

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA  
MESTRADO DE PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

*Orientador: Prof. Doutor Eduardo Sá*

*Co-orientador: Prof.<sup>a</sup>. Doutora Maria Emília Márques*

## **A MAÇÃ ENVENENADA**

Vinculação e Relação de Objecto na Bulimia Nervosa

*Rita Marta*



# Índice

<b>Agradecimentos</b>	<b>i</b>
<b>Resumo</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract</b>	<b>v</b>
<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Anorexia e bulimia: história e conceitos</b>	<b>8</b>
1. Breve história da anorexia nervosa.....	8
2. Breve história da bulimia nervosa.....	11
3. Questões de diagnóstico.....	13
<b>Capítulo 2. Um olhar psicodinâmico sobre a bulimia nervosa</b>	<b>15</b>
1. Da histeria ao narcisismo.....	16
1.1 Do Édipo à primeira relação de amor.....	16
1.2 Da oralidade simbólica à oralidade defensiva.....	20
1.2.1 O orgasmo da fome.....	21
1.2.2 A patologia da adicção.....	24
1.3 Conclusões.....	30
2. Patologia alimentar e patologia do Eu.....	33
2.1 A adolescência, a dependência e o agir.....	34

2.2 Uma relação de objecto narcísica.....	39
2.2.1 Patologia narcísica e o uso das sensações.....	40
2.2.2 Anorexia e bulimia: entre a fome e o medo do objecto.....	42
2.2.3 Adicção e relação de objecto perversa.....	56
2.3 Bulimia nervosa e depressão.....	62
2.3.1 Bulimia e melancolia.....	62
2.3.2 Bulimia e angústia de abandono.....	65
2.4 Conclusões.....	72
3. A bulimia e o corpo.....	76
3.1 O ataque ao corpo.....	77
3.2 O corpo e a paragem no processo de separação-individualização precoce.....	79
3.3 O corpo como arena de conflitos intrapsíquicos.....	84
3.3.1 A formação do self.....	86
3.3.2 Disrupção da diferenciação e integração do self corporal na bulimia.....	90
3.4 Conclusões.....	95
4. A bulimia e o falso self.....	96
4.1 O “como se” anorético.....	96
4.2 O self bulímico.....	97
4.3 Conclusões.....	103
5. Conclusão.....	105

**Capítulo 3. A vinculação na bulimia nervosa** **110**

1. A perspectiva da Teoria da Vinculação.....	110
1.1 O modelo de Bowlby.....	110
1.2 A representação na perspectiva de Bowlby: os modelos internos funcionais.....	113

1.3 Mecanismos e modos de internalização na teoria da vinculação.....	116
1.4 Vinculação nos adultos.....	119
2. Vinculação e patologia alimentar.....	122
2.1 Formulações teóricas.....	123
2.2 Revisão empírica genérica.....	126
2.2.1 Vinculação aos pais e distúrbios alimentares.....	127
2.2.2 Vinculação, ansiedade de separação e distúrbios alimentares.....	129
2.2.3 Estilo de vinculação e sintomas dos distúrbios alimentares.....	130
2.2.4 Conclusões.....	132
2.3 Revisão empírica: que estilo de vinculação insegura nos distúrbios alimentares.....	134
2.3.1 Modelos internos funcionais e distúrbios alimentares.....	135
2.3.2 Vinculação ambivalente e experiência do self.....	138
3. Conclusão.....	145
<b>Capítulo 4. Apresentação do problema e metodologia geral</b>	<b>150</b>
1. Apresentação do problema e hipóteses.....	150
1.1 Estilos de vinculação da bulimia nervosa.....	156
1.2 O mundo interno na bulimia nervosa.....	157
1.2.1 A problemática de desenvolvimento.....	157
1.2.2 Os mecanismos defensivos.....	158
1.2.3 A relação de objecto na bulimia.....	159
1.2.4 Comparação do mundo interno entre bulímicas “puras” e bulímicas com história de anorexia.....	160
1.3 Relação entre vinculação e relação de objecto.....	161
1.3.1 Vinculação evitante.....	162

1.3.2 Vinculação ambivalente.....	164
2. Metodologia geral.....	165
2.1 Instrumento e amostras.....	165
2.2 Procedimento.....	166
2.3 Tratamento dos dados.....	166
2.4 Limitações.....	167
<b>Capítulo 5. Adaptação de um instrumento de avaliação dos estilos de vinculação</b>	<b>168</b>
Introdução.....	168
1. Descrição do <i>Adult Style Questionnaire</i> .....	168
2. Adaptação do ASQ a jovens portugueses.....	170
2.1 Estudo preliminar do instrumento.....	170
2.2 Metodologia.....	171
2.3 Resultados.....	171
2.3.1 Construção da versão final do instrumento.....	171
2.3.2 Qualidades psicométricas.....	174
2.4 Conclusão.....	176
<b>Capítulo 6. Rorschach e parâmetros de análise</b>	<b>177</b>
1. O Rorschach.....	178
1.1 A técnica Rorschach e seu modelo de interpretação.....	179
1.1.1 A situação Rorschach.....	180
1.1.2 Análise do material: conteúdo manifesto e conteúdo latente.....	183
1.2 Representação de si e representação do objecto.....	185
1.3 Organizações psicopatológicas: a neurose, a psicose, o funcionamento limite.....	187

1.3.1 O funcionamento neurótico.....	188
1.3.2 O funcionamento psicótico.....	190
1.3.3 O funcionamento limite.....	191
2. Parâmetros de análise.....	199
2.1 Definição das categorias.....	201
2.2 Agrupamento dos cartões segundo o conteúdo fantasmático.....	207
3. Variáveis Rorschach.....	208
4. Conclusão.....	210
<b>Capítulo 7. Resultados e discussão</b>	<b>211</b>
1. Estilos de vinculação.....	211
1.1 Resultados.....	211
1.2 Discussão.....	212
2. O mundo interno da bulímica através do Rorschach.....	213
2.1 Correlações globais entre variáveis.....	214
2.2 Diferenças entre temas, entre defesas, e entre referências ao corpo.....	216
2.2.1 Diferenças gerais.....	217
2.2.2 Diferenças consoante o significado latente dos cartões.....	219
2.2.3 Conclusões.....	227
2.3 Diferenças entre bulímicas “puras” e bulímicas com história de anorexia.....	230
3. Relação entre estilos de vinculação e mundo interno.....	234
3.1 Resultados.....	234
3.2 Discussão.....	236
3.2.1 Mundo interno e vinculação.....	236
3.2.1.1 Dimensão confiança-não confiança.....	236
3.2.1.2 Dimensões ansiedade e evitamento.....	239

3.2.2 Vinculação e relação de objecto.....	241
<b>Capítulo 8. Discussão geral dos resultados e conclusão</b>	<b>244</b>
1. Discussão geral: a maçã envenenada.....	244
2. Conclusão.....	265
<b>Referências</b>	<b>267</b>
<b>Anexos</b>	<b>281</b>
Anexo 1: <i>Adult Style Questionnaire</i> .....	282
Anexo 2: Versão original portuguesa do Questionário de Estilos de Vinculação.....	285
Anexo 3: Estrutura factorial da versão original do QEV com cinco factores....	290
Anexo 4: Estrutura factorial da versão original do QEV com três factores.....	293
Anexo 5: Classificação dos protocolos das jovens bulímicas “puras”.....	296
Anexo 6: Classificação dos protocolos das jovens bulímicas com história de anorexia.....	323
Anexo 7: Análise das diferenças entre categorias consoante o significado latente dos cartões.....	342
Anexo 8: Análise das diferenças entre bulímicas “puras” e bulímicas com história de anorexia.....	351
Anexo 9: Cartões Rorschach.....	353

## Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a gestação, o crescimento, e o nascimento desta tese.

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, ter-me ajudado a pensar a clínica de outra forma e os breves mas ricos encontros de discussão. Agradeço ter incentivado o lado mais solto de mim.

À Professora Doutora Maria Emilia Marques, sem a qual não poderia ter desenvolvido a categorização dos protocolos Rorchach, e pela tolerância que teve às minhas dúvidas "receosas". Agradeço também o pensamento clínico e psicanalítico que me tem transmitido nestes últimos anos.

Ao Professor Doutor Daniel Sampaio, por me ter introduzido neste "rico e misterioso" mundo que são os distúrbios alimentares, e por ter permitido o recolher da amostra na Consulta de Doenças do Comportamento Alimentar. A ele e à Dr<sup>a</sup> Dulce Bouça por tudo o que me têm ensinado ao longo de vários anos.

Ao Mário Azevedo, pela ajuda estatística, pela paciência, pelo gosto pela investigação.

À Anne Marie pelas duas ou três palavras de grande valor qualitativo na análise quantitativa.

À Paula Albuquerque pela quase impossível formatação desta tese bulímica.

Ao Luís Moniz Pereira, por me ter proporcionado três computadores, duas impressoras e variadíssimas disquetes, que se foram sucessivamente avariando.

À Dr<sup>a</sup> Graça Cardoso, pelas facilidades que me deu em relação ao horário de trabalho, e pela compreensão.

Aos meus colegas de equipa, pela compreensão, pela tolerância, em períodos em que estava menos disponível (exterior e interiormente) para o trabalho na equipa.

Aos meus amigos pela paciência que tiveram nos momentos em que estive indisponível. Por estarem lá.

## Resumo

A bulimia nervosa é uma patologia que pode ser analisada à luz de vários modelos de compreensão. Este trabalho baseia-se fundamentalmente numa compreensão no âmbito das teorias psicanalíticas e da teoria da vinculação. Na perspectiva psicodinâmica a bulimia nervosa é encarada, pela maioria dos autores, como uma forma de patologia narcísica em que o sintoma alimentar representa uma saída comportamental / adictiva para dificuldades ao nível das bases narcísicas do eu. De acordo com esta perspectiva, a relação de objecto é considerada no contexto do funcionamento limite, com presença de angústia de abandono e de intrusão, e deslocamento desta problemática sobre o sintoma alimentar. A teoria da vinculação tem-se preocupado com a relação entre as disrupções na vinculação precoce e subsequentes estilos de vinculação inseguros, e os distúrbios alimentares. É previsível que haja uma relação entre a dinâmica interna de funcionamento psicológico na bulimia, e os seus estilos de relação interpessoal.

Assim, este trabalho tem como objectivos: (1) estudar o estilo de vinculação nas jovens bulímicas; (2) debruçar-se sobre o mundo interno inconsciente da bulímica de um ponto de vista empírico, utilizando uma metodologia projectiva; (3) avaliar a relação entre a dinâmica das relações objectais internas, e estilos de relação interpessoal; finalmente, (4) procurar aprofundar o significado psicológico do sintoma.

Para isso utilizou-se um instrumento de avaliação dos estilos de vinculação, que foi adaptado de um instrumento americano, o Adult Style Questionnaire, e o teste Rorschach, para o que se desenvolveu uma categorização dos protocolos que permitisse uma análise quantitativa.

O instrumento de avaliação dos estilos de vinculação foi aplicado a uma amostra "normal" de 123 jovens universitárias de diversos estabelecimentos de Ensino Superior de

Lisboa e a uma amostra clínica de 22 jovens com diagnóstico de bulimia nervosa (9 com história prévia de anorexia e 13 sem esta história). Às jovens bulímicas foi também aplicado o teste Rorschach.

Os principais resultados obtidos sugerem uma vinculação receosa nas jovens bulímicas, com estratégias de ansiedade e de evitamento, por comparação com as jovens "normais". Além disso, as jovens bulímicas com história prévia de anorexia evidenciam maiores índices de ansiedade e evitamento nas relações do que as jovens bulímicas "puras".

Verificou-se que o funcionamento das jovens bulímicas se situa fundamentalmente num registo limite, com predomínio da idealização e das temáticas orais e regressivas. O sintoma alimentar permite a exteriorização de uma agressividade / âvidez oral, a qual, juntamente com uma idealização das relações objectais internas, tem uma função "adesiva" relativamente a estes objectos internos "danificados", tornando-os mais coesos do que de outro modo estariam. Constatou-se, além disso, mais psicopatologia nas bulímicas com história de anorexia, do que naquelas sem história de anorexia, nomeadamente com maior problemática fusional na identidade, maior clivagem e danificação da função materna, e maior idealização de uma representação paterna desvalorizada. Isto sugere que o sintoma restritivo pode ser compreendido como uma procura de evitar uma ameaça fusional na identidade.

Os resultados apontam ainda para uma associação entre maior ansiedade e evitamento na vinculação quando existe maior perigo fusional na identidade, e as barreiras narcísicas perdem a sua eficácia, ocorrendo maior perigo de perda de limites. Além disso, foi possível compreender as dimensões internas correspondentes às variáveis de vinculação. Nomeadamente, a ansiedade corresponde a uma angústia de perda / intrusão pelo objecto interno, e o evitamento corresponde a uma fuga interna à relação.

Termina-se o trabalho com uma interpretação pessoal da problemática da bulímica, procurando compreender esta psicopatologia como uma incapacidade simbólica no contexto da patologia do espaço potencial (no sentido de Winnicott), enfatizando também as dificuldades de acesso a uma verdadeira diferenciação e triangulação edipiana.

## Abstract

Bulimia nervosa is a pathology that can be understood in the light of a variety of models of analysis. This work is mainly based in understanding it within the scope of psychoanalytic and attachment theories. From the psychodynamic point of view, bulimia nervosa is envisaged, by the majority of the authors, as a type of narcissistic pathology, in which the eating bulimic symptom represents a behavioral and addictive way out for difficulties at the level of the narcissistic foundations of the self. According to this point of view, the object relationship is seen in the context of a borderline organization with the presence of separation and engulfment anxieties and the displacement of these conflicts towards the eating symptom. Attachment theory has mainly paid attention to the relationship between premature attachment disruptions, and their subsequent insecure attachment styles, with the eating disorders. It is foreseeable that there be a relationship between the internal dynamics of the psychological functioning of the bulimic and her interpersonal relationship styles.

Accordingly, the goals of this work are: (1) to study the attachment style of young bulimics; (2) to look at the bulimic's unconscious internal world empirically, using a projective methodology; (3) to evaluate the relationship between the internal object relations dynamics and the interpersonal relationship styles; finally (4) to try and deepen the psychological meaning of the bulimic symptomatology.

To that end we employed an instrument to evaluate the attachment styles, adapted from an american instrument, the Adult Style Questionnaire, and the Rorschach Test, and for which purpose we developed a protocol categorization allowing for a quantitative analysis.

The evaluation instrument of attachment styles was applied to a sample of 123 young

“normal” female university students from several university Colleges in Lisbon, and to a clinical sample of 22 young women with a diagnosis of bulimia nervosa (9 with previous history of anorexia nervosa, and 13 without this history). The Rorschach test was also applied to the bulimic sample.

The main results obtained are suggestive of fearful attachment in the bulimic women, with anxiety and avoidance strategies, as compared to the “normal” sample. Besides that, the bulimic with a previous history of anorexia showed greater levels of anxiety and avoidance in relationships than the “pure” bulimic group.

It was found that the psychological functioning of the bulimic is mainly situated in the borderline organization, where prevail the defense mechanism of idealization and the oral and regressive themes. The results suggest that the eating symptom allows for the exteriorization of an oral aggressiveness/avidity which, in conjunction with the idealization of internal object relations, fulfills an “adhesive” function relatively to these damaged internal objects, making them appear more cohesive than they would otherwise be. Moreover, more psychopathology was found in the bulimic with previous history of anorexia nervosa than in the ones without previous history, namely in the increased identity fusion problematic, greater splitting and “damage” of the maternal function, and heightened idealization of a devaluated paternal representation. This suggests that the restrictive symptom can be understood as an attempt to avoid a fusion threat on identity.

The results also indicate an association between greater anxiety and attachment avoidance when there occurs greater identity fusion danger, and the narcissistic barriers at the identity level lose their efficacy, thereby conducing to an increased danger of loss of limits. Furthermore, it was possible to understand the internal dimensions corresponding to the attachment variables. Namely, anxiety corresponds a lost/engulfment fear from the internal object; and avoidance corresponds to an internal flight from the relationship.

We complete the work with a personal interpretation of the problematic of the bulimic, trying to understand this psychopathology as a symbolic incapacity in the context of the pathology of the potential space (in the sense of Winnicott), also emphasizing the difficulties of access to a true edipian differentiation and triangulation.

# Introdução

## I

### Sara: uma imagem partida nos olhos dos outros

A Sara vive apertada entre dois grandes muros: a *impossibilidade de ser*, simplesmente ser o que é, e a *impossibilidade de sentir*, imediatamente substituída pelo sentir de um estômago cheio, prestes a ser esvaziado.

A Sara, que eu sigo em psicoterapia desde há algum tempo, é trazida por uma mãe ansiosamente desesperada, contrastando com o ar aparentemente calmo e indiferente da Sara, a qual, com o jeito de uma dança há muito aprendida, entra na sala, senta-se, ajeita os cabelos para trás (como está na moda) e inicia uma torrente de palavras "surdas" sobre o seu "distúrbio alimentar".

Aquilo que, desde o primeiro encontro, mais me impressionou, foi a sua forma absolutamente artificial de estar, tal qual actriz que depois de ter aprendido de cor um papel, já esqueceu quem é. A Sara vive em palco, (in)consciente de que a coisa mais importante é, não propriamente ser gostada, mas ser *admirada*. Não é de intimidade que ela anda à procura, mas na sua mais frequente "fantasia", estaria rodeada de pessoas, todas elas fascinadas com ela, a pensarem: "que interessante, bonita, com graça, com charme, esta rapariga é..."

Naturalmente, a Sara não tem amigos, tirando a mãe, a "melhor amiga e maior inimiga", a pessoa que mais a conhece, e também com quem mais ela se zanga. Tivera, em tempos, uma "amiga" no liceu, de quem se aproximou por admirar a forma como ela se vestia, e como sabia estar com as pessoas, mas depois a "amiga" acabou por

encontrar uma outra "amiga" mais "conveniente", e afastou-se. A Sara nem sabe muito bem o que isso a fez sentir...

*No palco da Sara*, ela está numa sala de aula, aparentemente muito atenta ao que o professor diz, tirando apontamentos, mas, disse-me um dia, que a sua preocupação não é ouvir a matéria, senão, enquanto um ouvido "decore" o que diz o professor, o outro está atento aos outros colegas... eles deverão estar agora a olhar para ela e a pensarem como ela é boa aluna, como é atenta e tira correctamente os apontamentos, sendo possivelmente a ela que eles se irão dirigir para depois pedirem as notas emprestadas...

*No palco da Sara*, ela tem medo de trair o namorado: o João, que, segundo ela, é no fundo aquela pessoa com quem ela pode sempre contar, que lhe diz sempre que sim, que vem ter com ela sempre que ela chama, que a compreende sempre quando ela se zanga com a família. Só é pena ele ser tão passivo, ser sempre ela a fazer a conversa toda, e a ter sempre que decidir os programas que fazem em conjunto.

*No mundo palco da Sara*, ela tem medo de trair este namorado-espelho-objecto, que traz sempre colado a si porque, na sua *existência especular do desejo do outro*, como vai dizer não aos avanços dos outros rapazes? Mas nem o seu desejo é envolver-se com outros rapazes (porque aqui não se põe sequer o problema do desejo), nem o seu medo de trair é um problema de consciência moral, nem sequer é tomar o lugar do João, numa comunicação empática, de como também não gostaria que ele lhe fosse infiel. O seu medo, é só que ele descubra. Não é medo da zanga dele, senão da sua *decepção* com ela, porque depois teria uma grande trabalho na reconquista da sua confiança: ela até gosta dele (apesar da sua passividade), mas sobretudo *precisa dele*, não pode arriscar-se a perdê-lo, mesmo não existindo qualquer sombra de erotismo entre eles. Eles até fazem "as coisas", mas ela prefere nem falar disso, porque *simplesmente não sente nada... nem sequer quando ele lhe acaricia os cabelos...*

Todas as noites quando na cama espera a chegada do sono, ela não pensa nos acontecimentos do dia, nem imagina como gostaria que fosse o dia seguinte, e muito menos se deleita em mergulhos na fantasia. Ela *planeia*, por exemplo, o que vai vestir amanhã, a forma de estar mais vistosa do que nunca, não para atrair o olhar-desejo

masculino, neste caso é indiferente homens ou mulheres, desde que seja um olhar de admiração: "que gira a Sara é".

Quando, depois de um dia *cansativo* na faculdade, de tanto se esforçar por atrair as atenções, atenta para que os outros não se evidenciem mais do que ela, incapaz de descansar no silêncio não vão as pessoas esquecerem-se dela, chega a casa e tudo se complica... Às vezes está lá a família, e ela procura atentamente qualquer sinal de não lhe darem importância suficiente para assim provocar conflitos (que atraem a atenção deles sobre si). Outras vezes não está, e ai meu Deus. Quando está sozinha vem este mal-estar, que ela não sabe sequer definir, não sabe se tristeza, se angústia, se medo (o que é isso?), mas qualquer coisa de desagradável, que a impele a dirigir-se à cozinha, e encher-se para, tal qual jibóia, adormecer os sentidos...

*A Sara vive no palco* de um falso self que nunca se esquece de alimentar.

O tema desta tese, a *maçã envenenada*, que não é senão o alimento ilusório, não alimentador é destrutivo, que a bulímica escolhe como o centro da sua vida, surge do meu interesse pelas doenças do Comportamento alimentar, que nasce, primeiro no Hospital Universitário de Paris (equipa de Phillippe Jeammet), e cresce na Consulta de Doenças do Comportamento alimentar do Hospital de Santa Maria (equipa do Professor Daniel Sampaio). De facto, foi no contacto clínico com jovens anoréticas e bulímicas, que me deixei prender pela prisão, do que está para lá do corpo e da comida, em que estas jovens vivem.

## II

Minh' alma, de sonhar-te, anda perdida

Meus olhos andam cegos de te ver!

Não és sequer razão do meu viver

Pois que tu és já toda a minha vida!

FLORBELA ESPANCA

A bulímica e a comida vivem numa permanente relação de paixão, amor-ódio, profunda dependência afectiva, oxigénio sempre em ameaça de nunca chegar, chumbo pesado e denso, incapaz de conter... Ela busca-a sem nunca a alcançar, leva-a consigo para um canto secreto, e entre as paredes secretas do quarto disfruta-a intensamente, gulosamente, enquanto na sala os pais e irmãos conversam distraidamente.... Ela despede-se apressadamente dos amigos, vem-se embora mais cedo de uma festa, para ir ter com a sua maior parceira de intimidades: a comida. Mas que intimidade é esta, tão insuportável de manter? Que segredo este incapaz de conter dentro de si, logo num urgente impulso para expulsar, qual tesouro este que uma vez dentro se transforma num monstro corrosivo, que se alimenta dela...

À primeira vista, a bulímica vive para a comida, mais do que para o amor humano, por ela sendo capaz de não viver, não estar, não ver, não fazer, e ainda mais, de enganar... a mãe, o mundo, ela mesma. Que comida esta que não alimenta? Que estômago o seu incapaz de digerir os alimentos? Que comida esta que a faz sentir e ao mesmo tempo a impede de sentir, amar e não amar. Que alimento este tão procurado que lhe permite impedindo-a assim de viver...

É esta talvez a questão desta tese, um pretexto académico para mergulhar um pouco no mundo interno da bulímica... Que teatro interno, que personagens? Amantes ou

desamantes, frágeis ou fortes, próximos ou distantes, inteiros ou partidos, muitos ou poucos...?

Qualquer que seja este universo, parece ser um universo fechado sobre si próprio, incapaz de deixar-se crescer na relação com os outros, um mundo cego que não deixa ver o que existe para além dele, uma casa barulhenta que não permite escutar os sons que vêm de fora, um mar agitado, no qual ela não pode pura e simplesmente deixar-se mergulhar, e abandonar-se às ondas... Enfim, parece-me a mim um mundo de intranquilidade que a impede de partir à descoberta deste outro mundo que são os outros, a relação, a diferença...e que são de facto o alimento que faz crescer...

De facto a relação que a bulímica mantém com a comida é estranha... Não se trata dos festins romanos, numa avidez de prazeres e liberdade de desejos. A bulímica não tem qualquer prazer, seria mais aquilo que Freud chamava, o alívio de uma descarga... Mais prazer parece ter a anorética na sua resistência guerreira à fome, aquilo que levou alguns autores a atribuírem-lhe o "orgasmo da fome". A bulímica vive presa nesta necessidade de se encher para acalmar uma qualquer dor interna, para logo fazer o movimento inverso porque vieram outras dores... de estômago, e de alma: a culpa, a vergonha, o arrependimento. Uma qualquer dor que a não deixa disponível para o prazer da troca afectiva com os outros, nem sequer para um mergulhar esquizóide nas suas fantasias. Que dores são estas? Que estômago este incapaz de digerir... comida e afectos? Porque se alimenta ela deste alimento que não alimenta?

