por sua mãe, que informa que ela não apresentou nenhum tipo de dificuldade e foi uma adolescente comportada. Ela começou a sair para

festas depois dos 15 anos, idade em que conheceu seu namorado com quem reside atualmente, mantendo esse relacionamento há nove anos.

Daniele começou a trabalhar cedo, com 13 anos, por iniciativa própria, como babá. Concluiu o ensino médio com 17 anos e logo se mudou para a capital de outro estado, para estudar TV e cinema, permanecendo lá até seus 22 anos. Segundo Daniele, sua busca pela carreira artística se deu por influência da sua mãe, que teria colocado isso na sua cabeça.

Segundo relato da mãe, quando Daniele tinha 15 anos, as pessoas da cidade falavam que ela “era muito linda, que poderia ser modelo”. Daniele fez um curso para modelo, aos 17 anos, e foi trabalhar como modelo fotográfico em outro estado, referindo que foi onde iniciaram seus problemas alimentares.

Quando se mudou, estava namorando há dois anos e passou a ver seu namorado, inicialmente, uma vez por mês e depois, a cada três meses. Longe de casa, sentia solidão e desamparo e, além disso, “não tinha ninguém para controlar” seu comportamento. Esses fatores, associados à pressão para emagrecer provinda do seu trabalho como modelo, contribuíram para o desencadeamento do distúrbio alimentar, que inicialmente se caracterizou por restrições alimentares, e posteriormente por compulsões e purgas.

Daniele refere que os primeiros anos em que morou na capital foram muito bons, mas “depois foi só sofrimento”. Após cinco anos, desistiu da profissão de modelo e voltou para casa, o que foi vivido como um momento difícil, pois retornou frustrada e triste.

Em relação à sua família, Daniele oscila em apresentá-la ora como “perfeita”, ora “com muitos problemas”. A imagem que Daniele apresenta de sua mãe é de uma pessoa triste, que sofreu muito com as dificuldades vivenciadas na família. Primeiro com o fato de seu marido ter tido problemas com o álcool durante a infância de Daniele, depois, com a depressão do seu filho mais velho e a deficiência auditiva da filha menor (tem perda de 80 por cento da audição).

O relacionamento com sua mãe é descrito por Daniele como bom. Sempre foram muito unidas, confidenciando suas experiências e opiniões uma à outra. De modo similar, para Lísia, o relacionamento delas é extremamente bom. Ela percebe-se como uma grande amiga de sua filha, não se vendo como “uma mãe que censura”. Por outro lado, Daniele apresenta sua mãe como uma pessoa rígida e preconceituosa, com quem

não consegue falar sobre certas coisas, como por exemplo, suas angústias e a bulimia. Em momentos de sua infância, considerava que sua mãe ficava mal e a usava envolvendo-a para resolver situações que eram dela e do pai. Ainda em relação a sua mãe, refere uma lembrança, aos 16 anos, em que estava comendo bolo e sua mãe lhe avisa que vai ficar gorda e, desde então, ela passou a usar laxantes diariamente.

Com seu pai, Daniele não tem um relacionamento bom. Apresenta uma imagem desvalorizada de seu pai, percebendo-o como um “homem fraco, que não sabe de nada, que não se envolve com a família e não tem voz dentro de casa”. Até sua adolescência, via o pai como herói, tinha maior proximidade. Depois se decepcionou com ele, quando tinha 20 anos, ao tomar conhecimento de que havia traído sua mãe e passou a vê-lo de modo diferente, sentindo “raiva” e “ódio”. Daniele destaca esse acontecimento como o desencadeante das crises bulímicas.

Com seus irmãos, de um modo geral, tem um bom relacionamento. Ela os apresenta como pessoas com problemas e sente-se solicitada com frequência a ajudá-los, bem como à mãe. Nesses momentos difíceis com sua família fica nervosa e muitas vezes tem crises de comer compulsivamente e vomitar depois.

Daniele considera que a presença do seu namorado em sua vida é um fator muito importante, que a deixa bem. Valoriza-o, gosta dele e não se imagina sem ele. Atualmente, considera que só tem seu namorado para contar.

Daniele percebe a si mesma como uma pessoa amiga, que tem condições de ajudar os outros, mas não consegue ajudar a si própria. Queria se sentir estável, conseguir fazer as coisas e terminá-las sentindo-se forte. Porém, por conta da bulimia perde o foco, tanto no trabalho como nos estudos.

A mãe de Daniele, Lísia, tem 51 anos e trabalha com educação. Tem estatura pequena, medindo 1,54 metro e pesando 45 quilos (IMC=18,9 Kg/m² - peso normal, limítrofe com magreza). Lísia refere que não tem preocupações com o corpo ou o peso, pois não tem “tendência a engordar, sempre fora magrinha”.

Na sua história com Daniele, Lísia não destaca nenhum acontecimento específico como significativamente importante. Em relação a acontecimentos difíceis que tenham vivenciado juntas, Lísia diz que elas não têm coisas marcantes que não tenham sido boas. A percepção que Lísia tem de si mesma é de que é “a forte da família,

aquela que resolve os problemas de todos”. Essa maneira de ver-se é igual ao modo como Daniele diz que se vê.

Daniele convive com a bulimia há quatro anos (dos 20 aos 24 anos). Começou a apresentar comportamentos inadequados a partir do uso diário de laxantes, aos 16 anos. Nessa época, estava um pouco acima do peso e o alerta de sua mãe de que estava ficando “gorda” a abalou. Daniele tomou vários laxantes “naquele dia” e, desde então, toma laxantes todos os dias, há oito anos. Chegou a tomar de 9 a 10 comprimidos por dia, atualmente, toma “apenas” quatro, justificando que seu intestino não funciona mais, não conseguindo evacuar sem comprimidos.

O próximo passo em direção a bulimia ocorreu aos 17 anos, já residindo na capital, com o início de dietas restritivas em função da profissão de modelo. Ela fazia dietas, mas quando tinha muita fome, comia escondida, depois passou a fazer jejuns e usar anfetaminas. Houve uma ocasião, aos 20 anos, em que ficou nove dias consecutivos em jejum, só bebendo água, apenas parando quando teve um desmaio. Ela adoeceu por consequência das dietas, dos jejuns e do uso abusivo de laxantes e retornou para a casa dos seus pais, necessitando de internação hospitalar. Pesava, na ocasião, 55 quilos, e sob sua avaliação, estava 15 quilos acima do peso que deveria ter que era de 40 quilos. Daniele já se sentia sem controle, mas ainda não tinha bulimia.

Após alguns episódios de exigência de emagrecimento rápido, Daniele decidiu vomitar para emagrecer. Passou a vomitar eventualmente e, gradativamente, foi intensificando a indução de vômitos, passando a vomitar todos os dias. Daniele refere que ainda não tinha compulsão alimentar, mas comia pequenas quantidades de alimento e vomitava.

Daniele teve a primeira crise de comer descontroladamente e provocou o vômito aos 20 anos. Desde então sempre teve as crises, com breves períodos de interrupção. Segundo Daniele, a bulimia começou na ocasião em que foi revelado o caso extraconjugal de seu pai, passando a comer compulsivamente e vomitar, pois não queria ficar com a comida no seu organismo.

Geralmente, tudo o que comer no dia vai vomitar. Daniele vomita cerca de cinco vezes por dia. Escolhe vomitar para não ter nada no organismo, pois tem vontade de se “sentir sem nada”. Ela provoca o vômito sempre com o dedo, desenvolvendo o sinal de Russel, causado pelo trauma repetido dos dentes incisivos sobre a pele. Atribui o

desenvolvimento de sua bulimia à exigência da sua profissão, à solidão que sentia por estar distante dos familiares e do namorado e, também aos acontecimentos difíceis vivenciados na sua família.

Além dos dados informados por Daniele, a partir das entrevistas e do Questionário de Informações Gerais, o EAT-26 indicou a presença de “padrões alimentares anormais”, com “alto risco de gravidade”. No BITE, na “Escala de Sintomas”, indicou a presença de “comportamento alimentar compulsivo com grande possibilidade de bulimia nervosa” e na “Escala de Gravidade” indicou “alto grau de gravidade”. A integração dos dados evidenciou as manifestações características do funcionamento bulímico através da presença de atos de compulsão alimentar seguidos da autoindução de vômitos, do uso de laxantes e da prática excessiva de exercícios, visando à perda do peso, frente à insatisfação com a imagem do corpo.

Nas entrevistas, em relação à “imagem do corpo visível no espelho”, Daniele apresentou instabilidade, oscilando entre ver-se como gostaria de se ver e ver o que não gosta em si. Às vezes, ao se olhar no espelho confunde o como se vê com o que projeta sobre a imagem, vendo-se como gostaria de se ver. Chama isso de “distorções”, diz que “são sensações que variam”. Quanto à “imagem do corpo que cria em sua mente”, também há oscilação, cada dia vê seu corpo de um jeito, do mesmo modo que a imagem que vê no espelho. Vê seu corpo enorme e tem consciência de que ele não é assim. Sente-se angustiada com a contradição que vivencia, não entendendo a flutuação da imagem do seu corpo na sua cabeça e no espelho. Sua mãe, Lísia, em relação à imagem do corpo, de modo diferente, percebe a si própria de modo estável, vendo seu corpo como normal. Quando era jovem gostava do seu corpo, e sempre se via bonita.

No BSQ, o resultado de Daniele indicou a presença de “grave alteração da imagem corporal”. Sua mãe, Lísia, teve um resultado correspondendo à “ausência de alteração da imagem corporal”.

Quanto à percepção e a satisfação com a imagem do corpo, Daniele refere que é o corpo que manda nela. Pensa que se estiver magra não terá mais problemas. Frequentemente sente-se insatisfeita com seu corpo e sente-se muito triste porque não consegue ficar magra e nem parar com a bulimia. De modo adverso, o sentimento de Lísia em relação ao próprio corpo é predominantemente bom, sentindo-se satisfeita com seu corpo.

A avaliação da percepção e da satisfação com a imagem do corpo através da Escala de Imagem Corporal de Stunkard foi realizada com base nos resultados do estudo de Bulik *et al.* (2001) sobre a Escala a partir do IMC. Assim sendo, a figura 4 é a silhueta com melhores valores de sensibilidade e especificidade para corresponder a eutrofia, e as figuras 1, 2 e 3 são as que melhor representam a magreza.

Na Escala, Daniele escolheu a figura 3 (magreza) para representar sua “imagem do corpo atual” e a figura 2 (magreza) para representar a “imagem do corpo desejado”, bem como a “imagem do corpo saudável”. Considerando a idade (24 anos) e o IMC (17,2 kg/m²) de Daniele, e com base nos pontos de corte de IMC para cada faixa etária fornecidos por Bulik *et al.* (2001), ela corresponde à imagem da figura 1 (magreza) e elegeu a figura 3 (magreza) para representar sua “imagem do corpo atual”. Entretanto, como tanto a figura 1 como a figura 3 representam a imagem do corpo magro na Escala de Imagem Corporal pode-se considerar que Daniele tem uma "adequada percepção da imagem corporal", vendo-se magra. Entretanto, ela apresenta “insatisfação com a imagem corporal” tanto no nível emocional, pois mesmo estando magra deseja ser mais magra (figura 2), bem como no nível racional, pois pensa que o corpo mais magro é o saudável (figura 2).

Na Escala de Imagem Corporal, Lísia elegeu a figura 4 (eutrofia) para representar sua “imagem do corpo atual” e também a “imagem do corpo saudável”. A “imagem do corpo desejável” foi assinalada como a figura 3 (magreza). Considerando os pontos de corte de IMC para cada faixa etária (Bulik *et al.*, 2001), Lísia (idade=51 e IMC=18,9 kg/m²) corresponde à imagem da figura 4 (eutrofia), correspondendo à mesma figura que elegeu para representar sua “imagem do corpo atual”. Assim, pode-se considerar que Lísia tem uma "adequada percepção da imagem corporal", vendo-se com peso normal. Entretanto, ela apresenta “insatisfação com a imagem corporal” observada pela discrepância entre a escolha da “imagem do corpo atual” (figura 4-eutrofia) e a escolha da “imagem do corpo desejado” (figura 3-magreza), refletindo uma escolha emocional. Entretanto, apresenta “satisfação com a imagem corporal” no nível da escolha racional (figura 4-eutrofia). Assim, os resultados da Escala de Imagem Corporal indicaram que Lísia apresenta “adequada percepção da imagem corporal”, “satisfação com a imagem corporal” no “nível racional” e “insatisfação com a imagem corporal”, no “nível emocional”. Ela percebe seu “corpo atual” como um “corpo saudável”, mas mesmo assim seu “corpo desejável” seria de um corpo mais magro.

Os resultados da Escala de Imagem Corporal de Stunkard de Daniele e sua mãe estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Resultados de Daniele e de sua mãe na escala de imagem corporal de Stunkard

Imagem Corporal	Percepção da imagem corporal		Satisfação com a imagem do corpo		Insatisfação com a imagem do corpo	
	Percepção adequada	Percepção inadequada	Aspecto racional	Aspecto emocional	Aspecto racional	Aspecto emocional
Daniele	X				X	X
Lísia	X		X			X

Em relação à imagem do corpo que Daniele presume que sua mãe tem dela (filha), Daniele pensa que sua mãe a vê muito magra e que não aceita. Lísia refere que percebe sua filha como magra demais e atribui a magreza excessiva à bulimia. Portanto, a imagem que Lísia refere ter em relação ao corpo de sua filha, um corpo excessivamente magro, corresponde à imagem do corpo que Daniele presume que sua mãe tem dela (filha). Estes dados foram confirmados através da Escala de Imagem Corporal de Stunkard, na qual Daniele presumiu que sua mãe a percebe (muito magra) exatamente como sua mãe efetivamente a percebeu (muito magra).

Na escala, Daniele escolheu a figura 1 (magreza) para representar a “imagem de corpo atual” que em sua opinião a mãe escolheria representando a imagem do corpo da filha. Lísia efetivamente assinalou que via sua filha representada pela figura 1 (magreza). Assim, a suposição de Daniele acerca da percepção de sua mãe sobre sua imagem do corpo (da filha) está adequada, pois supõe que sua mãe a percebe muito magra (figura 1), como efetivamente a mãe indicou que a percebe.

