

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

**Faculdade de Psicologia**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**RELACIONAMENTO PRIMÁRIO COM A FIGURA MATERNA E AUTO-  
ESTIMA EM MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

**DANIELA DA SILVA SOPEZKI**

**Dissertação apresentada como  
requisito final para a obtenção do  
Grau de Mestre em Psicologia Clínica**

**Orientador: Prof. Dr. Cícero E. Vaz.**

**Porto Alegre  
Março, 2007**

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

**Faculdade de Psicologia**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**RELACIONAMENTO PRIMÁRIO COM A FIGURA MATERNA E AUTO-  
ESTIMA EM MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

**Daniela da Silva Sopezki**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Cícero E. Vaz – Orientador e Presidente**

**PUCRS**

**Prof. Dr. Paulo Luis Rosa Sousa**

**UCPEL**

**Profa. Dra. Geraldine Alves dos Santos**

**FEEVALE**

## **Dedicatória**

**Para Angela e Aniela,  
mães *suficientemente boas!***

## AGRADECIMENTOS

À família, pelo incentivo e confiança que em mim sempre depositam. Minha mãe, pelo entusiasmo e por minimizar minhas reclamações, sempre dizendo “Tá Daniela... tu vai entregar a tempo!”. É, mamãe, consegui! ☺ Minhas avós, Aniela e Neli, por ter e expressar tanto orgulho da neta psicóloga, fazendo com que minha auto-estima se eleve.

Ao meu namorado Breno Bulcão, pelo amor, consolo e por uma de suas máximas: “Daniela, não complica o simples”.

Às colegas de grupo, bolsistas de iniciação científica, Martina Carvalho, Juliana Iglesias e Amanda Bianchi, pela disponibilidade, confiança e por tornar meu mestrado mais bem humorado. Às colegas Seille, por me proporcionar um pensamento alternativo, aos meus pensamentos automáticos disfuncionais: “Daniela, é só um mestrado”, à Ana Cristina Resende, por me despertar ainda mais interesse pelo Rorschach, na prática clínica e à Rejane Johann, por sua dicas, auxílio na reta final, pelo chá e pelo bolo (hum!!!).

Ao Marcos Saad pelas correções ortográficas prestadas e Vivian Lago, pela tradução para o inglês.

À coordenadora Maria Lúcia Tiellet Nunes, por sempre ter encontrado um tempinho para mim na sua agenda superlotada e ao professor Brasília, que com sua veia humorística tornou a interpretação dos dados e o SPSS uma brincadeira, uma piada!

Àqueles responsáveis pelos locais onde coletei meus dados, que prontamente atenderam a minha solicitação; Psiquiatra Vinícius Moraes, do SETTA, Psicólogo Roberto Vasconcelos, da FUMM, Psiquiatra Patrícia Sanchez, do CAPSi (HCPA) e o Psicólogo Jurandi, da Escola Parobé.

Às voluntárias da pesquisa, mulheres com anorexia nervosa e mulheres com bulimia nervosa, que na expressão de sua dor, foram as que mais me ensinaram o que sei sobre transtornos alimentares, para muito além da pesquisa, para muito além dos referenciais.

Um agradecimento em especial, ao meu orientador, Cícero, pelo acolhimento, desde o começo dessa caminhada cheia de pedras, curvas sinuosas e buracos. De mãos dadas, superamos tudo isso dando risadas.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para tornar o meu mestrado um inferno, com isso aprendi que dou conta, em busca do céu! ☺

## SUMÁRIO

Apresentação	7
2. Artigo Teórico: O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da auto-estima e nos transtornos alimentares	9
2.1. Introdução	11
2.2. O contexto sócio-cultural e o comportamento feminino	13
2.3. Relação mãe-filha e os transtornos alimentares	15
2.4. Auto-estima, apego e os transtornos alimentares	18
2.5. Tratamento e prevenção	23
2.6. Considerações finais	26
2.7. Referências bibliográficas	27
3. Artigo Empírico: Transtornos alimentares, relação com a figura materna, auto-estima e Rorschach	35
3.1. Introdução	37
3.2. Transtornos alimentares: diagnóstico	39
3.3. Relação primária com a figura materna e os transtornos alimentares	40
3.4. Auto-estima e transtornos alimentares	42
3.5. Objetivos e Hipóteses	43
3.6. Método	44
3.6.1. Amostra	44
3.6.2. Instrumentos	44
3.6.3. Procedimentos éticos	46
3.6.4. Procedimentos de coleta	46
3.6.5. Procedimentos de análise dos dados	47
3.7. Resultados e Discussão	47
3.8. Conclusão	53
3.9. Referências	54

## APRESENTAÇÃO

A preocupação com o corpo sempre fez parte do cotidiano feminino. Hoje, em função da diversidade de recursos que tornam o corpo um objeto maleável, parece que a perseguição pelo sonhado e imaginado corpo ideal está ocorrendo de forma muito mais intensa, impaciente e imprudente. Num mundo onde a pressa e o consumo são fatores comuns e preponderantes na vida das pessoas, dar estatura, plasticidade e forma ao corpo que se deseja, de acordo com as matrizes fabricadas pela mídia, é processo por demais complicado.

Há muitas diferenças entre as mulheres que se submetem aos métodos mais perigosos para perder peso e modificar o corpo e as mulheres que apenas têm consideradas preocupações normais com seu físico. As primeiras dão sentido à sua vida ocupando-se obstinadamente com o controle da aparência do próprio corpo, numa tentativa de lidar com a própria angústia.

Aumenta o número de mulheres que se preocupa com dietas, beleza, corpo e moda, sendo que algumas passam dos limites pondo em risco a própria vida na perseguição de um corpo biologicamente impossível de ser mantido.

São vários os fatores que predisõem aos transtornos alimentares, sua etiologia ainda em elaboração é misteriosa, mas o que pôde ser percebido nesse trabalho, avaliando psicologicamente mulheres com anorexia e outras com bulimia, foi que muitas se submetiam a esse controle da aparência do próprio corpo como forma de encontrar um espaço de reconhecimento no mundo; buscavam uma forma de obter admiração, apreço, afeto. Parece que por trás da variedade de comportamentos apresentados pelas voluntárias

desse estudo existem crenças bastante enraizadas do tipo: “pelo menos meu corpo eu controlo”, “só quando estou magra (bonita) sou amada”.

Esse padrão, da busca incessante pelo corpo idealizado é, no entanto, um risco para a saúde física e mental das mulheres. É um padrão que as priva de formar uma identidade autônoma, da liberdade de ser, de agir e sentir autenticamente. Quanto mais a pessoa busca o modelo, o padrão, a moda, mais se afasta das variadas possibilidades do “vir a ser”, e assim, mais se distancia do que poderia ser o encontro de sua essência, de seu próprio *self*.

Essa pesquisa, fruto do trabalho de mestrado, possibilitou o contato com umas das maiores preocupações femininas: o corpo, magro de preferência. A sociedade cada vez mais impõe padrões a serem seguidos, sendo que o modelo ideal de corpo e beleza, simbolizado na magreza é um deles. A pressão para alcançá-lo é tão grande que mesmo mulheres saudáveis, ou melhor, sem risco de desenvolver qualquer tipo de transtorno alimentar, quando menos percebem também estão deprimidas e absortas em divagações sobre a beleza de seu corpo. O lamentável disso é que essa imagem idealizada e inacessível para todas as mulheres tende a criar um sentimento de insuficiência, de culpabilidade e de vergonha do seu corpo e de si mesma.

A falta de controle interno, ou seja, do controle da angústia da alma, é externalizada por meio do controle do corpo e assim, a anorexia e a bulimia parecem ser a via que muitas mulheres descobrem para obter reconhecimento e experimentar um sucesso pessoal, mesmo que frágil, enquanto não encontram outras possibilidades mais saudáveis de desenvolvimento de suas personalidades e resgate de sua auto-estima.

A literatura revisada no trabalho teórico e os dados empíricos permitem ponderar que a baixa ou alta auto-estima determinam o curso que a pessoa pode dar à sua vida.

## O IMPACTO DA RELAÇÃO MÃE-FILHA NO DESENVOLVIMENTO DA AUTO-ESTIMA E NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Daniela Sopezki

Psicóloga. Mestranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) [danielasopezki@hotmail.com](mailto:danielasopezki@hotmail.com)

Cícero E. Vaz

Psicólogo. Doutor. Professor e Pesquisador da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

### Resumo

Nesse artigo dois fatores de risco para os transtornos alimentares são analisados, bem como sua inter-relação contribuinte no desenvolvimento e manutenção da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, em mulheres: a relação mãe-filha e a auto-estima. Entre as necessidades humanas está a de estima, ou seja, a necessidade de auto-estima e estima por parte dos outros. As mães tendem a vivenciar suas filhas mulheres como menos separadas delas, devido a componentes narcisistas que prevalecem nesta dupla como identificação e simbiose. No caso das mulheres com transtorno alimentar algo se inverteu no processo de interação entre mãe-filha prejudicando o vínculo entre elas. A formação da adequada auto-estima depende profundamente do olhar amoroso de apreciação por uma pessoa significativa, a mãe, porque nunca é com seus próprios olhos que a criança se vê, mas sempre com os olhos do outro. O ver-se numa identificação com esse olhar

dirigido para si constitui o narcisismo, a sua própria auto-estima e dependendo do tipo de apego existente entre essa dupla, a auto-estima da filha terá nuances diferenciadas.

Palavras-chave: transtornos alimentares; vínculo mãe-filha; auto-estima.

Abstract.

In this paper two risk factors for the eating disorders are analyzed, as well as its interrelation that contributes in the development and maintenance of anorexia nervosa and bulimia nervosa, in women: the relationship mother-daughter and the self-esteem. Among the human needs is the one of esteem, it means, the need of self-esteem and esteem from others. The mothers tend to live their daughters as less separated from them, due to narcissistic components that prevail in this pair as identification and symbiosis. And in the case of women with eating disorder ou something has reversed in the process of interaction between mother-daughter, bringing loss to the bound between them. The formation of the appropriate self-esteem depends deeply on the love look of appreciation by a significant person, in this case the mother, because it is never through its own eyes that the child sees itself, but always through the other's eyes. The process of seeing itself in identification with this look directed to itself constitutes the narcissism, its own self-esteem and depending on the type of attachment existing between this couple, the child's self-esteem will have different nuances.