Irei tentar explorar um pouco estas questões que tanto têm interrogado outros investigadores, mas que nenhuma resposta clara e unívoca parece ter ainda emergido. Irei partir da questão *o que significa esta ausência de "estômago" seguro-contentor? O que significa a relação que a bulímica tem com a comida? O que representa simbolicamente este objecto-comida, que vem impedir a relação com os outros?*

Os objectivos principais deste trabalho são pois tentar compreender um pouco melhor o mundo interno da bulímica, o modo como ela se relaciona com os outros, a

ligação entre o mundo interno e a relação que estabelece com os outros, o significado do sintoma bulímico.

Após uma breve introdução histórica sobre os distúrbios alimentares (Capítulo 1), iniciarei este trabalho fazendo uma **revisão das teorias psicodinâmicas** sobre a bulimia nervosa (Capítulo 2), que têm procurado uma significação psíquica para o comportamento bulímico, tentando compreender a dinâmica inconsciente da relação que ela mantém com a comida e corpo. Estas teorias vão buscar às relações precoces as raízes da dinâmica psicológica do indivíduo, atribuindo a psicopatologia actual a disrupções nestas relações. Será esta a tábu de lançamento deste trabalho.

Dado que a teoria da Vinculação de Bowlby se debruçou profundamente, quer teórica, quer empiricamente sobre as características das relações precoces, irei em seguida procurar compreender como se passa a relação de **vinculação na bulimia nervosa**, revendo em particular as investigações empíricas que nos últimos anos têm procurado ligar as disrupções na relação da vinculação com a patologia alimentar (Capítulo 3).

A partir da revisão da literatura feita, e tendo em conta alguns desacordos entre autores, vou neste trabalho aprofundar o estilo de vinculação das jovens bulímicas. Mas... para compreender a **relação na bulimia**, a vinculação mostra-me unicamente uma parte, a parte visível do iceberg, não me dando uma compreensão mais profunda sobre o mundo interno da bulímica, o tal teatro misterioso, onde circulam personagens em relação umas com as outras. É este mundo interno que este trabalho tenta também aprofundar.

Assim, no Capítulo 4 apresento as principais **questões-problema** deste trabalho, bem como as hipóteses avançadas a partir da revisão da literatura feita. Explicito ainda que este trabalho utiliza duas amostras (uma de jovens "normais", e outra de jovens bulímicas), e que, para explorar as questões da investigação, utilizo um instrumento de auto-relato relativo à vinculação nas relações íntimas - o **Questionário de Estilos de Vinculação** -, e um instrumento projectivo, o **Rorschach**. O instrumento de auto-

-relato foi adaptado a partir de um instrumento americano (Capítulo 5). O modo como foram categorizados os protocolos Rorschach é explanado no Capítulo 6.

Os **resultados** são apresentados e discutidos no Capítulo 7, e uma **discussão** mais geral com as **conclusões** deste trabalho serão apresentados no Capítulo 8.

Pensa-se que este trabalho é importante na medida em que dá alguma contribuição para a compreensão do mundo interno na bulímica, o significado do sintoma alimentar, e finalmente a relação deste mundo interno com o mundo externo que são as relações afectivas com os outros.

# Capítulo 1

## Anorexia e bulimia: história e conceitos

Apesar deste trabalho se debruçar essencialmente sobre a bulimia nervosa, a anorexia estará de alguma forma sempre presente. Por um lado, porque pode-se dizer que a anorexia é a irmã mais velha da bulimia, definida 100 anos antes (séc. XIX), mas de facto, ainda que não nomeada, fazendo-se sentir desde a Idade Média. Por outro lado, porque a bulimia começou por ser uma variante da anorexia e só mais tarde ganhou autonomia como síndrome. Desta forma, os vários autores que ao longo da história tentaram descrever, explicar, compreender, "estas estranhas" doenças do comportamento alimentar, sempre tiveram a anorexia como pano de fundo...

### 1. Breve história da anorexia nervosa

Os primórdios da anorexia remontam à Idade Média, ainda que hoje se considere ter sido mais uma *anorexia mística*, ligada a motivos religiosos. Tratava-se aqui da recusa dos prazeres da carne, a mortificação do corpo, e não da procura de um ideal de magreza, como actualmente. De facto, o primeiro relato, com carácter científico, de uma situação de anorexia data de 1689, tendo sido descrita por Morton, num tratado de Tisiologia, como "*um estado de atrofia nervosa*", com falta de apetite, aversão à comida, emagrecimento, hiperactividade e amenorreia. Só no séc. XIX, esta doença foi denominada pelo seu nome actual, pelo francês Charles Lasegne, que lhe chamou

"anorexia histérica", e o inglês William Gull que lhe deu o nome de "anorexia nervosa", cuja designação acabou por prevalecer.

No entanto, só no séc. XX, a anorexia foi considerada como uma *doença psicológica*, por Pierre Janet (1911-1929), que nela distinguiu dois sub-tipos: o obsessivo e o histérico. Os pacientes com o tipo *obsessivo* recusavam-se a comer por medo de engordarem e de atingirem a maturidade sexual, sendo realçadas a rejeição que tinham em relação ao corpo, e a recusa da comida apesar da fome intensa. A forma *histérica* de anorexia nervosa era considerada menos comum e resultava de uma completa perda de apetite.

Mas, em 1914, a história da anorexia afastou-se subitamente da interpretação psicogénica, com a descrição, feita por Morton, da *insuficiência pituitária*, que conduzia a uma grande perda de peso em alguns pacientes. Esta explicação perdurou até 1930, e só em 1940 a dimensão simbólica e psicológica dos sintomas anoréticos regressa, com Waller, Kaufman e Deutsch que descreveram os sintomas da anorexia nervosa como resultantes de *fantasias simbólicas ou inconscientes ligadas a medos de impregnação oral*. Estas fantasias estariam associadas a uma intensa culpa, contra a qual a perda de peso na anorexia se pensava ser uma defesa. Estas interpretações simbólicas tornaram-se a base de formulações psicanalíticas ligadas à teoria pulsional, que preconizavam que a anorexia nervosa resultava de uma *ambivalência oral e abandono da fase genital do desenvolvimento*.

Bruch, Crisp e Russell são considerados **pioneiros modernos** na compreensão da anorexia, tendo tido uma grande influência ao fornecerem novos "insights" em relação aos tratamentos psicoterapêuticos, cujos desenvolvimentos nos últimos 20 anos se apoiaram muito nas visões destes autores.

Bruch (1962, 1973, 1978) propôs que a fome auto-infligida na anorexia nervosa representa uma *luta pela autonomia, competência, controlo, e respeito por si*. Isto teria na sua origem uma falha materna em reconhecer e confirmar a expressão pela criança de necessidades independentes, resultando numa confusão interna, manifestada em três

grandes distúrbios perceptivo-conceptuais: (1) perturbação da imagem corporal, com tendência para sobrestimar o tamanho corporal; (2) distúrbio interoceptivo, reflectido por uma incapacidade para identificar e responder a sensações internas (fome, saciedade, estados afectivos e sexuais); e (3) sentimentos de ineficácia, marcados por sentimentos de perda de controlo. Palazzoli (1974) propôs uma teoria similar em relação à génese da anorexia nervosa, dentro da teoria das relações de objecto: a anorética sentiria o corpo como "o objecto materno do qual o ego se quer separar a todo o custo" (*op. cit.* p.90).

Crisp (1967, 1980) apoiou-se num modelo desenvolvimental, concebendo as raízes da psicopatologia da anorexia nas experiências biológicas e psicológicas ligadas ao atingir de um peso adulto: a anorexia seria uma tentativa de lidar com medos e conflitos associados com a maturidade psicobiológica, sendo a dieta e fome mecanismos através dos quais o paciente regressa a um estado pré-pubertal.

Finalmente, Russell (1970) enfatizou a *medo mórbido de engordar* como a psicopatologia central da anorexia, característica esta que veio mais tarde também a atribuir à *bulimia nervosa*, e cuja denominação a ele se deve.

Apesar de ter sido sempre realçado o sintoma da *fome auto-infligida* vários autores ao longo da história descreveram o **acesso bulímico** como fazendo parte do quadro clínico da anorexia (*e.g.* Berkman, 1930; Bruch, 1962; Crisp, 1967). Casper (1983), ao traçar a história dos episódios bulímicos na anorexia nervosa, chamou a atenção para o reduzido número de casos anteriores ao séc. XX, sugerindo que este sintoma representa uma *mudança na expressão da psicopatologia subjacente*. Russell (1985), por sua vez, considera esta mudança como uma mudança real, ao longo dos anos, na psicopatologia central da anorexia nervosa. Assim, se inicialmente havia uma ênfase na fome como defesa contra a sexualidade ou no tema do ascetismo, com a restrição alimentar representando ideais espirituais de auto-sacrifício e controlo dos instintos corporais, no último século o motivo ascético tornou-se menos saliente, tendo sido

substituído pelo "*impulso para a magreza*" e "*medo mórbido de engordar*", como principais forças motivacionais.

A razão porque se subdividiu a anorexia em "bulímica" ou "restritiva" teve a sua origem em estudos que comparavam pacientes dos dois tipos (DaCosta & Halmi, 1992). Para além de outras diferenças como a idade de início e duração da doença ser maior nas anoréticas bulímicas, a descoberta mais significativa destes estudos foi a constatação de que os pacientes bulímicos apresentavam maior impulsividade, envolvimento social, actividade sexual, disfunção sexual, depressão e maior perturbação emocional de uma forma geral.

## 2. Breve história da bulimia nervosa

Não é fácil fazer uma história da bulimia nervosa, uma vez que o seu diagnóstico é muito recente (1979) e possui uma descrição clínica muito específica. Em primeiro lugar, é necessário obedecer a três critérios de diagnóstico: (1) grande ingestão alimentar episódica, (2) vomitar e / ou abuso de laxantes, e (3) medo de engordar. Por outro lado, é uma doença com grandes ligações com a anorexia nervosa, tendo sido descrita inicialmente, como uma variante desta última (Russell, 1979). Finalmente, é uma doença dos tempos modernos, ao contrário da anorexia.

A palavra **bulimia** vem do grego *limos* (fome), com o prefixo *bou* (boi), tendo assim dois significados: "com tanta fome como um boi" ou "fome suficiente para comer um boi inteiro". A adição "nervosa" para caracterizar o síndrome de bulimia nervosa teve como objectivo realçar a sua relação com a anorexia nervosa (Russell, 1979).

Bulimia (significando simplesmente grande ingestão alimentar episódica) existe desde a *antiguidade*, ainda que não seja relevante para as questões históricas importantes ligadas à origem do síndrome bulimia nervosa. De facto, o excesso de comida e vômito induzido na antiguidade não podem ser considerados manifestações

antigas da bulimia nervosa, já que ter comportamentos bulímicos não significa ter a doença, uma vez que *o medo mórbido de engordar* estava ausente nestas manifestações.

Assim, os antigos **egípcios**, vomitavam durante três dias todos os meses, utilizando eméticos, para preservarem a saúde, ao considerarem que as doenças tinham a sua origem na comida. Aliás, durante muito tempo, os médicos aconselhavam o vômito como medida terapêutica. Os **imperadores romanos** Cláudio e Vitélio eram bulímicos, sendo obcecados com a comida, mas não se pode considerá-los como sofrendo de bulimia nervosa porque não existe evidência de um *impulso para a magreza* da sua parte e, por outro lado, não podem ser considerados como tendo uma doença alimentar, já que tais práticas eram usuais entre os membros das grandes elites. Por fim, os relatos históricos indicam que entre os **santos medievais** também se verificava a existência de comportamentos bulímicos, alternando com longos períodos de abstinência para mortificar a carne e vômitos para reparar os pecados da gula, como é o caso de Sta. Catarina de Siena (séc. XIV).

Vários autores tentaram encontrar relatos da existência de bulimia nervosa antes da sua definição em 1979, tendo verificado várias diferenças na sua manifestação relativamente ao que acontece hoje em dia: *o desejo de ser magro* não aparece antes de 1940 (Casper, 1983); a literatura médica antes de 1930 raramente refere *ingestão compulsiva ou vômito induzido*, ou abuso de laxantes (Habermas, 1989); durante o séc. XIX as *formas histéricas* de vomitar eram diferentes das formas modernas de bulimia, por exemplo, não eram precedidas de ingestão compulsiva. Assim, concluiu-se que o **contexto socio-cultural** para o desenvolvimento de anorexia nervosa, não era um terreno fértil para a sua irmã, a bulimia nervosa (Van Deth & Vandereicken, 1995).

Durante os anos 70, apareceram relatos claros, daquilo que mais tarde veio a ser diagnosticado de bulimia nervosa. Em 1971 Brusset e Jeammet falaram de episódios bulímicos na evolução da anorexia nervosa, ao mesmo tempo que outros autores foram descrevendo o síndrome como *hiperfagia com vômitos*, *bulimarexia*, etc. Finalmente, em 1979, Russell descreve 30 casos clínicos que observara entre 1972 e 1978, tendo-os

considerado como uma variante da anorexia nervosa (Carmo, 1998). A *bulimia nervosa* era assim descrita pela primeira vez, sendo os seus principais sintomas: (1) uma necessidade incontrolável para comer; (2) evitamento dos efeitos de engordar vomitando e / ou usando purgativos; (3) um medo mórbido de ficar gorda.

Assim, Silverman (1997) concluem quanto à história da bulimia nervosa:

(1) Ao contrário da anorexia nervosa, cuja história data desde a Idade Média, a bulimia nervosa parece ter aparecido subitamente na sociedade moderna, e atingiu um vasto reconhecimento num muito pequeno período de tempo.

(2) Não existem praticamente relatos de ingestão compulsiva no curso da anorexia nervosa entre 1890 e 1940.

(3) Relativamente aos factores etiológicos que deram origem ao surgimento da bulimia nervosa, levantam-se duas ideias: (1) o aumento da bulimia esteve provavelmente dependente da grande frequência de pacientes que exprimiam uma preocupação com a silhueta a partir de 1940; (2) a bulimia aparece numa rapariga psicologicamente diferente da paciente anorética tradicional, sugerindo que estas doentes têm mais instabilidade afectiva, extroversão, maior sensibilidade interpessoal, e maior descontrolo dos impulsos.

(4) A bulimia é de facto uma nova doença, cujo aparecimento os autores explicam ser resultante da *maior preocupação com o peso corporal*, o qual é congruente com o actual "culto da magreza" nas sociedades ocidentais.

### **3. Questões de diagnóstico**

Apresentam-se em seguida os critérios de diagnóstico da D.S.M-IV para anorexia e bulimia.

## Anorexia Nervosa:

- 1 - Recusa em manter o peso normal para a idade e altura
- 2 - Medo intenso de aumentar de peso ou ficar obeso, mesmo quando existe diminuição de peso.
- 3 - Perturbação no modo como é vivenciado o peso e a forma corporal, influência desadequada do peso e da forma do corpo na avaliação do próprio, ou negação da gravidade do baixo peso actual.
- 4 - Amenorreia (3 ciclos consecutivos).

Segundo esta classificação podem ainda distinguir-se dois tipos clínicos da anorexia nervosa: o *Tipo restritivo* e o *Tipo ingestão compulsiva/purgativo* conforme se durante o episódio actual da A.N., o sujeito não recorreu ou recorreu regularmente a comportamentos de ingestão compulsiva, ou à utilização de purgativos (por exemplo, vómitos auto-provocados ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

## Bulimia Nervosa

A - Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva ("binge eating"), sendo cada episódio caracterizado pelas duas características seguintes:

- 1 - Num curto espaço de tempo (por ex. num período de 2 horas) ingestão de uma quantidade de comida claramente superior à que seria consumida pela maioria dos indivíduos num período análogo e em circunstâncias semelhantes.
- 2 - Sensação de falta de controlo sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., sensação de não ser capaz de parar de comer ou controlar o que se come e a quantidade que se come).

B - Comportamento recorrente e desadequado de modo a evitar aumento de peso, tal como vómitos auto-provocados; uso inapropriado de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; ou exercício excessivo.

C - A ingestão compulsiva e os comportamentos alimentares desadequados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana durante 3 meses.

D - A avaliação do próprio é incorrectamente influenciada pela forma do corpo e pelo seu peso.

E - A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

## Capítulo 2

### Um olhar psicodinâmico sobre a bulimia nervosa

“Na sua essência, a teoria psicodinâmica é uma tentativa para clarificar as adaptações únicas, em múltiplas camadas, conscientes e inconscientes que os indivíduos fazem ao seu ambiente, desde o nascimento até à morte. As formulações contemporâneas incluem a psicologia do self, a teoria das relações de objecto, a psicologia do ego. Aquilo que une estas teorias é o foco que põem em estudar como as interações dos indivíduos com o ambiente moldam a forma como pensam e agem, e como ao longo do tempo estes indivíduos progressivamente consolidam um sentido do self ou identidade que regula estas interações com o ambiente. Estes modelos olham para o mundo interno e para o papel das relações precoces com os outros, como formadoras desse mundo (...) As abordagens psicodinâmicas realçam a importância dos pensamentos internos inconscientes e de sentimentos escondidos como geradores da psicopatologia. Os sintomas são muitas vezes vistos como “janelas da mente” do indivíduo: conscientes ou inconscientes, talvez esforços simbólicos para comunicar a luta do indivíduo” (Johnson, 1995, p. 349).

Se podemos dizer que a compreensão psicodinâmica do funcionamento psíquico e da psicopatologia sempre procurou o significado simbólico e inconsciente subjacente ao comportamento humano, o que se esconde por detrás da cortina, essa compreensão não pôde deixar de estar “sentada” num modelo psíquico da mente subjacente, já que todo o conhecimento implica por si um quadro teórico de referência, a partir do qual se organiza, mesmo que, no caso da psicanálise, esse quadro teórico nasça a partir da clínica, das pessoas, do próprio objecto de estudo...

Desta forma, Freud via a realidade de uma maneira, e os autores actuais vêem de outra. Se Freud nos trouxe a incomparável revelação de que os sintomas são expressões

disfarçadas de uma realidade inconsciente, hoje podemos dizer que são muito mais do que isso...e os distúrbios alimentares são disso uma prova incontestável...

Iniciaremos este capítulo referindo o modo como evoluiu a compreensão psicanalítica dos distúrbios alimentares, desde o modelo da histeria de conversão, até a uma psicopatologia que vai buscar às falhas do narcisismo precoce as suas raízes. Em seguida, iremos aprofundar a compreensão psicodinâmica actual sobre os distúrbios alimentares, como patologias do Eu, como defeitos nas bases narcísicas do Eu. Seguir-se-ão dois sub-capítulos que se vão centrar mais especificamente na bulimia nervosa: na sua relação com o corpo, e descrevendo-a com base num modelo de falso self.

## 1. Da histeria ao narcisismo

A compreensão psicodinâmica dos distúrbios alimentares tem feito um longo caminho, a par e passo com o desenvolvimento do saber psicanalítico, da psicologia do desenvolvimento, da psicopatologia. Assim, inicialmente baseando-se no modelo da teoria pulsional clássica, os distúrbios alimentares eram explicados segundo o **modelo da histeria**, no qual os sintomas eram a expressão directa de um conflito inconsciente, conflito esse de origem edipiana. Progressivamente, a compreensão da psicopatologia foi cada vez mais buscar às relações pré-edipianas, concretamente à **relação precoce mãe-bebé** a raiz das dificuldades de desenvolvimento posteriores.

### 1.1 Do Édipo à primeira relação de amor

Inicialmente acente nas formulações freudianas, o sintoma anorético era a **expressão simbólica** de um conflito inconsciente associado a fantasias de fecundação oral. Estas teorias, baseadas num modelo psicosexual, faziam ênfase na regressão dos aspectos fálicos e edipianos para os orais, e viam a magreza do corpo somente como secundária e

como escape para um corpo pré-pubertal. Nessa linha, Crisp (1970) descreveu como a potencial anorética está mal preparada para a maturidade, e como os sintomas representam formas de evitar as preocupações e responsabilidades da adolescência. O autor considera que a "fobia do peso" tem o efeito de uma regressão para um estado pré-pubertal, no qual ela não só aparenta, como rejeita o papel sexual de mulher, e torna-se mais próxima dos pais. Segundo o autor, apesar dos sintomas estarem focados na comida e no peso, o problema subjacente é uma profunda resistência à maturidade sexual e psicológica.

Bruch teve um papel muito importante no pensar da anorexia, ao romper com a ideia de que as dificuldades das anoréticas estavam relacionadas com conflitos edipianos. Para a autora, os déficits da anorética eram consequência **de dificuldades nas relações pré-edipianas**, com o primeiro objecto de amor, a mãe, e estavam relacionados com déficits ao nível do ego. Embora, não elaborando propriamente o modelo de funcionamento psicológico na anorexia, a autora vai chamar a atenção para **as perturbações do ego responsáveis pela sintomatologia anorética**, descrevendo ao mesmo tempo o tipo de relação que está na sua origem.

Bruch (1973) vê a anorexia nervosa como desenvolvendo-se à volta de três perturbações do ego inter-relacionadas: (1) distorção da imagem corporal; (2) distorções da percepção interna; (3) um sentimento de ineficácia, que descreveu da seguinte forma: "as pacientes anoréticas sentem o facto de não terem controlo do seu comportamento, necessidades e impulsos, como não sendo donas do seu próprio corpo. Sentem-se, pelo contrário, sob a influência e direcção de forças exteriores. Elas agem como se o seu corpo e comportamento fossem produto da influência e acção de outras pessoas" (Bruch, 1973, p. 191). A autora concebe este sentimento de ineficácia como um déficit egoico primário, que antecede os distúrbios do desenvolvimento da imagem corporal e os distúrbios interoceptivos: "as duas características, distúrbio da imagem corporal e a deficiente percepção dos estados corporais, podem ser expressões deste total sentimento de ineficácia" (Bruch, 1962, p. 191). Este sentimento de ineficácia e consequente falta de identidade pessoal pode resultar em grandes dificuldades quando a jovem sai das

referências concretas dos pais e é colocada perante situações com novas expectativas. O tema central da autora é o de que o domínio pessoal e a autonomia são desadaptadamente procurados através do controlo sobre o corpo próprio. A concepção de Bruch deste desenvolvimento envolve a interacção familiar e a relação mãe-criança, assim como factores inerentes à própria criança.

Relativamente à *relação precoce mãe-criança*, a autora sugere que as crianças que mais tarde desenvolvem anorexia nervosa, foram muito bem tratadas na infância, mas isto de acordo com as decisões e sentimentos da mãe, e não de acordo com os pedidos da criança. Por exemplo, a mãe que responde sempre ao choro da criança dando-lhe de comer, e não tentando perceber de que necessidade se trata. Se lhe é dada comida sempre que a criança está perturbada, esta vai ligar a comida ao alívio, não só da fome mas também da solidão ou outro desconforto. A criança, então, torna-se incapaz de diferenciar entre a fome e outras fontes de desconforto, não tem um sentimento de controlo sobre eles. Por outro lado, se ela sentiu falta de amor e afecto da sua mãe sempre que não realiza os desejos maternos, a criança pode tentar a todo o custo agradar à mãe, para manter o seu amor. Conformer-se com o que a mãe quer inclui, na maioria das famílias, aceitar a comida preparada por ela.

A autora sente que o medo da anorética de não ter controlo pode estar relacionado com estas experiências precoces: "esta criança não sente que está a viver a sua própria vida, mas sente-se privada de referências internas, impotente perante instintos internos e exigências externas, e como sendo propriedade dos seus pais" (Bruch, 1979, p. 7). A subsequente falta de autonomia e dificuldade de tomada de decisões que manifestam, são apreciadas pelos pais e professores como "ser boazinha", quando de facto a jovem nunca testa as suas próprias ideias e capacidades.

Também resultante deste tipo de relação precoce, a autora considera que o *desenvolvimento conceptual* da criança pré-anorética não avançou o suficiente, no que diz respeito ao seu corpo e estados internos, o que contribui para o desenvolvimento da doença. Nos termos de Piaget, a anorética não passa para a fase abstracta do desenvolvimento, mas mantém-se no estilo de pensamento da infância, pré-conceptual, e

operações concretas. É esta falha no desenvolvimento conceptual abstracto e a confusão no reconhecimento dos estados internos que as torna tão vulneráveis à anorexia nervosa na adolescência, com as suas exigências de autonomia e separação.