Quanto à “imagem do corpo saudável”, Daniele indicou que, em sua opinião, sua mãe escolheria a figura 3 (magreza), o que correspondeu à escolha de Lísia que elegeu a figura 3 (magreza) como “imagem de corpo saudável” para sua filha. Então, também houve correspondência na “imagem do corpo saudável” de Daniele e sua mãe.

Em relação à imagem do corpo ideal, para Daniele, um corpo ideal deve ser magro e fino, livre de gordura. Lísia, por sua vez, diz que não tem um modelo de corpo ideal. Para ela o corpo ideal é o corpo com saúde.

Quanto à representação da imagem do corpo ideal que Daniele atribui à sua mãe, ela pensa que para sua mãe um corpo ideal começa pelo rosto, com a pele lisinha e sem as linhas de expressão. Ainda, o corpo ideal teria “a bunda durinha, (...) um corpo de gostosa, um corpo perfeito”. Segundo Daniele, sua mãe não gosta de magreza, mas “quer” o corpo que ela (filha) tem.

No resultado obtido através da variante da Escala de Imagem Corporal, a suposição de Daniele frente à imagem do corpo que sua mãe desejaria para ela (filha) foi de um corpo magro (figura 3 – magreza), exatamente igual à imagem do corpo que a mãe escolheu como desejável para sua filha (figura 3 – magreza). Assim, a suposição de Daniele frente ao ideal de imagem do corpo que sua mãe desejaria para ela (filha) correspondeu ao que realmente sua mãe elegeu. Além disso, a imagem corporal que Daniele tem de si própria (figura 3 – magreza) é igual a que presume ser a imagem idealizada por sua mãe para ela (filha) (figura 3 – magreza).

A Tabela 5 mostra a imagem do corpo real de Daniele, a partir do seu IMC, e as escolhas que ela fez em relação a sua própria imagem do corpo e a presumida para sua mãe. Também inclui a imagem do corpo real de Lísia e as escolhas que ela fez referentes à sua própria imagem do corpo e as que atribui, segundo sua percepção, à sua filha.

Tabela 5

Escolhas de Daniele e Lísia segundo a escala de imagem corporal de Stunkard

Imagem do corpo	Daniele	Daniele presume que a mãe escolheria	Lísia	Como a mãe vê Daniele
Real	Figura 1 Magreza	--	Figura 4 Eutrofia	--
Atual	Figura 3 Magreza	Figura 1 Magreza	Figura 4 Eutrofia	Figura 1 Magreza
Saudável	Figura 2 Magreza	Figura 3 Magreza	Figura 4 Eutrofia	Figura 3 Magreza
Desejável	Figura 2 Magreza	Figura 3 Magreza	Figura 3 Magreza	Figura 3 Magreza

Através do DFH (Anexo K) Daniele apresentou uma representação inconsciente da imagem do corpo empobrecida, pouco feminina, sugerindo baixa autoestima e sentimentos de inadequação, bem como imaturidade emocional associada a aspectos narcisistas. Através do DPC (Anexo L), revelou imaturidade e dependência da figura feminina. Também foi identificada a presença de ambição em todos os sentidos, bem como fantasia de grandiosidade.

A representação inconsciente da imagem do corpo de Lísia, obtida através do DFH (Anexo M), também se revelou empobrecida sem traços de feminilidade, acompanhada de sentimentos de menos-valia e de rejeição, encobertos por aspectos narcisistas e fantasias de grandiosidade. No DPC (Anexo N), a imagem do corpo revelou-se mais elaborada, com características de feminilidade.

Cabe destacar que o DFH de Daniele e de sua mãe apresentou significativa similaridade. Ambas desenharam as figuras com linhas tipo “palito”, apenas com traços simples e finos para representar o corpo. A mesma semelhança aconteceu no DPC, no qual ambas desenharam figuras mais estruturadas e com vestimentas. O tamanho das figuras também é praticamente o mesmo, muito pequeno, no desenho das duas. A diferença que evidenciaram foi na localização da página, ambas com perspectiva central, porém cada uma posicionando sua figura em extremos opostos. Enquanto Daniele desenhou na parte inferior da página, remetendo a conteúdos do corpo, insegurança e regressão, sua mãe desenhou na parte superior, representando insegurança em relação a si mesmo, bem como rigidez e busca de satisfação na fantasia.

Observou-se nos dois casos em estudo, Mariane e Daniele, que os desenhos referentes à “figura humana” (DFH) foram realizados com menos características e até empobrecidos em comparação com o desenho do “próprio corpo” (DPC). Entretanto, frente à solicitação do desenho do “próprio corpo”, em todos os desenhos observou-se acréscimo de detalhes e, inclusive, em alguns houve correções. Esta modificação na representação dos desenhos pode significar que frente a uma solicitação neutra, como o da “figura humana”, haveria uma redução das defesas, de acordo com o propósito implícito nos testes gráficos. De modo adverso, a solicitação do desenho do “próprio corpo” ativaria mais defesas pela aproximação com a representação de si próprio. Por outro lado, o incremento no cuidado e a inclusão de detalhes no DPC podem favorecer a revelação de aspectos que ampliam o conhecimento da representação da imagem do corpo.

Discussão

A análise dos dados obtidos no estudo de caso de Mariane e Daniele indicou como pontos em comum a presença de bulimia acompanhada de conflitos significativos em relação à imagem do corpo destacando-se a instabilidade frente à imagem do corpo refletida no espelho, bem como a que criam na mente. Considerando-se que a imagem especular (Lacan, 1966/1998) e a imagem mental (Dolto, 1954/1992) são complementares e constituem o conteúdo do eu, compondo a identidade e o sentimento de si (Nasio, 2009), pode-se pensar na instabilidade da imagem do corpo como uma expressão da instabilidade emocional.

Nesse sentido, as flutuações na imagem do corpo apresentadas pelas jovens bulímicas estariam expressando conflitos emocionais que são derivados ao corpo e se manifestam na imagem do corpo. Variações frequentes da imagem do corpo são associadas à falta de resposta empática na relação mãe-bebê, não sustentando experiências corporais coerentes para a criança (Bruch, 1973; Dolto, 1954/1992; Krueger, 1990; Schilder, 1935/1994). Além disso, a oscilação da “imagem visível” e da “imagem mental” em Mariane e Daniele parece estar relacionada à falta de constância frente à própria identidade, denotando falhas na sua constituição, decorrentes de perturbações na relação com a mãe (Dolto, 1954/1992; Nasio, 2009; Schilder, 1935/1994).

A relação objetal e a identificação são fundamentais na construção da imagem do corpo (Bruch, 1973; Dolto, 1954/1992; Nasio, 2009; Schilder, 1935/1994; Zukerfeld, 1996). As dificuldades na relação da mãe com sua filha trazem prejuízos para a constituição da imagem inconsciente do corpo, interferindo no desenvolvimento da capacidade de identificar e representar psicicamente as sensações vividas no corpo, pois sem as palavras que nomeiam as sensações, as percepções ficam sem representação e sem sentido (Dolto, 1954/1992).

Os resultados encontrados nesse estudo, ao examinar a imagem do corpo da jovem bulímica e de sua mãe, articularam-se com esses pressupostos. Pode-se levantar a hipótese de que as falhas na função empática, e conseqüentemente na intermediação simbólica da mãe de Mariane e Daniele, trouxeram prejuízos para a constituição da imagem do corpo das filhas, permanecendo mais ao nível sensorial do que

representacional. Assim, elas supervalorizam a imagem do corpo em relação à aparência, tendo dificuldade de se desprender do real da imagem do corpo para buscar um significado (Bruch, 1973; Dolto, 1954/1992; Krueger, 1990; Schilder, 1935/1994).

Na relação mãe-filha, as filhas perceberam a mãe de modo ambivalente, como aparentemente forte, mas emocionalmente frágil. Ambas as mães são invasivas, sendo que a mãe de Mariane invade desqualificando as capacidades de sua filha, enquanto que a mãe de Daniele invade superdimensionando-as e idealizando a filha. Associada à mãe invasiva, está o pai frágil e pouco participativo, que não cumpre a função de interditor. Desse modo, nos dois casos, estão presentes falhas significativas na função materna e paterna. Das relações estabelecidas com a mãe e o pai resultaram falhas na constituição do narcisismo e fragilidades identitárias em Mariane e Daniele, que se refletem na representação da imagem do corpo. A imagem do corpo, constituída por desejos, fantasias, emoções e interações com os outros, especialmente com a mãe (Schilder, 1935/1994), é dinâmica e exerce efeitos no corpo do qual é imagem, fazendo-o adoecer, como se observou no caso de Mariane e Daniele, em função de impulsos hostis e agressivos, como aponta Nasio (2009).

Um dos fatores que concorre para a constituição da imagem do corpo é o reflexo da imagem do corpo no espelho. Na constituição do sujeito, a imagem especular remete à capacidade de integração das partes em um todo narcísico, promovendo a posse da própria imagem, bem como a conquista de uma identificação (Lacan (1966/1998)). A imagem do corpo que Daniele vê refletida no espelho, na maioria das vezes, é avaliada de forma depreciativa, o que a faz projetar no espelho a imagem que desejaria ter, para tentar aliviar sua angústia. No caso de Mariane, ela vem desenvolvendo uma relação melhor com sua imagem especular, o que se relaciona a modificações no seu modo de ser e de se perceber como sujeito, decorrentes de mudanças que vem operando na sua relação com a mãe. Mariane vem se discriminando enquanto sujeito, diferenciando-se de sua mãe, fato que é revelado através do relacionamento repleto de brigas que têm. O conflito foi se deslocando da imagem refletida no espelho para a relação com a mãe. Então, ela briga menos com sua imagem do corpo, representando uma aceitação de si própria, e passa a brigar mais com sua mãe, na tentativa de se diferenciar e ter autonomia. Mariane está lutando para não ser mais o espelho da mãe.

No caso de Daniele, ela continua sendo o espelho da mãe. Ela só quer revelar para sua mãe a imagem que ela supõe que a mãe espera dela. Assim, tem dificuldade

para discriminar seu próprio desejo do desejo da mãe. Esse aspecto ficou evidenciado com muita clareza na ocasião em que Daniele decide ser atriz e modelo porque sua mãe sempre gostou disso, inclusive afirmando que foi sua mãe quem lhe botou isso na cabeça. Este aspecto está associado à fragilidade narcísica, revelando a incompatibilidade em estabelecer uma relação com o objeto e a capacidade de manter a autonomia, o que é característico do funcionamento bulímico (Bruch, 1994; Krueger, 1990; Recalcati, 2004).

A fragilidade narcísica também pode ser analisada através das imagens internalizadas das participantes, obtidas através dos desenhos, que revelaram que Mariane tem uma representação inconsciente da imagem do corpo grandiosa, sugerindo que frente ao sentimento de desamparo são erigidas defesas narcísicas que superinvestem a imagem do corpo para minimizar as angústias. Relacionando seus desenhos com os de sua mãe, a imagem do corpo grandiosa, representada por Mariane, poderia estar expressando a problemática narcísica delas, na medida em que estaria tentando compensar a imagem depauperada que a mãe representou no desenho. Além disso, considerando-se que a bulímica está a serviço de cumprir o ideal da mãe, poderia se levantar a hipótese de que Mariane estaria tentando suprir as faltas narcísicas de sua mãe, tentando completar, com sua imagem do corpo, uma imagem vivenciada como narcisisticamente defeituosa por sua mãe (Recalcati, 2004).

Nos desenhos de Daniele e de sua mãe também está presente a falha narcísica. Ambas apresentaram uma representação inconsciente da imagem do corpo empobrecida e pouco feminina, associada a sentimentos de menos-valia. A expressiva similaridade nos desenhos de Daniele e de sua mãe sugere que elas têm uma ligação excessivamente próxima, interferindo na discriminação. Na bulimia, a fragilidade narcísica regula tanto as características das relações objetais, como a relação com a própria imagem do corpo. Os movimentos de aproximação e de separação são vividos com elevados níveis de angústia, emergindo o ato bulímico, através da ingesta excessiva e do vômito, como uma tentativa de regulação narcísica (Recalcati, 2004).

Considerando a perturbação da relação mãe-filha, para a jovem feminina a perda do objeto primário de amor e de identificação é excessivamente penosa e vivenciada como ameaça de destruição, colocando em risco a própria constituição narcísica. Nesse sentido, o ato bulímico é posto em ação como uma tentativa desesperada de recuperar a fusão com o objeto perdido (Recalcati, 2004). A partir da história de vida, foi possível

identificar, em ambas as jovens, a reedição das vivências de desamparo frente às pressões da adolescência, associadas à fragilidade da identidade e à falha na sustentação parental. De acordo com Bruch (1994), nessas situações, o controle sobre a comida e a ingesta tem o objetivo de dar um sentido à identidade não construída (Bruch, 1994).

A relação de Mariane com sua mãe é extremamente difícil, não se sente escutada, nem entendida. Diferente da experiência de Mariane, Daniele tem uma relação de proximidade muito intensa com sua mãe, porém também não se sente escutada e compreendida por ela. Com estes aspectos prejudicados, a entrada na adolescência ficou mais complicada, principalmente no que concerne à reorganização da identidade. Tanto para Mariane como para Daniele, a figura materna, como objeto de identificação, é ameaçadora, pois põe em risco de anulação da própria imagem, bem como de se perder fundida na mãe. O pai, que poderia se oferecer como uma saída possível, não favorece a solução desse conflito, apresentando-se como uma figura enfraquecida, não sendo, portanto, um objeto a ser admirado, com quem elas pudessem contar e se aproximar.

Desse modo, a adolescência foi uma etapa muito difícil para ambas. As perturbações advindas dessa fase, associadas aos desafios que Mariane estava vivendo em relação à construção de novos vínculos, aumentaram as angústias e o seu conflito foi deslocado para a imagem do corpo, passando a querer modificá-lo. Frente às dificuldades na identificação com a figura materna, o corpo magro que a cultura aponta como ideal e promotor de sucesso e aceitação social foi um modelo que Mariane passou a buscar. Assim, depositou na aparência e no corpo seu alvo de batalha. A saída encontrada não foi pela via da simbolização, mas do ato bulímico. Instalou-se o quadro de bulimia, com compulsões alimentares e prática da autoindução do vômito, aos 16 anos. O conflito acerca de quem ela é, em termos de identidade, parece ter ficado aderido à imagem do corpo. A insatisfação consigo foi deslocada para uma insatisfação com sua imagem do corpo. De acordo com Bruch (1973), a insatisfação com a imagem do corpo revela um deslocamento para o corpo de um descontentamento interno e, nesse sentido, a tentativa de mudar o corpo e sua imagem, através da relação com o alimento, seria uma tentativa de sentir-se melhor consigo mesma.