Key-words: eating disorders; mother-daughter relations; self-esteem

**Área CNPq: Ciências Humanas (7.00.00.00-0)**

**Sub-área CNPq: Desenvolvimento Social e da Personalidade (7.07.07.02-2)**

## Introdução

Entre os principais transtornos alimentares estão a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Esses transtornos costumam afetar mulheres jovens (90% dos casos) com curso crônico, variável e com alto grau de morbidade e mortalidade (Pinzon e Nogueira, 2004; Assumpção e Cabral, 2002). A anorexia nervosa, por exemplo, é difícil de ser tratada e tem maior média de mortalidade entre os transtornos psiquiátricos, cerca de 0,59% ao ano. Este valor é cerca de 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral (Agras, 2001; APA, 2006). Atualmente, em função do falecimento da modelo Ana Carolina Reston Macan, morta aos 21 anos em decorrência de anorexia (Segatto, Padilla & Frutuoso, 2006) a documentação de óbitos desse transtorno está em evidência na mídia.

O termo anorexia, etimologicamente, deriva do grego "an", deficiência ou ausência de, e "orexis", apetite, também significando aversão à comida, enjôo do estômago ou inapetência. As primeiras referências a essa condição surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 a.C.) e vários textos do século XVI. Já a denominação mais específica "anorexia nervosa" surgiu com William Gull e Laségue no século XIX. O termo anorexia nervosa, atualmente, não é utilizado em seu sentido etiológico, visto que tais pacientes não apresentam real perda de apetite até estágios mais avançados da doença, mas sim uma recusa alimentar deliberada, com intuito de emagrecer ou por medo de engordar (Cordás & Claudino, 2002).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), os critérios diagnósticos da anorexia nervosa são: recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gorda,

mesmo com o peso abaixo do normal; perturbação no modo de vivenciar o peso, ou a forma do corpo e a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.

Já o termo bulimia nervosa foi denominado por Russell (1979) e vem da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *lemos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi. É interessante lembrar que o comportamento de forçar o vômito é muito antigo e pode ser encontrado precocemente na história de diferentes povos da Antiguidade, que faziam uso da prática de vômitos, para prevenir ou curar doenças, poder aliviar-se de banquetes, entre outros (Cordás, 2004).

Os critérios diagnósticos para a bulimia nervosa são: episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica; comportamento compensatório, inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, jejuns ou exercícios excessivos; a compulsão e a compensação inadequadas ocorrem em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses; a auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais e o distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa (DSM-IV-TR, 2002).

Uma série de interações multifatoriais (genéticas, socioculturais, vulnerabilidades biológicas e psicológicas) de componentes de risco e outros eventos precipitantes são responsáveis pelo surgimento dos transtornos alimentares (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002). Nesse artigo dois fatores de risco são analisados, bem como sua inter-relação contribuinte no desenvolvimento e manutenção da anorexia nervosa e bulimia nervosa: a relação com a mãe e a auto-estima.

## O contexto sócio-cultural e o comportamento feminino

É comum se atribuir à cultura e à mídia uma grande parcela na influência dos comportamentos sociais. A cultura do culto ao corpo magro, atual padrão de beleza feminina, é perseguido desde as formas mais brandas às mais perigosas, principalmente pelas mulheres. Predominantemente a mídia induz à idealização de imagens, promovendo a idéia de que o tamanho e a forma do corpo são flexíveis e facilmente modificados. As imagens parecem realísticas, graças ao processo de edição pelo qual passam, embora tal forma corporal divulgada pela mídia seja biologicamente inatingível para a maioria das mulheres.

Essa influência ocorre porque fatores sociais determinam, no adolescente, os valores acerca de si mesmo, exercendo forte influência na auto-estima. Logo, a avaliação de si mesmo sempre acontece de acordo com certos critérios, que derivam de condições históricas de cada sociedade em particular (Rosenberg, 1973). Como o modelo contemporâneo de beleza, para as mulheres, é o da magreza, esse fator interfere no imaginário feminino.

A argumentação de Rosenberg ajuda a entender uma parcela da influência dos valores contemporâneos (corpo magro, beleza e moda), dado observado ao investigar que mulheres com poucas cognições positivas e muitas cognições negativas sobre si mesmas são particularmente mais vulneráveis às mensagens culturais sobre peso corporal e isto contribui para comportamentos alimentares anormais (Stein & Corte, 2003; Cameron & Ferraro, 2004; Bardone & Cass, 2006). Outros estudos têm tratado da influência que o contexto exerce, principalmente por meio da mídia no comportamento alimentar feminino; Monro e Huon (2006) submeteram mulheres à exposição de imagens contendo mensagens sobre corpo, estética e dietas, conseguindo identificar um impacto no seu

comportamento alimentar, mas Filippi (2004) ressalta que isso ocorre apenas quando há uma combinação de fatores predisponentes, já que esses transtornos possuem uma etiologia multifatorial.

Não apenas a cultura tem o poder de influenciar no comportamento alimentar anormal. São necessários outros elementos para que as mulheres se tornem mais vulneráveis, como: a distorção e insatisfação com a imagem corporal e a auto-estima, fatores altamente relacionados. A insatisfação corporal é fator de risco para o humor deprimido e para a baixa auto-estima, conforme relatam Wiseman, Peltzman, Halmi e Sunday (2004) e Paxton, Neumark, Hannan e Eisenberg (2006). A baixa auto-estima e a insatisfação com a imagem corporal são fatores de risco para o surgimento de transtornos alimentares (Fairburn, Zafra, Boneca & Welch, 1999). Bruch (1973) identificou dois fatores importantes presentes nos transtornos alimentares: distorções na imagem corporal como causa mais próxima particularmente da anorexia nervosa e a dificuldade no desenvolvimento da identidade. O distúrbio da imagem corporal parece ser um dos mais graves sintomas nos transtornos alimentares; é mais complexo que a simples insatisfação corporal, tendo como consequência da distorção da imagem a insatisfação da mulher com seu corpo e a baixa auto-estima. Esse fator, inclusive, foi incluído como um dos sintomas critérios para os transtornos anorexia e bulimia (DSM-IV-TR, 2002).

Além da auto-estima, insatisfação corporal e a distorção da imagem corporal, mulheres mais vulneráveis correm risco elevado de desenvolver algum tipo de transtorno alimentar; outro desses fatores é a relação com a família, com a mãe, principalmente. Em geral, as teorias destacam a importância do contexto social imediato do indivíduo – particularmente a família – na determinação da auto-estima.

## Relação mãe-filha e os transtornos alimentares

O tema da relação entre mães e filhas sempre foi amplamente discutido. Bleichmar (1988) atribui que as mães tendem a vivenciar suas filhas mulheres como menos separadas delas, devido a componentes narcisistas que prevalecem nesta dupla como identificação e simbiose. Lerner (1990) ressalta que a tarefa de declaração da própria individualidade e diferença da mãe é relativamente mais difícil e complexa para a menina, porque é a filha, em particular, que pode experimentar inconscientemente que um passo para a autonomia é perigoso, como se estar separada e completa sem a mãe fosse uma traição desleal do relacionamento entre as duas.

É sabido que o desenvolvimento do psiquismo do sujeito se dá antes do seu nascimento, conforme Bucarechi (2003); então, a fim de brevar a relação ilusória de plenitude mãe-bebê, a criança precisará lançar um olhar em direção à instância paterna, porque é o pai quem poderá equilibrar essa relação, afastando a criança do espaço materno onipotente. Mas, para que se possa produzir a interferência paterna, além do interesse da criança pelo pai, é essencial que a mãe também o aceite. Esta saída oferecida pelo pai, favorecida pela mãe e elaborada pela criança, vai constituir a estrutura necessária para a criança ser libertada como sujeito desejante.

No entanto, ao invés de uma maternagem suficientemente boa, algo se inverteu no processo de interação entre mãe-filha nos transtornos alimentares, conforme ressalta Eliot (2004). Insatisfações maternas e comportamentos instáveis são transmitidos aos filhos em geral, mesmo que silenciosamente.

Ward, Ramsay e Treasure (2000) identificaram que o vínculo mãe-filha é caracterizado por mais insegurança, medo de abandono e falta de autonomia nas mulheres com transtorno alimentar. Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele & Treasure.

(2001) avaliaram o vínculo mãe e filha em vinte pacientes com anorexia nervosa, constatando que apenas uma (1) possuía vínculo seguro. Latzer, Hochdorf, Bachar e Canetti (2002) e Tasca, Taylor, Ritchie e Balfour (2004) concluíram que os transtornos alimentares e suas atitudes devem ter relação com problemas de apego entre mãe e filha.

Grando e Rolim (2005) apontam que as mulheres com transtornos alimentares têm uma representação de sua família como um grupo social primário que faz cobranças e que, como elemento formador, tem participação na origem do distúrbio. A respeito dos modelos familiares Minuchin (1990) e Selvini-Palazolli (1990) apontam um padrão que envolve, entre outros elementos, a dificuldade de separação e individuação entre os membros. Minuchin (1990) aponta que na família das anoréticas, existe a falta de um senso de identidade separada da matriz familiar, e a incapacidade destas meninas de se separar de suas mães resultava numa falha em alcançar qualquer senso estável de seus próprios corpos, sentidos como se fossem habitados por um introjeto materno mau. Assim, a inanição poderia ser uma tentativa de interromper o crescimento desse objeto hostil e intrusivo. Nas famílias das bulímicas, o autor observou que os pais, com frequência se relacionavam com suas filhas como extensão de si próprios.

Ainda existem, fatores observáveis no comportamento dos pais que influenciam na conduta da filha de forma mais direta. Dentre os estudos que comprovam essa afirmativa está o estudo de Agras, Hammer e McNicholas (1999), que longitudinalmente, avaliaram recém-nascidos e seus pais no que diz respeito aos fatores preditivos de problemas alimentares na infância e constataram que a insatisfação corporal da mãe, a internalização do ideal de magreza, o comportamento de fazer dieta, os sintomas bulímicos e maior índice de massa corporal da mãe e do pai aumentam a chance de aparecimento de problemas alimentares na infância, o que pode aumentar o risco para

transtornos alimentares no futuro. Outro estudo (Keery, Bouetelle, Van-den-Berg & Thompon, 2005) examinou a prevalência e efeitos das críticas que os familiares fazem em relação à forma corporal das adolescentes, os resultados apontam um índice de 13% de críticas provindas da mãe e 19% do pai. As garotas que sofreram com comentários depreciativos apresentaram mais insatisfação corporal, baixa auto-estima, mais comportamentos alimentares anormais e sintomas depressivos do que garotas não submetidas a essa situação.