Em resumo, para a autora a anorexia representa uma luta pelo auto-conceito e respeito pela identidade própria, que é desadaptadamente perseguida através do controlo sobre o corpo próprio. Também representa uma tentativa de escapar ao papel exigente da família, que pode ter expectativas muito grandes.

Outros autores tomaram os sintomas anoréticos como reflexo de uma *relação materna perturbada* e procuraram o sentido psicodinâmico para a sintomatologia. Nomeadamente, Palazzoli (1963) considera que a anorética projecta sobre o corpo um mau objecto materno, vivido como perseguidor e que ela tenta controlar. *O corpo torna-se lugar de projecções de fantasias inconscientes.*

Central nesta perspectiva, está o conceito de uma mãe que recompensa a aceitação dos seus desejos, é super-protectora, e é incapaz de permitir a separação da criança. A anorética incorpora então o objecto materno temido para o controlar.

Para Palazzoli (1974) é uma super-simplificação pensar-se que a anorética quer voltar à infância. Ao contrário, ela deseja tornar-se um adulto autónomo de forma distorcida - rejeitando os aspectos corporais femininos, que para ela significam problemas potenciais. A autora salienta a fraqueza do ego e a relação precoce perturbada mãe-criança, ou seja, o indivíduo anorético sente o corpo como se não lhe pertencesse. Bem pelo contrário, ele é sentido como uma ameaça que terá que ser controlada porque experimenta o seu corpo como "o objecto materno, do qual o ego se quer separar a todo o custo" (*op. cit.* p. 90).

Note-se que a ênfase de Bruch na ineficácia interpessoal das anoréticas foi expendida para a dificuldade destas jovens em poderem elaborar as suas dificuldades desenvolvimentais. Assim, de acordo com Masterson (1977) nas doenças do comportamento alimentar existe uma *paragem do desenvolvimento na fase de separação-individualização*. Pensa-se que isto está relacionado com a incapacidade da mãe de tolerar

os esforços da criança de separação e de se tornar autónoma, durante o primeiro processo de separação-individualização, descrito por Mahler. Esta mãe reforça a dependência do filhos, retirando-se quando a criança se tenta separar. Durante a infância isto é aceitável, e aliás tem sido notado o quanto as anoréticas são obedientes durante a infância. Mas quando novas exigências aparecem com a adolescência (separação e autonomia), a criança é exposta à sua *ansiedade de separação* e os seus medos de perder o amor da mãe.

Autores mais recentes (*e.g.* Sugarman, 1981) expandiram esta conceptualização das perturbações do comportamento alimentar como falhas no desenvolvimento na fase de separação-individualização, tópico que pela sua importância abordaremos em maior detalhe posteriormente no § 3.2.

## 1.2 Da oralidade simbólica à oralidade defensiva

Herold Boris (1984) enfatiza o significado directo do sintoma alimentar. A anorética teria uma intensa avidez oral que projectaria na comida e nos outros, os quais se tornariam ameaçadores, fazendo aumentar ainda mais a inveja, sendo a fome uma forma de fazer a reparação. Teriam sido crianças invejosas e vorazes na primeira infância que procurariam esconder estas características através de um movimento de sobre-adaptação, de submissão e de agrado aos pais. A personalidade destas crianças ficaria fragilizada e dependente, com insuficiente solidez nas fronteiras psíquicas. Com o surgir da puberdade e da sua impulsividade, a jovem faria um movimento de recuo, temendo o ressurgimento da personalidade arcaica, invejosa, destruidora e voraz (Salgueiro, 1991).

Ao passar de uma teoria da libido para uma teoria das relações de objecto, a psicanálise desvia a sua atenção para um modelo de patologia do Eu: as dificuldades de desenvolvimento e a psicopatologia seriam assim explicadas por *falhas precoces ao nível do narcisismo e da identidade*. Os sintomas não teriam um significado simbólico directo, mas teriam funções variadas: uma forma de expressar um sofrimento do Eu e uma fuga

dele, uma defesa, uma forma de reencontro de um equilíbrio narcísico perdido. Nesta linha os distúrbios alimentares passam a ser uma nova forma de organização psicológica e, finalmente, a estar incluídos na patologia de adicção.

### 1.2.1 O orgasmo da fome

Kestenberg e Decobert (1972) criticam a interpretação imediata relativamente ao significado oral directo expresso no sintoma alimentar. Para estes autores, trata-se de uma organização específica particular, caracterizada por **dificuldades de incorporação e introjecção**, em que a recusa da comida seria uma formação reactiva em que a repugnância se substitui ao apetite, dando origem ao “**orgasmo da fome**”, por um lado, e ao investimento narcísico secundário na analidade, através de uma relação de **domínio**, por outro.

Os autores fazem uma reflexão à volta da *oralidade* na anorexia nervosa, dado que a comida tem um valor simbólico muito complexo: é o representante simbólico da mãe, e tem valor de satisfação pulsional, no sentido fisiológico, e de investimento do prazer, e da agressividade na sua função devoradora. Assim, as relações com a comida traduzem, mas não de forma linear, a relação da mãe à criança: “uma organização em espiral desenvolve-se onde intervêm á todos os níveis os investimentos e as trocas complexas e diferentemente repartidas nas quais se misturam a líbido, a agressividade, o narcisismo em misturas variadas, tanto harmoniosas como discordantes, entre a mãe e a criança” (*op. cit.* p.197).

Quer dizer, poder-se-ia pensar que a recusa da comida implica o recalçamento ao mesmo tempo que é a expressão da agressividade oral em relação à mãe, podendo ser explicada ao nível da fase canibálica da oralidade como foi descrita por Abraham (1966). Além disso, poder-se-ia postular que a recusa da comida poderia estar inscrita numa vivência esquizo-paranóide, no sentido Kleiniano, em que a comida representaria tudo o que é mau e perigoso vindo do exterior, o perseguidor, que não se pode ingerir e que se

deve rejeitar para não se ser infiltrado e destruído pelos maus objectos interiorizados e clivados, como por exemplo os “objectos bizarros” descritos por Bion.

Para os autores, embora seja provável que exista na anorética este fantasma da mãe devoradora, esta teorização não parece suficiente para dar conta da organização das anoréticas mentais, nem do valor simbólico que elas ligam à comida, nem o seu comportamento em relação à comida. De facto, a anorexia aparece em dois momentos do desenvolvimento: primeira infância e adolescência. As anorexias da primeira infância, chamadas de anorexias reactivas, manifestam-se como reacção ao meio à volta. Assim, da mesma forma na anorexia nervosa, podemos pensar que a recusa da comida implica à partida uma formação reactiva, em que a repugnância se substitui ao apetite. Trata-se assim de um *deslocamento*, comum a toda a formação reactiva. Não existe nos fantasmas anoréticos uma equação imediata comida = mãe, mas esta ocultação no conteúdo manifesto leva a pensar que as dificuldades se situam ao nível da incorporação e introjecção: o que as caracteriza não é o facto de elas quererem ou não comer, mas antes que *recusar-se a comer* é para elas o importante (Kestenberg *et al.*, 1972).

Este contra-investimento deve ser compreendido a diferentes níveis: (1) a um nível *edipiano*, significando uma defesa precisa contra a situação edipiana: o corpo que poderia agradar é aquele que seduz o pai, como seduz o sujeito que se identifica ao pai seduzível; (2) a um nível *pré-edipiano*, em que as imagos materna e paterna são imaginadas como figuras indiferenciadas, não sendo o pénis específico a uma ou outra figura. É o caso em que a mãe se torna detentora de tudo pela sua onipotência, superior àquela ligada ao possuir de um falus, que está sujeito ao problema do desejo. Entretanto, o retorno do recalcado, a culpabilidade edipiana, torna esta imago vulnerável e provoca uma necessária compulsão à reparação.

Este retorno à necessidade de integridade narcísica provoca o recurso ao *ideal do Eu*. Então, o que determina estas adolescentes é o seu ideal do eu, e é para agradar a este que elas recusam a comida. Recusar a comida para agradar a um ideal do eu corporal, que é o seu, é fazer prova aos seus olhos da sua existência. Isto reenvia aos fantasmas megalomaniacos e à necessidade de ruptura com toda a situação de dependência.

Resumindo, o recalçamento do prazer da comida que é massivo nesta deserotização da zona erógena oral, este recalçamento dos laços amorosos à mãe, manifestam-se por um retorno do recalcado no sintoma, a que podemos chamar de “*orgasmo da fome*”: estamos em presença de uma hemorragia libidinal objectal, à qual se substitui uma corrente pulsional narcísica, por um lado agressiva, por outro lado que apaga o objecto no seio de uma tentativa de reprodução megalomaníaca primitiva do ideal do eu (Kestemberg *et al.*, 1972).

A par do recalçamento do prazer oral, existe um investimento narcísico secundário na *analidade*. Isto é, esta recusa da dependência vai-se manifestar ao nível da analidade: esta necessidade de se sentirem autónomas e existentes, porque vazias. Daí a confusão boca e ânus (vómitos = expulsão das fezes). Ou seja, existe na analidade o contra-investimento que é o *domínio*. Se existe o vazio autístico, nas anoréticas existe a necessidade de se esvaziar por laxativos ou vómitos para se poderem encher e esvaziar-se de novo, verificando ambos o seu *poder* e a sua *integridade*: haveria uma passagem inconsciente do “tenho fome, logo existo”, que é um apelo ao objecto, para “não tenho fome, logo estou inteira”, que é uma *rejeição do objecto em proveito de um investimento narcísico secundário ao nível na analidade*.

Como ao nível da oralidade, na analidade existe nas anoréticas uma ausência de ligação entre os investimentos narcísicos e objectais. Assim, as zonas erógenas não podem constituir pontos de sustentação como no caso da fixação, lugar onde pára a regressão. No caso delas, a regressão leva-as a um *investimento narcísico de si*.

Estes sujeitos viveriam num mundo de *pré-objectos*, “como se brutalmente uma falha profunda, só deixasse subsistir a onnipotência fetiche, por um lado, a inteligência seca por outro” (*op. cit.* p 196). Os autores descrevem assim as características da organização psíquica das anoréticas:

“Dificuldades de incorporação e introjecção, acção massiva da projecção, incapacidade de elaboração da posição depressiva, dificuldades de acesso a identificações evolutivas, prevalência maior e grave dos investimentos narcísicos, a sombra de um ideal do Eu projectada sobre o Eu em vez de ser sobre o objecto, pondo-nos em presença de um Eu mal ligado com múltiplas clivagens. São testemunho disso os elementos de perversão

constantemente presentes (a diferentes níveis), ao mesmo tempo que é significativa a cisão aparente entre as actividades cognitivas e motoras e os investimentos do corpo, do qual a imagem é uma negação forçada do seu aspecto carnal ao mesmo tempo que uma fascinação na sua construção ideal vivida como desencarnada, projectada para fora e indefinidamente desejada" (*op. cit.* p. 193).

### 1.2.2 A patologia da adicção

Finalmente, um outro grupo de autores, embora não deixando de considerar a importância dos distúrbios na relação precoce, vai situar os distúrbios alimentares num outro grande grupo, a **patologia adictiva**, a qual por sua vez se insere nas *patologias do comportamento*, cuja característica principal é um recurso ao comportamento por incapacidade de elaboração dos conflitos por meios puramente psíquicos. Estaríamos aqui perante dificuldades ao nível da estruturação das bases narcísicas do Eu e consequente dificuldade em elaborar os conflitos por meios internos, com necessidade de recurso a defesas comportamentais.

Brusset (1990) tenta situar as doenças do comportamento alimentar fazendo uma reflexão sobre a forma como a psicanálise tem compreendido a manifestação somática de problemas psíquicos. Assim, refere que desde Freud, as *teorias psicossomáticas* têm oscilado entre dois modelos, que muitas vezes se encontram misturados: o da neurose actual, e o da conversão histérica. No primeiro caso, a somatização é uma alternativa à angústia e explica-se da mesma maneira que na primeira teoria freudiana: uma transformação quantitativa a partir de um limiar, automático e irreversível da tensão física sexual que não se pode ligar às representações para se constituir em sexualidade psíquica, em líbido propriamente dita. Aqui, a falha da mentalização explica a somatização: o determinismo é somato-psíquico por falha do psíquico. No segundo caso, a representação inconsciente actualiza-se e realiza o prazer sob a cobertura da transposição no corporal,

tornado lugar de realização do fantasma: o corpo expressivo é possuído pelo fantasma à custa do sujeito da consciência. O determinismo é psico-corporal.

Algumas tentativas têm sido feitas para procurar sair deste dilema. Através da sua teoria da “*neurose de órgão*” Alexander pôs em relação função do organismo e conflito dinâmico específico. De uma outra maneira, Marty e a sua escola, enfatizam a ideia de *falha* dos processos psíquicos, e conduzem à ideia de integração hierárquica dos diferentes níveis de funcionamento, tanto do organismo como do aparelho psíquico.

Estas últimas ideias são objecto de crítica por induzirem o recurso a explicações fundadas sobre o que *falta*, em referência à normalidade ou à neurose, mais do que especificarem certos *modos de organização psíquica*, por exemplo, definir certas formas psicopatológicas pela inorganização ou falta de mentalização.

Por outro lado, a **teoria da pulsão de morte** vai no mesmo sentido, visto que o fundamento biológico que Freud lhe deu contribui para que se faça referir o mais grave ao mais corporal, como se a actividade psíquica fosse tanto mais arcaica quanto mais pusesse em questão o corpo. Este postulado, não sendo confirmado pelas psicoses, falha em distinguir outro que o corpo fantasmático e expressivo da histeria, o corpo nas suas funções tal como ele comporta os protótipos dos fantasmas e das experiências originárias de prazer e de desprazer, o corpo como objecto, ele e fora dele, lugar de projecções e de identificações projectivas (a melancolia, a hipocondria), e o somático como extrapsíquico, como lugar de somatização propriamente dita.

De facto, as *falhas da actividade psíquica* não determinam a psicose, que é uma reconstrução testemunhando as fontes do mental, mas a *somatização* assim explicada pela falha de integração e de elaboração psíquicas. A um menor grau, a **passagem ao acto**, a impulsividade encontram lugar no mesmo gradiente do corpo ao espírito.

A clínica mostra bem como os impulsos, as condutas agidas, os comportamentos automáticos são, ao mesmo tempo, causa e consequência de uma mentalização insuficiente. Assim, as condutas agidas são vistas (como os automatismos das “neuroses do comportamento” segundo Marty), sob o ângulo de uma *perda de sentido*, da

*desqualificação e desespecificação* dos produtos da actividade psíquica, ou seja, dos afectos e das representações. De um ponto de vista genético, evocam-se os estados arcaicos para lá da diferenciação do prazer e do desprazer, que são ou não elaborados e integrados secundariamente em termos de objectos bons e maus, portanto de relações de objecto diferenciadas, correlativas do sentimento de identidade. Podemos também pensar em afectos primários, de proto-representações, de representações pictográficas ligadas ao corpo libidinal e próprias ao originário, ou então de elementos “beta” (Bion), definidos pelo seu carácter impensável e seu destino na identificação projectiva, até serem transformados na função “alpha”. Estes desenvolvimentos recentes são mais interessantes para pensarmos a teoria das condutas agidas, dos actos, dos comportamento, dos impulsos e das **adicções** que para a patologia psicossomática em estrito senso (Brusset, 1990).

Os diversos tipos de **condutas adictivas** comportam geralmente um empobrecimento da vida afectiva e relacional que sugere à partida o modelo de *curto-circuito da economia psíquica*, do pôr em acto para evitar a mentalização ou da falha desta. Na **bulimia**, por exemplo, uma conduta agida e repetida aparece como formação substitutiva na procura perdida do prazer e satisfação não encontradas através dos outros, descrita por O. Fenichel (1945) como “toxicomania sem droga”.

Certas formas de adicção têm uma função de substituição de um Eu parcialmente incapaz e substituem-se aos mecanismos de defesa e aos fantasmas, mas constituindo um impasse destinado à repetição e à difusão pulsional na lógica primitiva da pulsão de morte. Tudo se passa como se a conduta adictiva viesse substituir a organização da actividade psíquica ao preço de um deslocamento na realidade dos seus elementos constitutivos. Particularmente, na *impossibilidade de elaborar os conflitos inevitáveis da adolescência*, a conduta adictiva e os seus efeitos, tanto somáticos como corporais, exercem um constrangimento, seleccionam, controlam, polarizam e limitam a actividade psíquica, ao mesmo tempo dando uma solução aos sistemas pulsionais à procura de figuração:

“os efeitos das perturbações do comportamento alimentar não se limitam à modificação do apetite, da saciedade, da fome, da excitação psíquica da “toxicomania

endógena”, ou às alterações do carácter, mas elas inflexionam o sistema de investimentos da vida fantasmática de uma maneira que compromete o conjunto do funcionamento psíquico, e daí a enorme transformação do conjunto da personalidade: o meio desconcertado não mais reconhece o sujeito, o qual está muitas vezes espantado” (Brusset, 1990, p. 675).

Contudo, Brusset (1990) refere que há no agir a dimensão de um *evitamento*, mas também de uma *substituição*: do ponto de vista dinâmico, uma outra modalidade de funcionamento psíquico põe a funcionar outras defesas e outras satisfações; do ponto de vista económico, uma outra solução permite a descarga a menor preço da elaboração psíquica, e daí a ideia de curto-circuito. Mas, do ponto de vista tópico, o que acontece à representação psíquica inconsciente nas moções pulsionais do Id? O autor pensa que não é possível pôr no mesmo plano (como fez Marty) a somatização e a redução comportamental, o automatismo do comportamento, e as adicções.

Assim, Brusset chama a atenção para que, sob a influência das teorias psicossomáticas, a nossa percepção sobre as relações entre o agir e o pensamento tende a fixar-se na simples oposição do comportamento e da actividade propriamente psíquica, do comportamental e do mentalizado. Se esta oposição encontra pertinência quando se trata do *comportamento vazio*, ou dos automatismos do comportamento, que como o pensamento de tipo operatório, pressupõe uma *depressão essencial*, a insuficiência ou a descontinuidade da mentalização, o mesmo não pode ser dito das *patologia da adicção, para as quais os sintomas possuem uma dinâmica específica e desempenham funções determinadas no equilíbrio narcísico*. Ele refere, a propósito de um caso clínico:

“ Para Sónia, andar é mexer-se para não se sentir morta, agir não para evitar pensar, mas para *pensar de outra forma*, para canalizar o pensamento, instaurá-lo num ritmo e num quadro, o das sensações que implicam o corpo em movimento num dado espaço e tempo, correctamente definidos, antecipáveis, controláveis. Ela procura contornar os efeitos devastadores da desorganização, da depressão, da dor psíquica, efeitos que tendem a siderar a actividade mental. O sujeito é o agente de uma acção que faz do corpo um instrumento do qual se serve, e não o objecto com as suas exigências, reivindicações, limitações (...) A conduta adictiva como a marcha de Sónia constitui, em relação com o

processo analítico, uma espécie de “bacia atractiva” que alimenta a elaboração psíquica, a redução de clivagens e a integração. Ela permitiu-lhe, primeiro tendo caído na bulimia, sair da catástrofe que testemunha a anorexia. O corpo em movimento o espaço social e anónimo das ruas, neste ritmo e automatismo, permite a associação e a dissociação das ideias em função de um relance das relações entre a actividade rememorativa, representativa e o pensamento, o desligamento e o religamento” (*op. cit.* p. 685).

Também para Jeammet (1988) a anorexia e bulimia nervosa são consideradas **patologias da adicção**, incluídas dentro das patologias do agir, e são *duas faces opostas do mesmo problema*, não havendo uma anorética para quem os fantasmas bulímicos não sejam uma tentação permanente. Na verdade a anorexia é uma luta activa contra a sensação de fome, uma defesa contra a conduta bulímica. Os distúrbios alimentares são uma das várias formas de expressão das patologias do comportamento, nas quais os adolescentes, em vez de resolverem os conflitos ligados a esta idade por meios psíquicos puramente internos, respondem por um comportamento cuja consequência é curto-circuitar a possibilidade de trabalho mental, reforçando a resposta por um comportamento. Nas patologias do agir inscrevem-se as perturbações do comportamento alimentar (anorexia e bulimia), a toxicomania, o alcoolismo compulsivo, as tentativas de suicídio, as fugas, as rupturas escolares, as diferentes condutas de tipo psicopático, etc. Estas patologias têm duas dimensões que as tornam especialmente perigosas e difíceis de resolver. Por um lado, constituem uma **auto-sabotagem**, que pode ir até ao ataque ao corpo próprio. Por outro **auto-reforçam-se**: a anorética nunca é suficientemente magra para seu gosto, a bulímica torna-se cada vez mais bulímica. Cria-se uma relação de tipo toxicómano entre o adolescente e a sua perturbação do comportamento, do qual ele se torna cada vez mais dependente. Isto significa que se encontra por detrás destas perturbações a problemática da dependência exagerada relativamente ao meio, revelando-se em geral numa conduta de tipo adictivo.

Então, uma resposta a um certo número de conflitos, através de um comportamento, motivada por uma vulnerabilidade na personalidade, adquire progressivamente um poder de expressão privilegiado de toda a tensão, destruindo progressivamente as outras formas de

resposta mais mentalizadas. Esta conduta repetitiva de resposta aos conflitos vai perdendo progressivamente os seus laços de significação com os conflitos, tornando-se por isso alienante e patológica.

Note-se que não existe uma relação directa entre as patologias do comportamento alimentar e a estrutura de personalidade, podendo-se encontrar toda a gama de estruturas de personalidade: a personalidade histérica, a obsessiva, as personalidades esquizóides ou perversas (Jeammet, 1988). Na verdade, o que é mais importante no agir é impedir o trabalho mental e portanto a tomada de consciência, ou seja, todas estas condutas têm por finalidade evitar à paciente pensar em temas que a poderiam pôr em situação conflitual e deprimi-la.

Assim as **anoréticas** encontram na sua conduta uma dupla sensação de *controlo*: triunfo sobre a conflitualidade interna, e igualmente sobre a perturbação do comportamento (a bulimia). De facto, na anorexia elas controlam uma necessidade: a de comer. Pelo contrário, na **bulimia**, se o acto de comer oculta todo o pensamento de carência e sofrimento, sabe-se que ele é seguido de um afecto depressivo no qual a paciente se culpabiliza por ter cedido ao seu desejo. Neste caso a comida representa um *substituto relacional*.

A **anorética** lida de outra forma com esta problemática depressiva: o que é importante é sentir-se desejante, através da sensação de fome, e sentir simultaneamente o seu poder de controlo, não só sobre o objecto de desejo, mas também sobre o próprio desejo, tendo a prova de que é capaz de não o satisfazer e de o manter activo.

Concluindo, tanto num caso como noutro, a perturbação do comportamento tem um papel focalizador da conflitualidade, protegendo o resto da personalidade dos efeitos possíveis desta. Isto explica que no início da hospitalização, estes pacientes tenham um contacto fácil e a-conflitual. A anorexia, meio de controlo mais eficaz que a bulimia, mantém clivados dois sectores da personalidade: um que condensa todos os conflitos essenciais da paciente (comportamento anorético), e outro que pode aparecer como a-conflitual. Pelo contrário, à medida que se cura o sintoma, começam a aparecer

dificuldades de ordem depressiva, ansiosa e afectiva da personalidade, o que torna necessário, na conduta terapêutica, tomar essas dificuldades em atenção não se preocupando o terapeuta unicamente com a redução do sintoma.

### 1.3 Conclusões

A compreensão sobre os distúrbios alimentares tem acompanhado a história da própria visão psicodinâmica em relação ao funcionamento psíquico, à psicopatologia, ao sentido dos sintomas. Assim, Freud, o pai da psicanálise, iniciou um novo caminho compreensivo da psicopatologia, com a noção de inconsciente, e da sua expressão "disfarçada" nos sintomas psicopatológicos. Estava-se aqui no **modelo da histeria de conversão**, cuja problemática resultava de conflitos entre impulsos contraditórios entre várias instâncias psíquicas. Essas dificuldades tinham as suas raízes em **conflitos edipianos**, e como tal estavam ligados a vicissitudes ao nível da sexualidade.