Para Daniele as dificuldades não foram menores. Ela identificou a origem de sua preocupação com o corpo a partir de um comentário da mãe, no qual ela sugeriu para que se cuidasse, para não ficar gorda. Ocupando o lugar da filha perfeita, talvez tenha escutado o comentário da mãe como um alerta de perigo, como se pudesse deixar de

ocupar esse lugar, caso ficasse gorda. Ela era considerada a filha bonita, que poderia ter sucesso como modelo fotográfico. Em busca desse ideal, afastou-se dos familiares e do namorado, o que desencadeou sentimentos de solidão e desamparo. Estes, associados à pressão para emagrecer provinda das exigências no seu trabalho, conduziram à prática de dietas demasiadamente restritivas, jejuns, uso de laxantes, anfetaminas e prática excessiva de exercícios. Sentindo que não tinha controle sobre seus hábitos alimentares e constantemente insatisfeita com seu corpo, passou a provocar o vômito eventual e, posteriormente desenvolveu compulsão alimentar seguida de purgas, configurando a bulimia, aos 20 anos.

Os desafios da adolescência, exigindo o estabelecimento de uma nova identidade, associados às situações de separação, afastamentos e mudanças, provocaram intensas angústias tanto nas vivências de Mariane como de Daniele, desencadeando conflitos com a imagem do corpo. A angústia e o sentimento de desamparo frente às separações, não sendo tolerados e nem representados, foram deslocados para a atenção ao corpo e substituídos por sensações corporais. Conforme Jeammet (1999b) e Schevach (1999), na bulimia, as relações com o corpo e as necessidades são elevadas ao primeiro plano, no qual as sensações e os atos concretos substituem a atividade de pensamento e de representação, bem como as próprias relações.

Além dos conflitos emocionais, o desencadeamento da bulimia na adolescência, como ocorreu com Mariane e Daniele, também é atribuído às mudanças na puberdade, acompanhadas de aumento da adiposidade e a sobrevalorização do tamanho do corpo, que promovem insatisfação com o corpo e constituem em um fator de risco para o desenvolvimento de bulimia em adolescentes do sexo feminino (Ackard, & Peterson, 2001; Striegel-Moore, Franko & Thompson, 2004; Tovee, Benson, & Emery, 2003). A avaliação do IMC, preocupação presente em Mariane e Daniele, também é apontada como fator predisponente da insatisfação com o corpo, tendo uma influência direta sobre a bulimia (Cooley & Toray, 2001; Hermes & Keel, 2003; Lunner, *et al.*, 2000; Shroff & Thompson, 2004; Van den Berg, Wertheim, Tompson & Paxton, 2002).

Mariane e Daniele apresentaram alterações na imagem de corpo, observadas a partir das entrevistas, do DFH, do DPC e do BSQ. Esse resultado pode ser interpretado como estando mais diretamente vinculados à dimensão afetiva, aos aspectos narcísicos e identitários. Em ambas as jovens pode-se deduzir de suas histórias de vida, que suas relações objetais não favoreceram a constituição de uma identidade bem definida e

discriminada. Esta hipótese se apóia na proposição de Nasio (2009), que por sua vez está sustentada pelas teorias de Lacan (1966/1998) e Dolto (1954/1992) acerca da imagem do corpo, na qual as imagens mentais do corpo são imagens subjetivas e constituem a essência da identidade.

De modo diferente, a avaliação da imagem do corpo a partir da Escala da Imagem Corporal indicou “adequada percepção da imagem corporal”, para todas as participantes, na medida em que se identificaram adequadamente com as figuras da Escala. Para compreender essa discrepância nos resultados, pode-se pensar na hipótese de que estejam evidenciando dimensões diferentes: a imagem do corpo na dimensão afetiva e na dimensão cognitiva. A dimensão afetiva, enquanto imagem do corpo sentida e a dimensão cognitiva, enquanto imagem do corpo percebida.

A “alteração” da imagem do corpo poderia estar relacionada à dimensão afetiva, enquanto imagem do corpo libidinal, ligada ao desejo e aos ideais. Por sua vez, a “adequada percepção” da imagem do corpo estaria relacionada à dimensão cognitiva, indicando que a função da percepção visual estaria preservada. Entretanto, apesar de terem “adequada percepção da imagem corporal”, todas as participantes manifestaram, ainda através da Escala da Imagem Corporal, “insatisfação com a imagem corporal”, no “nível emocional”. A insatisfação em relação à imagem do corpo, enquanto resultado da discrepância entre a imagem do corpo atual e a idealizada, também estaria expressando a avaliação da imagem do corpo em relação ao desejo, remetendo à dimensão afetiva.

A insatisfação com a imagem do corpo, evidenciada tanto nas jovens bulímicas como em suas mães, revela uma concordância em relação aos ideais das filhas e das mães, na medida em que todas desejaram um corpo diferente do que têm e sempre mais magro. Esse resultado, em relação à imagem do corpo das filhas, foi entendido como efeito da influência da figura materna no desejo da filha. Aqui se trata das questões da identidade e do sentimento de si interferindo na imagem do corpo.

A insatisfação com a imagem do corpo, associada à problemática narcísica e da identidade, foi uma combinação que favoreceu o desencadeamento da bulimia. Em ambas as jovens foi possível identificar, através de sua história de vida, a insatisfação com a imagem do corpo como um dos fatores desencadeantes de uma relação problemática com a alimentação. Mariane sentiu-se “perdida” quando enfrentou situações novas, o que intensificou sua insegurança e angústia. Com uma identidade frágil, afastada de si mesma, depositou no corpo magro idealizado e valorizado pela

cultura a possibilidade de sentir-se bem (Espina, Ortego, Apellaniz, Yenes & Alemán, 2001; Groesz, Levine & Murnen, 2002; Sypeck, Gray & Ahrens, 2004; Tiggemann & Slater, 2004). Daniele, de modo similar, ao se deparar com os desafios de uma profissão que supervaloriza o corpo magro e, distante de todos seus vínculos, se viu invadida por angústias e sensação de desamparo. Essas vivências favoreceram a escolha de um modelo de corpo que a cultura insistentemente oferece associando enganosamente à magreza à aceitação, êxito e felicidade (Lavin & Cash, 2001; Stice & Bearman, 2001). Foi na aparência, na imagem do corpo, que ficaram depositados os conflitos de Mariane e Daniele, como um deslocamento dos conflitos que originalmente se referem à identidade.

A busca da imagem ideal pode ser associada ao domínio do ego ideal através do investimento narcísico no próprio corpo. Nas jovens bulímicas, o valor da imagem especular é incrementado na medida em que recompõe no nível da imagem ideal uma unidade, uma completude, para fazer frente às dificuldades em lidar com a angústia. A busca incessante pelo corpo ideal, especialmente para Daniele, equivaleu à busca de completude, que por sua vez funcionou como uma defesa contra angústias de perda e de destruição do objeto e de si mesmo. Na bulimia o ideal de completude se atualiza na busca incessante pelo corpo ideal, como uma tentativa de domínio através da imagem (Recalcati, 2004; Zukerfeld, 1996).

Tanto Mariane como Daniele foram em busca da imagem narcísica ideal, como manifestação de falhas na constituição do narcisismo. Pode-se supor que no percurso do desenvolvimento das jovens estudadas, o processo no qual o ego ideal cede lugar ao ideal de ego, como resultado da ascensão da castração, encontrou dificuldades de se processar devido às relações objetais invasivas por parte da mãe e ao desamparo do pai (Dolto, 1954/1992; Lacan, 1954/1984).

Desse modo, as falhas do narcisismo, associadas às relações objetais problemáticas, levaram ao emprego da autoestima e da identidade no cumprimento do ideal da magreza. Houve um superinvestimento na forma do corpo, expressado pela obsessão pela magreza passando a ocupar o ideal que dá sentido ao sujeito (Zukerfeld, 2006). Isso foi observado nos casos estudados, de modo especial em Daniele, para quem o corpo ocupou o lugar exclusivo de seus investimentos, enfraquecendo os demais, inclusive o estudo e o trabalho.

Em relação à imagem do corpo ideal, a ausência de correspondência entre o desejo de Beatriz e o que Mariane presume que a mãe deseja em relação à imagem do corpo ideal (para a filha) parece expressar uma tentativa de Mariane de se diferenciar do desejo de sua mãe. Ela reduziu seus sintomas bulímicos, ao mesmo tempo em que foi deixando de corresponder às demandas e desejos de sua mãe. Apesar de estar vivenciando uma relação conturbada e problemática com sua mãe, passou a buscar uma saída mais adequada do que comer e vomitar. Porém, ainda não está no plano das representações, pois seu sintoma se mantém e sua saída, via brigas, não é satisfatória.

De modo diverso, a concordância entre Daniele e sua mãe acerca da imagem do corpo ideal que a filha presume que a mãe tem dela (filha), sugere uma relação de excessiva proximidade. Daniele apresentou uma correspondência “completa” com sua mãe em relação ao ideal da imagem do corpo. Nesse sentido, sua imagem do corpo apresenta um comprometimento maior, assim como sua bulimia apresenta maior intensidade e gravidade.

Essa diferença identificada nos ideais da imagem do corpo entre Mariane e Daniele e suas mães parece estar associada aos fatores narcísicos e identitários que caracterizam as relações dessas mães e suas filhas. Esses resultados parecem indicar que Daniele ocupa mais do que Mariane o lugar de corresponder às expectativas de sua mãe, estando capturada pelos ideais da mãe e, portanto, mais perdida e afastada de si. Mariane sentia-se a “sombra da mãe” e está lutando para sair desse lugar e se apropriar de si, de sua identidade e de sua imagem do corpo. Daniele ocupa a função de ser o “espelho da mãe”, então briga constantemente com o espelho, com sua imagem do corpo e preserva a relação com a mãe.

Outro dado que merece destaque refere-se à imagem do corpo ideal que Lísia escolheu para Daniele, que corresponde exatamente à mesma que escolheu para representar a imagem do corpo ideal que deseja para si. A equivalência na escolha de Lísia, em relação à imagem do corpo ideal para ela e para sua filha, pode expressar o desejo de que sejam iguais, sem diferenças, podendo ser relacionado à idéia que elas têm, de serem muito unidas. Em relação aos aspectos narcísicos, seria o desejo de completude, que é transposto para o desejo do corpo ideal, perfeito e completo.

Além das relações estabelecidas entre a imagem do corpo ideal outra se revelou significativa. Através das figuras na Escala de Imagem Corporal, houve uma correspondência entre como as filhas assinalaram que se percebem (imagem do corpo

atual) e como as mães indicaram que idealizam a imagem do corpo das filhas. Apesar das filhas referirem que pensam que suas mães não gostam do corpo delas, as mães elegeram figuras para representar a imagem do corpo ideal para suas filhas exatamente iguais as que as filhas haviam escolhido para representar seu próprio corpo atual. Assim, as escolhas das mães acerca da imagem do corpo ideal para suas filhas corresponderam exatamente à imagem do corpo atual que as filhas têm de si mesmas.

Estas escolhas reveladas na Escala de Imagem Corporal corresponderam, mas as filhas não se perceberam, conscientemente, correspondendo ao ideal que as mães elegeram para elas. Desse modo, elas poderiam estar cumprindo a imagem do corpo idealizada pela mãe, através da imagem do seu corpo atual, sem saber, pois presumem que a mãe idealiza uma imagem do corpo diferente para elas. Esses dados levam a pensar no quanto essas jovens estão submetidas e identificadas com os ideais maternos, na medida em que na bulimia, a filha tenta com sua imagem do corpo, completar o ideal narcísico defeituoso de sua mãe (Bruch, 1973; Recalcati, 2004).

A partir das diferentes relações estabelecidas entre a imagem atual e ideal das jovens bulímicas e de suas mães, pode-se supor que as filhas, através da bulimia, estariam respondendo aos ideais conscientes (todas desejam ser mais magras) e inconscientes de suas mães. Os ideais se concretizam na busca do corpo ideal, porém são deslocamentos dos ideais narcísicos de completude.

Considerações Finais

A análise dos resultados obtidos nos estudos de caso revelou a presença de conflitos significativos em relação à imagem do corpo, o que pode ser atribuído às falhas na constituição do narcisismo e da identidade. A instabilidade frente à imagem do corpo refletida no espelho, bem como a imagem do corpo criada na mente foi compreendida como uma expressão da instabilidade emocional. Considerando-se que esses resultados evidenciaram conflitos com a imagem do corpo sob a perspectiva emocional, podem ser entendidos como pertencendo à dimensão afetiva, englobando o investimento libidinal, o narcisismo, a autoestima e a identidade.

Ao mesmo tempo em que Mariane e Daniele apresentaram instabilidade e distorção da imagem do corpo na dimensão afetiva, apresentaram percepção adequada em relação à imagem do corpo sugerindo que a percepção visual ficou preservada da

conflitiva emocional. Entende-se esse resultado como pertencendo à dimensão cognitiva.

Mariane e Daniele vivenciam a imagem do corpo mais no nível da aparência do que do significado, sugerindo falhas na transposição do corpo das necessidades e das sensações para o corpo representado. A imagem do corpo, além dos aspectos perceptivos, envolve os afetivos incluindo o libidinal, o emocional e o relacional que dão a significação ao corpo e à sua imagem. Nesse sentido, pode-se considerar que os resultados obtidos nesse estudo evidenciaram conflitos com a imagem do corpo no nível afetivo.

Desse modo, entende-se que os resultados obtidos na análise dos estudos de caso vem ao encontro do que a literatura psicanalítica tem apontado: a presença de perturbações na constituição do narcisismo e da identidade se manifestando na problemática da imagem do corpo e da bulimia.

A insatisfação com a imagem do corpo em relação ao corpo ideal, evidenciada tanto nas jovens bulímicas como em suas mães, expressa uma concordância em relação aos ideais das filhas e das mães, na medida em que todas desejaram um corpo diferente do seu. Esse resultado, em relação à imagem do corpo das filhas, foi entendido como efeito da influência da figura materna no desejo da filha. Aqui se trata das questões da identidade e do sentimento de si interferindo na imagem do corpo.