Mães de pacientes com transtornos alimentares tendem a ser mais críticas e preocupadas com relação ao peso de suas filhas, incentivando-as a fazer dieta, mais do que as mães de filhas sem o transtorno (Gowers & Shore, 2001). Ricciardelli e McCabe (2001) afirmam que a pressão para perder peso, exercida pela mãe, é o principal fator preditivo de insatisfação corporal e do engajamento em estratégias para modificar o corpo em adolescentes.

Um rígido controle e pais perfeccionistas limitam as oportunidades para o desenvolvimento de um self com funcionamento autônomo, prejudicando o desenvolvimento de um senso de self claro e elaborado (Bruch, 1973). A autora argumenta que a anorexia, dessa forma, acaba ocupando uma forma de controle, para a mulher demonstrar seu aparente senso de identidade, de competência e de eficiência. Stein & Corte (2003) revelam que como a criança sem uma identidade emergente encontra mudanças biológicas e sociais associadas a sua adolescência, essa falta de autonomia a submete a sentimentos de incompetência, dúvidas e medos de perda de controle, e para compensar isto, se volta ao peso corporal, um domínio culturalmente valorizado, como uma forma viável de definição do seu self. Os comportamentos que caracterizam a anorexia e a bulimia teriam a função de restaurar um senso de coesão,

crescimento de sentimentos de eficiência e serve como uma “identidade compensatória” que permite alguma artificial presença significativa no mundo.

Alguns estudos descreveram as origens desenvolvimentais das bulímicas (Goodsitt, 1983; Sugarman e Kurash, 1982). De acordo com o primeiro, havia uma grande dificuldade de separação tanto nos pais quanto nas pacientes e que um tema comum na história do desenvolvimento delas era a ausência de um objeto transicional para ajudar a criança a separar-se psicologicamente de sua mãe. No outro estudo (Sugarman e Kurash, 1982) os autores ponderaram que o esforço desenvolvimental realizado pelas bulímicas para se separar de suas mães poderia, então, ser atuado pela utilização do próprio corpo como um objeto transicional, e assim, a ingestão de alimentos seria uma forma de desejo de fusão com a mãe, e a expulsão, seria um esforço para separar-se dela. Appledorn (2000) reforçou esse achado, concluindo que havia correlação significativa entre a gravidade da bulimia, a dificuldade nas relações objetais e distúrbios de identidade.

#### Auto-estima, apego e os transtornos alimentares

A auto-estima é uma atitude positiva ou negativa voltada a um objeto particular: o si mesmo. Mas o conceito tem duas conotações muito diferentes. Uma conotação da auto-estima implica o indivíduo pensar que é “muito bom”; outra muito diferente se relaciona com o crer ser: “suficientemente bom”. É possível que uma pessoa se considere superior à maioria das demais, e então, se sinta inadequada, de acordo com certas regras que imponha a si mesmo. Inversamente, uma adolescente pode considerar-se um indivíduo comum, e apesar disso, estar satisfeita com o seu eu (Rosenberg, 1973). A construção de uma boa auto-estima surge como alicerce de força de vida. Está profundamente associada

à resiliência, ou seja, à combinação entre flexibilidade e força para enfrentar os obstáculos, à criatividade para encontrar saídas, à visão otimista, à esperança, à fé e ao cultivo da alegria pelas coisas simples (Assis & Avanci, 2004).

A auto-estima é um dos componentes do autoconceito e manifesta-se pela aceitação de si mesmo como pessoa e por sentimentos de valor pessoal e de autoconfiança. Ela constitui um dos determinantes mais importantes do bem-estar psicológico e do funcionamento social (Salmivalli, Kaukiainen, Kaistaniemi & Lagerspetz, 1999) e tem sido considerada como importante indicador da saúde mental (Andrade & Angerami, 2001). André e Lelord (2000) descrevem que a auto-estima assenta-se em três grandes pilares: a auto-confiança, a imagem de si próprio e o gostar de si mesmo, sendo este último, o pilar mais importante.

O modo como a criança constrói o conceito de si mesma, a partir das interações com seus pais, é de vital importância para seu futuro. O modelo que o filho configura será tanto mais seguro, vigoroso, estável e confiável quanto melhor apegado for à sua figura materna, quanto mais acessível e digna de confiança, quanto mais disponível, estimulante e reforçadora tenha sido a conduta da mãe. Do contrário, o modelo que a criança tem de si mesma será inseguro, frágil, instável e desconfiado em função de como percebe e/ou atribui a interação com seus pais, de forma mais hostil, desconfiada, distante ou inacessível (Polaino-Lorente, 2004).

O apego é um vínculo afetivo, estável e consistente que se estabelece entre mãe e bebê como resultado da interação entre ambos e envolve um sentimento de confiança básico. Também se caracteriza pela necessidade que sente o filho (de modo geral) de buscar e manter certo grau de proximidade e de contato físico com as figuras com as quais tem vínculos (Bowlby, 1990). Dependendo do tipo de apego existente entre mãe e

filho (se inseguro, evitativo, ambivalente, desorganizado ou ansioso), a auto-estima do filho terá nuances diferenciadas. Só o tipo de apego seguro, caracterizado pela percepção de que a mãe é uma base segura, disponível, responsiva e que em situações adversas é sensível, acessível e colaboradora pode contribuir para que a auto-estima da criança seja alicerçada numa forte segurança (Mruk, 1998).

A teoria do apego define que o modelo de relações primárias com os cuidadores influencia na cognição, no emocional e nas experiências comportamentais na vida do indivíduo (Bowlby, 1989). O autor hipotetizou que baseadas nos vínculos primários, as crianças constroem modelos de seu self e modelos dos outros. Rosenberg (1973) pondera que o indivíduo internaliza as idéias e atitudes expressas por figuras-chave de sua vida e pela cultura, passo importante para se apreender as bases da formação da auto-estima. O autor ainda ressalta que a criança pequena não pode penetrar diretamente em sua própria experiência; primeiro percebe a forma como as pessoas reagem a ela, experimenta os próprios sentimentos e reações, para então aprender a pensar em si.

A formação da adequada auto-estima depende profundamente do olhar amoroso de apreciação, do ser visto como pessoa de valor, com competência, no mínimo por uma pessoa significativa nos círculos de convivência. O papel de destaque nesse processo pertence à família, independentemente de sua composição porque é a principal fonte de apoio estável (Assis & Avanci, 2004).

Ramalho (2001) destaca que a imagem conferida pela mãe é adquirida a partir do olhar, do seu desejo, enquanto encarnação do outro primordial, tomado como espelho. Assim, nunca é com seus próprios olhos que a criança se vê, mas sempre com os olhos do outro. O ver-se numa identificação com esse olhar dirigido para si constitui, assim, o narcisismo. O que é, ainda, essencial na assunção da imagem do corpo no espelho é que

a criança carregada pela mãe, cujo olhar a reconhece, se vira para ela como para lhe pedir que autentique, que testemunhe sua descoberta, trata-se do reconhecimento da sua mãe. Portanto, se a auto-imagem, de natureza essencialmente narcísica, captada pela criança na aurora de sua vida psíquica for tibia e fugidia, dará origem a um sentimento de integridade narcísica e de auto-estima na mesma proporção tibia e fugidio.

A estima que o filho sente pela mãe está ligada ao desenvolvimento de sua própria auto-estima condicionada pela mãe (Polaino-Lorente, 2004). Mães de filhos com elevada auto-estima tendem a ter relações mais positivas e a possuir maior equilíbrio, fornecendo respostas claras aos filhos e favorecendo sua independência. Mães de crianças de baixa auto-estima tendem a serem emocionalmente instáveis (Coopersmith, 1967).

Quando o resultado de experiências arcaicas do desenvolvimento é desfavorável, há um aumento dos riscos para o desenvolvimento psíquico saudável, e um deles é a baixa auto-estima e os transtornos alimentares (Gorgati, Holcberg e Oliveira, 2002).

A relação entre a baixa auto-estima e os transtornos alimentares tem sido identificada em vários estudos e foi identificada como fator preditor de sintomas bulímicos por Vohs, Bardone, Joiner, Abramson e Heatherton (1999). Os autores investigaram a interação do modelo de perfeccionismo, percepção do peso e auto-estima em 342 adolescentes para avaliar se eram preditores de sintomas bulímicos. Foi demonstrado que as adolescentes, que tinham altos índices de perfeccionismo e que se consideravam acima do peso, exibiam mais sintomas bulímicos, se a auto-estima também era baixa; do contrário, as adolescentes, nas mesmas condições, mas que apresentavam alta auto-estima, apresentavam menor sintomatologia. Em 2001, os autores (Vohs, Pettit, Bardone, Katz, Abramson, Heatherton & Joiner replicaram o estudo, adicionando outras variáveis no que se refere à auto-estima e os dados foram novamente confirmados.

Mas, Aranda, Murcia, Gil e Ruiloba (2001) compararam quatro grupos, um que apresentou sintomas anoréxicos; outro apresentou sintomas bulímicos, e um grupo controle subdividido em dois, um com e outro sem comportamento restritivo. No grupo da AN e BN foram encontrados índices significativamente maiores de baixa auto-estima e insatisfação com o próprio corpo do que no grupo controle sem restrição alimentar. Houve correlação positiva entre as variáveis sintomatológicas alimentares e a baixa auto-estima, o que concorda com os vários estudos semelhantes que sugerem uma pobre auto-estima e auto-conceito nos transtornos alimentares, em maior medida do que o observado na população geral e grupos controles (Rosen & Ramirez, 1998; Goldner, Geller, Birmingham & Remick, 2000, Berrocal, Rivas, Barsabé & Castro, 2003)

É amplamente aceito que os fatores de risco para a bulimia nervosa, principalmente a insatisfação com o corpo são dependentes de fatores culturais. Jaeger, Ruggiero, Edlund, Gómez-Perreta, Lange et al (2002) avaliaram a insatisfação corporal e outros fatores de risco para a bulimia em doze diferentes países para revelar suas inter-relações. Os pesquisadores verificaram que quanto maior era a insatisfação corporal menor era a auto-estima. Abreu e Cangelli (2004) identificaram que as mulheres com bulimia nervosa apresentam uma auto-estima flutuante, ou seja, quando têm a sensação de controle, sua auto-estima é alta, quando descontrolam-se, têm compulsões e purgações e sua auto-estima se rebaixada.