Posteriormente, com o distanciamento progressivo da teoria pulsional, e o aparecimento dos teoria da relação de objecto, a psicanálise passou a olhar para as dificuldades de desenvolvimento e psicopatologia como **falhas ao nível das bases narcísicas do eu**, consequência de falhas precoces no amor primário. Neste sentido, autores como Balint, Winnicott, Fairbairn, foram muito importantes ao chamarem a atenção para os cuidados maternos primários e seu impacto em dificuldades de desenvolvimento posteriores e psicopatologia. Neste sentido, os sintomas passam ser produto de déficits narcísicos, portanto de uma "alimentação amorosa insuficiente" cujas consequências se fazem sentir ao nível da identidade. Aqui, surgiriam a patologia limite e as psicoses, cujas dificuldades seriam bastante mais precoces do que na histeria, e como tal haveria déficits ao nível da simbolização, de forma que os sintomas deixam de ter um significado simbólico, ao invés, representam *possível equilíbrio narcísico*.

É isto que se passa com os **distúrbios alimentares**. De facto, a compreensão psicodinâmica da patologia alimentar acompanhou este percurso. Por exemplo, alguns

autores (Crisp) viam a magreza como um sinal de regressão para um corpo pré-pubertal, representando uma fuga da sexualidade. Outros autores (Bruch, Palazzoli, Masterson) foram pioneiros ao chamarem a atenção para *as dificuldades nas relações precoces com a mãe, e para os sintomas anoréticos como a procura de um controlo sobre si perante as dificuldades de uma autonomização adolescente*. Por outro lado, estes autores descrevem **relações maternas narcísicas**, no sentido em que estas mães responderiam aos bebés em função das suas próprias necessidades e desejos e, por outro lado, recompensariam a dependência destes filhos (Masterson). Assim, Bruch refere uma mãe que responde sistematicamente com comida ao choro da criança, mesmo que se trate de outras necessidades de conforto, ou protecção, e conseqüentemente a criança ligaria o alimento ao mal-estar. Por outro lado, estas mães são descritas como reforçando a submissão da filha aos seus desejos (Bruch, Palazzoli). A futura anorética conformar-se-ia aos desejos maternos como forma de ganhar o seu amor, tendo profundas dificuldades de autonomia, e estando assim mal preparada para o processo adolescente. Desta forma, esta autonomia seria procurada de uma forma desadaptada, através do **controlo do corpo**, que para Bruch é uma luta pelo auto-conceito, para Palazzoli o controlo do objecto materno projectado no corpo, e para Masterson, uma forma de evitar profundas angústias de abandono.

Simultaneamente, a **oralidade** nos distúrbios alimentares passou a ter um outro sentido. Se no modelo da histeria de conversão, se tratava de uma oralidade simbólica, em que por exemplo, a fome forçada seria uma luta contra uma avidez oral, consequência de uma inveja infantil intensa (Boris), no novo modelo das dificuldades narcísicas, o sintoma oral tem um significado bastante mais complexo, indirecto, e representa uma forma de equilíbrio narcísico. Nesta linha, alguns autores (*e.g.* Kestenberg) atribuíram à anorética o "orgasmo da fome", que seria uma recusa alimentar para obedecer a um *ideal do eu* como procura de uma integridade narcísica. Não se trata aqui de recusar a comida como representante materno, mas da recusa do prazer para obedecer a este ideal do eu e, ao mesmo tempo, um investimento narcísico secundário na analidade, através de uma relação de domínio. Ou seja, ao recusar o prazer, recusariam o investimento no objecto, que substituiriam por um investimento narcísico, obedecendo ao ideal do eu, por um lado, e controlando o desejo, por

outro. Estas adolescentes teriam assim, profundas dificuldades ao nível da identidade, impossibilitadas de elaborar a posição depressiva, com dificuldades de incorporação e introjecção, dificuldades essas de nível edipiano mas também pré-edipiano, com uma imago materna onnipotente e indiferenciada da imago paterna.

Outros autores realçaram a natureza complexa do sintoma alimentar, ao enquadrarem-no numa patologia mais vasta: a **patologia da adicção**, a qual se insere dentro das patologias do comportamento. A ideia base desta concepção, é que as dificuldades precoces ao nível da identidade tornariam difícil a elaboração de conflitos psíquicos por meios internos, e daí a necessidade de recurso a defesas comportamentais, para afastar a dor psíquica. Nesta linha, Brusset, enfatiza que não se trata aqui somente da ausência de elaboração psíquica, como acontece na patologia psicossomática, que acenta na ideia de *falha dos processos psíquicos*. Na patologia do comportamento, haveria, por um lado uma dimensão de *evitamento* dos conflitos psíquicos, mas também uma *substituição por um novo modo de funcionamento*. Nesta linha, os sintomas alimentares possuem uma dinâmica específica e desempenham funções determinadas no equilíbrio narcísico: não seria evitar pensar, mas pensar de outra forma, em que a acção permitiria evitar os efeitos devastadores da desorganização, da depressão, da dor psíquica.

Esta concepção da adicção e do agir é partilhada por Jeammet, para quem anorexia e bulimia são duas faces do mesmo problema de um profunda "fome afectiva". Neste sentido, enquanto a anorética, através do controlo da fome, controlaria todo pensamento de carência e sofrimento, evitando assim uma depressão incapaz de elaborar, a bulímica ocultaria temporariamente este sofrimento no acto de comer, mas logo depois seria invadida por sentimentos de culpa e vergonha por ter cedido ao seu desejo. Neste sentido, a comida seria aqui um *substituto relacional*, em relação ao qual a anorética manteria o desejo e o controlo sobre este desejo, enquanto que a bulímica, não teria controlo sobre esse desejo que satisfaria avidamente, para logo mergulhar na depressão a ele ligada. Por outro lado, ambas anoréticas e bulímicas procurariam através da patologia do comportamento, focalizar a conflitualidade, isto é, haveria uma clivagem interna da personalidade de forma que a problemática narcísica

seria vivida no sintoma alimentar, mantendo o resto da personalidade aparentemente a-conflitual.

## 2. Patologia alimentar e patologia do Eu

Como vimos, alguns autores psicodinâmicos incluem os distúrbios alimentares dentro da patologia da adicção. Nesta linha os distúrbios alimentares são pensados como perturbações narcísicas, no sentido da existência de falhas precoces, nas primeiras relações de vinculação, as quais se vão reflectir em termos de uma ausência de objectos internos amantes, seguros e estáveis. Os sintomas alimentares aparecem então como reacção a estas falhas, numa altura do desenvolvimento que requer uma reorganização da personalidade, o abandono da dependência e das velhas relações, transformadas em relações mais maduras, e o encontro de novos objectos. Sintomas que finalmente não são mais do que o equilíbrio narcísico possível para aquele indivíduo.

Neste sub-capítulo iremos mostrar como a *adolescência*, pela reorganização da personalidade que implica, vai ser reveladora das problemáticas narcísicas escondidas desde a infância e, ao mesmo tempo, contribuir para que esses desequilíbrios entre os investimentos narcísicos e objectais sejam resolvidos através do recurso a condutas, nas quais se incluem as perturbações do comportamento alimentar (primeira secção). Seguidamente iremos aprofundar uma reflexão sobre o funcionamento psicodinâmico das jovens com anorexia e bulimia, na sua dinâmica de relação com os objectos internos (segunda secção). Finalmente debruçar-nos-emos mais especificamente na bulimia nervosa, e sua relação com a depressão, quer na sua vertente clínica, quer em termos de funcionamento psicológico, o qual, para muitos autores, está organizado sobre angústias depressivas e de abandono (terceira secção).

## 2.1 A adolescência, a dependência e o agir

As patologias da adicção (toxicodependência, álcool, distúrbios alimentares), parte importante das patologias do agir, aparecem, de uma forma geral, durante a adolescência. Marcelli (1994) faz uma reflexão sobre o que explica que a adolescência seja um período de risco para as condutas da adicção. O autor enfatiza a **relação de dependência** que se observa frequentemente durante a adolescência, destacando os factores próprios da adolescência susceptíveis de explicar esta vulnerabilidade particular: o segundo processo de separação-individualização, a separação da ligação ao objecto edipiano, o conflito intenso entre investimentos objectais e investimento narcísico, a flutuação identificatória, etc. Este trabalho psicológico reactualiza os traços mnésicos deixados pela interiorização das relações precoces. Se estas relações foram fonte de sofrimento, a reactualização destes traços reforça o sentimento de dependência e, num segundo tempo, a necessidade de luta contra este sentimento.

Na sua reflexão sobre o que é isto da dependência, o autor introduz a ideia de que a dependência é da ordem da **falta**. Dá o exemplo da dependência de oxigénio: somos totalmente dependentes de oxigénio para vivermos, mas só pensamos nisso quando, por exemplo, temos um ataque de asma, isto é, só temos consciência dessa dependência quando ele falta: “temos um conhecimento desta dependência, mas um conhecimento silencioso porque ela é satisfeita, preenchida... Ao visitar um apartamento vazio, circulando nas divisões vazias somos incomodados pelo som das nossas palavras: este eco é o barulho que faz o vazio, é o barulho que produz a ausência. Uma divisão vazia é barulhenta, uma divisão mobilada é silenciosa” (Marcelli, 1994, p.279).

Fazendo a passagem do biológico (*e.g.* dependência do oxigénio) para o psicológico (*e.g.* relação afectiva), o autor vai pegar no conceito de “*harmonia afectiva*” (Stern, 1989) entre a mãe e o bebé: comportamento observado a partir do 8º mês, que dá a impressão de uma imitação entre mãe e bebé, mas uma imitação particular - transmodal (o que existe entre os dois parceiros é uma permutação do canal sensorial: um movimento de um segmento do corpo e uma vocalização, uma vocalização e uma carícia, o movimento de duas partes

diferentes do corpo). Trata-se de uma partilha de emoções. Assim, quando os dois parceiros estão em acordo ou harmonia afectiva satisfatória, o que se observa ? Não se observa nada. É uma conduta silenciosa, aparentemente não se vendo nada. Durante esta harmonia com sucesso nenhum dos dois parceiros parece tomar consciência, uma vez que partilham o mesmo afecto, e estão num estado de extrema dependência um em relação ao outro. No entanto, se se pedir à mãe que fique face ao seu bebé com expressão impassível - “imitação bloqueada” -, ou que exagere artificialmente o gesto, contrariando o ritmo do gesto do bebé - “imitação diferida” -, o bebé suspende a sua acção, olha intensamente a mãe, e mesmo quando se pede à mãe que volte ao movimento apropriado, o bebé não responde. É como se a falta, ou o defeito da harmonia a tornassem barulhenta, visível, dando aos parceiros a pré-condição de uma actualização à consciência desta falta: “uma psique plena de interacções e de relações afectivas satisfatórias é uma psique silenciosa e calma como uma casa mobilada. Uma psique vazia de interacções afectivas harmónicas torna-se barulhenta, uma vez que este vazio provoca o eco do seu próprio funcionamento, assim como uma casa vazia é barulhenta de um eco que ressoa” (Marcelli, 1994, p. 280).

A partir desta metáfora, o autor constrói uma primeira hipótese: **a adolescência constitui um revelador específico da problemática da dependência**. Esta hipótese vem de constatações clínicas: por um lado, por ser por volta da adolescência que aparece grande número de condutas de adicção (tabaco, álcool, droga, anorexia e bulimia) hoje descritas com dois picos de aparecimento: no início da puberdade - 13-14 anos -, à entrada para a faculdade - 18 anos; e, por outro lado, de uma análise psicopatológica individual, familiar (conflitos pais-adolescentes) e social (paradoxo entre a possibilidade de meios que facilitam a autonomia - moto, carro - e, por outro lado, situação de dependência prolongada no plano material). Apesar das fontes de dependência social e familiar poderem ser várias, o que aqui interessa é o **aspecto psicodinâmico da dependência** e portanto a análise do que no processo psíquico do adolescente poderá dar conta desta problemática de dependência.

De facto, a adolescência é um período revelador das problemáticas da dependência, na medida em que põe em tensão de forma muito particular os laços de dependência entre o *indivíduo e seus objectos*, em particular os *objectos de identificação primária*. Desta forma, existe o risco de conflitualizar e de tornar patológico tudo o que não foi interiorizado e integrado às identificações primárias constitutivas do narcisismo. Um dos paradoxos que o adolescente experimenta é o de que ele deve *identificar-se aos mesmos objectos dos quais se deve separar*, isto é, os *objectos edipianos*. Dada a sua problemática, o adolescente actualiza então um *conflito entre os investimentos objectais e os investimentos narcísicos*, sendo que estes dois investimentos aparecem como antagonistas e inconciliáveis precisamente devido às *falhas e defeitos nas ligações constitutivas de vinculação e de dependência precoces* (Marcelli, 1994).

Estas ligações representam pois as fontes de dependência e reenviam às **interacções precoces**, e respectivos objectos internos, podendo-se distinguir dois tipos de objectos internos: o objecto de necessidade e o objecto de desejo. O *objecto da necessidade* inscreve-se numa relação de apoio, relação *anaclítica* que satisfaz as necessidades vitais do bebé. A sua figuração é dominada pela imagem do bebé adormecido após a mamada. O objecto da necessidade procura as sensações. Trata-se do objecto primário de vinculação ou “objecto original”, objecto que para o bebé não é perceptível como objecto externo. A sua perda ou ausência prolongada desorganiza o Eu do bebé (depressão anaclítica) e exerce efeitos patogénicos tanto somáticos como psíquicos.

O *objecto de desejo* inscreve-se numa relação *triangular*, onde a criança pode não só perceber a mãe e a relação que tem com ela, mas também a relação da qual ele é excluído, isto é, relação entre mãe e pai. A sua perda será aqui sentida como uma incapacidade ou impotência de satisfazer o objecto, inscrevendo-se no registo simbólico da castração. É um sofrimento psíquico que a criança sente e não uma desorganização indiferenciada somatopsíquica: “o objecto da necessidade garante a sobrevivência e procura o bem-estar. O objecto de desejo promete o prazer e a jubilação antes que venha a satisfação. O objecto de desejo provoca as emoções” (Marcelli, 1994, p. 282).

Assim, quando a mãe fornece ao bebé os contributos afectivos de forma harmoniosa, o bebé goza, investe o seu ambiente próximo, pessoas e instrumentos que estão ao seu alcance: serve-se deles como do oxigénio sem se dar conta nem tomar consciência. Durante estes momentos ele partilha com a mãe afectos que se transformam em emoções graças ao significado que esta lhes dá. Se as dádivas da mãe são defeituosas, ele pára, olha, fecha-se sobre si mesmo, acabando por gritar ou se auto-estimular. Os afectos, sem encontrarem nome no imaginário, fazem retorno ao sensorial, ficando no estágio das sensações. O bebé auto-estimula-se para criar sensações. Ele tem consciência da falta, e guardará um traço desta tomada de consciência. Mais tarde, cada separação necessária activará a consciência deste traço.

Mas, Marcelli avança ainda outra hipótese: a relação triangular durante a **infância** (latência) *mascara e compensa falhas primárias*. Na realidade, a *separação e a tolerância à dependência só são possíveis quando o objecto do desejo se diferenciou suficientemente do objecto da necessidade*. Enquanto a criança permanece criança, enquanto a imaturidade sexual do seu corpo deixa na ambiguidade as relações entre o objecto de necessidade e o objecto de desejo, a tensão entre estas duas organizações relacionais não se faz sentir. A imaturidade sexual protege a criança e torna o investimento edipiano possível, inofensivo. Este recobre os investimentos narcísicos ligados ao investimento dos objectos primários. Quando as primeiras relações com os objectos primários foram *defeituosas*, deixando marcas na continuidade do narcisismo, o investimento edipiano nestes mesmos objectos é capaz de mascarar e compensar estas falhas primárias (por isso na criança após a fase edipiana, as falhas precoces, ligadas a defeitos nas interacções precoces, têm tendência a melhorar ou a desaparecer entre os 7-8 anos e 11-12).

Com o início da **puberdade** tudo muda: a imperiosa obrigação que o adolescente sente em se separar dos objectos edipianos põe bruscamente a descoberto as bases narcísicas, fazendo ressurgir a qualidade das interiorizações das ligações aos “objectos primários”. Neste contexto, Blos e Laufer chamaram a atenção para a necessidade de reorganização nos investimentos de objectos: para Blos (1979), o adolescente deve-se separar das ligações aos objectos edipianos; Laufer (*in* Marcelli, 1994) fala de ameaça de

ruptura, isto é, ameaça no sentimento de continuidade do investimento da imagem de si e do outro por causa do corpo sexuado. O impacto pubertário actualiza de facto dois fantasmas que são as fontes essenciais da vida pulsional inconsciente de todo o adolescente: o fantasma incestuoso, o fantasma parricidário. É por isso que o adolescente se deve afastar destes objectos edipianos. Mas ao fazer isto desnuda-se, o que F. Dolto (*in* Marcelli, 1994) chama “complexo de lavagante” - “o período em que o crustáceo para crescer abandona a sua velha carapaça e refugia-se vulnerável e frágil dentro de um buraco enquanto a nova carapaça não se constitui” (Marcelli, 1994, p.282).

Assim, esta grande necessidade do pôr à distância os objectos edipianos torna o adolescente dependente dos outros objectos e vulnerável nas suas bases narcísicas. Trata-se de uma particularidade da adolescência, em que os investimentos de objectos são muitas vezes sentidos como uma ameaça para o equilíbrio narcísico por causa desta fragilidade potencial: “o adolescente oscila sem parar entre um desejo devorador de objectos e uma necessidade protectora de afirmar a sua total autonomia e a sua falta de necessidade” (Marcelli, 1994, p.282). As imagens da **anorexia nervosa e bulimia** representam uma caricatura disto, como mais adiante desenvolveremos (§ 2.2.2.).

Blos (1979) fala de *fome de objecto* na adolescência: o adolescente tem necessidade de absorver os objectos, ou seja, de encontrar as identificações, de estabelecer laços de desejo, de interiorizar os investimentos múltiplos: quando as identificações primárias deram ao narcisismo uma base suficiente, esta segurança primária adquirida permite ao adolescente afastar-se dos objectos edipianos sem se sentir ameaçado ou empobrecido, pode aproximar-se dos outros objectos, esperando prazer e emoção, sem que esta espera seja vivida como uma excitação intolerável, ou uma urgência (atração) ameaçadora para a base narcísica; quando há falhas precoces, as interacções afectivas defeituosas que deixaram uma traço vazio arriscam-se a ser novamente actualizadas assim que o adolescente se afasta dos seus objectos parentais e sente uma excitação desorganizadora devida às novas exigências pulsionais. A pulsão sexual torna excitante a relação com os objectos externos.

Marcelli (1994) conclui então que a tensão entre a *necessidade de objectos* de um lado, a “fome de objecto” de Blos, e a *vulnerabilidade narcísica* do outro (complexo de lavagante), explicam porque a adolescência é um período de risco para as condutas de adicção.

Outros autores partilham as mesmas ideias. Por exemplo, Jeammet (1988) também dá relevância a este *conflito*, característico da adolescência, entre a *autonomia e a dependência*:

“A adolescência é o momento da vida em que a criança tem acesso a um corpo fisicamente adulto, apto à procriação, o que exige uma nova distanciação da família. É esta necessidade de autonomização que torna este momento revelador da qualidade das interiorizações estabelecidas durante a infância, isto é, da capacidade de funcionar por si mesmo. Assim o adolescente vai-se confrontar com um duplo conflito na relação com a família: um ligado à definição daquilo que é dele e daquilo que é dos pais, e o outro relacionado com a sexualização dessas ligações. Ora, se existe uma falta de autonomização, um conflito vai agravar o outro, isto é, o adolescente é obrigado a aproximar-se dos pais para procurar a força que não tem nele próprio, e simultaneamente a sexualização dos laços torna-os mais difíceis e conflituosos” (Jeammet, 1988).

## 2.2 Uma relação de objecto narcísica

Apesar de algumas pequenas divergências, grande parte dos autores psicodinâmicos que se debruçaram numa reflexão clínica sobre as doenças do comportamento alimentar partilham duas ideias: por um lado, que a problemática subjacente a esta patologia está ligada às *identificações precoces*; por outro, que estas dificuldades mascaradas até à adolescência, irrompem no momento da *puberdade*.

Portanto, existindo falhas ao nível das bases narcísicas do eu, poder-se-ia então situar esta patologia dentro do grande saco que é a patologia narcísica. No entanto, as jovens anoréticas e bulímicas parecem não pertencer a uma categoria nosológica específica, podendo ter uma estrutura mais neurótica ou mais dentro das patologias limite. Aquilo que parece comum nesta patologia, e também no pensamento destes autores, é que existe nos

distúrbios alimentares um **modo particular de funcionamento psíquico**, como forma de gerir a problemática narcísica subjacente. De facto, se o conflito entre a fome de objecto, e a necessidade de afirmar a independência, juntamente com a necessidade de agir, explicam o porquê de várias condutas adictivas aparecerem na adolescência, isto “intoxifica, mas não é suficiente para torná-los toxicodependentes” (Marcelli, 1994, p. 283). Falta algo mais que se pode situar nas patologias narcísicas: “a patologia adictiva é tanto mais grave quanto mais ela se situa exclusivamente no registo narcísico. Quanto mais o adolescente é toxicómano, mais a patologia narcísica é dominante” (Marcelli, 1994, p. 283).

### *2.2.1 Patologia narcísica e o uso das sensações*

Mas o que leva o adolescente narcisicamente vulnerável, preso entre a necessidade de estar ao mesmo tempo próximo e longe do objecto, a entrar na adicção ?

O adolescente, para não sentir esta insuportável “fome de objecto” pode escolher substituir o objecto afectivo, uma pessoa, por um **objecto concreto**, uma coisa. Ou seja, o adolescente para não sentir esta insuportável dependência em relação ao objecto de investimento das suas pulsões, considera uma coisa concreta: os alimentos, uma garrafa de álcool, um comprimido, que estarão mais sob o seu controlo do que uma pessoa.

Isto é favorecido por uma outra necessidade: a necessidade de agir, a ilusão do controlo. Agir e passar ao acto é uma das características da adolescência, ter o controlo alimenta a onipotência e protege de um fantasma de passividade. Portanto, a relação com objectos concretos permite simultaneamente agir, ser activo, manter a ilusão do controlo e conservar o fantasma da onipotência.

Marcelli retoma o conceito de harmonia afectiva, e como as suas falhas conduzem à ausência de um tecido de emoções inscrito na continuidade que tome o lugar dos buracos, faltas que só as sensações virão encher: “a patologia da adicção é à partida uma patologia

das sensações. Estas sensações chamam a presença do objecto e requerem a sua actuação” (Marcelli, 1994, p. 283).

Desta forma, as **falhas do narcisismo** caracterizam-se, segundo o autor, pelo manter do **registo da sensação**, manutenção esta explicada pelas falhas nas relações de objecto precoces, e por sua vez não permitindo ao objecto de desejo individualizar-se, diferenciar-se do objecto da necessidade. Por outras palavras, as emoções mantêm-se tributárias das sensações. Mas as sensações não deixam traço psíquico, porque pertencem ao registo da activação sensorial: estão na ordem da *necessidade* e da sua *repetição*; dependem do acto e dão-lhe origem, ao contrário da emoção, inscrita no registo simbólico da palavra. A palavra suscita emoções, o acto produz as sensações mas, ao contrário, a necessidade de sensação desencadeia o agir e a procura do objecto concreto fonte de sensações. Isto é, a sensação é simultaneamente causa e consequência das patologias do agir: causa devido às problemáticas precoces nas relações primárias, consequência porque estando no registo sensorial é da ordem da repetição.

Assim, parece existir uma continuidade entre falhas nas interacções precoces - falha no narcisismo, manutenção das sensações -, dependência do objecto concreto - apetência ao agir.

“se a adolescência é uma condição da emergência das condutas adictivas, se a patologia narcísica é uma condição de manutenção da adicção, a necessidade de sensação é uma condição de escalada da adicção” (Marcelli, 1994, p.283).

Na linha de Marcelli, Jeammet enfatiza a **problemática narcísica** que está na base das patologias do comportamento. Se no início do século existia a sociedade moral, que reprimia a sexualidade, dando origem a uma cultura da culpa (ligada ao Superego), no fim de século estamos numa sociedade do sucesso, isto é, as pessoas não valem pelo seu “bom” comportamento, mas pelo sucesso que têm: quanto mais liberal é a sociedade, mais a pessoa se interroga sobre as suas capacidades. Passa-se do Superego para o Ideal do Ego. Daí a relevância das patologias narcísicas, e as problemáticas de dependência na

adolescência, isto é, numa sociedade que se interroga sobre a nossa capacidade narcísica, mais promovidas são as condutas de dependência. Estaríamos assim perante adolescentes “cheios de apetite”, o qual controlam com medo de serem invadidos pela sua necessidade.