Além dos próprios ideais frente à imagem do corpo, as jovens bulímicas estão presas aos ideais maternos. Entre elas e sua mãe há uma relação de escassa diferenciação. Disso resulta, em Mariane e Daniele, angústias, insatisfação com a imagem do corpo e o adoecimento revelado na bulimia.

A compreensão acerca da imagem do corpo e especialmente da insatisfação com a imagem do corpo nas jovens participantes, mostrou-se relevante na medida em que exerce um papel importante na constituição do sujeito e funcionou, nos casos estudados, como fator crucial no desencadeamento e manutenção da bulimia.

Espera-se que os resultados apontados nesse estudo auxiliem na compreensão da imagem do corpo e de suas perturbações na bulimia, na medida em que a insatisfação com a imagem do corpo é um dos desencadeantes da doença, bem como dela também depende o restabelecimento da saúde. Também se considera importante a realização de mais estudos qualitativos que possam contribuir para a compreensão dessa

problemática. Com mais subsídios pode-se pensar em intervenções preventivas, bem como auxiliar na clínica dos distúrbios alimentares que apresentam um índice de recuperação limitado.

PALAVRAS FINAIS

Este volume representa a conclusão de uma etapa de um estudo que, na verdade, transcende o período de sua realização na pós-graduação. Representa a realização de um projeto, mais do que de pesquisa científica, um projeto de realização pessoal, profissional e acadêmica. O mestrado contribuiu para o aprimoramento do trabalho na clínica psicanalítica, espaço de acolhimento do sofrimento de jovens que estão em constante conflito e os derivam para o corpo. Também acrescentou conhecimentos para a prática docente.

Este estudo teve origem em inquietações vividas na clínica, espaço privilegiado para o contato íntimo com o outro e sua dor. Assim, do encontro com jovens que padecem de transtornos alimentares, emergiu a necessidade e o desejo de compreender com maior profundidade a imagem do corpo na bulimia. As oscilações na imagem do corpo, acompanhadas das oscilações entre o vazio e a saciedade, entre o desespero e a esperança, se relacionam à oposição morte-vida. Essas vivências evocam intensas emoções, tanto em quem as sofre, quanto em quem as trata, pela manifestação do intenso sofrimento e destrutividade.

O corpo e sua imagem é o palco onde se apresentam os conflitos da jovem bulímica. A excessiva preocupação com a imagem do corpo associada à busca do ideal, deslocado para a imagem do corpo ideal, leva a jovem bulímica a atuar seu sintoma às escondidas, num ato solitário de preencher-se e logo em seguida, livrar-se de tudo. Assim, expressa em ato a conflitiva de sua relação com a mãe, que fica circunscrito na imagem do corpo.

Nesse sentido, este estudo, através da análise da imagem do corpo da jovem bulímica, em relação aos seus próprios ideais e aos que atribui à sua mãe, veio ao encontro dos objetivos a que se propôs. A metodologia qualitativa foi fundamental para o aprofundamento exaustivo dos casos. Do mesmo modo, o paradigma psicanalítico foi essencial para a análise aprofundada dos resultados.

A partir desse estudo foi possível constatar, nos casos analisados, que há uma correspondência entre os ideais maternos e a bulimia que as jovens apresentaram. Os

resultados, embora não sejam passíveis de generalização, podem auxiliar na compreensão de outros pacientes na clínica psicanalítica.

Entretanto, há muito ainda a ser compreendido sobre a imagem do corpo e sua perturbação na bulimia como expressão do seu sofrimento. Então, espera-se que os resultados deste estudo estimulem a realização de outras pesquisas que venham a complementar, reformulando ou reafirmando tais achados. Além disso, a incidência de transtornos alimentares vem aumentando e, portanto, estudos que contribuam para intervenções preventivas devem receber a atenção de clínicos e pesquisadores.

Então, encerra-se esta dissertação de mestrado em Psicologia Clínica pela UNISINOS considerando que representa o resultado de um esforço e um investimento intensos. Representa um percurso de estudos, reflexões, construções e reconstruções, envolvendo trabalho e dedicação constante. Ao mesmo tempo, traz resultados significativos que dão sentido à experiência.

REFERÊNCIAS

- ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP. (2006). *Releases - Casos de transtornos alimentares preocupam entidades*. Recuperado em Dezembro 12, 2008 de http://www.abpbrasil.org.br/sala_imprensa/releases/exibRelease/?release=66
- Ackard, D. M. & Peterson, C. B. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29: 187-194.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Anzieu, D. (1961/1981). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Aulagnier, P. (1979). A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1975).
- Benninghoven, D., Schneider, H., Strack, M., Reich, G., & Cierpka, M. (2003). Family representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of bulimia nervosa. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 3:323-336.
- Benninghoven, D., Tetsch N., & Jantschek, G. (2008). Patients with eating disorders and their siblings. An investigation of body image perceptions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17, 118-126.
- Benninghoven, D., Tetsch N., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2007a). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 2:118-123.
- Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2007b). Perceptual body image of patients with anorexia or bulimia nervosa and their fathers. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 12, 1:12-19.
- Bighetti, F. (2003) *Tradução e validação do Eating attitudes test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP.

- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, pp. 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders – Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Nova York: Basic Books.
- Bruch, H. (1994). *Conversations with anorexics – A compassionate and hopeful journey through the therapeutic process*. London: Jason Aronson Inc.
- Brusset, B. (1999a). Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese. Em: R. Urribarri (Org.), *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Brusset, B. (1999b). Bulimia: introdução geral. Em: R. Urribarri (Org.), *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Brusset, B., Couvreur, C., & Fine, A. (2003). *A bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor.
- Bulik, C. M., Wade, T. D., Heath, A. C., Martin, A. J., Stunkard, A. J., & Eaves, L. J. (2001). Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. *International Journal of Obesity* 25, 1517–1524.
- Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.
- Claudino, A. M. & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. Em: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 7-12.
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). *Resolução nº 016/2000*, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Saúde. (1996). *Resolução 196/96*, Retirado em Junho 20, 2009 de <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>.
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30: 28-36.

- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6: 485-494.
- Cordás, T. A. (2005). *Transtornos Alimentares*. Recuperado em dezembro 12, 2008 de <http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=TranstornosAlimentares>
- Cordás, T. A. & Hochgraf, P. O. (1993). O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42:141-4.
- Cordás, T. A. & Salzano, F. T. (2004). *Saúde mental da mulher*. São Paulo: Atheneu.
- Cordás, T. A. & Segal, A. (1995). *Bulimia nervosa I: aspectos clínicos*. J. Bras. Psiq., v.44, p. 20-4.
- Cusumano, D. L. & Thompson, J. K. (2001). Media influence and body image in 8-11-year-old boys and girls: A preliminary report on the multidimensional media influence scale. *International Journal of Eating Disorders*, 29: 37-44.
- Davison, K. K., Markey, C. N., & Birch, L. L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, 33: 320-332.
- Di Pietro, M. C. (2001). *Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Psicologia Médica) - Universidade Federal de São Paulo.
- Di Pietro, M. C. & Da Silveira, D. X. (2006). Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Psychiatry Research*.
- Dolto, F. (1992). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva. (Original publicado em 1954).
- Dolto, F. & Nasio, J. D. (1991). *A criança do espelho*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Espina, A., Ortego, M. A., Apellaniz, I. O. A. M., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Revista Psicothema*, 13, 4:533-38.

- Etchepare, M. R. de (2004). *Desenho: um instrumento de trabalho*. Porto Alegre: Pallotti.
- Fernandes, M. H. (2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, Maria Helena (2006). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Flynn, K. & Fitzgibbon, M. (1996). Body image ideals of low-income African American mothers and their preadolescent daughters. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 615-30.
- Freitas, S., Gorenstein, C., & Appolinário, J. (2002). Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. Em: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 4, n. 3, p. 34-38.
- Freud, S. (1893-95/1996). Estudios sobre la histeria. Em: *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1900/1996). La interpretación de los sueños. Em: *Obras completas de Sigmund Freud*. v. IV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905/1996). Tres ensayos de teoría sexual. Em: *Obras completas de Sigmund Freud*. v. VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1996). Introducción del narcisismo. Em: *Obras completas Sigmund Freud*. v. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/1996). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Los caminos de La formación de síntoma (23ª conferência). Em: *Obras completas de Sigmund Freud*. v. XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/1996). El Yo y el Ello. Em: *Obras completas Sigmund Freud*. v. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gantheret, F. (1971). Remarques sur la place et le statut du corps en psychanalyse. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 3, 135- 146.
- Garcia Júnior, C. (2006). *Anorexia Nervosa e Bulimia acometem principalmente as adolescentes*. Recuperado em Janeiro 24, 2009 de <http://www.hc.unicamp.br/imprensa/not-060815-bulimia.shtml>

- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicina*, 9:273-9.
- Garner, D. F. & Garfinkel, P. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicina*, 10, 647-656.
- Gerner, B. & Wilson, P. H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *Wiley Periodicals*, 18, 37-42.
- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 1-16.
- Hahn-Smith, A. M. & Smith, J. E. (2001). The positive influence of maternal identification on body image, eating attitudes, and self-esteem of Hispanic and Anglo girls. *International Journal of Eating Disorders*, 29: 429-440.
- Hammer, E. F. (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Haworth-Hoepfner, S. (2000). The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage and Family*, 62, 1:212 -227.
- Henderson, M. & Freeman, C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia: the BITE. *Br Journal of Psychiatry*, 150:18-24.
- Hermes, S. F. & Keel, P. K. (2003). The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal. *International Journal of Eating Disorders*, 33: 465-467.
- Herscovici, C. R. & Bay, L. (1997). *Anorexia nervosa e bulimia – ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jeammet, P. (1999a). Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas Alimentares. Em: R. Urribarri (Org.), *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Jeammet, P. (1999b). As condutas bulímicas como modalidades de acomodação das desregulações narcísicas e objetivos. Em: R. Urribarri (Org.), *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.

- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Davis, T. L., & Crow, S. J. (2001). Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 30*: 48-56.
- Krueger, D.W. (1990). Developmental and psychodynamic perspectives on body-image change. Em: T. F. Cash & T. Pruzinsky. *Body image –development, deviance, and change*. Nova York: The Guilford Press.
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu. Em: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1966).
- Lacan, J. (1984). El seminario. Libro 1. *Los escritos técnicos de Freud*. Barcelona: Paidós. (Original publicado em 1954).
- Lacan, J. (1982). *O Seminário. Livro 20 - Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1972-1973).
- Lavin, M. A. & Cash, T. F. (2001). Effects of exposure to information about appearance stereotyping and discrimination on women's body images. *International Journal of Eating Disorders, 29*: 51-58.
- Lazzarini, E. R. & Viana, T. C. (2006). O corpo em psicanálise. *Psicologia.: Teoria e Pesquisa, v22, n.2, p. 241-249*. Recuperado em Março 22, 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a14v22n2.pdf>
- Lippe, D. (1999). Transtornos das condutas alimentares e ideal. Em: R. Urribarri (Org.), *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Lowery, S. E., Kurpius, S. E. R., Befort, C., Blanks, E. H., Sollenberger, S., Nicpon, M. F., & Huser, L. (2005). Body Image, Self-Esteem, and Health-Related Behaviors Among Male and Female First Year College Students. *Journal of College Student Development, Nov/Dez*.
- Lunner, K., Werthem, E. H., Thompson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F., & Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders, 28, 4:430-435*.
- Machover, K. (1962). *Proyeccion de la Personalidad en el Dibujo de la Figura Humana*. Habana: Cultural S.A.

- Morgan, C. M., Vecchiatti, L. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl. III), 18-23.
- Mukai, T., Crago, M., & Shisslak, C. M. (1994). Eating attitudes and weight preoccupation among female high-school-students in Japan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 4:677-688.
- Nasio, J. D. (2009). *Meu corpo e suas imagens*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Nunes, M. A. A., Appolinário, J. C., Abuchaim, A. L. G., & Coutinho, W. (1998). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: ArtMed.
- Ogden, J. & Steward, J. (2000). The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 78-83.
- Ogle, J. P. & Damhorst, M. L. (2004). Constructing and Deconstructing the Body Malleable through Mother Daughter Interactions. *Sociological Inquiry*, 74, 2:180 - 186.
- Ohring, R., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Girl's recurrent and concurrent body dissatisfaction: correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 404-415.
- Olivier, G. G. de F. (1995). *Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, SP.
- Orbach, S. (1986). *Hunger Strike: Anorexia as a Metaphor for Our Age*. Norton Books. Recuperado em Novembro 22, 2008 de <http://www.edreferral.com/>
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Cid-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: USP.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2006). Contribuições do desenho da figura humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39 (3): 361-70.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. dos (2007). Imagem corporal: conceitualização e avaliação. Em: Schelini, P. W. (org.). *Alguns domínios da avaliação psicológica*. São Paulo. Editora Alínea.

- Phares, V., Steinberg, A. R., & Thompson, J. K. (2004). Gender Differences in Peer and Parental Influences: Body Image Disturbance, Self-Worth, and Psychological Functioning in Preadolescent Children. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 5:421-9.
- Portuondo, J. A. (1973). *Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Recalcati, M. (2004). *La ultima cena: anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Mondadori.
- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M., & Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 164-166.
- Scagliusi, F.B., Polacow, V.O., Cordás, T., Coelho, D., Alvarenga, M.; Philippi, S.T., & Lancha, Jr A.H. (2004). *Validity and reliabilit of the Brazilian version of Stunkard's body image scale*. *Appetite*.
- Schevach, J. V. G. de. (1999). Idéias de Bernard Brusset em Psicopatologia e metapsicologia da dependência bulímica. Em: R. Urribarri (Org.), *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Schilder, P. (1994). *Imagem e aparência do corpo humano – estudos sobre as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1935).
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 93-101.
- Shroff, H. & Thompson, J. K. (2004). Body image and eating disturbance in India: Media and interpersonal influences. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 198-203.
- Stice, E. & Bearman, S. K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597–607.
- Stice, E., Maxfield, J., & Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of “fat talk”. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 108-117.

- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology, 21*, 131–138.
- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Girls: A Longitudinal Investigation. *Developmental Psychology, 38*, 5:669–678.
- Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., & Thompson, D. (2004). Changes in Weight and Body Image over Time in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 3:315-27.
- Stunkard A., Sorensen, T., & Schulsinger F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. Em: S. Key, I. Roland, R. Sigman, S. Matthyse (eds). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. Raven Press: New York.
- Sypeck, M. F., Gray, J. J., & Ahrens, A. H. (2004). No longer just a pretty face: Fashion magazines' depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *International Journal of Eating Disorders, 36*: 342-347.
- Tavares, M.C.G.C.F. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri, SP: Manole.
- Tiggemann, M. & Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 35*: 48-58.
- Tovee, M. J., Benson, P. J., & Emery, J. L. (2003). Measurement of body size and shape perception in eating-disordered and control observers using body-shape software. *The British Journal of Psychology, 94*, 4:501-16.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Van den Berg, P., Wertheim, E. H., Thompson, J. K., & Paxton, S. J. (2002). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females: a replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 1:46-51.

- Van Kolck, O. L. (1981). *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Wade, T. D. & Lowes, J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in a female adolescent population. *International Journal of Eating Disorders*, 32:39-45.
- Wertheim, E. H. (1999). Relationships among adolescent girls' eating behaviors and their parents' weight-related attitudes and behaviors. *Sex Roles*, 41 3-4:169-187.
- Wiederman, M. W. & Pryor, T. L. (2000). Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: The mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1:90-95.
- World Health Organization. (2009). Recuperado em 02 de abril de 2009 de <http://www.who.int/en/>
- Yanez, A. M., Peix, M. A., Atserias, N., Arnau, A., & Brug, J. (2007). Association of eating attitudes between teenage girls and their parents. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 6:507-513.
- Yin, R. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Young, E. A., Clopton, J. R., & Bleckley, M.K. (2004). Perfectionism, low self-esteem, and family factors as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors*, 5(4):273-83.
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Argentina: Paidós.

Anexos

Anexo A

Relatório de Pesquisa

Este estudo teve como meta analisar e compreender como se apresenta a imagem do corpo em jovens mulheres com bulimia em relação aos próprios ideais e aos de sua mãe. O foco do estudo centrou-se nos aspectos psíquicos referentes à imagem do corpo na bulimia utilizando o referencial psicanalítico.

A escolha da imagem do corpo como ponto central do estudo justificou-se pelo fato da alteração da imagem do corpo, geralmente sob a forma de distorção e insatisfação, consistir num aspecto essencial na bulimia. Uma alteração da imagem do corpo é um fator que está presente tanto no seu desencadeamento como na sua manutenção (Bruch, 1973; CID-10, 1993; Claudino & Borges, 2002; Cordás & Salzano, 2004; DSM-IV-TR, 2002; Freitas, Gorenstein & Appolinário, 2002; Morgan; Vecchiatti & Negrão, 2002; Saikali; Soubhia; Scalfaro & Cordás, 2004; Zukerfeld, 1996).

Partindo desse entendimento buscou-se examinar as possíveis articulações da imagem do corpo da jovem mulher bulímica com a representação da imagem do corpo que a mesma presume pertencer a sua mãe. Esta escolha se fundamentou na relevância que a imagem do corpo, bem como sua alteração, representa na bulimia e no papel fundamental que joga a relação com a mãe na constituição da imagem do corpo. Além disso, este foco do estudo se apoiou no entendimento de que as interações com pessoas significativas, e de modo singular a mãe, são fundamentais na constituição da imagem do corpo, na medida em que as atitudes desses para com o próprio corpo e com o corpo alheio se integram na imagem do corpo que vai ser construída, causando um efeito expressivo (Bruch, 1973; Dolto, 1954/1992; Nasio, 2009; Schilder, 1935/1994; Zukerfeld, 1996).

Em relação aos desenvolvimentos teóricos acerca da bulimia, o aporte que deu sustentação ao estudo consistiu nas propostas de compreensão apoiadas na metapsicologia psicanalítica. Assim, foram revisados estudos sobre a dinâmica psíquica da bulimia, especialmente centrados na análise do narcisismo e das relações objetais

primárias. Entre os autores que embasam o estudo em relação à bulimia destacam-se Brusset (1999b), Dolto (1954/1992), Jeammet (1999b), Krueger (1990), Orbach (1986), Recalcati (2004), Schevach, (1999) e Zukerfeld (1996).

O enquadre teórico tomado como referência para a imagem do corpo incluiu as contribuições de autores que se dedicaram ao estudo da constituição e das alterações da imagem do corpo sob o prisma psicanalítico. Desse modo, o aporte teórico acerca da imagem do corpo contemplou a referência ao corpo erógeno em Freud (1905/1996), à imagem corporal libidinal em Schilder (1935/1994), ao corpo como imagem e linguagem em Lacan (1966/1998) e à imagem inconsciente do corpo em Dolto (1954/1992). Além dos autores clássicos, foram incluídas no estudo as contribuições de Nasio (2009) e Zukerfeld (1996), representando autores contemporâneos da psicanálise que se dedicaram a explorar o tema da imagem do corpo.

A eleição desse estudo também se fundamentou em uma leitura da realidade em que a bulimia tem se transformado em um problema de grande extensão e preocupação, impondo novos desafios à clínica psicológica contemporânea. Associado a este aspecto, há uma escassez de estudos de delineamento qualitativo enfocando a alteração da imagem do corpo frente aos próprios ideais e à representação dos ideais maternos. Nesse sentido, este estudo estendeu a investigação da imagem do corpo à mãe da jovem bulímica, visando contribuir para o acréscimo de subsídios na compreensão da bulimia e, de modo particular, da imagem do corpo e suas alterações nesse quadro. Assim, buscou-se explorar as possíveis articulações entre a imagem do corpo da jovem bulímica, em seus aspectos reais e ideais, a imagem do corpo de sua mãe e ainda a imagem do corpo que a jovem presume pertencer à sua mãe.

Por fim, o presente estudo visou trazer contribuições para a compreensão da bulimia e de modo particular, da imagem do corpo e suas alterações nesse quadro, a partir do conhecimento aprofundado das relações entre a imagem do corpo da jovem bulímica e a de sua mãe. Essa compreensão poderá fornecer subsídios que venham a auxiliar na prevenção e na terapêutica da bulimia. Esta idéia se sustenta na afirmação de Bruch (1973) que considera a distorção da imagem do corpo como o aspecto mais importante na bulimia, declarando que a melhora dos sintomas pode ser temporária se não houver uma mudança na imagem corporal.

1 Objetivos

1.1 *Objetivo Geral*

Examinar a imagem do corpo em jovens mulheres com bulimia em relação aos próprios ideais e aos de sua mãe.

1.2 *Objetivos Específicos*

- Examinar a imagem do corpo real e ideal da jovem bulímica;
- Identificar a imagem do corpo que a jovem bulímica presume pertencer à sua mãe (a imagem do corpo que a filha pressupõe que sua mãe tem dela - filha)
- Examinar a imagem de corpo real e ideal da mãe da jovem bulímica;
- Identificar a imagem de corpo que a mãe da jovem bulímica tem de sua filha.
- Analisar as possíveis relações da imagem de corpo da jovem bulímica com a representação da imagem de corpo que presume pertencer a sua mãe.

2 Método

2.1 *Delineamento*

Essa pesquisa foi desenvolvida através da abordagem qualitativo-exploratória (Flick, 2009), utilizando como estratégia o procedimento de Estudos de Caso (Yin, 2005). A pesquisa transcorreu conforme o planejado e de acordo com os objetivos a que se propôs.

2.2 *Participantes*

2.2.1 *Descrição das participantes*

As participantes desse estudo foram duas jovens do gênero feminino e suas respectivas mães. O estudo de cada jovem e sua mãe foi considerado um caso. A proposição inicial apresentada no projeto foi de realizar três estudos de caso, entretanto, na ocasião da Banca de Qualificação, foi recomendado que se reduzisse para dois casos. A sugestão para tal alteração foi acolhida embasada na justificativa de que a caracterização geral da proposta da pesquisa oferece subsídios suficientes para assegurar a profundidade do estudo.

A primeira participante foi uma jovem de 24 anos de idade, estudante do Ensino Superior e sua mãe de 51 anos, casada e trabalha com educação. A segunda participante foi uma jovem de 19 anos de idade, também estudante do Ensino Superior e sua mãe de 43 anos, casada e trabalha em um pequeno empreendimento familiar.

O acesso às participantes foi realizado através do Centro de Especialidades em Saúde (CES) da cidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Devido ao fato da bulimia ser uma patologia que não se percebe facilmente (como a anorexia nervosa ou a obesidade), pois a compulsão alimentar e a purga subsequente ocorrem às escondidas, e pelo fato das bulímicas levarem vários anos para buscar ajuda, o acesso se deu através de profissionais que integram o CES e que foram procurados por situações associadas à bulimia. Assim, as participantes desse estudo foram encaminhadas por uma nutricionista e um neurologista do CES que detectaram a presença de indicadores de Bulimia Nervosa.

O CES encaminhou os casos para a pesquisa com base nos critérios de inclusão, previamente apresentados pela mestranda, explicitados no seu projeto de pesquisa. Os estudos de caso foram realizados no consultório da mestranda, com exceção da entrevista para uma das mães que ficou impossibilitada de comparecer no consultório, sendo necessário o deslocamento da pesquisadora até sua casa, em outra cidade do interior do estado.

Os casos não foram encaminhados na mesma época e, portanto, não foram avaliados de forma simultânea. Assim, foram desenvolvidos em tempos diferentes, o que favoreceu a avaliação de cada um com maior profundidade. Além disso, considerando-se a especificidade da pesquisa qualitativa que permitiu uma coleta de dados significativa e expressiva, com uma riqueza de conteúdos, considerou-se suficiente dois casos para a realização desse estudo.

2.2.2 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão das participantes para esse estudo foram:

a) Sexo feminino

Esse critério se fundamentou no fato de que a grande maioria das pessoas que sofrem de distúrbios alimentares é do sexo feminino. Estima-se que 90% dos casos de distúrbios alimentares acometem mulheres (DSM-IV-TR, 2002). As mulheres mostram-se vulneráveis às pressões sociais e culturais associadas aos padrões estéticos,

especialmente em relação às formas corporais e à valorização da magreza. Assim, a bulimia é uma doença quase exclusivamente feminina sendo encontrada em 1 a 4% das mulheres jovens (Cordás & Segal, 1995).

b) *Idade entre 18 e 25 anos*

A faixa etária foi delimitada entre 18 e 25 anos devido ao fato da bulimia se manifestar com grande frequência entre mulheres adolescentes e adultas jovens (DSM-IV-TR, 2002). Além disso, considerando-se que o foco desse estudo foi a imagem do corpo, nessa idade o corpo já passou pelas principais transformações da puberdade e da adolescência inicial e média, tendo atingido praticamente sua forma adulta. Isso permitiu excluir as interferências das mudanças naturais do corpo na adolescência na avaliação da imagem do corpo.

c) *Diagnóstico de Bulimia Nervosa*

O diagnóstico de bulimia foi uma condição essencial para a avaliação da imagem do corpo das participantes. Inicialmente, foi presumido pelos profissionais da saúde (nutricionista e neurologista) integrantes do CES, a partir de indicadores observados nas consultas por eles realizadas às participantes que buscaram o serviço por outros motivos de saúde. Posteriormente, o diagnóstico foi confirmado pela mestranda, através das entrevistas semi-estruturadas, do Questionário de Informações Gerais, que contém perguntas elaboradas a partir dos critérios diagnósticos fornecidos pelo DSM-IV-TR (2002) e da aplicação do BITE (*Bulimic Investigatory Test Edinburgh*).

d) *Não ter realizado e não estar em tratamento psicológico, psicanalítico ou psiquiátrico*

A fim de investigar a imagem do corpo vivenciada pela jovem bulímica na sua forma genuína, optou-se pela ausência de histórias prévias e atuais de tratamento psicológico, psicanalítico ou psiquiátrico. Esse critério favoreceu a análise da imagem do corpo e de suas distorções no quadro da bulimia sem terem sofrido interferências ou mudanças a partir de intervenções psicoterápicas.

e) *Possibilidade de participação da mãe da jovem bulímica*

A inclusão da mãe da jovem bulímica no estudo visou ampliar a compreensão acerca da influência da mãe na constituição e alterações da imagem do corpo na bulimia. Além disso, a inserção da mãe foi fundamentada nos aportes teóricos que

atribuem à interação mãe-filha um papel singular na constituição da imagem do corpo (Bruch, 1994; Bruch, 1973; Dolto, 1954/1992; Krueger, 1990; Lacan, 1966/1998; Nasio, 2009; Schilder, 1935/1994).

2.3 Procedimentos

O primeiro contato visando o acesso às participantes foi realizado no Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS, da Secretária Municipal da Saúde (SMS) da cidade de Caxias do Sul. Buscou-se identificar os Serviços Públicos de Saúde que contavam com profissionais da psicologia para, através deles, localizar jovens que estariam sofrendo de bulimia. Foram apontados como serviços que oferecem atendimento psicológico o Centro de Atendimento Integral a Saúde Mental (CAIS Mental), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Cidadania), e as quatro maiores Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), que atendem uma demanda significativa da população dos grandes bairros da cidade. Então, foram realizados contatos com os psicólogos responsáveis por esses serviços para apresentar a proposta do estudo e solicitar a indicação de jovens que tivessem buscado os serviços de saúde apresentando indicadores bulimia. No CAIS Mental e no CAPS Cidadania não foram encontrados registros de casos de distúrbios alimentares. Das quatro UBSs, em duas também não havia registros destes quadros, em uma terceira havia a suspeita de um caso ainda não confirmado e na última havia apenas uma paciente com o quadro de bulimia. Este único caso identificado, entretanto, era de uma adolescente de 12 anos de idade, que vinha sendo acompanhada pelo serviço da UBS, não correspondendo ao critério de idade elencado para essa pesquisa.

Diante da ausência de casos de bulimia nos serviços consultados (que incluíam profissionais da psicologia), buscou-se investigar a situação dos distúrbios alimentares junto à área da nutrição. Assim, realizou-se um contato com o Centro Especializado de Saúde (CES), por ser um serviço que, apesar de não ter psicólogos na sua equipe de trabalho, tem um Ambulatório de Nutrição que atende uma demanda significativa de pacientes com problemas nutricionais.