Estudos com amostras não clínicas, de universitárias (Kugu, Akyuz, Dogan, Ersan & Izgic, 2006) também apontaram diferenças significativas entre os grupos. Nas garotas que apresentaram mais sintomas alimentares anormais (medidos pelo EAT-26) foi pontuada uma auto-estima mais baixa. Os autores (Binford & Grange, 2005) compararam dois grupos: bulimia e transtorno alimentar sem outra especificação, com características

não purgativas e identificaram que no primeiro grupo a auto-estima era mais baixa, bem como tinham mais preocupações com o peso, a forma e a alimentação.

### Tratamento e prevenção

Apesar de os transtornos alimentares serem quadros bastante graves e deixarem lacunas na compreensão de sua etiologia, dificultando assim, um planejamento para prevenção primária e para os tratamentos, podem ser encontrados dados bastante positivos tanto no campo da prevenção quanto do tratamento.

Um dado otimista foi publicado por Halvorsen e Heyerdahl (2006) que ao investigarem a personalidade, a auto-estima e a satisfação na vida em um grupo de anoréticas que haviam iniciado tratamento há, em média, oito anos, descobriram que as pacientes que haviam obtido sucesso no tratamento podiam apresentar traços normais de personalidade e de auto-estima na idade adulta. Mas Pereira, Lock e Oggins (2006) enfatizam que é fundamental a família também se desempenhe na formação de uma aliança com o tratamento de suas filhas com anorexia nervosa, uma vez que isso pode contribuir para o desfecho favorável do tratamento.

A auto-estima é componente de peso na constituição desses transtornos e por isso se torna objetivo de tratamento manejar com ela para que se eleve a patamares mais seguros. As estratégias sugeridas para o tratamento da anorexia nervosa objetivam, entre outros focos, o aumento da auto-estima porque, para as pacientes com transtornos alimentares, a magreza estaria associada à competência, superioridade e sucesso, tornando-se assim intrinsecamente associada à auto-estima. A abordagem da auto-estima envolve a redução das altas expectativas de desempenho das pacientes com anorexia, desenvolvendo padrões realistas de auto-avaliação e incentivando-as a manter o foco em seus sucessos e

qualidades. É importante também desenvolver uma avaliação multifacetada de valor pessoal, fazendo sua auto-estima se apoiar em outros atributos além da aparência. Na bulimia nervosa, a modificação das crenças centrais e dos pensamentos associados à alimentação, aparência e valor pessoal são realizados nos mesmos moldes que na anorexia (Duchesne & Almeida, 2002).

A baixa auto-estima está relacionada e presente nos mais variados transtornos psiquiátricos e por isso acaba sendo uma função a ser resgatada ou desenvolvida na paciente. Baixa auto-estima é sintoma das ansiedades (Silva & Costa, 2005), dependência química (Silva e Mattos, 2004), fator de risco para o uso de drogas (Feijó, 2001), distímia (Spanemberg & Juruena, 2004), depressão (Bahls, 2002), esquizofrenia (Araújo, Petribú & Bastos, 2002), transtorno de déficit de atenção (Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001) e comer noturno (Gluck, Geliebter & Satov, 2001) e também associa-se a sofrimentos em decorrência de abuso físico (Cecconello, Antoni & Koller, 2003), violência contra mulher (Vianna, Bonfim & Chicone, 2006) e má formações congênitas (Andrade & Angerami, 2001). Além da violência, outras situações adversas à vida da criança e do adolescente costumam estar relacionadas a níveis mais baixos de auto-estima: abuso de drogas, gravidez precoce, fracasso escolar, delinqüência, idéias de morte, agressões escolares e depressão (Assis & Avanci, 2004).

Intervenções desde a primeira infância, focadas nas relações parentais, e principalmente mãe-bebê, que as ensinem a identificar adequadamente e a responder às necessidades do bebê seriam importantes fatores para o desenvolvimento saudável do self, podendo dar suporte, conseqüentemente, ao futuro adolescente e adulto, vindo a servir de prevenção primária para o desenvolvimento de transtornos alimentares e várias

outras psicopatologias, já que a auto-estima é um importante fator presente na saúde mental (Mruck, 1998).

Em 1967, Coopersmith já salientava cinco condições que contribuem para melhorar a auto-estima da criança: a) apresentar uma aceitação de seus pensamentos, sentimentos e valores pessoais; b) receber limites justos e definidos; c) os pais não serem autoritários, nem violentos para controlar e manipular a criança, nem humilhá-la ou ridicularizá-la; d) os pais devem manter altos padrões e altas expectativas em termos de comportamentos e desempenhos da criança; e) os pais devem apresentar um bom nível de auto-estima, porque são modelos de aprendizagem. Crianças e jovens que se sentem amados, respeitados, escutados, compreendidos, valorizados e estimulados a desenvolverem suas habilidades e competências têm maior probabilidade de apresentar auto-estima adequada. É inevitável constatar que esses critérios não foram respeitados na história de vida das mulheres com transtornos alimentares.

E ainda existe uma preocupação em desenvolver programas preventivos de comportamentos alimentares anormais. O`Dea e Abraham (2000) criaram um programa de intervenção focando o aumento da auto-estima. O modelo educacional tinha como objetivo ajudar uma amostra de adolescentes a ter mais satisfação com sua imagem corporal. Depois de doze meses os estudantes ainda mantinham auto-estima, satisfação corporal e aceitação social adequados; aqueles que inicialmente pareciam estar sob risco de desenvolver algum transtorno alimentar também estavam adequados depois de um ano, comprovando a eficácia do projeto. No entanto, criar programas de prevenção para esses transtornos não é tarefa fácil tendo em vista que outros pesquisadores tentaram e não perceberam efeito (Ghaderi, Martensson & Schwan, 2005). Um programa de prevenção de transtornos alimentares deve comportar diversas variáveis tendo em vista

sua etiologia multivariada, mas a auto-estima certamente deve ser considerada, porque é fator de proteção para diversas psicopatologias.

### Considerações finais

A auto-estima é tão importante para o ser humano que Maslow (1991) desenvolveu a idéia de que entre as necessidades humanas está a de estima, ou seja, a necessidade de auto-estima e estima por parte dos outros. A satisfação dessa necessidade leva o indivíduo a se sentir confiante em si mesmo (no seu valor, força, capacidade e adequação), mais útil e necessário ao mundo.

As adolescentes com elevada auto-estima tendem a um “afeto positivo”, acreditam na sua competência e no seu valor, demonstram capacidade para lidar com desafios, são auto-suficientes e conseguem se adaptar mais facilmente a uma situação nova. Essas pessoas são independentes, autônomas e percebem a realidade mais acuradamente. Já, as adolescentes com baixa auto-estima são mais sensíveis a críticas dirigidas a elas, sofrem de um “afeto negativo”, com sentimentos de inferioridade, menos-valoria, isolamento e insegurança e têm um grande senso de proteção consigo; a vulnerabilidade é uma característica marcante. A literatura permite ponderar que a baixa ou alta auto-estima determinam o curso que a pessoa pode dar à sua vida.

Para nos estimarmos é preciso, que primeiramente, alguém tenha nos estimado, que acreditemos que somos dignos de amor, ou de estima, e por isso pensamos logo na figura primordial: a figura materna. Apesar de existirem tentativas de prevenção, de técnicas para tratamento, há um elemento que não pode ser deixado de lado: a família, principalmente a mãe, pela força que exerce como modelo no comportamento da criança, da adolescente e conseqüentemente da futura mulher adulta.

## Referências bibliográficas

- Abreu, C. N., Cangelli, R. (2004) Anorexia nervosa and bulimia nervosa: a psychotherapeutic cognitive-constructivist approach. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4): 177-183.
- Agras, W.S. (2001) The consequences and costs of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 371-379.
- Agras, S., Hammer, L., McNicholas, F. (1999) A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3):253-62.
- American Psychiatric Association. – APA – (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR* (D. Batista, Trad.), 4 ed. ver. (Trabalho original publicado em 2001). Porto Alegre: Editora Artmed.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders.*, 3ed, APA.
- Andrade, D. & Angerami, E. (2001). A auto-estima em adolescentes com e sem fissura de lábio e/ou palato. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 9(6): 37-41.
- André, C & Lelord, F. (2003). *Auto-estima: amar a si mesmo para conviver melhor com os outros*. Rio de Janeiro: Nova Era.
- Appledorn, K. (2000) Object relations and identity disturbances in bulimic women. *Dissertation Abstract International*, 60 (12-B): 6394.
- Araujo, F. S, Petribu, K.& Bastos, O.(2002) Depressão na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24: 86-93.

- Assumpção, C. L. & Cabral, M. D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24: 29-33.
- Bahls, S.C.. (2002) Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: aspectos clínicos. *Jornal de Pediatria*, 78 (5): 359-366.
- Bardone, A.M. & Cass, K.M. (2006) Investigating the impact os pro-anorexia websites: a pilot study. *European Eating Disorders Rewiew*, 14 (4), 256-265.
- Binford, R.B. & Le Grange, D. (2005). Adolescents with bulimia and eating disorder not otherwise specified purging only. *International Journal of Eating Disorder*, 38 (2): 157-161.
- Bleichmar, E. (1988). *O Feminismo Espontâneo da Histeria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo* (Vol 1, 2 ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Cameron, E.M. & Ferraro, F.R. (2004) Body Satisfaction in college women after brief exposure to magazine images. *Perceptual e Motor Skills*, 98 (3) 1093-1099.
- Berrocal, C. Rivas, T. Barsabé, R & Castro, S. (2003) Análisis de las diferencias clínicas entre la bulimia nerviosa y la bulimia por debajo del umbral. *Psicología Conductual*, 11, (2), 239-259.
- Bucarechi, H. A. (2003). *Anorexia e bulimia nervosa : uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders – Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books, Harper Torchbooks.