Além disso, o **corpo** poderá ser utilizado como forma de expressão de um mal-estar narcísico, dado que a grande maioria dos pacientes anoréticos e bulímicos são mulheres. De facto, as perturbações corporais são, de uma forma geral, mais frequentes nas mulheres: na mulher o ataque a si seria feito através de um ataque ao corpo (tentativas de suicídio, auto-agressão corporal nos funcionamentos borderline), enquanto que no homem este ataque seria feito ao ambiente, através de condutas de delinquência (Jeammet, 1997).

### 2.2.2 Anorexia e bulimia: entre a fome e o medo do objecto

Como se referiu anteriormente Jeammet (1993) vai situar a problemática subjacente às doenças do comportamento alimentar ao nível das **bases narcísicas do Eu**. Segundo o autor, a compreensão psicanalítica destas doenças passou de um modelo próximo do da histeria a um ligado à patologia grave do Eu, cujas raízes remontam à primeira infância, isto é, a ênfase foi deslocada dos conteúdos fantasmáticos e da problemática libidinal genital, para uma patologia da incorporação e das bases narcísicas, pondo em risco os processos de individualização.

Além disso, Jeammet chama a atenção para o funcionamento particular destas condutas agidas, cujo perigo reside no empobrecimento das capacidades dos indivíduos de investimento no outro. Assim, procura desenvolver a especificidade deste funcionamento nas *modalidades de relação de objecto*, os perigos que ele faz pesar no equilíbrio narcísico, as particularidades da regressão e as reorganizações de tipo perverso que o distúrbio do comportamento alimentar representa. De facto, apesar da aparente simplicidade das perturbações do comportamento alimentar, ligada ao carácter muito estereotipado da sua expressão comportamental, esconde-se uma grande diversidade e complexidade. Segundo

Jeammet, subjacente a esta diversidade psicopatológica, existe uma **dinâmica específica das relações e dos investimentos**.

Na realidade, o autor pensa a anorexia e bulimia como uma variabilidade sintomática, por detrás da qual se esconde uma mesma problemática e dinâmica psicológicas. Aliás, um dos contributos essenciais da psicanálise foi mostrar que o sintoma esconde tanto como mostra, e que ele ocupa uma função na dinâmica psíquica e no equilíbrio da personalidade. Isto pode ser observado nestas pacientes, em que se revelam pares de opostos e jogos de equilíbrio entre contrários, entre o manifesto e o latente. O *par antagónico anorexia/bulimia* é a sua expressão mais manifesta, isto é, não existe uma anorética que não tema tornar-se bulímica. O medo de engordar, o desejo de emagrecer, o vigiar das calorias ingeridas, a ingestão de laxantes e de diuréticos, o controlo ansioso das suas formas físicas, aparecem como contra-investimento de um desejo bulímico tirânico que se exprime mais directamente através das suas manifestações de paixão pela comida: colecção de receitas, roubo de alimentos, ingestão às escondidas, vontade de alimentar os outros...

O jogo dialéctico investimentos / contra-investimentos é menos patente nas condutas *bulímicas*, que deixam vir o desejo de se preencher. Mas se o Eu luta menos do que na anorexia; o seu sofrimento é mais manifesto: afundar da auto-estima, afectos depressivos, ideias e tentativas de suicídio mais frequentes. Para muitas bulímicas o controlo do peso assegura um controlo suficiente para manter o equilíbrio.

No plano dos **investimentos e na natureza das relações de objecto**, verificamos que as modalidades de investimento das antigas anoréticas (que deixaram de apresentar sintomas alimentares) se podem agrupar em dois grandes grupos: (1) uma relação de *tipo passional*, ou (2) uma atitude de *evitamento e de retracção dos investimentos*. São duas formas de relacionamento em espelho, sendo uma o contrário da outra, com resultados aparentemente opostos quanto à relação estabelecida, mas na realidade revelam o mesmo tipo de relação de objecto: uma relação de objecto que se caracteriza pela **massividade do envolvimento narcísico e a má diferenciação sujeito/objecto**. Em ambos os casos encontra-se a massividade dos investimentos e, ao nível do funcionamento mental, a falta de possibilidades de deslocamento e, portanto, 36 a

ausência de defesas sólidas e flexíveis. Toda a relação estabelecida envolve massivamente o Eu e compromete o equilíbrio narcísico: (1) no primeiro caso, qualquer ameaça sobre a relação passional de vinculação provoca a emergência de uma vivência persecutória de tonalidade paranóica mais ou menos marcada, enquanto que a personalidade se organiza de um modo sensitivo mais ou menos marcado; (2) no segundo caso, o perigo dos investimentos traduz-se, no melhor dos casos, por vivências fóbicas geralmente mal focalizadas, no pior dos casos por atitudes de retraimento e de desinvestimentos que podem conduzir a um desinvestimento dos laços, e por uma progressiva psicotização da relação.

Estudos longitudinais mostram claramente que o risco maior se situa na extensão da conduta anorética ao conjunto dos investimentos. Esta progressiva anorexia dos investimentos mostra a função de *focalização dos conflitos* anoréticos, mas também a analogia que existe entre a relação que a anorética estabelece com a comida, a imagem do seu corpo, e os investimentos objectais. Pode-se constatar que no início a conduta anorética permite proteger os outros investimentos das pacientes, como os escolares, mas também a relação com as pessoas mais chegadas, os pais e particularmente a mãe, protegidos em aparência de toda a conflitualidade (Jeammet, 1993).

Por isso mesmo, assiste-se frequentemente a uma degradação da fobia de engordar num desejo de magreza que reflecte a passagem de uma posição fóbica a mecanismos de contra-investimento pelo qual o sujeito tenta reprimir e controlar os seus desejos - **apetência objectal**.

É esta apetência que faz com que o abandono da conduta anorética provoque nos pacientes um fase **depressiva**. A emergência destes desejos reprimidos é feita de uma forma massiva, pouco diferenciada e elaborada, fazendo com que os sujeitos tomem consciência do seu sentimento de vazio interno e suas consequências: a necessidade de um suporte exterior, mais do que um desejo preciso em relação a uma pessoa específica. A **ambivalência de sentimentos**, a sua massividade e o seu carácter indeterminado fazem percepcionarem-nos como uma ameaça para a coesão do Eu e para a manutenção da identidade, gerando um sentimento de violência nesta modalidade de funcionamento arcaica, feita de uma confusão entre o desejo, o seu objecto e o Eu: "desejar não é mais

sentido como prazer do Eu, uma potencialidade de tranquilização deste na busca e no reencontro com o objecto desejado, mas como uma ameaça do objecto sobre o Eu e como um poder conferido ao objecto. O desejo não serve mais para sustentar e enriquecer o Eu, tendo-se tornado o cavalo de Tróia do objecto no seio do Eu” (Jeammet, 1993, p. 238).

O posicionamento nosográfico dos distúrbios do comportamento alimentar é difícil pela ausência de organização dominante e a coexistência de modalidades defensivas de nível muito diverso, devido ao encobrimento destas posições defensivas arcaicas por arranjos relacionais mais diferenciados de nível neurótico, como por exemplo, uma *cobertura histórica*. Isto explica a extrema vulnerabilidade destes pacientes à mercê desta conjuntura relacional, e o aparecimento de movimentos depressivos que se caracterizam pela sua profundidade, dada a imediata ressonância narcísica, mais do que pela sua labilidade.

É portanto necessário ter uma visão global da personalidade destes pacientes, e da função dos sintomas. A perturbação do comportamento alimentar é num dado momento da evolução destes sujeitos a expressão das dificuldades psíquicas que eles encontram. Como toda a conduta assinala ao mesmo tempo o *sofrimento do Eu*, mesmo a sua *desorganização*, mas também as suas tentativas de reorganização, representado assim uma forma *auto-terapêutica*.

→ Desta forma, deverá existir uma analogia entre a relação que estes pacientes estabelecem com a **comida** e com o seu próprio **corpo**, e as **relações de objecto**, assim como as suas modalidades de investimento em geral. A relação com a alimentação é o protótipo do conjunto das relações de objecto dos pacientes com distúrbios alimentares. Estas relações são feitas de uma luta activa contra um desejo de se apropriar daquilo que lhes falta, um desejo de se encherem sem restrição, desejo contra o qual as anoréticas lutam pela conduta oposta de privação (Jeammet, 1993).

Também se conhece a propensão destes tipo de pacientes a não poderem sentir o prazer e satisfação a não ser às escondidas, por detrás do seu meio ambiente. Pode-se então compreender a tendência para roubar, especialmente comida, mas também a forma secreta com que realizam os seus acessos bulímicos. Assim, toda a relação é vivida, não sobre a

forma de troca, mas de um roubo recíproco. Para elas, aproximarem-se da mãe num movimento identificatório não é tornarem-se como a mãe, mas substituírem-na. Este fantasma ganha tanto mais peso quanto mais entrar em ressonância com a cumplicidade incestuosa e para lá do incesto, a cumplicidade narcísica de um ou dos dois pais. Assim, o prazer é vivido como um efeito do *poder do objecto* sobre elas, e só pode ser sentido às escondidas, por detrás, com todas as conotações deste termo.

Por outras palavras, a única forma de escapar ao controlo do olhar materno é então realizar estes prazeres por detrás. É este **medo do objecto**, e mais ainda a **necessidade dele** que as faz muitas vezes terem uma relação preferencial com todas as terapêuticas que as dispensam de uma relação de investimento no outro, isto é, técnicas de auto-terapia ou terapias de grupo, numa relação em espelho que as livra da relação de inveja e dos fenómenos de apetência objectal.

É interessante constatar que muitas vezes é a perda de uma relação de cariz narcísico que precipita a conduta anorética. Esta ruptura da relação privilegiada reenvia a paciente à sua incompletude, submetendo-a brutalmente à violência das suas avidezes e dos seus desejos reprimidos que a desorganizam e levam a agarrar-se numa relação de controlo através da conduta anorética. Por isso, esta avidez em relação ao outro conduz à percepção deste desejo como um perigo de ser por sua vez absorvido pelo outro, ou de o destruir.

Podemos então dizer que o distúrbio alimentar representa simultaneamente uma **forma de o indivíduo estar em contacto com o objecto e uma defesa contra ele**. Tem assim uma *função auto-terapêutica*:

→ (1) A perturbação do comportamento alimentar representa um **substituto objectal**, cuja perda poderá conduzir estas pacientes a uma situação de afundamento. Mas este risco, representado pelo abandono do objecto, também se encontra ao nível interno no funcionamento psicológico. De facto, permitir-se a um trabalho de interiorização, deixar-se ir numa actividade associativa, é abandonar-se ao surgir do desconhecido e confrontar-se com o risco depressivo. *Mas as anoréticas defendem-se melhor do que as bulímicas*: as anoréticas têm a possibilidade de provarem que o objecto não lhes faz falta, uma vez que

nada lhes faz falta, já que são mais fortes do que as suas necessidades, como é provado pelo facto de elas conseguirem tirar satisfação da não satisfação das suas necessidades. O trabalho psicoterapêutico tem como tarefa fazê-las aceitar estabelecerem contacto com as suas necessidades emocionais (reprimidas e transformadas no seu contrário) sem se sentirem desorganizadas.

(2) A perturbação do comportamento alimentar é uma **defesa** contra o seu medo de serem invadidas por este objecto: a necessidade deste é tão grande que a partir do momento em que têm uma relação de prazer e proximidade com alguém, isto constitui uma ameaça narcísica. Muitas vezes assiste-se ao agravamento dos sintomas após o estabelecimento de uma relação psicoterapêutica, ou seja, a paciente protege-se deste investimento transferencial pelo reforço do comportamento. Vê-se bem aqui a função da perturbação do comportamento alimentar como *pára-exitações* e como *limite entre o self e o objecto*.

A única coisa que elas sentem como pertencendo a elas é o seu comportamento como algo que escapa ao desejo do outro. Normalmente estas pacientes pertencem a famílias que exprimem a proibição da filha os contestar, evitando assim toda a conflitualidade, a única forma de elaborar uma diferença entre eles. Assim, a única solução da paciente é o reconhecer-se na recusa de tudo o que poderia ser um prazer partilhado com o seu ambiente.

É este **medo do poder do objecto** que torna difícil o abandono da perturbação do comportamento alimentar, como acontece com o abandonar de qualquer conduta de tipo adictivo. Retirar-lhes este comportamento é privá-las desta barreira, deste limite, desta néo-identidade que constitui esta atitude de recusa, e deixá-las sem defesa ao poder do objecto. É isto que explica a frequência dos episódios depressivos, é esta ameaça de intrusão objectal que também dá conta dos episódios de despersonalização, ou mesmo de descompensação psicótica que se pode encontrar numa retomada alimentar demasiado forçada.

*Este modo de relação objectal interna, entre a procura de contacto com o objecto, por um lado, e a necessidade de manter dele uma certa distância, é também sublinhada por*

Brusset (1993), para quem o objecto nas doenças do comportamento alimentar é mantido nos limites do Eu. De facto, como já se referiu anteriormente, este autor partilha as ideias de Jeammet ao pensar as patologias alimentares dentro da patologia da adicção.

Numa compreensão psicanalítica da anorexia e bulimia, Brusset enfatiza a **patologia do Eu** presente dos distúrbios alimentares. O autor sublinha que estas patologias não podem ser interpretadas como sintomas neuróticos simples nos quais se manifestam directamente os conflitos intrapsíquicos: “mais do que uma regressão em direcção a fixações orais, trata-se de uma transferência para a conduta alimentar e sobre as relações com o corpo, e muitas vezes com a mãe, de uma *problemática pulsional e narcísica* arcaica que compromete as relações de objecto e o sentimento de valor próprio” (Brusset, 1993, p. 245). O **corpo** seria aqui utilizado para gerir o mundo interno, através da projecção sobre ele dos conflitos intrapsíquicos.

É necessário distinguir duas dimensões importantes nesta patologia: (1) por um lado, a lógica do comportamento alimentar que se aparenta à das **adicções**, e que toma em linha de conta as implicações fisiopatológicas e corporais, assim como o valor de descarga pulsional, de auto-erotismo, mas também de pedido, mesmo de provocação, que encontra sentido no transfert regressivo sobre a própria mãe; (2) por outro lado, as características do *funcionamento psicológico na problemática particular da adolescência*, que resultam das inter-relações familiares actuais, mas sobretudo das relações da *infância*.

Relativamente à dimensão **adictiva**, a investigação psicanalítica permite destacar as dimensões mais significativas: nos adolescentes, a fragilidade dos mecanismos de defesa especificamente psíquicos, deixa lugar, para evitar a inibição, a angústia e a depressão, à *exteriorização adictiva*, a qual preenche funções defensivas e substitutivas. Neste sentido, o corpo é utilizado para gerir o mundo interno, e tornado lugar de projecções: “os introjectos persecutórios internos são transformados em sensações negativas que é preciso evitar ou eliminar: daí as restrições alimentares, laxantes, vômito, e bulimias, como transformações substitutivas a curto termo, e relance ulterior da perturbação da relação com o corpo, e sobretudo com o pensamento mais ou menos obcecado com o corpo (gordo, sujo), transformado em lugar de projecções” (Brusset, 1993, p. 246).

Estes conflitos fundamentais na anorexia e bulimia teriam as suas raízes na **infância precoce**, fruto de uma relação “não suficientemente boa”, ou não “suficientemente empática” entre a criança e o prestador de cuidados, dando origem a um conflito fundamental dos limites, isto é, um *conflito relativamente à distância do objecto*: não pode estar demasiado perto, nem demasiado longe. Por outras palavras, aquilo que o autor chama de *ambivalência pulsional*, protege o indivíduo de uma intensa *angústia de abandono*.

Aqui encontra-se condensada a **dupla dimensão do narcisismo** e das relações de objecto fantasmáticas, da qual a metapsicologia dá conta na dupla polaridade, sem solução, entre o *abandono objectal*, que a regressão pulsional tende a reduzir à incorporação destrutiva do objecto, e o *ideal do Eu* de controlo e de onipotência. Toda a realização num sentido activa a pressão exercida pelo outro, e daí, a insaciabilidade e a perseguição de objectivos irreais e mortificantes: o ideal de magreza e a relação ascética com o corpo. Neste pode-se ver a vigilância oculta do Eu ideal, e os efeitos do narcisismo primário absoluto, que é tanto mais forte quanto mais se manifestar no corpo o desejo primitivo de incorporação e de identificação primária, em relação ao qual ele tem função de contra-*investimento*. Assim, a rigidez anorética pode-se transformar na vergonha bulímica de maneira catastrófica... Nestes dois casos, a retracção libidinal narcísica e auto-erótica revela a intensidade da **dependência ao objecto primário**.

Brusset enfatiza o problema dos **limites**: tudo se passa como se o ajustamento conveniente sujeito-objecto não pudesse ter sido feito, deixando persistir uma dependência que priva o sujeito dele próprio. Esta boa distância não encontrada, entre o *abandono* e a *intrusão* de-possuidora de si, deixa-se ver tão bem no registo da posição fálica e de castração, como no da analidade e oralidade. A relação conflitual entre objecto total e objecto parcial mostra bem que os auto-erotismos reenviam à dependência essencial ao objecto, sem poder estabelecer um espaço de investimento próprio e durável. *Fixações narcísicas e fixações objectais* são assim correlativas inversas uma da outra.

Isto pode ser visto na clínica imediata nas *alternâncias entre a restrição e o excesso*. Ou seja, como o antagonismo do narcisismo e dos movimentos em direcção aos objectos de

desejo, de amor e de ódio, determinam as alternâncias entre o vazio e o excesso, na relação tanto a si como aos objectos. Estas violentas contradições que caracterizam a relação com o objecto, e a si próprio como objecto, não encontram solução suficiente nem na elaboração psíquica e a formação de compromisso, nem nos mecanismos psicóticos de denegação, de clivagem e de projecção.

O **deslocamento sobre o vivido corporal** desta conflitualidade fundamental torna possível a manutenção de uma posição activa de controlo relativo. De forma sistemática podemos dizer que esta conflitualidade é determinada pelo retorno sobre o corpo próprio, que foi submetido passivamente pela parte do pais, e particularmente da mãe, tal como ela é constituída em imago primitiva. Daí as condutas auto-sádicas e a forma como os dons alimentares da mãe são solicitados e destruídos.

A relação a si na relação com o **corpo próprio** passa pela alternância típica entre a magreza anorética e a vergonha bulímica em função de um *ideal de magreza*. Este ideal de magreza tem como funções, quer a repudiação de certos aspectos da feminilidade, quer o controlo onnipotente e auto-suficiente, que a análise clínica valida frequentemente na aproximação com um dado típico da anamnese: a autonomia precoce encorajada pelo pais.

O corpo é tanto mais inaceitável na sua feminização quanto mais o torna idêntico ao da mãe, reactivando uma indiferenciação desejada e insuportável (a realização alucinatória da identificação com a mãe). Isto conduz-nos à questão de saber de que maneira as experiências da futura anorética com a mãe foram marcadas pelo investimento *narcísico e ambivalente* desta, de compreender como as relações que ela tem com mulher, e portanto com a sua própria mãe, mas também com o seu pai e marido, se puderam actualizar e deslocar nas suas trocas conscientes e inconscientes com o seu bebé-filha.

A procura do *vazio corporal* controlado activamente é também uma defesa em relação ao vazio mental que é causa e consequência das condutas de enchimento e esvaziamento do corpo. Na *anorexia* a saciedade está à partida presente como se a satisfação da necessidade alimentar tivesse sido realizada alucinatoriamente, mas que não é encontrada na *bulimia*: ela só pára com a dor.

O método psicanalítico permite ver as modalidades particulares do funcionamento psíquico e dos fenómenos de transferência: em primeiro lugar as transferências sobre a conduta alimentar, sobre o corpo, sobre a mãe na realidade. De facto, quanto mais os processos anorético e bulímico perdem os seus poderes, mais aparecem os processos de conflitualidade interna e os de transferência sobre as pessoas. As configurações diversas, em função das organizações neuróticas e da história subjectiva, comportam no entanto algumas regularidades: *a necessidade de controlo, a luta contra a regressão, o ideal onnipotente, a relação fetiche de objecto e o auto-erotismo arcaico* (Kestemberg *et al.*, 1972). Estes aspectos do funcionamento psicológico, assim como os dois mencionados inicialmente (*processo adictivo e condições actuais e passadas que facilitam a sua aparição*), conduziram Brusset a um modelo geral dos **conflitos fundamentais** numa dupla dimensão:

(1) A **indiferenciação parcial sujeito-objecto**, selectivamente e defensivamente localizada no *corpo sexuado*, que identifica o adolescente à sua mãe, apesar dos seus desejos conscientes. As identificações secundárias relacionadas com a organização edipiana estão comprometidas pela *identificação primária fusional* (o outro como ele, ele como o outro), a organização edipiana não pode desempenhar o seu papel estruturante, e a imagem do pai tende a ser um duplo da mãe.

(2) A **ambivalência pulsional** que corresponde nas suas formas evoluídas ao amor e ao ódio, mas que aqui implica a *angústia de perda de objecto*, que tem o valor da perda de si, daí a falta de elaboração simbólica, da actividade transicional e introjectiva. De onde, também, a falta de integração da analidade no seu papel estruturante da autonomia, e o reforço regressivo da dependência. Assim se explica que a boa distância sujeito-objecto seja inatingível: “demasiado perto ou demasiado longe, demasiado ou não suficiente: bulimia ou anorexia, a saciedade já ou nunca mais. Colar-se à mãe é estar ao abrigo da intrusão, como do abandono, ao preço da perda do sentimento de limite” (Brusset, 1993, p. 248).

As formas graves de erotização da sensação de fome ou de passagens ao acto bulímico e vomitar ilustram bem a dimensão destrutiva dos auto-erotismos, desconectados dos

fantasmas, na sua inútil intenção expulsiva do objecto que evoca por vezes as *defesas autísticas*.

A partir deste nível arcaico da organização das relações de objecto, e correlativamente, do narcisismo, Brusset faz uma reflexão sobre a noção de **oralidade**. Ela manifesta-se na sua relação com os alimentos, mas também com o vestuário, com os livros, com o saber, na relação do sujeito com o seu corpo (a aparência exterior e interior) nas relações afectivas e terapêuticas: avidez, frenesim devorador e expulsivo, impaciência (tudo imediatamente), intolerância à passividade, à dependência, à alteridade, de onde as necessidades de controlo onipotente, desejo de ser visto e adivinhado sem ter que perguntar ou dizer.

Mas estas manifestações clássicas da oralidade, longe de poderem ser simplesmente consideradas como repetição pura e simples de esquemas da primeira infância e lugares de fixação, podem ser compreendidas como *tentativas de elaboração* das contradições e dos paradoxos que especificam as relações pulsionais primitivas aos objectos (por exemplo, amar é destruir, receber é perder). Eles encontram secundariamente inscrição oral-alimentar, e através disso, possibilidade relativa de simbolização e de dialectização, isto é, de redução relativa das negações e clivagens.

De facto, a noção de fixação não pode dar conta das relações entre distúrbio alimentar e sexualidade oral infantil, a não ser na medida em que as representações inconscientes, regressivamente activadas, determinam um conflito intrapsíquico constituído como tal. É o caso dos distúrbios alimentares neuróticos. Mas nas **anorexias mentais**, o *evitamento dos conflitos depressiogéneos* da adolescência suscitam a procura de uma solução na exteriorização e nas passagens ao acto.

As condutas agidas anoréticas e bulímicas constituem uma situação actual na qual as relações com o corpo próprio e as necessidades estão em primeiro lugar nas preocupações, substituindo-se assim à impossível actividade de representação, de pensamento e de relação, às sensações e acções concretas. O processo defensivo e compensatório pode permanecer localizado e provisório, mas pode também ser lugar de transferência, actualizando e dando figuração à problemática narcísica dos limites como das esperas

anacrônicas em relação aos objectos parentais. Daí resulta frequentemente contradições inelaboráveis nas relações actuais com a mãe, ao mesmo tempo avidamente solicitada e violentamente rejeitada na realidade.