No Ambulatório de Nutrição do CES, apesar de muitos casos apresentarem problemas de obesidade e desnutrição, também são atendidos casos de distúrbios alimentares. Então, a pesquisadora elegeu o CES como a instituição de saúde que parecia a mais propícia para indicar participantes para a pesquisa. Após a configuração dessa situação, a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa para a coordenadora do

NEPS que o submeteu à análise pela equipe técnica da instituição. Como resultado dessa etapa, foi elaborada a “Carta de Anuência do NEPS” (sob o registro do Protocolo de Projetos de Pesquisa nº 148/NEPS) (Anexo B). Após a análise do projeto, foi concedido parecer favorável e autorização para a coleta de dados expressos em um documento intitulado “Parecer sobre Solicitação de Projetos de Pesquisa” (Anexo C). Os requisitos especificados na autorização foram de que a pesquisadora deveria “fornecer cópia da conclusão do trabalho à SMS e deveria incluir o nome da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul - SMS em possíveis publicações científicas”.

Os profissionais do CES, então, encaminharam as jovens mulheres que apresentavam indicadores de bulimia para o consultório da pesquisadora que foi o local onde se desenvolveu a coleta dos dados. No primeiro contato com a pesquisadora foi realizada uma entrevista visando conhecer a participante e a história de sua bulimia para confirmar os indicadores de bulimia apontados pelos profissionais, bem como se preenchiam os demais critérios estabelecidos para a seleção das mesmas.

As nutricionistas do CES identificaram três jovens mulheres bulímicas, das quais apenas uma atendeu os critérios de seleção e foi convidada a participar da pesquisa. Um dos casos não foi incluído na pesquisa por tratar-se de uma jovem mulher bulímica que estava no quinto mês de gestação, o que implicava em mudanças corporais que interfeririam no estudo da imagem do corpo. O outro caso tratava-se de uma jovem mulher bulímica que apresentou indicadores de psicose, o que também não permitiria uma avaliação da imagem do corpo em consonância com os propósitos desse estudo. Essas duas jovens mulheres bulímicas que não obedeceram aos critérios de seleção da pesquisa foram encaminhadas para o Serviço de Psicologia Aplicada (SEPA) da Universidade de Caxias do Sul (UCS), para receberem atendimento psicológico.

Na bulimia os indicadores corporais não são tão visíveis, como na anorexia e na obesidade, na medida em que o peso corporal geralmente se mantém dentro do normal. Assim, a bulimia termina por ser uma patologia que acontece às escondidas, tanto no que concerne à compulsão alimentar como aos métodos purgativos compensatórios. Associado a isso, o fato das bulímicas levarem vários anos para buscar ajuda, o acesso a segunda participante se deu através do encaminhamento de um neurologista do Serviço de Neurologia do CES. A consulta ao neurologista foi motivada por ocasião de uma crise convulsiva e no exame foram observados indicadores de bulimia. Essa jovem

mulher preencheu os critérios de seleção das participantes e também foi convidada a fazer parte da pesquisa.

Essa situação em que a busca pelo serviço de saúde não foi motivada pela bulimia evidenciou uma das características desse quadro: a bulimia é uma psicopatologia que guarda algo de secreto. Apesar do intenso sofrimento vivenciado, a bulímica tende a manter sua doença oculta por vários anos antes de buscar auxílio.

2.3.1 *Procedimentos éticos*

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, que o aprovou sob o registro nº CEP 09/102 (Anexo D). O Comitê também aprovou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (da jovem bulímica e de sua mãe, Anexos E e F respectivamente).

O TCLE apresentou os esclarecimentos necessários para as participantes permitindo formalizar sua anuência em relação à utilização dos resultados da pesquisa para fins científicos. Esse procedimento seguiu as diretrizes e normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96) para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Além disso, essa pesquisa cumpriu as orientações do Conselho Federal de Psicologia - CFP quanto aos aspectos éticos na pesquisa frente ao risco que este tipo de estudo acarreta para as participantes (Resolução do CFP nº 016/2000). Assim, a fim de minimizar possíveis sentimentos de ansiedade gerados por ocasião da aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa, foi realizado um “rapport” com as participantes, quando foi enfatizada a inexistência de respostas certas e erradas. Com esse mesmo intuito, foi realçada a questão do sigilo, para que as mesmas se sentissem à vontade com a aplicação dos instrumentos e estabelecessem uma relação de confiança com a pesquisadora. Além disso, foi oportunizado um espaço no final da aplicação dos instrumentos para que as participantes expressassem os sentimentos que tiveram durante sua realização.

Por fim, após a coleta dos dados, foram feitas entrevistas de devolução individuais para as jovens bulímicas e suas mães. Na entrevista com a jovem bulímica fez-se um encaminhamento para um serviço compatível com sua condição econômica, pautado na enfermidade apresentada e na manifestação de desejo de tratamento.

2.3.2 *Procedimentos de coleta de dados*

O primeiro contato com as participantes foi feito por telefone, a partir das informações fornecidas pelos profissionais do CES que previamente solicitaram a permissão da jovem mulher bulímica para fornecer seu telefone para a pesquisadora. Então, elas foram convidadas pela pesquisadora a comparecer no seu consultório. No primeiro encontro com as participantes foi feito o convite para tomar parte do estudo, com os esclarecimentos necessários para a realização do mesmo e das etapas que o compõem. Ambas participantes responderam favoravelmente ao convite e assinaram o TCLE. O convite para a mãe da jovem bulímica participar da pesquisa foi feito pela pesquisadora, por via telefônica, após esclarecimentos e concordância por parte da filha.

Para a coleta dos dados utilizou-se a associação de entrevistas não estruturada e semi-estruturadas com instrumentos auto-aplicáveis e projetivo, com vistas a acessar representações conscientes e inconscientes acerca da imagem do corpo. A coleta dos dados foi padronizada no sentido de garantir o rigor metodológico da pesquisa. Foram realizados três encontros com a jovem mulher bulímica e posteriormente dois com sua mãe. O plano dos encontros e os respectivos instrumentos aplicados em cada um deles encontram-se explicitados na Tabela 7. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados bem como os procedimentos para a realização do Estudo de Caso estão descritos a seguir.

a) *Entrevista não estruturada com a jovem mulher bulímica*

No primeiro encontro com a participante, após os esclarecimentos e a assinatura do TCLE, foi realizada uma entrevista não estruturada na qual o estímulo dado foi um convite para falar sobre a história de sua bulimia. Através da entrevista não estruturada foi possível responder parcialmente a um dos objetivos da pesquisa no que diz respeito à imagem do corpo real e ideal da jovem bulímica, através do seu discurso. Também permitiu um conhecimento aprofundado da história de sua bulimia e das relações com sua imagem do corpo.

A entrevista não estruturada não estava proposta no projeto, mas foi introduzida na pesquisa a partir de interlocuções na ocasião da Banca de Qualificação. Essa entrevista, bem como todas as demais realizadas com a jovem bulímica e com sua mãe foram gravadas e transcritas sob autorização.

b) *Desenho da Figura Humana - DFH*

A utilização do DFH na pesquisa veio ao encontro do objetivo de examinar a imagem do corpo da jovem bulímica e de sua mãe, visando à análise da representação inconsciente da imagem do corpo de ambas. A opção pelo DFH fundamentou-se, em primeiro lugar, por remeter às imagens internalizadas que o sujeito tem de si mesmo fornecendo elementos profícuos para a compreensão de aspectos inconscientes da imagem do corpo (Van Kolck, 1981; Peres & Santos, 2006; Portuondo, 1973). Em segundo lugar, por favorecer a projeção dificultando o emprego de defesas estereotipadas (Hammer, 1991). O DFH apresentou-se como um instrumento valioso visto que possibilitou o acesso à expressão de aspectos inconscientes da imagem internalizada do próprio corpo.

O Desenho da Figura Humana - DFH (Machover, 1962) é uma técnica projetiva da personalidade e também uma projeção da imagem corporal (Buck, 2003; Hammer, 1991; Machover, 1962). O teste consiste no desenho de uma figura humana através do qual são analisadas expressões gráficas e aspectos da personalidade, na medida em que reflete como a pessoa se vê, que imagem tem de si mesma e de seu corpo. Ao desenhar a figura humana o sujeito projeta a figura de si mesmo, expressando tanto aspectos conscientes como inconscientes da imagem do seu corpo. De modo singular, o DFH mostra aspectos da personalidade do sujeito em relação ao seu autoconceito e a imagem internalizada de seu próprio corpo (Hammer, 1991).

A imagem do corpo é responsável por fatores psicodinâmicos nucleares que determinam o DFH. Cada sujeito teria uma imagem representada em seu psiquismo, física em sua estrutura e em grande parte inconsciente, do tipo de pessoa que é. Esta imagem reuniria aspectos convencionais, aspectos relacionados às sensações e à estrutura somática e aspectos referentes à transposição simbólica das atitudes em características somáticas. Os detalhes de um desenho e as forças que o determinam são intermediados por processos psíquicos similares aos que produzem os símbolos oníricos (Hammer, 1991). Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que os desenhos são os primeiros indicadores clínicos de sinais de psicopatologia e os últimos a perder os sinais da doença (Zucker, 1948 citado por Buck, 2003).

O DFH estava previsto, de acordo com o projeto, para ser o último instrumento a ser aplicado nas participantes. Porém, na ocasião da Banca de Qualificação, foi sugerido a antecipação de sua aplicação, com o intuito de minimizar interferências no desenho da

figura humana, que poderiam acontecer a partir dos instrumentos auto-aplicáveis que contém várias questões referentes ao corpo, seu peso e sua aparência (BSQ, BITE, Escala de Imagem Corporal de Stunkard). Acolhendo a sugestão, o DFH foi aplicado logo após a entrevista não estruturada, ainda no primeiro encontro com a jovem mulher bulímica. Com a mãe da jovem bulímica também se aplicou o DFH no primeiro encontro.

O DFH foi aplicado com base nas proposições de Buck (2003) e Hammer (1991), porém com uma variante. Ao invés de solicitar o desenho de uma figura humana e, em seguida, outra figura do sexo oposto ao da primeira, foi solicitado primeiramente, o desenho de uma pessoa (“Por favor, desenhe uma pessoa”) e a seguir, o desenho do próprio corpo (“Por favor, desenhe seu próprio corpo”). Para a realização dos desenhos foram oferecidas folhas de papel branco tamanho ofício, lápis preto número 2 e borracha (Machover, 1962). Os desenhos foram aceitos da forma que foram realizados, independente de estarem incompletos ou estereotipados, uma vez que a ocorrência de produções com tais características pode indicar a existência de conflitos relacionados à área negligenciada e seus significados simbólicos.

A análise dos desenhos foi dividida em duas etapas distintas. Na primeira, os desenhos foram examinados às cegas e de maneira independente por dois juízes (estagiárias de psicologia com antecedente de monitoria em técnicas projetivas gráficas). O trabalho dos juízes foi executado a partir do emprego de um protocolo desenvolvido especialmente para o presente estudo. Na segunda etapa, a pesquisadora realizou uma análise interpretativa do material, pautando-se no trabalho realizado previamente pelos juízes, priorizando uma abordagem qualitativa.

c) *Eating Attitudes Test* – EAT-26

O EAT-26, Teste de Atitudes Alimentares (Garner & Garfinkel, 1979), foi aplicado visando confirmação do diagnóstico de bulimia. Foi traduzido e validado em língua portuguesa por Bighetti (2003). O EAT-26 consiste num questionário de auto-preenchimento, composto por 26 questões, com respostas em escala Likert. O EAT-26 indica a presença de padrões alimentares anormais, especialmente intenção de emagrecer e medo de ganhar peso, fornecendo um índice de gravidade de preocupações características de pacientes com distúrbios alimentares.

O EAT-26 é constituído de 3 escalas: Escala 1: “Dieta”; Escala 2: “Bulimia e preocupação com os alimentos” e Escala 3: “Controle oral”. A “escala da dieta” avalia

recusa patológica por comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física. A “escala da bulimia e preocupação com os alimentos” se refere a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar o ganho de peso. E a “escala do controle oral” demonstra o autocontrole em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar.

A análise do EAT-26 é feita segundo as pontuações de cada resposta, que somadas, originam a contagem total dos pontos. Cada questão apresenta 6 opções de resposta, conferindo-se de 0 a 3 pontos dependendo da escolha (sempre = 3 pontos; muitas vezes = 2 pontos; às vezes = 1 ponto; poucas vezes = 0 ponto; quase nunca = 0 ponto e nunca = 0 ponto). A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25 (sempre, muitas vezes e às vezes = 0 ponto; poucas vezes = 1 ponto; quase nunca = 2 pontos e nunca = 3 pontos). Um resultado maior que 21 pontos indica um teste positivo, indicando a inclusão em um grupo de risco e tendo como sugestão passar por entrevista clínica para verificar se os critérios clínicos são preenchidos (Garner & Garfinkeld, 1979).

d) *Entrevistas semi-estruturadas com a jovem mulher bulímica*

As entrevistas semi-estruturadas foram em número de duas e consistiram no instrumento com o qual se iniciou o segundo e o terceiro encontros com a jovem mulher bulímica. As entrevistas tiveram como objetivo a escuta da história de vida, enfocando a relação da jovem bulímica com seu corpo, com sua imagem do corpo e com os sentimentos relacionados. Também foi enfocada a representação da participante acerca de como ela presume que sua mãe concebe a imagem do corpo idealizada, o que permitiu verificar as articulações entre a concepção da imagem do corpo da jovem bulímica e aquela que ela presume pertencer a sua mãe.

As entrevistas semi-estruturadas constaram de uma série de perguntas abertas e específicas e permitiram a expressão das experiências vividas e dos sentimentos a elas vinculados. As entrevistas foram realizadas através de uma pergunta central e tópicos geradores com o objetivo de buscar informações e dados para responder ao problema proposto na pesquisa. A pesquisadora dirigiu parcialmente as entrevistas, com flexibilidade suficiente para permitir às participantes assumirem o comando em alguns momentos (Turato, 2003).

e) *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* - BITE

O BITE – *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (Henderson, M. & Freeman, C. P. L., 1987) foi aplicado visando à confirmação do diagnóstico de bulimia. Foi traduzido para o português por Cordás e Hochgraf (1993).