- Ceconello, A.M. De Antoni, C. & Koller, S.H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8 : 45-54.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 154-157.
- Cordás, T.A. & Claudino, A.M. (2002) Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 3-6.
- Assis, S. G. & Avanci, J.Q. (2004). *Labirinto de Espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Duchesne, M., Almeida, P. E. M. (2002) Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24: 49-53.
- Fairburn, C.G., Zafra, C., Boneca, H.A., Welch, S.L. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 468, 1999.
- Feijó, R.B. & Oliveira, E.A. (2001) Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77 (2): 125-134.
- Filippi, L.M. (2004) Eating Disorders as biologically and culturally determined mental illnesses. *Scan's Pulse*, 23 (3), 9-12.
- Ghaderi, A., Martensson, M., & Schwan, H. (2005) "Everybody's different": a primary prevention program among fifth grade school children. *Eating Disorders*, 13: 245-259.
- Gluck, M. E., Geliebter, A. & Satov, T. (2001) Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res*, 9:264-267.

- Goldner, E.M. Geller, J., Birmingham, L. & Remick, R. (2000) Comparison of Shoplifting behaviours in patients with eating disorders, psychiatric control subjects, and undergraduate control subjects. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (5), 471-475.
- Goodsitt, A. (1983) Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2(3): 51-60.
- Gorgati, S. B., Holcberg, A. & Oliveira, M.D. (2002). Psychodynamic approach on treatment of eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24: 44-48.
- Gowers, S.G. & Shore A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179:236-42.
- Grando, L. H. & Rolim, M.A.(2005). Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(6):989-95.
- Halvorsen, I & Heyerdahl, S. (2006) Girls with anorexia nervosa as young adults: personality, self-esteem, and life satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4):285-93.
- Inchi, R. & Meral, N (2006) A content analysis of popular magazine articles on eating disorders. *Eating Disorders*, 14 (2) 109-121.
- Jaeger, B., Ruggiero, G.M.,Edlund, Gómez-Perreta, C., Lang ,F., Mohammadkhani, P., Sahleen-Veasey, H., Schomer, H. & Lamprecht, F. (2002). Body Dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71: 54-61.

- Keery, H., Bouetelle, K., Van-den-Berg, P. & Thompon, J.K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health, 7*(2): 120-127.
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E. & Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40* (2): 129-135.
- Lerner, H. (1990). *Mulheres em terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mas, M. V., Aranda, F. F., Murcia, S., Gil, T., & Ruiloba, J. (2001) Baja autoestima, restricción alimentaria y variables psicopatológicas en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio de casos controles. *Psicología conductual, 9* (2), 267-278.
- Maslow, A. H. (1991). *Motivacion y personalidad*. Madrid: Diaz de Santos.
- Minuchin, S. (1990). *Familias: funcionamiento e tratamiento*. Porto Alegre: Artmed.
- Monro, F.J e Huon, G.F. (2006) Media-protreyed idealized images, self-objectification and eating behavior. *Eating behaviors,7*: 375-383.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R. & Negrão, A. Z. (2002) Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*: 18-23.
- Mruck, C. (1998). *Auto-estima: Investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- O'Dea, J. A. & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. *Internacional Journal of eating Disorders, 28*: 43-57.

- Paxton, S.J., Neumark, S., Hannan, P.J. & Eisenberg, M.E. (2006) Body Dissatisfaction Prospectively Predicts Depressive Mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4) 539-549.
- Pereira, T., Lock, J. & Oggins, J. (2006). Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(8): 677-84.
- Pillon, S. C. & Luis, M.A.V. (2004) Explanatory models for alcohol and drugs use and the nursing practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (4): 676-682.
- Pinzon, V. & Nogueira, F.C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares, *Revista de Psiquiatria Clínica* 31(4): 158-160.
- Polaino-Lorente, A (2004). *Familia y Autoestima*, Editorial Ariel: Barcelona.
- Ramalho, R.M (2001) *Anorexia e Bulimia: manifestações do sofrimento feminino hoje*. Dissertação Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicanálise, PUCSP.
- Rosen, J.C & Ramirez, E. (1998) A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and image psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 441-449.
- Rosenberg, M. (1973) *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Salmivalli, C., Kaukiainen, A., Kaistaniemi, L., & Lagerspetz, K. M. (1999) Self-evaluated self-esteem, peer-evaluated self-esteem, and defensive egotism as predictors of adolescents' participation in bullying situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1268-1278.

- Segatto, C., Padilla, I. & Frutuoso (2006, 18 de novembro) Por dentro da mente de uma anoréxica. *Época*, p.55.
- Selvini-Palazolli, M (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Silva, M. e Costa, M (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica*, 2 (23): 111-127.
- Silva, V. A.; Mattos, H. F. (2004). Os jovens são mais vulneráveis as drogas? Em Pinsky, I.; & Bessa, M. A. (Eds.). *Adolescência e drogas* (31-44). São Paulo: Contexto.
- Souza, I. Serra, M. A., Mattos, P. & Franco, V. (2001). Comorbidades em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: resultados preliminares. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 59(2-B): 401-406.
- Spanemberg, L. & Juruena, M F, (2004). Dysthymia: historical/nosological characteristics and its relationship with major depressive disorder. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26 (3): 300-311.
- Stein, K. F. & Corte, C. (2003) Reconceptualizing causative factors and intervention strategies in the eating disorders: a shift from body image to self-concept impairments. *Archives of psychitric Nursing*, 17(2), 57-66.
- Sugarmam, A. e Kurash, C. (1982). The body as a transicional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1(4), 57-67.
- Tasca, G.A., Taylor, D., Ritchie, K. & Balfour, L. (2004). Attachment Predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 83(3): 201-212.
- Ward, A. Ramsay, R & Treasure, J (2000) Attachment research in eating disorders. *British Journal of medical Psychology*, 73, 35-51.

- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H. & Treasure J. (2001) Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4):497-505.
- Wiseman, C.V, Peltzman, B, Halmi, K.A, Sunday, S.R (2004) Risk factor for eating disorders: surprising similarities between middle school boys and girls. *Eating Disorders*, 12 (4): 315-320.
- Vianna, L. Bomfim, G. & Chicone, G (2006). Autoestima de las mujeres que sufrieron violências. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (5): 695-701.
- Vohs, K., Bardone, A., Joiner, T., Abramson, L. Y. & Heatherton, T. (1999) Perfectionism, Perceived Weight Status, and Self-esteem interact to predict bulimic symptoms: a model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 188 (4), 695-700.
- Vohs, K., Pettit, Z., Bardone, A., Katz, J., Abramson, L., Heatherton, T. & Joiner, T. (2001) Perfectionism, body dissatisfaction and self-esteem: an interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (4), 476-497.

## TRANSTORNOS ALIMENTARES, RELAÇÃO COM A FIGURA MATERNA, AUTO-ESTIMA E RORSCHACH

### Resumo

A pesquisa teve como foco a dificuldade na relação primária entre mãe-filha e auto-estima em mulheres com transtornos alimentares. A amostra se constituiu de 51 participantes distribuídas em três grupos: anorexia nervosa (Gr1), bulimia nervosa (Gr2) e controle (Gr3). Os instrumentos utilizados foram: a Técnica de Rorschach, para avaliar a relação primária com a figura materna; Escala de Rosenberg, para avaliar a auto-estima e um questionário para levantamento de dados sócio-demográficos e características da amostra. O EAT-26 e o MINI foram utilizados para triar o grupo controle. A análise estatística foi por meio do Teste ANOVA e do Teste Qui-quadrado, com índice de significância aceito de  $\leq 0,05$ . Observou-se que os grupos 1 e 2 apresentaram indicadores de maior dificuldades na relação primária com a figura materna, nos relacionamentos interpessoais e baixa auto-estima, comparados com o Gr3.

Palavras-Chave: Transtornos alimentares; relação mãe e filha; Rorschach.

### Abstract

The research had as an aim the difficulty in the primary relationship between mother-child and self-esteem in women with eating disorders. The sample was composed by 51 participants distributed in three groups: anorexia nervosa (Gr1), bulimia nervosa (Gr2) and control (Gr3). The instruments which were used were: the Rorschach technique to evaluate the primary relationship with the maternal figure, the Rosenberg Scale to evaluate self-esteem, and a questionnaire to survey the demographic and social data and

the sample characteristics. The EAT-26 and the MINI were used to select Gr3. The statistics analysis was made through ANOVA and the Chi-Square tests, with an accepted rate of significance of 0,05. Groups 1 and 2 presented indicators of higher difficulties in the primary relationship with the maternal figure, in the interpersonal relationships and low self-esteem, compared to Gr3.

Keywords: Eating disorders; mother-child relationship; Rorschach

**Área CNPq: Ciências Humanas (7.00.00.00-0)**

**Sub-área CNPq: Desenvolvimento Social e da Personalidade (7.07.07.02-2)**

## Introdução

Os transtornos alimentares constituem um fenômeno bastante complexo e repleto de interrogações. Essa ampla área de estudos - que envolve a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN), o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e ainda os transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) (DSMIV-TR, 2002)- tem se especializado muito nas últimas décadas, fruto do crescente investimento em pesquisas.

Recentemente, este tema tem sido muito divulgado pela mídia. Tomou dimensão com o impedimento de “top models” que estavam abaixo do índice de massa corporal (IMC) normal nos desfiles das grandes grifes, sob alegação de risco à saúde e de modelo negativo para as adolescentes. Em 2006, duas novelas apresentaram personagens com AN e BN. Mas o mais trágico dos eventos, foi a morte de uma modelo brasileira, que definitivamente chamou a atenção da sociedade para a compreensão destes fenômenos.

Os transtornos alimentares se distribuem como num *spectrum* que vai de formas agudas até formas crônicas, gerando a dúvida se não seriam os subtipos apenas estágios evolutivos de uma mesma doença (Cordás, 2004). Apesar dos avanços nesta área, os transtornos alimentares ainda representam um desafio aos clínicos e pesquisadores por sua natureza sindrômica, não completamente esclarecida do ponto de vista etiológico (Appolinario, Cordás & Claudino, 2002).