Outros autores dinâmicos, como é o caso de D. Lippe (1993), destacam o problema da *distância ao objecto* nas doenças do comportamento alimentar. A adolescência reactiva problemáticas precoces que reenviam para a separação sujeito-objecto, à qual estão associadas *angústias de intrusão* e *angústias de abandono*, e que se vão “jogar” no comportamento alimentar. Este autor vai denominar estas doenças como sendo **doenças da idealidade**, o que logo reenvia para a problemática narcísica subjacente mas, ao contrário de Jeammet e Brusset, Lippe considera a patologia alimentar como uma *suspensão defensiva da evolução, durante a qual a adolescente procura elaborar conflitos anteriores*.

De facto, algumas questões psíquicas da adolescência, como as problemáticas de dependência, o agir, a identidade e a identificação, a imagem do corpo, encontram-se nos fundamentos das problemáticas da anorexia e bulimia, mas com uma gestão particular e um destino elaborativo diferente nestas duas patologias. A *reactivação pulsional* da adolescência obriga a rearranjos internos e conduz à organização edipiana genitalizada “definitiva”, cuja elaboração é ela mesma tributária das elaborações anteriores, sobre as quais ela acenta e cujas falhas ela revela. Ela é particularmente função dos processos de *separação-individualização* precoces, dos *investimentos de objecto*, e dos destinos da *líbido* nas diferentes etapas da evolução.

A problemática de *separação-individualização* que ocorre na adolescência reactiva assim as problemáticas de diferenciação original (sujeito-objecto) e a dependência primitiva que se jogam à volta da relação oral ao seio, na qual a frustração introduz a dimensão diferenciação Eu-não eu, sujeito-objecto. Seria nesta reactivação da adolescência que se situaria a *regressão “vertiginosa”* evocada por vários autores a propósito das pacientes anoréticas, testemunhando o que não pôde ser elaborado nesta relação oral primitiva, na qual a mãe representaria aqui o “Todo” do recém-nascido, num Ideal de completude. Este Ideal de completude introduz no sujeito angústias de perda e fantasmas agressivos (com

risco de destruição do objecto e da perda concomitante de si próprio) ligados aos movimentos de diferenciação.

Lippe pensa que é face a estes movimentos e a este risco (de destruição recíproca) que se redinamizam na adolescência, que se vai organizar uma verdadeira suspensão (defensiva) dos processos evolutivos. Suspensão que vai tender simultaneamente a reencontrar a relação de completude original, tentando ao mesmo tempo, e daí o paradoxo, manter uma diferenciação onde a criança se mantém criança, e a mãe se mantém mãe. Esta **suspensão dos processo evolutivos** manifesta-se no plano sintomático fisiológico (por exemplo, a amenorreia) e, claro, no plano psíquico com a suspensão da temporalidade e a exacerbação da repetição como manifestação da pulsão de morte.

Este paradoxo, entre a necessidade de reencontrar a relação de completude original e de se manter diferente e separado, vai jogar-se neste campo que o autor denomina de “**busca do Ideal**”: busca do objecto Ideal trazendo a completude do sujeito, busca do sujeito Ideal que traz em si a sua própria completude. E o *desejo* vai formar-se à volta desta busca de um Ideal, por definição, e aqui também por necessidade, sempre a esperar e nunca realizado.

Esta *busca do Ideal* objectiva-se, quase se materializa, no próprio corpo da paciente: atingir um corpo Ideal seria para a paciente corresponder a um estereótipo que simultaneamente a designa e onde ela perde ao mesmo tempo a sua identidade própria, uma espécie de uniforme. Este **corpo uniforme** reenvia igualmente à forma única, à ausência de formas, quer dizer a uma diminuição das diferenças, particularmente a diferença de sexos, como manutenção aqui da bissexualidade psíquica.

Portanto, esta busca do Ideal, simultaneamente *suporte do ideal* do eu, *objecto de completude* (parte integrante do ideal do eu) introduz um paradoxo: atingir um Ideal é o risco de aí perder a sua identidade e com isso o objecto e o desejo a ele ligado; renunciar ao Ideal, é o risco de depleção narcísica introduzindo um afundamento depressivo anulador. Daí, esta procura permanente e sempre não conseguida que só o Ideal pode realizar no seu duplo aspecto de **busca** e de **insatisfação**.

O agarrar-se ao Ideal não é mais que uma forma de as pacientes *evitarem entrar no processo de separação-individualização*: esta busca do Ideal preserva o sujeito de qualquer envolvimento verdadeiro nas escolhas objectais (especialmente escolha de objecto sexual com manutenção da bissexualidade psíquica) e evita que ele se confronte com a perda que introduz a questão da continuidade-descontinuidade (e portanto ao relance dos processos dinâmicos de separação-individualização dos quais se viu os seus riscos).

Para tender a este Ideal, que se confunde aqui com o Ideal de completude, estas pacientes não podem renunciar a nada, o que significa, num reverso completo, que podem renunciar a tudo (a negação da falta, que pode ir até ao renunciar do tudo, é o Ideal do “não renunciar a nada”).

A questão do Ideal, aqui como Ideal de completude, vem assim por sua vez, sublinhar a questão da **falta** que tende a ser negada: a imagem de um corpo ideal ao qual convem aceder, oferecido e submetido ao olhar do outro, reflecte a imagem de um corpo “cheio”, que não estaria submetido à falta. Esta falta, que gera insatisfação e reactiva as pulsões, tende assim a ser designada pelo seu contrário, o excesso: excesso de peso, de comida de que se queixam as doentes, para quem não se trata de ser sempre mais magras, mas de serem menos gordas.

É nesta perspectiva que se situa a falta, que se pode constatar nestas pacientes, a busca ou a exibição fálica, onde não se trata tanto de ter um falus como representante simbólico do pénis, quanto o viver como entidade total, autártica mais do que autónoma, para se tentar situar fora da falta.

O pôr em perspectiva este **Ideal** e o **jogo paradoxal entre os investimentos narcísicos e objectais** que ele introduz e que revela ao mesmo tempo, fecha a paciente numa carcaça que lhe pertence. Mas este carcaça garante também os *limites*, no interior dos quais a dinâmica psíquica vai eventualmente evoluir e elaborar-se para permitir à paciente uma hipotética retoma dos processos evolutivos e do jogo relacional verdadeiramente investido como tal.

Concluindo, a busca do ideal, jogo paradoxal entre os investimentos narcísicos e objectais, seria então a forma de constituir “à força” e através dos sintomas anoréticos, uma

*improvisação de limites (não anteriormente constituídos), no interior dos quais seriam elaborados os conflitos suspensos, a partir dos quais se poderão realizar os processos de separação da adolescência.*

### 2.2.3 Adicção e relação de objecto perversa

Referiu-se anteriormente que a perturbação do comportamento alimentar representa simultaneamente um substituto objectal e uma defesa contra ele pelo medo do poder do objecto (Jeammet, 1993; Brusset, 1993). É esta ameaça que a perturbação do comportamento alimentar se esforça por controlar ao desenvolver uma *relação de domínio e de substituição de uma relação humana por uma relação com os objectos materiais*, que parecem mais fáceis de controlar, mas dos quais as pacientes se vão tornar ainda mais dependentes (Marcelli, 1994; Jeammet, 1993). Esta tentativa de encontrar um neo-objecto de substituição no comportamento de tipo adictivo representa, segundo Jeammet, um **arranjo de tipo perverso da relação**. Trata-se de um arranjo perverso defensivo em que elas se vão esforçar por inverter o seu próprio sentimento de dependência, e o risco de serem uma marionete no seu objecto de vinculação, num comportamento de **domínio, no qual são elas que controlam este objecto que só é utilizado para fins utilitários**. É neste sentido que falamos de arranjo perverso, quer dizer, no qual o objecto não é reconhecido nos seus desejos próprios e nas suas diferenças, mas unicamente na medida em que *ele pode ser utilizado para fins de confirmação narcísica*. Isto é, acontece o que estes sujeitos viveram na sua infância: captados numa relação narcísica de completude, de controle das suas próprias necessidades, pelo seu meio-ambiente e sobretudo pela mãe. Por outras palavras, *relacionam-se com o objecto da forma como a sua mãe se relacionou com eles*.

Portanto, o que é importante nesta relação pervertida é manter o contacto com o objecto para se assegurar da sua presença e da sua não-destruição, mas um *contacto que*

*mantem o objecto nos limites do eu*: no exterior do eu, suficientemente próximo para não se perder, e suficientemente exterior para não arriscar a ser invadido.

Por outro lado, vê-se uma das facetas do arranjo perverso na propensão a super-investirem todo o domínio das **sensações** ligadas à exterioridade, no contacto das superfícies, por oposição ao domínio das emoções, da troca afectiva, e da interiorização das ligações, a qual é assim contornada. Este investimento nas sensações parece comum ao conjunto das condutas adictivas, onde se vai substituir a ligação libidinal interna investida, que dá continuidade ao Eu, por um conjunto de sensações externas que protegem o sujeito do vazio interno, mas que ele mantém à periferia dele mesmo, e desta forma o controla. Este culto das sensações é assim um rearranjo relacional com o objecto, que vai ser substituído pela alternância de sensações de excitação e de acalmia, ainda que na anorexia nervosa, ao contrário das restantes condutas adictivas, o apaziguamento não seja procurado como satisfação directa, mas esteja ligado ao triunfo que procura a não satisfação da necessidade.

A utilização do termo “**organização perversa**” é devida a que não se trata de uma estrutura perversa estável, mas de uma organização defensiva secundária em resposta a um movimento regressivo que estes sujeitos não chegam a estabilizar à volta de uma zona erógena precisa (Kestemberg *et al.*, 1972). Esta é uma característica geral destas pacientes que não se podem organizar de um modo estável, seja ele histérico, paranóico, melancólico ou perverso. A fragilidade narcísica, a luta contra os processos introjectivos conduzem-nas a organizações defensivas que se apoiam mais na realidade externa perceptivo-motora do que num modo interno de representações e afectos. Esta **fobia dos processos mentais**, como dos afectos é o corolário da fobia de objecto, que elas irão substituir por uma **relação de domínio** e agarrando-se a um elemento perceptivo que toma o lugar da pessoa.

Como já foi referido, um dos riscos essenciais da evolução destas pacientes é a perseguição de um processo de *evitamento do objecto* cada vez maior que as conduz a uma **desobjectalização** progressiva do conjunto dos seus investimentos, e compreendendo as suas bases auto-eróticas, que têm uma função de refúgio e de base de apoio, onde o sujeito

pode encontrar em si próprio uma relação securizante e prazeres alimentados pela qualidade anterior da relação aos objectos. Neste movimento de desobjectualização, este auto-erotismo de prazer, libidinal, que tem um valor de ligação, é progressivamente substituído por um auto-erotismo negativo, que é de facto uma auto-estimulação à procura de sensações, e que se caracteriza por um aumentar da violência e das suas potencialidades auto-destrutivas, à medida que prossegue este movimento de desobjectualização (Jeammet, 1993).

Existe na infância um modelo deste processo de desobjectualização e de substituição das sensações dolorosas no apagamento progressivo de uma relação libidinal com o objecto investido, que pode ser observado nas *primeiras experiências de separação da criança*: (1) caso da criança que gere a separação da mãe no momento do deitar por uma actividade de reverie ligada a memórias agradáveis de presença materna, enquanto eventualmente segura um urso de peluche; (2) aquela que trata de fazer desaparecer qualquer vestígio do objecto que falta, que é fonte de uma possível desorganização ansiosa, por um recurso a um balanceamento rítmico do corpo, ou mesmo pelo bater da cabeça contra a cama. Neste caso, a violência da sensação torna inútil a actividade psíquica de simbolização e evita a depressão pelo preço de um sofrimento, que muitas vezes está debaixo de um masoquismo erógeno que suporia a persistência de uma ligação a um objecto ao qual se dirige o sofrimento, e portanto o carácter mortífero parece proporcional a este trabalho de evacuação da ligação objectal.

Portanto, (1) no primeiro caso, a actividade de reverie, protótipo da simbolização, permite pensar o objecto ausente graças à qualidade das interiorizações estabelecidas; (2) no segundo caso a ausência destas aquisições confere à ausência um poder desorganizador do qual o sujeito se protege desenvolvendo uma actividade compensatória, que volta a negar o papel possível do objecto. Finalmente, existe um (3) terceiro caso, que é aquele da criança cujo sofrimento lhe *permite fazer apelo à sua mãe, cuja presença física supera eficazmente a falta dos seus recursos internos*. Isto é o protótipo da situação de **dependência** onde o recurso ao percepto e aos objectos da realidade externa serve de contra-investimento a uma realidade interna ansiogénica.

Isto leva-nos a afirmar que o comportamento de adicção vem substituir a relação objectal e a busca de sensações substitui-se às emoções intoleráveis. Portanto o sujeito tem unicamente como recurso para fugir à sua dependência crescente e afirmar a sua identidade, o reforço da conduta anorética.

A patologia alimentar é, portanto, e antes de mais, uma **problemática da ligação** nos seus aspectos mais fundamentais com os *objectos de vinculação iniciais*, a qual substituiu largamente a problemática dos conflitos de desejo, e que está presente no início e voltará a estar no final da evolução anorética, mas desaparece como tal durante o curso da doença. Este *evitamento sistemático do conflito* contribui, na opinião de Jeaimmet, para facilitar a degradação de uma problemática do desejo nesta problemática da ligação e da vinculação. Esta tendência para evitar todo o conflito é o prolongamento natural do laço de suporte narcísico mútuo que se desenvolveu durante a infância destes pacientes com os pais, especialmente a mãe. A posição paternal é normalmente apagada ou demasiado excitante tendo perdido o seu valor diferenciador no casal. Assim, para assegurarem o seu *equilíbrio narcísico*, estas jovens raparigas permaneceram excessivamente dependentes do olhar dos outros, em detrimento dos seus investimentos próprios, em particular dos seus recursos auto-eróticos.

A puberdade e a adolescência vão ter o papel de revelarem esta problemática ao criarem as condições de um antagonismo entre a preservação narcísica, isto é, da identidade, da auto-estima, do sentimento de continuidade, e a linha objectal pulsional, isto é, a apetência relacional e a necessidade de criar laços e investimentos. O paradoxo nestes distúrbios é então que aquilo de que elas têm necessidade é simultaneamente aquilo que as ameaça, como já referimos no § 2.2.2.

Aqui estamos perante o oposto do processo normal de identificação, no qual a identificação com o objecto de desejo contribui para reforçar a auto-estima, ao permitir tomar para si as qualidades admiradas nos outros, para as transformar nas suas próprias qualidades, no modelo da alimentação. Ou seja, é alimentando-se daquilo que não é seu, que se desenvolve a própria individualidade. Mas, para tal é necessário que este processo

de troca, que contribui graças à relação de objecto, para o reforço de si, se inscreva numa **relação suficientemente segura**, a qual não é possível a não ser que desde a primeira infância estejam constituídas bases narcísicas suficientes.

“Metaforicamente identificar-se a alguém é análogo à necessidade que a criança tem, para crescer, de tomar o alimento dado pelo meio para assimilá-lo e transformá-lo em substância própria. Da mesma forma, se durante a infância a criança não pôde interiorizar essas relações do meio, ela vai ficar dependente da presença física desse meio. Essa enorme *dependência interna*, tolerável na infância, vai tender a auto-reforçar-se na adolescência. Isto é, quanto mais se é dependente de alguém, menos fácil é de tolerar, de receber algo desse alguém e se submeter a ele, pois isso é sentido como uma submissão, e um abandono da personalidade que pode ir até ao ponto de ameaçar o sentimento de identidade. Gera-se assim um círculo vicioso, no qual quanto mais se é dependente, menos se pode receber, e mais o adolescente se torna dependente. Essa problemática, que poderíamos situar ao nível do narcisismo, vai estar na base de uma patologia muito comum na adolescência: as *perturbações do comportamento*” (Jeammet, 1988).

Também Catherine Chabert (1993) enfatiza a dimensão narcísica das doenças do comportamento alimentar e o recurso ao comportamento para “apagar o pensamento e os fantasmas”, dando ao comportamento bulímico um estatuto particular, e denominando também a personalidade bulímica como um arranjo perverso, ou melhor, uma **relação perversa narcísica**.

A autora sublinha o facto dos comportamentos bulímicos constituírem um síndrome que não pode ser identificado com uma estrutura psicopatológica específica. De facto, o leque psicopatológico é relativamente variado, dado que se alguns pacientes apresentam características de funcionamento *neurótico* dominante, outros inscrevem-se em *organizações limites, narcísicas* ou *depressivas*. As investigações, assim como o desenrolar do tratamento revelam modalidades de funcionamento psíquico segundo configurações singulares e originais. Portanto, é importante interrogarmo-nos sobre a presença de **funcionamentos específicos**, que embora não testemunhem uma estrutura específica em termos nosográficos, conduzem a um questionamento essencial quanto à avaliação diagnóstica, prognóstica, e portanto terapêutica.

Para tal, é necessário interrogarmo-nos sobre a *qualidade, o lugar e a função singular do recurso ao comportamento na bulimia*. Trata-se de um sistema ritualizado, existindo alguma semelhança com o comportamento obsessivo. A ordem da crise bulímica é sempre respeitada, qualquer que seja o estado de angústia ou excitação que o determine. Mas, enquanto na neurose obsessiva, estes actos estão associados a pensamentos obsessivos, "os acessos bulímicos, o frenesim gestual, parecem ter como objectivo apagar o pensamento e os fantasmas susceptíveis de o suster. O recurso ao comportamento permite esconder os fantasmas ao oferecer uma via de descarga para uma excitação insustentável: o demasiado cheio alimentar permite o vazio do pensamento" (Chabert, 1993, p. 250).

Mas, na realidade, e ao contrário da neurose obsessiva, não há compromisso possível na medida em que esta actividade compulsiva traduz ela própria uma *culpabilidade devastadora*, e estende-se frequentemente a outras passagens a acto (roubo de comida, roupa, produtos de beleza). Parece portanto um sistema defensivo que falha.

Por outro lado, o carácter absolutamente imperioso do acesso bulímico, e do ritual que o precede mostram a sua conotação *perversa*; a repetição imutável, necessidade obrigada justificada pela obtenção de um prazer orgástico dominado pelo *auto-erotismo e relação de controlo*, cuja fonte provem do "fantasma narcísico primordial", na necessidade para o sujeito de se subtrair ao desejo do outro, impondo-lhe, como se impõe a si próprio, a negação da espera. Trata-se de uma forma de **perversão narcísica**, na medida em que o sujeito se constitui simultaneamente como autor e beneficiário de um estado de beatude que corre o risco de se tornar a sua única fonte de prazer, mas um prazer frágil porque sempre ameaçado pelo desejo do outro.

Quando estas condutas se perpetuam, os riscos de entrar num isolamento progressivo da sua configuração fetiche conduzem a uma ausência de conflitualidade deste sector com o conjunto do funcionamento psíquico. Assim, a compulsão à repetição perde os seus efeitos de controlo e de reconquista narcísica. Ela apaga-se em actos repetitivos de forma que o investimento libidinal se vai tornando cada vez mais pobre, até se fechar num sistema automático: "aquilo que inicialmente guardava o sentido de um cenário doloroso ou

traumático, acaba por se transformar numa actividade totalmente anónima e mecânica, na medida em que a satisfação libidinal é praticamente banida” (Chabert, 1993, p. 251).

### 2.3 Bulimia nervosa e depressão

O destaque da dimensão narcísica, consequência de falhas precoces na relação primária, leva-nos à questão da depressão nos distúrbios alimentares. Os vários autores revistos referem a utilização do comportamento alimentar, da adicção, ou ainda da busca de um ideal, como forma de “fugir” a angústias depressivas de abandono, reactivadas no período de desenvolvimento da adolescência. É este o tópico que se desenvolve em seguida.

#### 2.3.1 Bulimia e melancolia

Para Chabert (1993), através do comportamento ritualizado, a bulímica procura fugir a fantasmas de cariz melancólico. De facto, a autora propõe duas dimensões importantes na bulimia: a dimensão **perversa narcísica** do comportamento bulímico, e a dimensão **melancólica** subjacente: a bulímica utiliza o comportamento para “apagar o pensamento e os fantasmas”, de índole melancólica, em que o corpo sexuado é vivido como mau objecto e como tal, atacado.

A **dimensão melancólica** pode aparecer à partida debaixo do comportamento bulímico: a absorção massiva de comida vem mortificar o corpo, se este pretende, com o aparecimento da puberdade e adolescência, constituir-se como fonte de desejos inconfessáveis. Corpo violentado pela ingurgitação e a rejeição de coisas boas/más, que, quando o vómito está associado à bulimia, não podem ser guardados, e onde existe confusão entre o desejo de tomar e o de expulsar. É o corpo que é *desobjectalizado* na recusa de se constituir como suscitando o desejo do outro: é o objecto, o outro, e o seu

desejo que de facto ameaçam o sujeito pelo risco de controlarem o seu corpo, tornando necessário um controlo narcísico, mas também descobrindo *fantasmas incestuosos*.

Aqui o objecto atacado é o corpo, mas o **corpo sexuado**, neste contexto em que a puberdade foi sentida como um acontecimento doloroso no pseudo-paraíso da infância, paraíso *narcísico*, onde a criança na sua bissexualidade e a força dos movimentos anti-depressivos constituíram movimentos de contra-investimento essenciais na dialéctica das relações com as figuras parentais. Os primeiros impulsos sexuais são sentidos com grande pânico ao confrontar-se com sensações excitantes que são imediatamente condenadas. Chabert sublinha que através dos processos terapêuticos se constata uma grande **culpabilidade**, desmesurada, suscitada pela demasiado grande proximidade de uma *problemática edipiana insuficientemente recalçada e pouco estruturante*.

Qual a problemática específica subjacente nesta culpabilidade? Em oposição com o funcionamento **histérico**, parece que na **bulimia**, o que domina (e reenvia às grandes dificuldades de integração da angústia de castração) é a **convicção de seduzir activamente o pai** dentro de uma organização fantasmática que parece inverter a construção histórica da sedução: “não existe uma fantasia em que o outro é o agente sedutor da cena excitante, uma vez que tal cenário implica uma passividade intolerável para o narcisismo destas pacientes, intolerável pela dependência em relação ao objecto que essa passividade sublinharia, pela repetição do controlo tão fortemente imprimido na relação com a mãe” (Chabert, 1993, p. 251).

De facto, ao contrário do cenário da *sedução histórica*, não existe uma denúncia possível do atentado sedutor do outro, mas antes a necessidade de se fixar do lado do sujeito: *é o corpo próprio e a excitação de que ele é portador que se tornam perseguidores*, devendo por isso ser destruídos através da extinção dos movimentos pulsionais. Estes, sentidos como forças más, são então submetidos a uma retorção, que se traduz por uma desqualificação e falta de auto-estima que impõe condutas de sacrifício dirigidas ao corpo na sua capacidade de seduzir e de sentir prazer. Esta desqualificação aparece nas auto-acusações proferidas de um modo quase melancólico, e que se reflecte como um espelho

na escolha dos alimentos: pesados, sujos, gordurosos, nauseabundos, eles constituem-se como uma representação de si.

Ao designar a dimensão melancólica da bulimia, a autora vai buscar as elaborações freudianas da melancolia: se a perda de objecto ocupa lugar especial, é o Eu que se tornou “pobre e vazio” no seu rebaixamento permanente, e sua auto-crítica permanente, na perda do respeito por si, que recebe de facto as recriminações contra o objecto de amor. Freud escreveu:

“existia uma escolha de objecto, uma ligação da libido a uma pessoa determinada. Sob a espera ou uma decepção real da pessoa amada, dá-se um abrandamento desta relação de objecto (...). O investimento de objecto torna-se pouco resistente e é suprimido, enquanto a libido livre não é deslocada para outro objecto, mas retorna ao Eu. Aí (...) (ela) provoca uma identificação do eu com o objecto abandonado. A sombra do objecto cai sobre o Eu que passa a ser julgado como o objecto abandonado. Desta forma, a perda de objecto transforma-se numa perda do Eu” (Freud, 1915, p. 158).

Portanto, a intensidade das auto-recriminações estão à medida da agudeza de uma problemática de perda que o trabalho de luto não consegue alcançar. Porque a sexualização excessiva, a revelação dos desejos incestuosos acabam por significar a morte da criança e a renúncia impossível aos objectos de amor originais. As adolescentes bulímicas estão **fixadas a estes objectos de amor**, podendo por vezes entrar num processo melancólico onde o objecto mortificado é atacado, mantendo contra tudo e todos os laços às figuras parentais. Estes laços, em vez de serem deslocados sobre pessoas vivas, a serem consideradas como seres desejantes, são controlados nas tomadas alimentares, as quais apresentam a vantagem ilusória de estarem sempre à disposição para esconderem o intolerável reconhecimento da ausência e da falta de objecto.