O BITE é um instrumento autoadministrado indicado para identificar sintomatologia bulímica, incluindo todos os critérios do DSM-III. Consta de 33 itens, agrupados em duas subescalas: a “escala de sintomas” (formada por 30 itens) e a “escala de gravidade” (formada por 3 itens). O BITE tem demonstrado consistência interna adequada, bons índices de confiabilidade e possui elevada correlação positiva com outros testes similares como o EAT-26 e o EDI.

A “escala de sintomas” do BITE oferece três grupos de escores: “alto” (20 pontos ou mais) é considerado um escore elevado com presença de comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de preencher os critérios diagnósticos para bulimia; “médio” (10 a 19 pontos) sugere padrão alimentar não usual e, em geral, não estão presentes todos os critérios para bulimia. Os escores de 15 a 19 devem ser obrigatoriamente seguidos de entrevista clínica, pois podem representar um grupo subclínico de indivíduos com alimentação compulsiva, bulímicos em estágio inicial ou bulímicos em recuperação. O escore “baixo” (abaixo de 10 pontos) é analisado como estando dentro dos limites de normalidade. A pontuação máxima da “escala de sintomas” é de 30 pontos.

A “escala de gravidade” do BITE é constituída pelos itens 6, 7 e 27 do instrumento e mede a gravidade do comportamento compulsivo pela frequência de atitudes, sendo analisada para os casos em que a pontuação na escala de sintomas é superior a 10, ramificando-se em três estágios: “alto” (escore > 10 pontos) indicando alto grau de gravidade, podendo apontar a presença de vômito psicogênico ou abuso de laxante sem comportamento compulsivo, e devem ser seguidos de entrevista diagnóstica com especialistas; “moderado” (entre 5 e 9 pontos) é considerado clinicamente significativo e deve ser seguido de entrevista diagnóstica com especialistas; “baixo” (até 5 pontos) representando um resultado clinicamente não significativo. A pontuação máxima da “escala de gravidade” é de 39 pontos.

f) *Questionário de Informações Gerais*

O Questionário de Informações Gerais foi elaborado pela pesquisadora com o objetivo de conhecer as participantes em sua trajetória pessoal de vida, bem como a posição que ocupam na estrutura social. Contêm questões referentes a dados gerais de identificação como sexo, idade, altura e peso. O questionário também cumpriu o objetivo de ratificar o diagnóstico de Bulimia Nervosa através de questões formuladas com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (2002).

O Questionário de Informações Gerais foi aplicado às jovens bulímicas e permitiu fazer uma caracterização das mesmas em relação à configuração familiar, à rede social e a rotinas de hábitos alimentares. Além disso, os dados apresentados em relação às indagações sobre sintomas confirmaram o diagnóstico de bulimia das participantes.

g) *Body Shape Questionnaire - BSQ*

O BSQ – *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) foi utilizado com o objetivo de avaliar a presença ou não de alterações na imagem do corpo tanto nas jovens bulímicas como em suas mães. Foi validado e reabilitado no Brasil por Di Pietro (2001, 2006).

O BSQ é um questionário autoadministrado, de 34 itens, que avalia as preocupações relacionadas com o peso e a forma do corpo, a autodepreciação devido à aparência física e a sensação de estar “gorda”. Proporciona uma avaliação contínua e descritiva dos distúrbios da imagem do corpo em populações clínicas e não clínicas e tem demonstrado bons índices de validade discriminante e paralela e boa confiabilidade teste/reteste, assim como adequada consistência interna.

A avaliação do BSQ é feita pontuando-se as respostas fornecidas a cada questão entre 1 e 6, sendo a maior pontuação conferida à resposta extrema na direção da preocupação com a imagem corporal (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente, 5 = muito frequentemente e 6 = sempre). A pontuação oscila entre 34 e 204 pontos.

As categorias do BSQ obedecem à soma dos números correspondentes às respostas e o resultado é: “Nenhuma alteração da imagem corporal” (pontuação menor ou igual a 80); “Alteração leve da imagem corporal” (pontuação entre 81 a 110);

“Alteração moderada da imagem corporal” (pontuação entre 111 a 140) e “Alteração grave da imagem corporal” (pontuação maior ou igual a 141).

h) *Escala de Imagem Corporal de Stunkard*

A Escala de Imagem Corporal de Stunkard (Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983) foi utilizada para identificar a imagem do corpo real e ideal das jovens mulheres bulímicas e de sua mãe. A escala foi validada e reabilitada no Brasil por Scagliusi *et al.* (2004).

A escala de Stunkard é um instrumento tradicional que mede dois aspectos: percepção da imagem do corpo e satisfação com a imagem do corpo. Consiste em uma série de nove figuras, variando de muito magra a muito obesa, onde a participante deve eleger três figuras: uma que represente como ela se vê atualmente, outra que represente o que ela considera um corpo saudável e a terceira que represente o corpo desejável. Das escolhas resultam três medidas (imagem atual, saudável e desejada) e a discrepância dos resultados é interpretada como uma medida de insatisfação corporal.

Após a aplicação da Escala de Imagem Corporal de Stunkard em sua forma clássica, foi inserida uma forma variante de aplicação. Foi solicitado às jovens bulímicas que respondessem novamente o mesmo instrumento colocando-se no lugar de sua mãe. Assim, elas responderam como pensam que sua mãe responderia as mesmas questões sobre a imagem do corpo de sua filha (Como ela pensa que a mãe a vê).

A avaliação da percepção e da satisfação com a imagem corporal através da Escala de Imagem Corporal de Stunkard foi realizada com base nos resultados de um grande estudo populacional de Bulik *et al.* (2001), no qual avaliaram 16.728 mulheres e 11.366 homens, na faixa etária de 18 a 100 anos, na Virgínia (EUA). Considerando o IMC dos participantes, apontaram as figuras 1, 2 e 3 da Escala de Imagem Corporal como as que melhor representam a magreza e as figuras 6, 7, 8 e 9, a obesidade. Estes autores apontaram a figura 4 como sendo a silhueta com melhores valores de sensibilidade e especificidade para corresponder a eutrofia. Além dessa classificação, eles também apresentaram em seu estudo, a distribuição de valores de IMC para cada silhueta da escala. Resguardando as devidas limitações metodológicas relatadas por Bulik *et al.* (2001), utilizou-se neste estudo, os pontos de corte de IMC para cada faixa etária, visando ampliar a discussão sobre os diferentes graus de magreza e obesidade e a percepção da imagem corporal.

A partir das escolhas das figuras avalia-se a “percepção” e a “satisfação” com a imagem do corpo. A “percepção da imagem do corpo” e a presença ou não de distorção da própria imagem corporal é avaliada a partir da escolha da figura atual. A “satisfação” ou a “insatisfação” com a imagem do corpo é medida através da diferença entre a escolha dos perfis de imagem do corpo atual e do corpo desejado. A imagem escolhida como a desejável reflete uma escolha emocional, enquanto que a imagem apontada como saudável reflete uma escolha racional.

i) *Entrevista Semi-Estruturada com a Mãe*

Visando enriquecer os dados acerca da representação da imagem do corpo da jovem bulímica, e a partir da sua concordância, sua mãe foi convidada, através de um contato telefônico, a fazer parte do estudo. No primeiro encontro com a mãe foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F) que foi devidamente assinado.

No projeto havia sido proposta a realização de uma única entrevista semi-estruturada com a mãe de cada participante, podendo esse número ser ampliado de acordo com as características e necessidades das mães. Na Banca de Qualificação, também foi sugerido que se deixasse em aberto a possibilidade de uma segunda entrevista. Essa sugestão foi considerada e efetivamente foram realizadas duas entrevistas com as mães, em prol de priorizar a qualidade e profundidade das informações, o que favoreceu e enriqueceu os dados acerca dos conteúdos explorados.

As entrevistas realizadas com as mães das jovens bulímicas forneceram dados que permitiram, por um lado, conhecer mais detalhada e profundamente a história da sua filha e, por outro, conhecer sua própria história. Um aspecto que foi amplamente explorado na entrevista com a mãe foi a relação com o corpo e à imagem do corpo, tanto a que a mãe tem de si própria como aquela que ela considera acerca de sua filha.

Encerrado os procedimentos de coleta dos dados foram realizadas entrevistas de devolução individuais para as jovens bulímicas e suas mães com intervenções que se fizeram necessárias de acordo com a demanda apresentada. Frente ao quadro psicopatológico das jovens mulheres e sustentado no desejo por elas manifestado, foi feito o encaminhamento de ambas para psicoterapia. O encaminhamento foi direcionado para o SEPA da UCS, por decorrência das possibilidades econômicas das participantes.

Uma das participantes iniciou uma psicoterapia na instituição que lhe foi sugerida (Caso 1) e a outra não procurou a instituição (Caso 2).

2.3.3 Procedimentos de análise de dados

O conjunto dos dados da pesquisa foi analisado com base no referencial teórico psicanalítico, especialmente nas contribuições de Freud, Schilder, Lacan, Dolto, Nasio e Zukerfeld e na revisão de pesquisas sobre a imagem do corpo na bulimia e sua relação com a mãe. Portanto, como estratégia analítica geral, foi adotado o método baseado em proposições teóricas, de acordo com Yin (2005). Foram percorridas as seguintes etapas:

1.º Passo

Realizou-se uma descrição abrangente do caso, organizada de forma “cronológica” (seguindo os eventos importantes da história da vida da jovem bulímica, de acordo com a sua própria percepção e a de sua mãe) e “temática” com base nas seguintes categorias de análise:

- “sintomatologia bulímica e diagnóstico de bulimia”, baseado nas entrevistas, no Questionário de Informações Gerais, nos resultados do EAT-26 e do BITE;

- “imagem do corpo da jovem bulímica e de sua mãe”, baseados nas entrevistas e nos resultados do BSQ;

- “percepção da imagem do corpo e satisfação com a imagem do corpo da jovem bulímica e de sua mãe”, baseada nas entrevistas e nos resultados da Escala de Imagem Corporal de Stunkard;

- “representação do ideal da imagem do corpo atribuída à mãe”, baseada nas entrevistas e nos resultados da Escala de Imagem Corporal de Stunkard – forma variante da aplicação clássica;

- “imagem do corpo que a mãe expressa da filha”, baseada nas entrevistas e nos resultados da Escala de Imagem Corporal de Stunkard – forma variante da aplicação clássica e;

- “representação inconsciente da imagem do corpo da jovem bulímica e de sua mãe”, baseada na análise do Desenho da Figura Humana.

2º. Passo

Foi utilizada a técnica de “Construção da Explicação” (Yin, 2005), com o objetivo de analisar exaustivamente os dados de cada Estudo de Caso e construir uma explicação psicodinâmica sobre o mesmo. Todos os dados (entrevistas e demais instrumentos) e resultados foram integrados na compreensão da imagem do corpo da jovem bulímica.

No projeto original da pesquisa estava previsto um terceiro passo para a análise dos dados, consistindo na técnica de “Análise de Séries Temporais”, na modalidade cronológica (Yin, 2005). Entretanto, esse passo foi incorporado ao 2º passo, pois com a Construção da Explicação já foi possível explorar os eventos ao longo da história de vida da jovem bulímica, identificando a ocorrência de experiências e presumíveis eventos que possam ter tido algum impacto sobre a construção de sua imagem do corpo. Portanto, após a realização da “Construção da Explicação”, deu-se início à “Síntese de Casos Cruzados”, constituindo o 3º passo na análise dos dados.

3º. Passo

Foi utilizada a técnica de “Síntese de Casos Cruzados” (Yin, 2005), com o objetivo de confrontar os resultados obtidos na análise de cada caso em particular, identificando convergências e divergências e buscando, desta forma, evidências que auxiliassem a responder como se apresenta a imagem do corpo em jovens mulheres com bulimia em relação aos seus próprios ideais e aos ideais de sua mãe.

3 Resultados

Nos dois estudos de caso realizados foi possível seguir a sequência planejada para a coleta dos dados, tanto em relação à jovem bulímica como à sua mãe, favorecendo o alcance dos resultados almejados. O número de encontros planejados se mostrou suficiente para os objetivos da pesquisa. As participantes foram colaboradoras, o que culminou em uma amplitude dos dados que serviram para a análise e discussão posterior.

Os instrumentos utilizados na pesquisa permitiram a obtenção de uma gama de dados relevantes o que enriqueceu os resultados que estão descritos a seguir. A Tabela 6 apresenta os dados gerais de identificação de cada caso da pesquisa e a Tabela 7 registra

o número de encontros realizados e os respectivos instrumentos utilizados nos estudos de caso.

Tabela 6

Dados gerais dos estudos de caso

Casos selecionados	Idade	Escolaridade	IMC	Classificação do IMC *	Idade do início da bulimia
Caso 1: Jovem	19	Superior incompleto	23,1	Peso normal	16 anos
Mãe	43	Ensino médio	38,0	Obesidade II	-
Caso 2: Jovem	24	Superior incompleto	17,3	Magreza leve	20 anos
Mãe	51	Fundamental incompleto	18,9	Peso normal	-

* *World Health Organization, 2009*

Tabela 7

Sequência de encontros com as participantes e instrumentos aplicados

Encontro nº	Caso 1	Caso 2	Instrumentos
1	Jovem	Jovem	Primeira Entrevista: não estruturada DFH EAT-26
2	Jovem	Jovem	Segunda entrevista: semi-estruturada Questionário de informações gerais BITE
3	Jovem	Jovem	Terceira entrevista: semi-estruturada BSQ Escala de imagem corporal de Stunkard
4	Mãe	Mãe	Primeira entrevista: semi-estruturada DFH
5	Mãe	Mãe	Segunda entrevista: semi-estruturada BSQ Escala de imagem corporal de Stunkard
6	Jovem	Jovem	Entrevista de evolução Encaminhamento
7	Mãe	Mãe	Entrevista de devolução

Os resultados obtidos foram apresentados como “Caso 1: Mariane, sombra da mãe” e “Caso 2: Daniele, espelho da mãe” e estão descritos no artigo empírico que compõe a “Seção 2” desta dissertação.

4 Discussão

A discussão e análise dos resultados foram realizadas no artigo empírico.

5. Considerações Finais

As considerações finais também estão apresentadas no artigo empírico, na “Seção 2” desta dissertação.