Poucos transtornos psiquiátricos se distribuem de forma tão assimétrica - em relação ao gênero - quanto os transtornos alimentares, com apenas 10% dos casos ocorrendo no sexo masculino (Melin & Araújo, 2002), com uma prevalência média de relação homem-mulher de 1:10 e até de 1:20 (Klein & Walsh, 2004); atingindo, principalmente, jovens do sexo feminino (90% dos casos) e mais fortemente mulheres em determinadas profissões como atletas, modelos e bailarinas, que parecem ter risco

aumentado de AN e BN (Hoek, 2002; Klein & Walsh, 2004). Sabe-se que a estimativa de prevalência nos transtornos alimentares depende das amostras e dos métodos empregados nas pesquisas, mas, o mais difundido é que a prevalência de anorexia nervosa seja entre 0.3% a 3.7% e na bulimia nervosa de 1% a 4.2% (Guidelines, 2006). Contudo, é evidente que os quadros atípicos representam manifestações mais leves ou incompletas, muito mais frequentes que as síndromes completas (5:1) e com risco de evoluírem para as mesmas (Claudino & Borges 2002).

Os transtornos alimentares possuem uma etiologia multifatorial, composta de predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas. Entre os fatores predisponentes, destacam-se a história de transtorno alimentar e (ou) transtorno do humor na família, os padrões de interação familiares (rigidez, intrusividade e evitação de conflitos na anorexia; a desorganização e falta de cuidados na bulimia), o contexto sociocultural, que valoriza a magreza, disfunções metabólicas e traços de personalidade (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002). Em especial, a baixa auto-estima (McGee, 2000, Ghaderi & Scott , 2001).

No contexto sociocultural, a sociedade feminina, mais vulnerável aos ideais de beleza criados culturalmente, vem imersa nos últimos anos num desejo de consumo alienado, perseguindo um padrão de beleza massificado e muitas vezes biologicamente impossível de ser alcançado, esta realidade - somada às questões psicológicas e familiares - parece estar na base dos transtornos alimentares.

A literatura clássica aponta que a vivência inapropriada da relação primária entre mãe e filha é um dos principais fatores influentes nesses transtornos (Bruch, 1982), porque é responsável por parte da estruturação da personalidade e constitui uma matriz sobre a qual os indivíduos se desenvolvem. Logo, uma relação primária inapropriada, na

qual há um predomínio de vivências de frustrações em detrimento das vivências de gratificações, promove diversas dificuldades, como no processo de separação-individuação (Mahler, 1982), entre outras conseqüências, como a baixa auto-estima (Polaino-Lorente, 2004).

Este estudo se justifica pela necessidade de aprofundar e conferir conhecimentos relativos às características da personalidade das mulheres acometidas pelos transtornos alimentares, AN e BN, para, assim, promover mais um olhar para a clínica e entender um pouco mais dos fatores constituintes envolvidos nesses quadros.

#### Transtornos alimentares: diagnóstico

Os transtornos alimentares são descritos como transtornos e não como doenças porque ainda não se conhece bem sua etiopatogenia (Claudino & Borges, 2002). Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) da American Psychiatric Association (APA) (2002) e a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993), ressaltam duas entidades nosológicas principais: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN).

Sucintamente, segundo o DSM-IV-TR (2002), os critérios diagnósticos da anorexia nervosa são: a) recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; b) medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo com o peso abaixo do normal; c) perturbação no modo de vivenciar o peso, ou a forma do corpo e d) em respeito às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.

Para a bulimia nervosa, os critérios diagnósticos, segundo o DSM-IV-TR (2002) são: a) episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica; b) comportamento compensatório, inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, jejuns ou exercícios excessivos; c) a compulsão e a compensação inadequadas ocorrem em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses; d) a auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais; e) o distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

#### Relação primária com a figura materna e os transtornos alimentares

O desenvolvimento psíquico dos primeiros anos de vida e as relações objetais são alvo de estudo de diversos autores. Margareth Mahler é um referencial clássico que embasa a investigação proposta e diversos autores (Blatt & Lerner, 1983, Lerner & Peter, 1984; Simon, 1987) integraram a teoria da autora em seus estudos com a técnica do Rorschach. Cada estágio desenvolvimental, elaborado por Mahler, foi estudado por Lerner (1998), que integrou a teoria da autora aos índices de respostas à técnica de Rorschach, definindo sua própria divisão.

Mahler (1993) aprofundou as implicações dessa relação dual para as fases seguintes da vida e por isso, é evidente que o tipo de vivência deste processo proporcionado pela mãe à criança, é responsável por profundas marcas na personalidade e comportamentos posteriores, o que torna fundamental a necessidade de uma *mãe* suficientemente boa tal como propôs Winnicott (1982), que leve o ser ao completo desenvolvimento até o fim da fase de separação-individuação (Mahler, 1993).

Bucaretschi (2003), por sua vez, aponta que o desenvolvimento do psiquismo do sujeito se dá antes do seu nascimento e, se por algum motivo, a futura mãe for incapaz de conferir ao feto um corpo imaginário, vivendo este feto somente como algo presente em seu próprio corpo, é bem possível que ela não favorecerá que essa criança constitua uma identificação imaginária de si mesmo.

Observa-se, portanto, que esse padrão relacional é fator comum na vida de mulheres com transtornos alimentares, o desejo invasivo da mãe, dificuldade que se instala desde o nascimento, na relação entre mãe e bebê, na qual o desejo materno acaba se impondo e tomando posse do corpo e do desejo da filha, que, impossibilitada de ter acesso ao seu próprio desejo e ao processo de simbolização, tenta se apossar do próprio corpo como um ato de rebeldia (Camargo, 2003). O que ainda favorece este processo é que geralmente a figura paterna, nestas famílias, costuma ser fraca, por ser incapaz de exercer com propriedade sua função de romper o vínculo simbiótico entre mãe e filha (Camargo & Bucaretschi, 2003).

A fragilidade narcísica encontrada nas pacientes com anorexia nervosa e com bulimia nervosa, conforme Ramalho (2001), atribui-se ao fato de estas não terem encontrado, ou encontrado de forma tênue, um lugar para si no desejo materno, um reconhecimento como sujeito, uma diferenciação. A mãe que não olha a filha, devido a suas dificuldades ou impossibilidade de desejá-la, ou a mãe que, ao invés de palavras (significantes, da ordem do desejo), dá à filha somente comida (objeto da necessidade primária), bem como a mãe que vê a si mesma na filha (no lugar desta), geram um mesmo impasse: a dificuldade de a filha obter tanto uma imagem de si quanto um reconhecimento como pessoa, sentindo-se abandonada, e, por isso, vazia e desamparada. E através da recusa do objeto, na anorexia, e da sua ingestão e posterior expulsão, na

bulimia, essas moças buscam estabelecer um limite, inscrever uma separação, uma falta, até então impossível de ser simbolizada, como se dissessem pelo ato, e não pela palavra que não era do objeto da necessidade orgânica que precisavam para viver, mas, fundamentalmente, de desejo, objeto da necessidade psíquica.

Alguns autores ressaltam que este padrão relacional vivido entre a mãe e a filha remete a uma repetição vivida com a própria mãe (Ramalho, 2001). O que foi também verificado por Garcia e Simone (2003) ao estudarem famílias que possuíam uma filha com transtorno alimentar. Os autores concluíram que a relação entre estas filhas e suas mães era pobre e isto também havia ocorrido entre estas mães e suas próprias mães.

#### Auto-estima e transtornos alimentares

Para Rosenberg (1989), a auto-estima expressa um sentimento ou uma atitude de aprovação ou de repulsa de si mesmo e até que ponto o sujeito se considera capaz, significativo, bem sucedido, valioso. É o juízo pessoal de valor expresso nas atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo.

A auto-estima é um fator predisponente, precipitador e perpetuador do desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares, segundo Newn, Bell e Thomas (2003). Existem diversos estudos sugerindo que a baixa auto-estima ou auto-avaliação negativa são fatores de risco importantes para o desenvolvimento tanto da AN quanto da BN (McGee, 2000; Ghaderi & Scott, 2001; Morgan et al., 2002).

Ricciardelli e McCabe (2001) afirmam que mães de pacientes com TA tendem a ser mais críticas e preocupadas com relação ao peso de suas filhas, incentivando-as a fazer dieta mais do que as mães de filhas sem TA. Esta pressão para perder peso, exercida

pela mãe, é o principal fator preditivo de insatisfação corporal e do engajamento em estratégias para modificar o corpo em adolescentes de ambos os sexos.

Ademais, um estudo longitudinal, que avaliou recém-nascidos e seus pais no que diz respeito aos fatores preditivos de problemas alimentares na infância demonstrou que a insatisfação corporal da mãe, a internalização do ideal de magreza, o comportamento de fazer dieta, os sintomas bulímicos e maior índice de massa corporal da mãe e do pai aumentam a chance de aparecimento de problemas alimentares na infância, o que pode aumentar o risco para TA no futuro (Agras, Hammer & McNicholas, 1999). Estes dois estudos citados por último fazem pensar que o comportamento dos pais, principalmente da mãe por ser um modelo para a filha, interfere diretamente na auto-estima dela.

### Objetivos e Hipóteses

O objetivo do estudo foi de comparar a relação primária com a figura materna e a auto-estima, em mulheres com anorexia nervosa (AN), mulheres com bulimia nervosa (BN) e mulheres de um grupo controle. Visando buscar esclarecimento para a questão, foram elaboradas as seguintes hipóteses alternativas:

H1: Mulheres com transtorno alimentar apresentam indicadores de relação objetal com a figura materna em índice mais elevado do que mulheres sem este transtorno.

H2: Mulheres com transtorno alimentar apresentam indicativos de auto-estima em índice mais baixo do que mulheres sem esse transtorno.

## Método

### Amostra

A amostra foi selecionada por conveniência e se constituiu de 51 mulheres, distribuídas em três grupos (AN= 15, BN=17 e controle= 19). A maioria (n=42) das voluntárias eram provenientes da cidade de Porto Alegre e Grande Porto Alegre, algumas poucas (n = 9), de cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul.

Os grupos de transtornos alimentares foram compostos por mulheres que estavam em tratamento nas três instituições onde foi realizada pesquisa de campo. Das cinco instituições oficiais existentes em Porto Alegre, duas não se dispuseram a aceitar a execução da pesquisa em suas dependências.

O grupo controle foi escolhido por conveniência, de duas instituições educacionais: uma de Ensino Médio (de classe média a baixa) e a outra universitária (de classe média a alta). Para a triagem das participantes desse grupo, quanto a não apresentarem comportamento alimentar anormal, foi aplicado o “Eating Attitudes Test” (EAT-26) e o MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).