### 2.3.2 *Bulimia e angústia de abandono*

Como vimos anteriormente, Jeammet (1988), olha para a anorexia e bulimia como duas faces da mesma moeda, isto é, duas maneiras diferentes de lidar com o mesmo problema base: Assim, nas *anoréticas*, enfatiza a necessidade de controlo (que é conseguido) - porque têm fome têm medo de comer - num controlo contra um medo de ficarem invadidas por este insuportável desejo ou, mais correctamente, necessidade. Não seria portanto uma luta suicidária de auto-destruição, mas uma luta contra a **depressão subjacente**. Também o *comportamento bulímico* teria a mesma função, com a diferença de que aqui o controlo não seria conseguido, provocando sentimentos depressivos após as crises, como a culpabilidade e a vergonha.

Se o comportamento alimentar é, como diz Jeammet, um comportamento adaptativo (reorganiza a personalidade à sua volta, função terapêutica, auto-medicação), qual será então a relação entre a **bulimia e a depressão**, quando ela parece não desaparecer de todo?

Corcos, Atger, Flament & Jeammet (1995) apresentam um modelo psicodinâmico relativamente à associação entre estas duas entidades, a partir de uma revisão dos estudos empíricos que relacionam a bulimia com a depressão.

De facto, como se referiu anteriormente, a clínica psicanalítica da adolescente bulímica põe em evidência uma “vulnerabilidade narcísica” na origem da qual está uma falha precoce das interiorizações tendo como consequência uma falta de recursos auto-eróticos e uma falha parcial das identificações.

Assim, são sublinhados os seguintes pontos na génese e perpetuação da perturbação do comportamento: (1) uma *relação de completude narcísica mãe-filha na infância*, dando origem a uma invasão do sujeito pelo objecto e uma dependência extrema em relação a ele; (2) este tipo de relação fusional mãe-filha (à qual o sujeito aspira) é favorecida pela mãe muitas vezes *deprimida*, agarrando-se à filha (objecto fálico parcial), com má diferenciação entre si e o objecto, e *impede toda a interiorização*: tomar as qualidades do outro é destruí-lo com fantasma de destruição mútua; mostrar-se superior ao objecto num domínio, é correr o

risco de o matar; a necessidade de corresponder ao desejo da mãe *impede todo o reconhecimento pessoal*. A paciente não se pode alimentar de nenhuma qualidade maternal (tanto que esta lhe é recusada), ela só se pode alimentar do desejo não resolvido da sua mãe (a sua fome), que ela sente provavelmente desde muito cedo e que a atravessa massivamente.

Portanto, perante traumatismos ou frustrações (como experiências de insegurança e/ou abandono), esta relação fusional é posta à prova. A rapariga, na incapacidade de organizar ou elaborar a perda desta relação, é confrontada com **angústias depressivas de abandono**.

A adolescência, etapa de desenvolvimento marcada por múltiplos e complexas transformações, físicas, biológicas e psicológicas, é a ocasião de reviver os conflitos infantis e de retomar os conflitos de identificação. Este período de reorganização da personalidade é marcado por uma *problemática de luto* devido a sentimentos de perda (perda do corpo infantil maternado devido ao transtorno hormonal com maturação dos caracteres sexuais; perda gerada pelo confronto entre as aspirações pessoais e parentais e a realidade da criança).

A relação de *dependência extrema* acima descrita vai estar “sujeita ao fogo das veleidades da autonomização da adolescência, alimentadas do deslocamento dos investimentos objectais e da reemergência das pulsões libidinais com possibilidade de acesso a uma sexualidade agida. Seria aqui o lugar para o **comportamento bulímico**, que tem um sentido e uma função, o qual vai tomar um lugar privilegiado nas modalidades de relação objectal da adolescência” (*op.cit.*, p. 393).

Além disso, o comportamento bulímico é um acto *anti-pensamento* que permite evitar a representação demasiado crua do conflito, ao mesmo tempo autorizando a expressão de desejos destrutivos (voltados contra o sujeito mas no entanto sobre as representações do objecto no seio do sujeito, em particular o corpo próprio).

De facto, a *comida* é um “objecto real hiper-investido”, por várias razões: (1) o alimento foi o mediador essencial da primeira experiência relacional mãe-criança (experiências de desejo, de prazer e de desprazer, de satisfação e de frustração,

experiências do dentro e do fora, fantasmas de devoração e destruição...); (2) a comida cristaliza no seu seio uma problemática social (estética da magreza...) (Brusset, 1977).

Como existem dificuldades de introjecção, consequência da relação precoce fundada de modo narcísico, vai ser a **incorporação** que a virá substituir, que se encontra na clínica da “orgia alimentar” sob a forma de uma ingestão massiva, rápida e sem gosto: não é a apropriação num mundo interno que realiza a introjecção, é um engolir sem reconhecimento possível, nem do lado da pulsão, nem do lado da realidade (Abraham & Torok, 1972). A **incorporação** é, segundo estes autores, uma **recusa da introjecção**: é uma forma de linguagem antes da palavra: “uma boca ávida que não engole a perda deste objecto narcisicamente indispensável” e portanto uma forma de *negar a perda* (que permanece indizível, não representável) permitindo evitar o trabalho de luto, e assim toda a possibilidade de elaboração da perda: “a incorporação do objecto adictivo na sua natureza impulsiva e repetitiva visa mascarar um sentimento de vazio insuportável, assegurando ao mesmo tempo o seu controlo” (Corcos *et al.*, 1995, p. 393).

No entanto, existem vários graus de incorporação como luta anti-introjectiva, em função da gravidade da relação de domínio mãe-filha, e da natureza do sentimento de perda (separação, decepção, desidealização... Nos casos graves pode ser observado um processo melancólico: incorporação, formação de uma cripta com identificação ao objecto encriptado.

Concluindo, o comportamento bulímico pode ser pensado como: (1) uma ratoeira acomodando transitoriamente o conflito objectal por um **acto**, bloqueando toda a possibilidade de elaboração e se auto-reforçando; (2) uma **incorporação** que, não sendo uma introjecção (sem assimilação de imagens identificatórias estáveis), anula as possibilidades de identificação e autonomização; (3) uma **dependência real** em relação ao comportamento bulímico, sem que a dependência objectal seja anulada, substituição de uma dependência por outra, substituição às emoções e às representações, clivagem do eu mais do que deslocamento que permite a coexistência de uma dependência extrema à mãe e á recusa dela...; (4) uma **falha narcísica** devida às veleidades da identificação-autonomização impedida, e da exacerbação da dependência: “uma posição depressiva

potencialmente 'elaborante é obstruída pela função anti-pensamento do distúrbio do comportamento" (*op.cit.*, p. 394).

Portanto, segundo este esquema de funcionamento, parece que o comportamento bulímico, diferindo toda a representação da perda, permite evitar *angústias arcaicas* (separado do objecto materno arcaico eu já não existo, e este corre o risco de se desvitalizar) e/ou uma *descompensação depressiva* (pressentida como sendo grave, melancólica, dado o modo *narcísico de relação de objecto*).

O agir bulímico é simultaneamente auto e hetero-agressivo, vindo em lugar de uma mentalização vai permitir drenar uma parte do potencial **sádico** (quando o comportamento alimentar aparece como insuficiente vê-se manifestações caracteriais psicopáticas ou perversas).

Estas condutas permitem controlar o mundo externo quando este se torna mais solicitante e mais necessário, e quando a conflitualidade interna evoca um risco de domínio pelo objecto. Os arranjos *perversos* (o alimento, objecto parcial fetichizado) bem vistos na clínica (manipulações, sadismo...) mantêm o laço objectal. O seu abandono faz a paciente correr o risco de um isolamento anobjectal (Chabert, 1993), com o sentimento de vazio, angústia, despersonalização, ou de uma descompensação melancólica.

Quando estas pacientes se chegam a deprimir, a tomada de consciência da distância entre o ideal do Eu e o Eu, e sentimento de falha narcísica devido à perda do controlo de si, *reforçam o sintoma*, forma de socorro cada vez menos eficiente e mais depressígena. Muitas vezes é graças à aceitação (dentro de um certo desconhecimento) de uma dependência em relação a outros objectos (amigos, relação sentimental, terapeuta) que este círculo vicioso sintomas-depressão poderá diminuir (isto acontece nas doentes com um lado histórico prevalente com uma certa flexibilidade psíquica que permita um jogo de deslocamentos).

Relativamente à **revisão da literatura empírica**, os estudos empíricos indicam que a taxa de prevalência de estados depressivos na bulimia é muito variável (mas mais

importante que a prevalência encontrada na população em geral), com ideias suicidárias em 50 a 80% dos casos.

Através de uma examinação destes estudos empíricos, verifica-se que eles apresentam algumas limitações metodológicas que podem sub-estimar a prevalência da comorbilidade depressão-bulimia (Herzog, 1984; Hudson, Pope & Tood-Yurgelun, 1988; Viesselman & Roig, 1985). Assim, (a) as pacientes avaliadas eram na sua maioria hospitalizadas ou em consulta, portanto deprimidas, não havendo avaliação de sub-grupos em relação a um registo psicopatológico nem individualização de sub-grupos em relação à sintomatologia clínica (anorexia-bulímica, bulimia sem vômito, idade de início, peso, etc). Assim, os resultados não se podem generalizar ao conjunto da população clínica. (b) No momento da avaliação a depressão era muitas vezes anterior ao distúrbio alimentar. (c) As escalas utilizadas não são adaptadas à adolescência nem apreendem a variação da depressão nas bulímicas, que vão da disforia à melancolia. Poucos estudos tinham grupo de controlo, investigação cega em relação ao diagnóstico e utilizando entrevista semi-estruturada.

Além disso, a maioria destes estudos não abordaram um ponto de vista que parece muito importante para compreender as funções respectivas dos distúrbios alimentares e da depressão na dinâmica do sujeito: a **análise qualitativa** da depressão nos sintomas bulímicos. De facto, constata-se a existência de um *humor disfórico* mais ou menos permanente nas pacientes bulímicas entre as crises e após elas, o qual se exprime normalmente por sentimentos misturados de *vergonha* e *culpabilidade* com sentimento de *vazio* e *auto-depreciação*.

Por outro lado, estudos que comparam as bulímicas deprimidas com deprimidos não bulímicos indicam que as bulímicas têm menos sinais vitais de depressão e apresentam mais ideias obsessivas e angústia com períodos hipo-maniacos, perda de interesse e baixa da libido.

Outros estudos utilizando o *Depressive Experience Questionnaire* (Blatt, Quinlan & Chevron, 1988) encontram uma frequência mais elevada nos distúrbios alimentares de depressão dita de *interiorização* (onde predominam sentimentos de vergonha e de

culpabilidade, é de perda de eficácia) que de depressão dita *anaclítica* (angústia de separação, dependência, potencialidades regressivas).

Por outro lado, Corcos *et al.* (1995), da revisão empírica que realizaram, concluem que as pacientes bulímicas apresentam diferentes estados emocionais: ansiedade mais ou menos despersonalizante; ameaça depressiva; depressividade; depressão mais ou menos profunda ou até melancólica.

A **crise** é um compromisso entre pulsões e defesas. A passagem ao acto (1) *evita a destruturação* devida à angústia despersonalizante ao mesmo tempo que é fonte de (2) excitação e de *prazer* e de (3) expressão de *agressividade* em relação ao objecto materno primário. Note-se a ausência de afecto depressivo durante a crise, verdadeiro curto-circuito da problemática interna, acto anti-pensamento salvador. **Depois da crise** pode-se encontrar um sentimento de *perda de controlo*, ou de *vergonha* (em relação à libertação pulsional), assim como uma intensa *culpabilidade* (em relação à agressividade exprimida).

Conclui-se ainda, como já anteriormente se referiu, que existe uma importante **heterogeneidade psicopatológica** (psicótica, narcísica, estado limite, neurótica) com mais ou menos potencialidades (dinâmica interna interagindo com experiências relacionais e impacto dos acontecimentos de vida). De facto, a estruturação psicológica depende das inter-relações precoces (património genético, representação pré-natal da criança, acontecimentos de vida familiares pré e pós-natais, natureza e qualidade das relações afectivas...) e da sua ressonância com os acontecimentos de vida positivos e negativos ulteriores (possibilidade de experiências mais ou menos restritas e sensibilidade a um tipo de acontecimento de vida mais ou menos importante em função da qualidade da estruturação precoce).

Acrescente-se ainda a **vulnerabilidade em relação à depressão** nas pacientes bulímicas, e que, do ponto de vista clínico, o *sintoma alimentar constitui uma tentativa sintomática de protecção em relação à depressão*; do ponto de vista psicopatológico, o *sintoma alimentar evita a representação, a elaboração da perda de objecto*. Existe uma negação, ou mesmo uma denegação da perda que permite evitar o trabalho de luto e

portanto a experiência depressiva potencialmente maturante. Esta vulnerabilidade depressiva é, no entanto, mantida pela cronicização do padrão comportamental alimentar que se pode tornar com o tempo um factor depressígeno (depressão secundária). A experiência e expressão depressiva deverá diminuir esta vulnerabilidade depressiva e diminuir assim a necessidade de recurso à conduta adictiva.

Uma outra conclusão que se pode tirar é a constatação de diferenças significativas quanto aos níveis de depressão em função dos sub-tipos clínicos (diferentes mecanismos de compensação de ganho de peso). Esta é mais frequente respectivamente nas *Borderline Eating Disorders* (BED), depois bulímicas com vómito, as bulímicas sem vomitar, as anoréticas bulímicas. Portanto, as estratégias de controlo do peso parecem constituir um mecanismo de defesa em relação a uma emergência depressiva: quanto mais o controlo e domínio são importantes, menos a depressão se exprime clinicamente.

A partir da confirmação clínica sobre as inter-relações entre **bulimia e depressão**, pode-se desenvolver a hipótese de que *as estratégias de controlo do peso reenviam a estratégias de controlo da distância ao objecto materno*. Esta hipótese pode-se resumir à luz de uma abordagem psicodinâmica (Corcos *et al.*, 1995):

(1) A conduta bulímica pode ser compreendida como luta anti-depressiva.

(2) As estratégias de controlo do peso nestas condutas podem ser compreendidas como o reflexo de distorções perceptivas em relação à imagem corporal e de dificuldades importantes na gestão dos limites dentro-fora. Os processos de assimilação do objecto nas condutas bulímicas são variados e reenviam a *níveis diferentes de organização relacional: incorporação* (fase do narcisismo primário), *introjecção* (fase em que se constrói a representação de si e do objecto), *identificação* (fase de distinção clara do sujeito e do objecto). Nos **casos mais graves**, é a *identificação primária* que parece estar em causa, observando-se uma fixação pré-genital oral e anal, com uma vivência arcaica de relação fusional a uma mãe omnipresente e devorante; nos **casos menos graves**, é a *identificação secundária* que está em causa. O controlo do objecto materno é menos delicado, uma vez que põe em causa a identidade feminina, e não a identidade propriamente dita, observando-se uma fixação genital com identificação histórica ao objecto materno.

(3) A paciente bulímica tenta salvaguardar o seu equilíbrio narcísico face à sua intensa necessidade de apoio no objecto materno e o seu medo de uma perigosa relação fusional (simbiótica) reclamada pela imago materna. O **controlo corporal** permite evitar ser sabotado pelo objecto materno, vivido como perseguidor no interior de si, sem que a submissão a este desapareça. Esta sequência de incorporações alimentares e de vômitos permite a ilusão de um controlo do objecto materno (com fantasma de auto-criação) que evita mais ou menos laboriosamente uma descompensação depressiva.

Contudo, para confirmar esta hipótese, seriam necessários outros estudos, que apreendessem mais finamente a natureza da depressão observada (depressão de interiorização, depressão anaclítica, depressão melancólica) e o registo psicopatológico subjacente ao distúrbio alimentar (psicótico, psicose fria, narcísico, neurótico, estado limite) em função dos sub-tipos clínicos individualizados a partir de estratégias de controlo do peso (Corcos *et al.*, 1995).

## 2.4 Conclusões

Neste sub-capítulo procurou-se descrever o funcionamento psicodinâmico dos distúrbios alimentares, partindo da concepção destes como perturbações ao nível das bases narcísicas do Eu, consequência de relações objectais precoces perturbadas, impedindo assim a construção de um mundo objectal interno seguro, estável, amante, apaziguador, impedindo afinal a constituição da *base segura* a partir da qual explorar o mundo...

Neste sentido, se compreende que estas patologias apareçam fundamentalmente na **adolescência**, cuja tarefa fundamental é a separação-individualização dos objectos de amor primários, e a construção de novas relações, mais maduras, e novas identificações. Esta reorganização da personalidade vem assim pôr a descoberto fragilidades que se encontravam "cobertas" na fase da latência. Ou seja, quando as relações precoces não permitem a consolidação do narcisismo, da identidade, das identificações, cria-se uma

*profunda dependência em relação a estes objectos de amor primários*, a qual só se torna problemática quando, na adolescência, é necessária a separação.

Vários autores (Marcelli, Jeammet) enfatizam a **dependência interna** que está na base das patologias da adicção, as quais seriam uma forma de gerir o conflito essencial que daí decorre: não podem afastar-se demasiado dos objectos primários, nem aproximar-se, porque isto é sentido como um risco de perda da identidade. Nesta linha, Marcelli, considera que a separação e a tolerância à dependência só são possíveis quando o *objecto de desejo* se diferenciou o suficiente do objecto de necessidade, isto é, quando a relação anaclítica deu lugar a uma relação triangular, na qual se inscreve o desejo, cuja perda pertence ao registo simbólico da castração; enquanto que a perda do *objecto de necessidade* desorganiza o bebé. Neste sentido, o investimento edípiano durante a latência seria capaz de mascarar defeitos precoces nas bases narcísicas, que só se fariam sentir com o surgir de um corpo sexuado, e com a necessidade de separação adolescente. O adolescente depara-se assim com o conflito de, por um lado, se autonomizar, e por outro, uma grande necessidade de se aproximar dos outros, à procura de novas identificações. Este conflito adolescente normal torna-se impossível de gerir quando este afastar-aproximar é sentido com uma "excitação intolerável" e uma "urgência ameaçadora" (Marcelli).

A patologia da adicção seria então uma patologia narcísica, que conduziria a uma **relação de objecto narcísica**, a qual, por sua vez, conduziria a um cada vez maior afundamento narcísico. Na impossibilidade de gerir este conflito entre autonomia e dependência do objecto, o adolescente substituiria o "objecto afectivo pessoa" por um objecto concreto: os alimentos, os quais lhe dariam a ilusão de controlo onnipotente. Mas este objecto concreto não provoca emoções, estando no registo das sensações, que não deixando traço psíquico, requerem a sua repetição e actuação constante: daí a patologia do comportamento e patologia da adicção.

Anoréticas e bulímicas, poderiam então ser organizações de personalidade mais ou menos patológicas, mas partilhariam uma relação de objecto específica, narcísica, que se caracteriza pela massividade do envolvimento narcísico e má diferenciação sujeito-objecto. Jeammet enfatiza a "apetência objectal", que se torna uma ameaça dada esta ténue

diferenciação eu-outro, e a dificuldade de elaborar este vazio interno, cuja consciência ameaça trazer um afundamento depressivo. Assim, o sintoma seria uma **auto-terapia**, na relação que a paciente estabelece com a comida e o corpo: o distúrbio alimentar seria uma forma de o indivíduo estar em contacto com o objecto, e uma defesa contra ele. Neste sentido, perante a **necessidade e o medo do objecto**, a perturbação alimentar seria um **substituto objectal**, cuja perda seria controlada na não satisfação das necessidades na anoréctica (o objecto não lhes faz falta, porque nada lhes faz falta). Neste sentido, o sintoma seria também uma **defesa**, defesa porque, dada a necessidade do objecto, a demasiada proximidade deste é sentida como uma ameaça narcísica, de perda de limites.

Esta relação de objecto, oscilante entre a procura e a necessidade de distância, é também sublinhada por Brusset, para quem a dependência ao objecto primário, o problema de limites, a presença de angústias de abandono e intrusão, constituem a base do funcionamento psíquico das pacientes com patologia alimentar. Problemática esta que teria na base um investimento materno precoce narcísico e ambivalente, sendo na patologia alimentar transferida para o corpo, numa procura de controlo, que é visível na alternância entre condutas alimentares de restrição e excesso. As características fundamentais do funcionamento psicodinâmico destas jovens seria a **indiferenciação parcial sujeito-objecto**, defensivamente localizada no corpo sexuado, já que as identificações sexuadas edípicas estão comprometidas por uma *identificação primária fusional*; a **ambivalência pulsional**, na impossibilidade de integração do amor e ódio, correspondendo a *angústia de perda de objecto, com o valor de perda de si*.

Esta relação *substitutiva* do alimento pela relação humana constitui para vários autores (Jeammet, Chabert) uma **relação de objecto perversa** no sentido em que constitui uma *relação de domínio, de controlo do objecto, o qual só é utilizado para fins utilitários*. Uma relação que conduz a uma *desobjectalização* progressiva, em que o sujeito apaga progressivamente uma relação de investimento libidinal no objecto, e o substitui por um investimento narcísico em objectos reais. Jeammet enfatiza que este modo de relação pode ser observado nas primeiras experiências de separação da criança, que exemplifica na situação do deitar. Assim, quando a mãe sai do quarto, a criança pode ficar numa actividade

de reverie de memórias afectivas com a mãe, utilizando o urso de peluche como objecto transicional, ou fica num balanceamento rítmico do corpo numa actividade de auto-estimulação para fazer desaparecer o sentimento de falta, ou ainda, a criança pede à mãe que fique no quarto, e através da presença física supera a falta de recursos internos para pensar a ausência. Seria este modo de relação característico das situações de dependência, com recurso a uma realidade externa como contra-investimento a uma realidade interna ansiogénica, que estaria na base dos distúrbios alimentares. Nesta linha, Chabert também sublinha a relação perversa narcísica na bulimia, cujo comportamento ritualizado se distingue do ritual obsessivo na medida em que não está associado a pensamentos, pelo contrário, serve "para pagar o pensamento e os fantasmas". O ritual bulímico procura assim o controlo do objecto, e não o controlo de pensamentos incómodos como na neurose obsessiva. O ritual bulímico não conduz a uma "formação de compromisso", mas a uma permanente culpabilidade, obrigando à sua repetição, que gradualmente vai perdendo os seus efeitos de controlo e reconquista narcísica até se fechar num sistema automático.

A problemática subjacente à patologia da adicção é para estes autores uma **problemática depressiva**, cuja angústia essencial seria a *angústia de abandono*, que aqui tem o valor de *perda de si* dada a dependência aos objectos primários. Chabert compara a bulimia com a estrutura melancólica no sentido Freudiano, sendo o mau objecto o *corpo* que teria que ser atacado e mortificado, porque, sendo objecto de desejo (do pai), traz à paciente o risco de perda de amor do objecto primário mãe. A bulímica teria uma problemática edipiana pouco recalcada e estruturante, e daí a sua intensa culpabilidade, perante a fantasia de que o corpo sexuado seduz activamente o pai. Neste sentido, estaríamos perante uma "histeria invertida", uma vez que não se trata de uma fantasia de se ser passivamente seduzido por um outro sedutor, mas de se ser o sedutor activo, já que o narcisismo das bulímicas não aguentaria a fantasia de serem passivamente seduzidas, dada a forte dependência materna, e a necessidade de controlo dessa relação. O acto bulímico constituiria uma mortificação corporal, ao mesmo tempo que esconderia o reconhecimento da falta de objecto.

Outros autores, referem a problemática depressiva como a *angústia de perda de objecto*. O acto bulímico seria um acto de **incorporação** que viria substituir a introjecção, difícil em virtude da problemática narcísica, e seria assim uma forma de negar a perda, evitando o risco de uma descompensação depressiva grave, dado o modo narcísico de relação de objecto. A crise teria várias funções de "compromisso": evitaria a destruturação depressiva, seria uma forma de prazer, e ao mesmo tempo de expressão da agressividade. No entanto, os sentimentos depressivos voltam após a crise, com vergonha e culpa perante a perda de controlo. Isto conduziu vários investigadores a pesquisarem empiricamente relação entre **bulimia e depressão**, tendo constatado, por um lado, a variabilidade dos estados depressivos, e que uma análise qualitativa aponta para uma depressão mais de *interiorização* (vergonha, culpabilidade) do que *anaclítica* (angústia de separação, dependência); e por outro a heterogeneidade psicopatológica: psicótica, limite, neurótica. No entanto, independentemente da organização da personalidade, a crise seria sempre uma **luta anti-depressiva**, sendo o controlo do peso uma forma de *controlo da distância ao objecto materno*, enquanto que a assimilação do objecto reenviaria para diferentes níveis de organização relacional: (1) **incorporação**, nos casos mais graves, sendo a identificação primária que estaria em causa, ou a (2) **introjecção**, ou ainda a (3) **identificação**, nos casos menos graves, estando em causa o controlo materno como forma de controlo da identidade feminina e não da identidade propriamente dita, e havendo uma *fixação genital com identificação histórica ao objecto materno*. Mas em todos os casos o **controlo corporal** seria um controlo do objecto materno para evitar a descompensação depressiva.