Anexo B

Carta de Anuência

A carta de anuência do NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretária Municipal da Saúde (SMS) de Caxias do Sul, instituição de saúde que vai indicar os participantes para a pesquisa está em andamento. O projeto de pesquisa foi entregue à coordenadora do NEPS, Dra. Suzete Marchetto Claus e está sendo analisado pela Equipe Técnica da instituição sob o registro do Protocolo de Projeto de Pesquisa número 148/NEPS. Caso necessário, o contato pode ser feito através dos telefones (54) 3290-4499 e (54) 3290-4499 ou pelo e-mail neps@caxias.rs.gov.br.

	Prefeitura de Caxias do Sul Secretaria Municipal da Saúde Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Protocolo de Projeto de Pesquisa	
Nº de Protocolo: 148/NEPS	
Pesquisador: <i>Luiza Esteves</i>	
Data de Entrada: <i>27 / 08 / 2009</i>	
Recebido: <i>[Assinatura]</i>	
Contato: (54) 3290.4494 3290.4499 - neps@caxias.rs.gov.br	

Anexo C



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Caxias do Sul
Secretaria Municipal da Saúde

PARECER SOBRE SOLICITAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa “Imagem do Corpo e Bulemia Nervosa: A Imagem da Jovem Bulímica e a de Sua Mãe” da pesquisadora ROSITA ESTEVES do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, esta secretaria manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que o pesquisador cumpra os seguintes requisitos:

- Fornecimento de cópia da conclusão do trabalho a SMS;
- Inclusão do nome da Prefeitura Municipal de Caxias de Sul/SMS em possíveis publicações científicas;

Caxias do Sul 02 de setembro 2009

Maria do Rosário Antoniazzi
Secretária Municipal de Saúde

Assinatura do Pesquisador: _____

Data prevista para entrega do material: _____

Anexo D



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 090/2009

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 09/102 **Versão do Projeto:** 18/09/2009 **Versão do TCLE:** 18/09/2009

Coordenadora:

Mestranda Rosita Esteves (PPG em Psicologia)

Título: Imagem do corpo e Bulimia Nervosa: a imagem da jovem bulímica e a de sua mãe.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 18 de setembro de 2009.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

Anexo E



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
(Participante)

Prezada _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de contribuir para o campo de conhecimentos sobre a imagem do corpo e o comportamento alimentar de jovens mulheres. Busca-se identificar aspectos que interferem no transtorno da imagem do corpo e ampliar sua compreensão, visando contribuir com subsídios para a sua terapêutica.

Sua participação neste estudo é voluntária e implicará na realização de algumas entrevistas. Alguns instrumentos auto-aplicáveis serão utilizados (cujos procedimentos implicam em responder questões acerca de hábitos alimentares e imagem do corpo). As entrevistas serão realizadas no consultório da pesquisadora, serão gravadas e todos os dados e informações mantidos em caráter confidencial, arquivados durante um período de cinco anos.

O conhecimento que tais dados possibilitarão sobre a imagem do corpo e transtornos associados, poderá ser divulgado em publicações de caráter científico, preservando-se totalmente a identidade das participantes.

A pesquisa não implica qualquer custo ou risco para você. Poderá ser experimentado algum desconforto ao tratar de assuntos relacionados aos problemas referentes ao corpo e à imagem do corpo. Se forem constatadas dificuldades que demandam atendimento psicológico, e se você assim o desejar, poderá haver encaminhamento para um Serviço compatível com as suas possibilidades. A qualquer momento, você poderá solicitar o esclarecimento de suas dúvidas, bem como desistir de participar, sem qualquer prejuízo para você.

A pesquisadora responsável por esse estudo é a psicóloga Rosita Esteves, que pode ser contatada pelo telefone (54) 3223-8339, orientada pela professora Vera Regina Röhnelt Ramires, do Mestrado em Psicologia Clínica da UNISINOS, que pode ser contatada pelo telefone (51) 3590-8326. Este documento consta de duas vias, uma das quais permanece em seu poder.

Contando com sua compreensão e colaboração, agradeço.

Eu, _____, declaro que fui informada de forma clara e detalhada dos objetivos e dos procedimentos do estudo acima descrito e concordo em participar.

 Assinatura

 Rosita Esteves

Local e Data: _____

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 16.11.09

Anexo F



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezada _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de contribuir para o campo de conhecimentos sobre a imagem do corpo e o comportamento alimentar de jovens mulheres. Busca-se identificar aspectos que interferem no transtorno da imagem do corpo e ampliar sua compreensão, visando contribuir com subsídios para a sua terapêutica.

Sua participação neste estudo é voluntária e implicará na realização de uma entrevista. Alguns instrumentos auto-aplicáveis serão utilizados (cujos procedimentos implicam em responder questões acerca de hábitos alimentares e imagem do corpo). A entrevista será realizada no consultório da pesquisadora, será gravada e todos os dados e informações mantidos em caráter confidencial, arquivados durante um período de cinco anos.

O conhecimento que tais dados possibilitarão sobre a imagem do corpo e transtornos associados, poderá ser divulgado em publicações de caráter científico, preservando-se totalmente a identidade das participantes.

A pesquisa não implica qualquer custo ou risco para você ou para sua filha. Poderá ser experimentado algum desconforto ao tratar de assuntos relacionados aos problemas referentes ao corpo e à imagem do corpo. Se forem constatadas dificuldades que demandam atendimento psicológico, e se você assim o desejar, poderá haver encaminhamento para um Serviço compatível com as suas possibilidades. A qualquer momento, você poderá solicitar o esclarecimento de suas dúvidas, bem como desistir de participar, sem qualquer prejuízo para você.

A pesquisadora responsável por esse estudo é a psicóloga Rosita Esteves, que pode ser contatada pelo telefone (54) 3223-8339, orientada pela professora Vera Regina Röhnelt Ramires, do Mestrado em Psicologia Clínica da UNISINOS, que pode ser contatada pelo telefone (51) 3590-8326. Este documento consta de duas vias, uma das quais permanece em seu poder.

Contando com sua compreensão e colaboração, agradeço.

Eu, _____, declaro que fui informada de forma clara e detalhada dos objetivos e dos procedimentos do estudo acima descrito e concordo em participar.

Assinatura

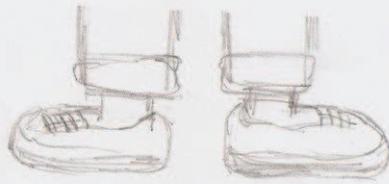
Rosita Esteves

Local e Data: _____

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 17/09/09

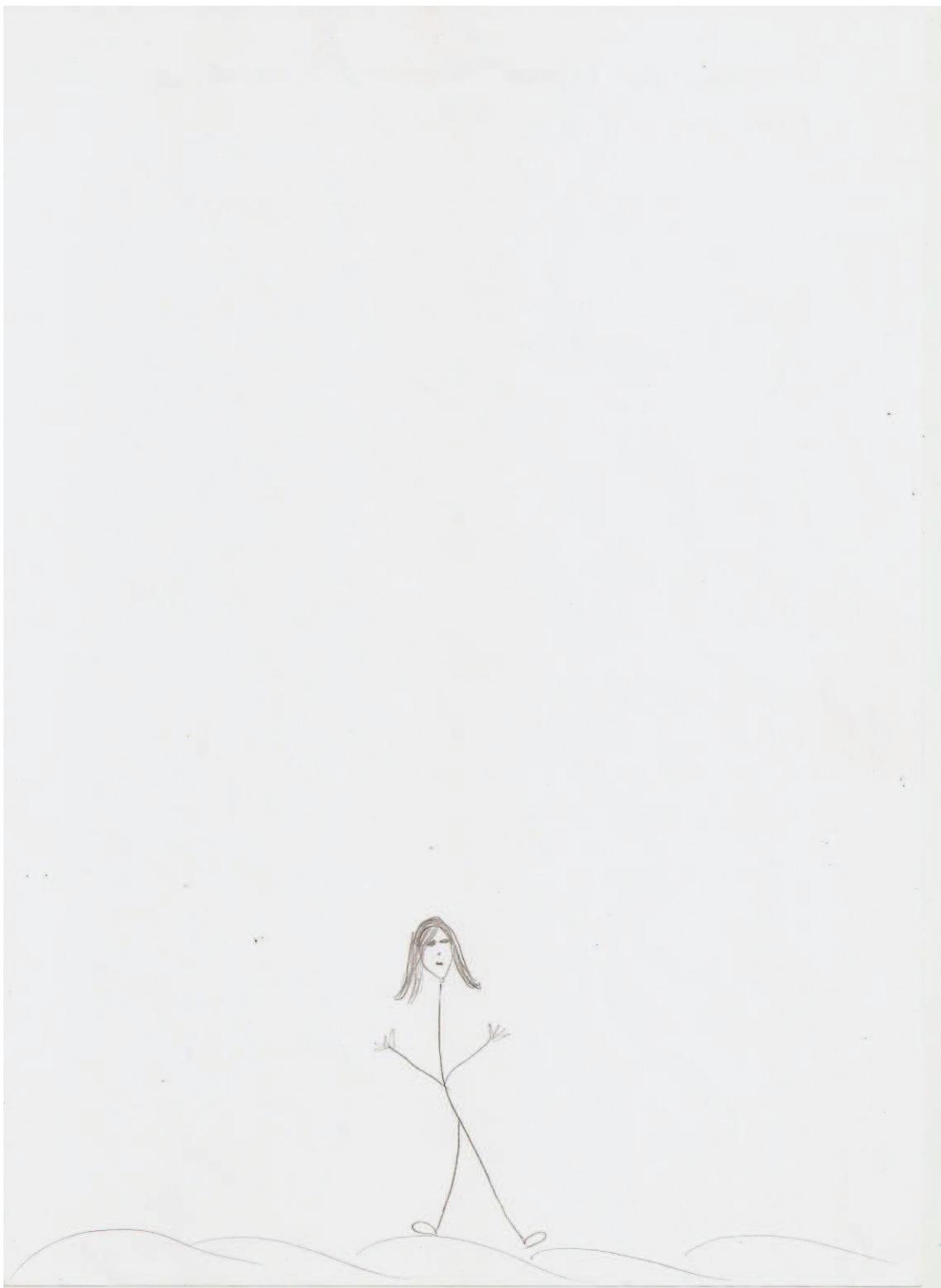
Anexo G**DFH de Mariane**

Anexo H**Desenho do próprio corpo de Mariane**

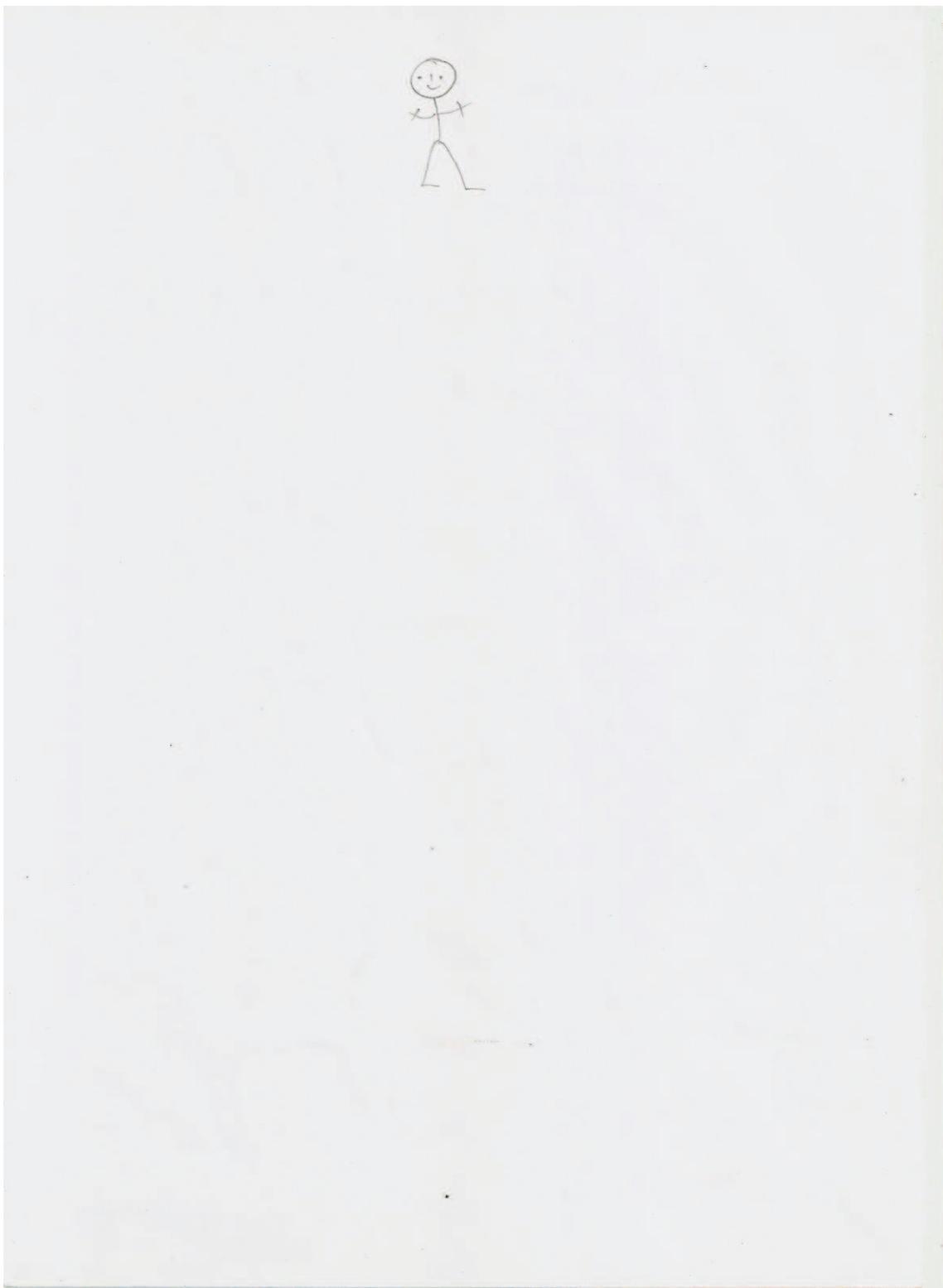


Anexo I**DFH de Beatriz – mãe**

Anexo J**Desenho do próprio corpo de Beatriz**

Anexo K**DFH de Daniele**

Anexo L**Desenho do próprio corpo de Daniele**

Anexo M**DFH de Lísia – mãe**

Anexo N**Desenho do próprio corpo de Lísia**