O pareamento entre os grupos foi feito por faixa etária, escolaridade e renda. A média de idade foi de 21,6 (DP=6,4) e foi observada distribuição semelhante quanto ao estado civil, à escolaridade, à ocupação e à renda de todos grupos.

### Instrumentos

1) Técnica de Rorschach. É uma técnica projetiva elaborada por Hermann Rorschach em 1921, construída para avaliar, no sentido geral, a estrutura da personalidade e o funcionamento de seus psicodinamismos (Salmon, Arnold & Collyer,

1972; Vaz, 1997). O sistema de classificação adotado neste estudo foi o de Bruno Klopfer com adaptação de Vaz (1997).

Para responder à primeira hipótese (relação primária com a figura materna) foram utilizadas as seguintes variáveis: frequência dos determinantes forma e cor ( $FC \geq CF + C$ ) para avaliar a capacidade de liberação adequada de sentimentos e emoções; movimento humano ( $M+$ ,  $M-$ ,  $M\pm$ ) e conteúdos humanos [ $H+Hd$  e  $(H) + (Hd)$ ] para avaliar as condições de relacionamento humano e o fenômeno especial choque ao vazio e outros fenômenos nos Cartões I, VII e IX para verificar a relação primária com a figura materna.

2) Escala de Rosenberg. É um instrumento criado em 1965. Em sua versão brasileira (Mosquera, 1974), a escala é auto-aplicável, unidimensional e compõe-se de dez itens em formato Likert, variando de um a quatro pontos. Tem como objetivo avaliar globalmente a atitude positiva ou negativa de si mesmo (auto-estima). Foi calculado o índice o Alfa de Cronbach, que resultou em 0,96.

3) EAT-26. Escala auto-aplicável, desenvolvida por Garner e Garfinkel (1979) e traduzido para o português por Nunes, Bagatini, Abuchaim, Kunz, Ramos e Silva (1994). Utiliza-se para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de AN ou BN e indica a presença de padrões alimentares anormais (para escores superiores a 20 pontos). Nunes, Camey, Olinto e Mari (2005) concluíram que o EAT-26 tem baixa validade. Nesse estudo, a escala foi utilizada para triar o grupo controle, mas para compensar sua baixa validade foi também usado o MINI.

4) MINI. Também utilizado apenas como instrumento de triagem das participantes do grupo controle. É uma entrevista diagnóstica breve padronizada (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10. É organizado por módulos

diagnósticos independentes e explora critérios obrigatórios, permitido, assim excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas (Amorim, 2000).

5) Questionário Dados Sócio-demográficos. Foi elaborado pela autora (mestranda) com a intenção de caracterizar a amostra em termos sócio-demográficos, alguns dados dos quadros psicopatológicos e familiares (alfa de Crobach resultou 0,53).

#### Procedimentos éticos

Após a aprovação do projeto pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma instituição, a pesquisa foi realizada nas instituições combinadas.

Foram marcadas entrevistas individuais com todas as participantes e após uma explanação sobre o estudo e o aceite formal das participantes, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a aplicação dos instrumentos.

#### Procedimentos de coleta

Todas pacientes vinculadas às instituições, que apoiaram a realização do estudo, foram convidadas pessoalmente a participar, houve apenas duas recusas.

No caso do grupo controle, aquelas que pontuaram comportamento alimentar anormal (segundo o EAT-26) ou alguma psicopatologia (de acordo com o MINI) foram excluídas e não participaram da etapa seguinte: aplicação do Rorschach, Escala de Auto-Estima de Rosenberg e questionário, comum a todas participantes integrantes do estudo. Para as entrevistas, salas adequadas foram previamente agendadas nas próprias instituições.

## Procedimentos de análise dos dados

A classificação dos protocolos do Rorschach foi realizada às cegas por três juízes treinados na técnica de Rorschach, integrantes do Grupo de Pesquisa “Técnicas Projetivas e Avaliação Psicológica”.

A estatística descritiva foi utilizada para descrever a amostra e as frequências observadas, para o estudo comparativo dos dados dos instrumentos foi utilizada a ANOVA (Teste Scheffé) para verificação das diferenças nas médias entre os três grupos e para a análise das variáveis categóricas foi utilizado o teste do Qui-quadrado. O nível de significância para aceitação foi de  $\leq 0,05$ .

## Resultados e Discussão

Não se constatou diferença significativa entre os três grupos no que tange às condições de relacionamento afetivo, avaliadas pelo escore de respostas (R) no Rorschach, Forma e Cor ( $FC \geq CF + C$ ). Este dado aponta que as participantes têm capacidade de relacionamento afetivo-emocional, no seu cotidiano, considerado adequado (Vaz, 1997). Observe-se que a amostra se compõe de pacientes em fases distintas de tratamento psicoterápico (de orientação analítica ou cognitivo-comportamental), portanto é provável que a psicoterapia esteja propiciando efeitos benéficos quanto ao relacionamento afetivo-emocional, coadjuvada pelo efeito da fluoxetina na diminuição dos efeitos negativos da depressão que as acometia.

Constatou-se, também, que as mulheres com anorexia nervosa apresentam dificuldades de relacionamento afetivo estrutural com a figura materna em função de o determinante (FC no cartão IX) aparecer em índice mais elevado do que o das mulheres do grupo controle ( $p = 0,03$ ). Esse dado representa a dificuldade que elas têm em lidar

com conflitos, tensões e angústias existenciais em relação à figura materna, já vivenciadas nos primórdios do desenvolvimento psíquico.

Confirmou-se a hipótese referente à diferença geral entre a frequência de fenômenos especiais (choque de reação por dilatação, choque de duração, choque acromático e cromático, crítica ao teste, choque de exclamação e giro ansioso) no total de protocolos nos três grupos ( $p=0,00$ ) e especificamente nos cartões I ( $p=0,002$ ), VII ( $p=0,039$ ) e IX ( $p=0,001$ ). Esses dados significam depressão, menosvalia, sentimento de incapacidade, de insegurança, timidez e ansiedade frente às figuras simbólicas materna e feminina, em índice significativamente maior no grupo de bulimia do que no grupo controle.

Os dados indicam que há dificuldades não elaboradas na díade mãe-filha, no que se refere à relação primária nas mulheres com bulimia, evidenciadas nas verbalizações ante os cartões I, VII e IX, e que há indicativos de conflitos afetivos relacionados à figura materna e à sua constituição feminina nas mulheres com anorexia (ausência FC no cartão IX, combinado com a presença de  $Fm+mF+m$ , que representa conflitos).

Especificamente, constata-se no cartão I, que as bulímicas apresentam índice mais elevado desses fenômenos do que as anoréticas ( $p = 0,006$ ) e o grupo controle ( $p = 0,01$ ); já no cartão VII as bulímicas apresentam índice maior de dificuldades com a figura feminina de um modo geral do que o grupo controle ( $p = 0,04$ ); e ainda, as bulímicas apresentam índice maior de indicadores de conflito com a figura materna no cartão IX, do que as anoréticas ( $p = 0,021$ ) e o grupo controle ( $p= 0,001$ ) (Tabela 1).

Tabela 1: Frequência de Fenômenos Especiais (FE) nos cartões I, VII e IX do Rorschach na amostra de mulheres com anorexia, bulimia e controle

Fenômenos /Cartão	Grupo	N	Média	DP	p (total)	AN	Cont
FE por protocolo	Anorexia	15	2.27	1.71	0,00*		
	Bulimia	17	4.46	2.56			
	Controle	19	1.32	1.49			
FE Cartão I	Anorexia	15	0.20	0.414	0,002*		
	Bulimia	17	1.24	1.30		0,006*	0,01*
	Controle	19	0.32	0.582			
	Total	51	0.59	0.963			
FE Cartão VII	Anorexia	15	1.07	1.10	0,039*		
	Bulimia	17	1.29	1.04			0,04*
	Controle	19	0.42	0.96			
	Total	51	0.90	1.082			
FE Cartão IX	Anorexia	19	1.00	1.069	0,001*		
	Bulimia	17	2.24	1.640		0,021*	0,001*
	controle	19	0.63	0.761			
	Total	51	1.27	1.372			

ANOVA, Scheffe (Sig\*)

Esses dados vão ao encontro das respostas dadas à pergunta do questionário sobre “como classificariam a relação com a mãe na infância”. Os grupos AN e BN reportaram, de modo geral, uma experiência negativa ( $p=0,001$ ), principalmente as bulímicas. Os resultados vão na mesma direção de outros estudos que apontam fragilidade na relação primária com a mãe nessas mulheres, como o estudo de Perry, Silvera e Rosenvinge (2002) que concluíram que o modelo psicodinâmico para interpretar os transtornos alimentares é a expressão de problemas no desenvolvimento precoce, relacionado com uma insuficiente e instável maternagem em resposta às necessidades da criança, que pode criar, indivíduos com inabilidade de identificar ou reconhecer as necessidades e emoções, prejuízo nas habilidades de auto-desenvolvimento e auto-cuidado.

Não houve diferença em relação ao fenômeno especial Choque ao Vazio especificamente, como vivências de perdas afetivas, de complexo de abandono

experienciados nos primeiros anos de vida (Orr, 1958). A autora verificou a relação dos cartões I, VII e IX com a experiência precoce com a figura materna, estabelecendo os índices de respostas referentes a cada uma das manchas correspondentes, no que se refere principalmente ao choque ao vazio e aos fenômenos especiais. Os participantes do estudo de Orr (1958) haviam sofrido situação de abandono real, crianças que viveram, de fato, o abandono, a perda, a separação física, com mais carga emocional do que as mulheres participantes desta pesquisa.

Não foram confirmadas as hipóteses de que havia diferença entre os três grupos no que se refere ao determinante M (movimento humano) e conseqüentemente ao conteúdo H (humano). No presente estudo, aparece preservada, de modo geral, a capacidade de relacionamento humano nos três grupos, conforme a referência anterior quanto às condições de relacionamento afetivo, avaliadas pelo score de respostas (R) no Rorschach, Forma e Cor ( $FC \geq CF + C$ ). Mas se considerarmos outras variáveis que integram a análise dessa questão podemos perceber que no grupo da anorexia nervosa há menos busca de afeto, menos deslocamento dos afetos e emoções para atividade e contato social ( $cF + c < (Fc)$ ). Então, embora as mulheres com anorexia tenham condições de se relacionar e estabelecer *feedbacks* na integração humana há déficits na necessidade do contato mais afetivo e presencial, confirmando estudo de Latzer, Hochdorf, Bachar e Canetti (2002).

A amostra desta pesquisa se diferencia dos grupos investigados por outros estudiosos que, em diversos trabalhos, estabeleceram relação entre adversidades crônicas na infância, padrões patológicos de relações objetais e transtornos psiquiátricos na vida adulta. Outras pesquisas envolveram indivíduos com diagnósticos graves, como esquizofrenia e transtorno borderline de personalidade (Blatt & Lerner, 1983), de

depressão grave (Lerner, 1983) e transtorno do humor bipolar (Jacquemin, Guelli & Santos, 1997). Pode-se concluir que, embora as mulheres da pesquisa tenham déficits nas relações primevas, têm a capacidade de relacionamento humano.

A diferença entre os grupos, referentes à Escala de Auto-estima de Rosenberg, foi altamente significativa ( $p=0,00$ ). Os dois grupos de transtornos alimentares se diferem do grupo controle, o que demonstra uma baixa auto-estima nas mulheres acometidas pelo transtorno (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação das médias dos escores de auto-estima nos grupos anorexia, bulimia e controle medidas por meio da Escala de Rosenberg

Grupo	n	média	dp	p
Anorexia	15	23,8	7,2	0,0*
Bulimia	17	23,4	7,5	0,0*
Controle	19	33	4,49	0,0*
Total	51	27,09	7,8	0,0*

\*ANOVA (sig)

Estabelecendo-se um link entre os resultados da escala de auto-estima (consciente) com o significado simbólico (inconsciente) do cartão V do Rorschach, expressão do *self* do examinando (Vaz, 1997), é possível observar que o grupo controle verbaliza respostas mais estruturadas no cartão V (tabela 3). Percebe-se um componente depressivo nas respostas das anoréticas e bulímicas e verbalizações que denotam um *self* desqualificado “mortos”, “diferente”, “estranho”, “velha”, “mal”, entre outros, que sugerem a forma como a própria pessoa se percebe inconscientemente.

Tabela 3. Fragmentos de verbalizações emitidas no Cartão V do Rorschach aplicado em mulheres com bulimia, mulheres com anorexia e grupo controle

Anorexia	Bulimia	Controle
dois bichos mortos, é mais a carcaça.	morcego, não gosto da cara dele, tem cara de mal.	um pássaro grande, tô vendo de cima, voando.
uma borboleta, é preta diferente das outras.	um incêndio, fogo, uma fogueira.	duas pessoas viradas de costas, deitadas.
um bichinho estranho, feio...	uma borboleta, meio feia, meio gasta, velha.	braços abertos, como se fosse uma pose sacra, santa
morcego, parecido comigo, dorme de dia e fica acordado de noite, preto.	ai meu Deus! uma borboleta, é preta, toda ela é preta, o que é difícil.	um morcego por causa das patinhas, das asas e porque ele tá voando.
um morcego, é parecido, as asas, acho que é preto, feio.	pés, de pessoas e bichos, corpos soterrados, com os pés para fora.	duas pessoas deitadas, uma de costas para a outra.
Coxa assada, como eu sou comilona, eu só enxergo comida.	eu quando pratico bulimia, com raiva de mim, olho no espelho ou deito na parede.	borboleta, as asas grandes, batendo; e uma coruja, pelo contorno do corpo.

Rosenberg (1989) relatou que a baixa auto-estima implica auto-rejeição, insatisfação consigo e desprezo por sua própria pessoa, percebido nos grupo dos transtornos alimentares.

Houve diferença também no número de respostas de conteúdos humanos e detalhes humanos no cartão V ( $p= 0,04$  e  $p=0,004$  respectivamente) indicando que nos grupos AN e BN há menos projeções de respostas humanas, ou seja, corpo humano e seus detalhes, dificuldades de auto-imagem evidentes nesses quadros, corroboradas pelo estudo de Alba (2005), no qual identificou que, no caso das anoréticas, havia maior incidência de respostas de conteúdo humano descaracterizado, o que denota auto-imagem fantasiada, baseadas em experiências fantasiadas e irreais, significativamente diferente de

adolescentes considerados normais.

Neste estudo, tal achado está relacionado com as diferenças significativas encontradas entre as variáveis F+ (forma precisa) e F- (forma de má qualidade) em ambos os grupos de mulheres com transtorno alimentar diferenciando-se do grupo controle, abaixo das porcentagens normais, que revela o pensamento lógico prejudicado em seu aspecto de precisão e coerência sujeito a distorções cognitivas, inclusive na própria imagem corporal.

Ainda é possível relacionar essas variáveis com a seguinte questão do instrumento criado pela autora “está satisfeita com seu corpo atual?”. Como esperado, ambos grupos de TA estavam muito menos satisfeitas do que o grupo controle ( $p=0,00$ ), sentem-se mais pressionadas por outras pessoas para ser magras ( $p=0,02$ ) e possivelmente por isso também se pesam mais seguidamente ( $p=0,00$ ) e modificariam alguma parte do seu corpo ( $p=0,03$ ). O índice de massa corporal (IMC) do grupo AN estava um pouco abaixo da faixa normal e o dos demais grupos adequados ( $p=0,00$ ), a média de peso sonhado pelas primeiras era de 45kg, os demais de 51kg ( $p=0,00$ ), resultando num IMC ainda mais baixo ( $p=0,01$ ), no caso das anoréticas. Por fim, as médias atribuídas para seus corpos foram 5,5 para anorexia, 4,6 para bulimia e 7,8 controles ( $p=0,00$ ).

## Conclusão

Pôde-se constatar que há, nas mulheres com anorexia nervosa e bulimia nervosa, fortes indicativos de distúrbios na relação primária com a figura materna, pouca necessidade de buscar contatos afetivos, distorção no pensamento lógico que perturba a visão de si (imagem corporal) e baixa auto-estima.

Esse estudo, assim como outros que envolvem o tema transtornos alimentares, tem suas limitações. A primeira foi conseguir participantes voluntárias; isso em parte se deve à baixa prevalência do transtorno, e por outro lado a forte negação do problema, por parte das mulheres. A segunda limitação foi a impossibilidade de se de poder separar os grupos diagnósticos (AN e BN) em seus subgrupos, o que impede de se caracterizar e delimitar mais precisamente as sutis diferenças dentre eles. Entretanto, levando-se em conta a força dos instrumentos utilizados, o estudo apresenta resultados considerados sustentáveis.

#### Referências Bibliográficas

- Agras, S. Hammer, L., McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3):253-62.
- Alba, C.G. (2005). Imagen corporal en Anorexia Nerviosa. *Resúmenes del XVIII Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos*, Barcelona, 322.
- American Psychiatric Association. – APA – (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR* (D. Batista, Trad.), 4ª ed. ver. (Trabalho original publicado em 2001). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (3), 106-115.
- Appolinario J. C., Cordás T. A., Claudino A. M. (2002). Apresentação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24: 1-2.

- Blatt, S. J., Lerner, H. (1983). The psychological assessment of object representation. *Journal of Personality Assessment*, 47 (1), 7-28.
- Bruch, H. (1982). Psychoterapy in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1(4), 3-14.
- Bucarechi, H. A. (2003). Anorexia e Bulimia Nervosa: a constituição psíquica. In: *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Camargo, I. (2003). Anorexia e Bulimia: O negativo do corpo – um colar de pérolas sem fio. Em: *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Claudino, A. M, Borges, M, B. F. (2002) Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24: 7-12.
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 154-157.
- Garcia, A. M, Simone, C. J, (2003). Some features of mother of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 8 (3), 225-230.
- Garner D., Garfinkel P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of AN. *Psychology Medicine* 9, 273-279.
- Ghaderi A., Scott B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (2), 122-30.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders.*, 3ed, APA.
- Klein, D. A., Walsh, T. (2004). Eating Disorders: Clinical Features and Pathophysiology. *Physiology & Behaviour* 81(2): 359-74.

- Lerner, P., ST Peter, S (1984). The Rorschach H responses and objetal relations. *Journal of Personality Assessment*, 48, (4), 345-350.
- Lerner, H. (1983). An object representation approach to psychostructural change: A clinical ilustration. *Journal of Personality Assessment*, 47: 314-323.
- Lerner, P. (1998). *Psychoanalytic perspectives on the Rorschach*. New Jersey: The Analytic Press Inc.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artmed.
- Mahler, M. (1993). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas
- McGee, R., Williams S. (2000). Does low self-esteem predict compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence* 23 (5), 569-82.
- Melin, P., Araújo, A. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24: 73-76.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., Negrão, A. Z. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24: 18-23
- Mosquera, J. (1974). *Adolescência e provação: reações do adolescente em face do vestibular e sua auto-estima*. Porto Alegre: Sulina.
- Newn, K., Bell, L., Thomas, S. (2003). The impact of a self-esteem group for people with eating disorders: an uncontrolled study. *Clinical Psychology and Psychoterapy* 10, 64-68.
- Nunes, M. A., Bagatini L., Abuchaim A. L., Kunz A., Ramos D., Silva, J. (1994). Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT-26). *Revista ABP-APAL*, 16, 7-10.

- Nunes, M.A., Camey, S., Olinto, M. T. A. & Mari, J. J. (2005). The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res.* 38(11):1655-1662.
- Organização Mundial de Saúde – OMS – (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento – CID-10* (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1992).
- Orr, M. (1958). *Le test du Rorschach et imago maternelle*. Monografia du Bulletin du Groupment Française du Rorschach.
- Perry, J. Silvera, D., Rosenvinge, J.H. (2002). Are oral, obsessive, and hysterical personality traits related to disturbed eating patterns? A general population study of 6,313 men and women. *Journal of Personality Assessment* 78 (3), 405-16.
- Ramalho, R.M. (2001). Uma melancolia tipicamente feminina. *Revista da APPOA*, 20, 37-56.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. (2001) Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clinical Psychology Review* 21(3):325-44.)
- Rosenberg , M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Salmon, P., Arnold, J. M., Collyer Y. M. (1972). What do the determinants determine: The internal Validity of the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 36 (1), 33-38.
- Simon, R. (1987). “M” responses on Rorschach`s and very early object relations. *Rorschachiana*, XVI, (63), 241.
- Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach: Teoria e Desempenho*. São Paulo: Editora Manole Ltda.

Winnicott, D. W. (1982). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.