### 3. A bulimia e o corpo

Depois de termos abordado a adicção vamos agora pensar na bulimia relativamente à relação com o corpo. De facto, as explicações psicodinâmicas revistas nos pontos anteriores acabam por ser pouco específicas ao situarem a bulimia nervosa dentro da patologia narcísica, consequência de uma relação materna narcísica, e também dentro deste

grande grupo que são as adicções e as patologias do comportamento. A questão fundamental permanece: porquê a bulimia, comer, a sequência comer e vomitar, porquê o corpo e não outra qualquer manifestação da patologia limite ? Porquê a adicção e não outra patologia do comportamento ? Porquê o objecto-comida e não o álcool ou a droga ? Enfim, porquê o uso da comida-corpo e não outro objecto concreto para gerir este problema ?

Vários autores reflectem sobre a forma como a bulímica utiliza o corpo, o qual exprime por um lado uma dada problemática, mas é também uma forma de manter o equilíbrio narcísico. Assim, para Kernberg (1995), anorexia e bulimia são antes de mais *ataques ao corpo*, através do qual se ataca a mãe e a feminilidade. Ataques esses em que é preciso distinguir as problemáticas mais pré-edipianas ou mais edipianas subjacentes. Também Sugarman (1991), distingue dois níveis de desenvolvimento por detrás do comportamento bulímico: um nível pré-edipiano, onde subjaz dificuldades no processo de separação-individualização da infância; uma problemática edipiana, em que o corpo vai servir de instrumento para gerir os conflitos, de ordem neurótica.

### 3.1 O ataque ao corpo

Kernberg (1995) destaca como aspecto dominante nos distúrbios alimentares graves, especialmente dos indivíduos com funcionamento borderline, *o sádico ataque ao corpo do paciente*, ataque, esse que simbolicamente representa quatro questões principais:

(1) Um **ataque geral ao prazer**: o prazer de comer, incorporando algo de bom e transformando-o num bom objecto simbólico, tal como físico, para a sobrevivência do corpo e do self. Esta dinâmica está ligada com a inibição primária da capacidade de satisfação sensual e prazer sexual em alguns pacientes limites graves, relacionada com uma infiltração agressiva precoce das interacções física e psicológicas na situação mãe-bebé, indicando distúrbios graves na relação mãe-bebé.

(2) Ligado com o ataque ao prazer, está o **ataque à mãe**. Na dinâmica das anoréticas borderline existem ou (a) profundos conflitos em torno da separação-

-individualização, ou (b) conflitos ainda mais precoces à volta de um emaranhado patológico relacionado com uma luta contra uma simbiose ameaçadora, agressiva em relação a uma mãe devoradora (relação sado-masoquista com a mãe).

(3) Um **ataque à feminilidade** da paciente, intimamente relacionado com o facto da grande maioria dos pacientes serem mulheres. Mas estes ataques à derivam de vários estados de desenvolvimento.

O *ataque à mãe* pode ser feito a partir de um estado **pré-edipiano**, incluindo primeiro a mãe na experiência de *simbiose*, e depois a mãe da *separação-individualização*. Esta dinâmica difere da submissão e rebelião contra a mãe do nível edipiano e da analidade regressiva e destrutiva expressa no desejo de destruir todas as relações diferenciadas. Boris (1984) sublinhou a projecção da paciente das suas próprias necessidades orais na mãe e no analista, no sentido em que sendo os outros que querem que a paciente coma, eles assinalam as suas necessidades insatisfeitas e não as do paciente. A paciente protege-se assim da inveja e ressentimento da mãe de quem precisa para comida e amor, mas cujas qualidades são invejadas por causa da frustração destas necessidades, a experiência da mãe arrelhiadora não dando aquilo de que a criança necessita.

A luta constante da **anorética** contra a sua mãe pode reflectir ambas uma protecção contra a  *fusão simbiótica* e a patologia da *separação-individualização*. Tais conflitos reflectem não só distorção intrapsíquica de experiências precoces, mas os efeitos de experiências reais traumáticas com a mãe, particularmente a invasão materna real e a sua insensibilidade narcísica em relação à criança utilizada com uma extensão dela própria. Enquanto que nos pacientes **bulímicos**, se encontram frequentemente *defesas secundárias contra conflitos da separação-individualização*, como o uso dos festins alimentares para negarem a dependência de outros significativos, ou para exprimirem a sua *raiva contra o abandono* fantasiado ou real. A incorporação ávida de comida, sentida como forçadamente tirada da mãe, dá depois origem ao desperdício dessa comida ingerida, que se torna um veneno que tem que ser expelido, enquanto que a transformação da comida em excremento simboliza a deterioração simbólica de relações de objecto internalizadas.

Mas os ataques à feminilidade também advêm de um nível **edipiano**, sendo esta a dinâmica que domina em pacientes menos perturbados. Aqui, ambas as crises como o vomitar e a desvalorização da aparência física feminina, tal como o esforço radical em pacientes anoréticas graves em evitar que ocorra um desenvolvimento feminino completo, reflectem o medo e a identificação com a mãe sexual e o par edipiano (síndrome de Peter Pan). *O ataque à feminilidade origina um ataque à heterossexualidade*. A inveja e ódio à mãe são deslocados para o pai, com a consequência da intensificação da inveja do pénis e um ressentimento dos homens vistos como agressivos e exploradores. Enquanto as **anoréticas** em geral apresentam *inibição sexual* que obscurece os conflitos inconscientes em relação aos homens, nas mulheres com **bulimia** são muito frequentes *relações sado-masoquistas* com homens, e muitas vezes os períodos de comer e vomitar podem alternar com relações sado-masoquistas com homens, quando o distúrbio alimentar diminui.

### 3.2 O corpo e a paragem no processo de separação-individualização precoce

Sugarman, Quinlan & Devennis (1981), fazendo uma reflexão sobre a clínica das doenças do comportamento alimentar também sublinham a paragem no processo de separação-individualização precoce. Baseando-se na teoria das relações de objecto, assim como nas teorias cognitivas, Sugarman constrói um modelo de compreensão psicodinâmico para a sintomatologia destas doenças, e realça a forma como **o corpo é utilizado para evocar uma representação interna da mãe**. Resultante desta paragem/falha no processo de separação-individualização, na anorexia nervosa estaria subjacente uma *depressão anaclítica* e, na bulimia nervosa, o *uso do corpo como objecto transicional*.

Assim, relativamente à **anorexia nervosa**, Sugarman enfatiza que a falha na individualização precoce, daria origem a falhas no desenvolvimento das representações do

self e do objecto, na constância do objecto emocional, provocando uma vulnerabilidade às experiências de perda, e à depressão anaclítica. O autor sugere que existem nas anoréticas uma variedade de problemas familiares, como estruturas familiares com fronteiras mal definidas, que impedem a diferenciação, separação e individualização, e quer um super, quer um baixo envolvimento e controlo parental. A incapacidade da mãe de tolerar a separação do seu filho pode levá-la a desencorajar os comportamentos de separação (impedindo a transição da sub-fase de diferenciação para a sub-fase de prática), ou ainda, outras mães falham em promover a autonomia através da sua incapacidade em promoverem um ambiente adequado e seguro do qual se separar. Consequentemente, uma experiência corporal de separação falha em consolidar-se, deixando o paciente preso a um nível *cognitivo sensorio-motor relativamente à representação do self e à representação de objecto*. Ou seja, como a futura anorética falha na experiência de distância física aos pais, através da mobilidade, falta-lhe motivação para internalizar a mãe. Esta falha no desenvolvimento cognitivo do self e do objecto, significa que o objecto só pode ser interiorizado como parte de uma sequência de acções no momento da satisfação da necessidade, predispondo a anorética a agir os fenómenos internos ao nível concreto do corpo. Na incapacidade de evocar a constância do objecto emocional, ela torna-se portanto vulnerável a experiências de perda do objecto e à *depressão anaclítica* - depressão na qual a ênfase do indivíduo é sobre a gratificação imediata das necessidades de dependência (Blatt, 1974) - a ela associada. Esta vulnerabilidade promove *fantasias de fusão com a mãe*, ameaçando a perda da fronteira eu-outro, contra a qual a anorética luta desesperadamente.

A **adolescência** torna-se um período particularmente complicado dado o ressurgir da depressão anaclítica, precipitada por novas exigências desenvolvimentais de separação dos objectos de amor da infância. Apesar dos conflitos edipianos só acabarem de se resolver na adolescência, este conflito psicosssexual é secundário relativamente aos conflitos relativos à separação-individualização. Para a mulher adolescente, uma identificação com a mãe e a sua renúncia como objecto de amor, derivados da resolução do

complexo de Édipo, necessita ser completada, sendo maior a ameaça de perda maternal através da separação, do que para o rapaz, que teve que renunciar à mãe muito mais cedo.

Quanto aos **sintomas**, eles desempenham fundamentalmente a função de **defesa contra a ameaça de perda de limites associada com a depressão anaclítica**, que é acompanhada de desejos simbióticos: (1) através da *redução dos alimentos* as anoréticas lutam para *reduzir os seus sentimentos de dependência*, que ameaçam atingir uma dimensão simbiótica, através de uma renúncia à representação maternal activada no acto de comer; (2) a *magreza* acentua a sua imagem corporal, necessária para manter a diferenciação do self ao nível concreto e básico do corpo; além disso, investigações sugerem que as pacientes anoréticas referem um maior despertar para as *sensações internas*, à medida que a perda de peso atinge um certo ponto (Strober, 1992); o prazer e o sentimento de *domínio sobre o corpo* é um motivo crucial para lutar pela magreza, e serve como oposição ao seu desejo de união simbiótica; (3) a constante recusa dos alimentos perante a insistência familiar dá-lhes uma aparência de autonomia; (4) a *hiper-actividade frenética* mantém os limites pela promoção da perda de peso e impede a desintegração do ego e a perda de limites (Bruch, 1973); ou seja, a sua actividade serve como defesa maníaca contra a depressão anaclítica subjacente; (5) finalmente, a *amenorreia* e a *prisão de ventre* realçam a necessidade de reterem produtos corporais numa tentativa de manutenção do frágil self da anorética, isto é, o seu medo de pôr para dentro, ou deixar sair, dado o risco de perder a diferença dentro-fora.

Quando à **bulimia**, Sugarman *et al.* (1981) considera que esta reflecte uma *paragem no estado precoce do desenvolvimento do objecto transicional*. Tal como na anorética, a falha de uma separação adequada, tanto fisicamente como cognitivamente, do objecto materno durante a sub-fase de prática, dá origem a uma **fixação narcísica no próprio corpo**, em vez de uma viragem para o mundo exterior, através do uso de objectos transicionais externos. Esta paragem na área dos objectos transicionais tem consequências profundas na diferenciação das fronteiras eu-outro, na individualização, e na capacidade de simbolização.

Mahler, Pine, & Bergman, (1975) também observou que o uso de *objectos transicionais* (descrita por Winnicott, em 1971, como a ponte da mãe, para a relação com a mãe como alguém fora e separada da criança) é crucial para a transição da sub-fase de diferenciação para a sub-fase de prática, a qual consolida a fronteira eu-outro. Sugarman pensa que o corpo é o primeiro objecto transicional, um precursor dos posteriores objectos transicionais, os quais, segundo Winnicott (1971) têm que ser reconhecidos como "não eu", mas suficientemente "eu" para dar à criança a ilusão de controlo onnipotente. Ora, o corpo é simultaneamente sujeito e objecto, eu e outro. Só mais tarde, durante a fase de reaproximação, a criança vai desenvolver a capacidade de evocar a representação da mãe na sua ausência.

Para Sugarman, este processo desenvolvimental corre mal na bulímica, na qual, assim como no caso da anorética, as dinâmicas intrafamiliares resultam na inibição da luta normal pela autonomia e a actividade associada com a sub-fase de prática.

A **adolescência**, quando a maioria da sintomatologia bulímica se manifesta pela primeira vez, é um estado de desenvolvimento marcado pela reemergência destas questões (como o corpo, a cognição e a separação), relacionadas com a paragem do desenvolvimento da bulímica. A alteração corporal da puberdade recapitula o estado de "não eu" do corpo na experiência de não se ser capaz de controlar as mudanças que ocorrem. A complicar isto no caso das mulheres, está a semelhança cada vez maior do seu corpo em mudança, com o da sua mãe, correndo o risco de alterar a sua diferenciação do objecto materno.

Estas mudanças que ocorrem na adolescência tornam-se complicadas dado o paralelo do desenvolvimento entre esta fase e as fases precoces de separação-individualização, nomeadamente a necessidade recapitulada de individualização exigida ao adolescente que é confrontado com a necessidade de expandir a sua família próxima para o mundo exterior (Blos, 1979). O amor da criança pelo mundo exterior é substituído, na adolescência, por um amor pelas abstrações que se tornam um veículo para esta individualização (a roupa, o espaço de convívio substituem o cobertor, ou o urso, mas de uma forma mais simbólica, ajudando a delinear fronteiras e a facilitar a separação da mesma maneira que os objectos

transicionais da infância o fizeram). Mas para a *bulímica*, a reactivação das questões da sub-fase precoce de prática exacerba os seus anteriores distúrbios no corpo e nas representações do self e do objecto. Além disso, como a paragem precoce no desenvolvimento afectou a capacidade evocativa da constância do objecto, a jovem é incapaz de simbolizar na área das relações de objecto. Logo, o corpo torna-se o veículo para o jogo concreto das questões da separação. A *bulímica* encontra-se num dilema: *falta-lhe a capacidade cognitiva para simbolizar o objecto materno que lhe permitiria libertar-se do uso do corpo como objecto transicional, e o seu corpo como objecto transicional é de facto sentido como a sua mãe.*

Em resumo, **alimentar o corpo** é perder-se na experiência de ser *una* com a mãe; a fome ou o seu controlo serve para manter a ténue fronteira eu-outro. Por falta de capacidades cognitivas para se libertar do corpo, ela apoia-se no corpo e procura submetê-lo. Assim, enquanto a maioria dos objectos transicionais vão gradualmente perdendo significado, o corpo, na bulimia, mantém-se o foco central.

*Comer* torna-se a actividade necessária e gratificante que permite à paciente evocar uma representação sensorio-motora da mãe. Mas a ameaça de fusão pode ser mobilizada, levando ao *vómito*, uma acção motora concreta. Através desta sequência a *bulímica usa o corpo para obter e em seguida rejeitar a representação da mãe.* Esta alternância serve para preservar a quebra da frágil fronteira do self. Logo, o fundamental para estas jovens não é a comida, mas a *acção* através da qual o objecto de gratificação pode ser representado.

Concluindo, aquilo que é central nas ideias desta autora é que, pela impossibilidade de ter feito uma boa separação na sub-fase de prática, durante o processo de separação-individualização, não teria sido possível uma boa *internalização da mãe*, dando origem a uma falha na constituição da constância do objecto emocional. Aquilo que as jovens procurariam fazer através do *comportamento alimentar seria uma forma de evocar este objecto mal constituído.* Mas, apesar de separar as duas doenças, anorexia e bulimia, tendo uma na base uma *depressão anaclítica*, a outra usando o corpo como *objecto*

*transicional*, a autora acaba por descrever uma dinâmica muito semelhante para as duas, tornando-se pouco específica no seu modelo.

Assim, anoréticas e bulímicas teriam sofrido uma paragem no processo de separação-individualização, na origem da qual estariam problemas familiares, como dinâmicas familiares que impedem a luta normal para a autonomia: (1) fronteiras mal definidas que impedem a diferenciação, ou (2) um hiper ou sub envolvimento e controlo parental. Seriam mães incapazes de tolerar a separação dos filhos, ou mães que não haviam promovido um ambiente *seguro* do qual se separar. Consequentemente, sem experiência física para internalizar os pais, ambas ficariam presas a um *nível sensorio-motor*. Ambas agem assim os fenómenos internos ao nível do corpo. A **anorética**, sem objecto emocional, ficaria vulnerável às experiências de perda e depressão anaclítica. A **bulímica**, perante esta mesma ausência, utilizaria o corpo como objecto transicional.

Com a adolescência e o ressurgir desta problemática, pela necessidade de novas separações, a anorética sentiria o voltar desta depressão anaclítica, e os seus sintomas seriam utilizados numa procura de *limites* perante estas fantasias fusionais. A bulímica, também incapaz de se separar, procuraria através dos sintomas evocar uma representação da mãe, isto é, lutar não só contra a ameaça de fusão, através do vómito, mas também evocar a sua representação. A anorética lutaria mais para evitar a fusão, e a bulímica alternaria ambos os processos...

Afinal, o que é que faz com que uma só queira manter a “mãe” afastada, e a outra, ora próxima, ora afastada ? Permanece a dúvida.

### 3.3 O corpo como arena de conflitos intrapsíquicos

Como vimos, inicialmente Sugarman sugerira que as bulímicas usavam o corpo como *objectos transicionais*:

“a falha em separar-se adequadamente tanto física como cognitivamente do objecto materno durante a sub-fase de prática leva a uma fixação narcísica no próprio corpo com o custo de atingir outros objectos no mundo externo através do uso de objectos transicionais externos. Esta paragem na área dos objectos transicionais tem profundas consequências relativamente à diferenciação dos limites self-outro, individualização, e capacidade de simbolização” (Sugarman & Kurash, 1982, p. 58).

Posteriormente, Sugarman (1991) faz uma reformulação das suas ideias, sugerindo que as suas formulações anteriores não ficaram bem explícitas nesta questão do uso do corpo como objecto transicional, ao terem abordado unicamente as linhas de desenvolvimento cognitivas e de relação de objecto, e as suas contribuições para a sintomatologia bulímica. Por outro lado, a autora refere que cometeu o erro de não ter sido bem explícita a dizer que as conclusões vieram do trabalho clínico com doentes hospitalizadas, portanto mais perturbadas. Neste sentido, esta reflexão inicial fê-la sugerir que as bulímicas estariam a *re-actuar de forma concreta fases precoces do desenvolvimento*.

No entanto, o corpo poderá não ter o mesmo significado psicodinâmico para as mulheres cuja estrutura de personalidade está organizada de forma mais **neurótica**. As suas formulações falharam em mostrar explicitamente que o sintoma é nestes casos uma **formação de compromisso**, originada de conflitos intrapsíquicos. Estes conflitos, isto é, desejos inaceitáveis e defesas contra eles, conduziram a representações distorcidas do self e do objecto, as quais não podem ser vistas como imagens verdadeiras de experiências precoces do self ou do outro.

Esta secção é, assim, uma tentativa de expandir as formulações anteriores numa perspectiva mais compreensiva de *porquê o corpo é usado como uma arena na qual estas mulheres podem agir os seus vários conflitos neuróticos assim como as suas deficiências de desenvolvimento, de origem mais precoce*.

### 3.3.1 A formação do self

O self corporal é a primeira noção de self a formar-se no indivíduo. Já Freud referira que o ego era "em primeiro lugar e acima de tudo um self corporal", isto é, que o sentido do self é originado em sensações corporais precoces e estimulação proprioceptiva. A passagem de sensações vindas do interior do corpo para sensações que chegam dos receptores sensoriais na sua superfície externa dá origem ao teste da realidade e a um maior sentido de diferenciação eu-outro.

Autores posteriores realçaram que o self começa por ser um conjunto de experiências somáticas. Até a ênfase de Piaget na experiência precoce como sendo *sensorio-motora* implica que o sentido precoce do self é um sentido somático.

Quando ocorre a "mãe suficientemente boa" (Winnicott), a criança começa a diferenciar a experiência interna subtil, emergindo um ténue sentido de self à medida que a comunicação somática se dirige à necessária resposta materna. Uma desarmonia precoce causada quer pela falha da mãe em responder apropriadamente, quer pela dificuldade constitucional da criança em comunicar a suas necessidades para que sejam gratificadas dá origem a um *sentido precoce de agência perturbado*, um *self corporal deficiente*, e por último a uma *representação do self distorcida*.

Portanto, a experiência precoce do self está centrada unicamente à volta de experiências somáticas, não existindo um sentido de self separado do self corporal. O **self corporal** é um conjunto de interações com as figuras importantes no meio, experiências instintivas, afectos, e precursores precoces do ego (percepção, mobilidade, barreira a estímulos e intencionalidade nascente). Nesta fase precoce do ego, estas várias funções e processos existem de uma forma relativamente indiferenciada, de forma que o *self permanece indiferenciado do objecto*.

À medida que sai da esfera simbiótica, a criança entra no **processo de separação-individualização** (Mahler *et al.*, 1975). Vários processos convergem para criarem a diferenciação entre representações do self e do objecto: diferenciação do ego e do id,

diferenciação dos instintos, mudança cognitiva para o pensamento pré-operatório, permitindo uma representação do self mais simbólica e compreensiva. Isto dá origem à *constância evocativa do objecto* e a uma representação do self menos fechada no contexto espacial e temporal no qual se encontra o mundo dos objectos de amor. Emerge um genuíno mundo representacional no qual a representação do self é relativamente distinta da representação de objecto, que se expande para incluir outros elementos: self-como-criança, self-como-filha, self-como-rapariga (porque no caso da bulimia a maioria dos pacientes são do sexo feminino).

A **relação mãe-criança** é crucial para facilitar esta mudança, uma vez que a capacidade materna de reconhecer e verbalizar a comunicação somática da criança leva-a a um nível verbal e simbólico que ajuda à diferenciação entre self corporal e self psicológico. Esta capacidade da mãe em transformar a comunicação somática num nível simbólico dá origem a uma *internalização do afecto e regulação instintiva e a um sentido precoce de que as necessidades próprias e sua regulação estão localizadas na representação do self*.

Uma **falha** nesta função faz com que os afectos e instintos se mantenham localizados no self corporal e a não serem vividos a um nível simbólico. Estas crianças permanecem fixadas no estado precoce em que o self corporal não está distinto do self psicológico, e em que a representação do self não está bem diferenciada da representação do objecto.

Simultaneamente, **identificações precoces** começam também a afectar o self corporal à medida que a diferenciação das representações do self das representações do objecto permite o deslocamento de traços da representação do objecto para o self: o mecanismo de *identificação* (Sandler, 1960). A identidade de género instala-se à volta do sentimento de um corpo feminino, à medida que o self corporal se torna mais diferenciado da representação do self, e depois mais integrado com outras das suas facetas. Por outro lado, o despontar de prazeres genitais acompanha a formação de um corpo sexualmente diferenciado na fase de separação-individualização (Roiphe, 1968). Estas sensações genitais podem agora ser representadas cognitivamente e integradas no self corporal. Assim, uma representação corporal de ser mulher acompanha um self corporal que inclui ter genitais.

Quando o desenvolvimento se dá normalmente, ocorrem identificações selectivas com a mãe, e prazer com a semelhança do self corporal ao corpo da mãe (Mahler & McDevitt, 1982). Mas os afectos intensos que acompanham a fase de reaproximação e/ou a dificuldade da mãe em tolerá-las pode minar esta identificação. A *agressão* e *ambivalência* que caracterizam esta sub-fase podem dar origem a um *recuo defensivo da autonomia*, e uma fixação numa postura passiva, masoquista (Tyson, 1986): o prazer em ser como a mãe diminui à medida que a idealização da mãe diminui; pode ocorrer inveja do pénis já que ter um corpo de mulher a faz sentir-se desvalorizada; o self corporal torna-se narcisicamente esvaziado, e um sentimento de inadequação, privação e destruição impregna-o: uma falha numa boa integração do self corporal na representação do self, que é mais tarde *explorado inconscientemente na bulimia*, pode ocorrer. O self corporal pode tornar-se sexualizado e/ou agressivizado.

Desta forma, uma representação do self integrada com um sentido seguro de auto-regulação estará, naturalmente, perturbada, e forma-se uma predisposição para um **deslocamento defensivo do self para o corpo**. Se nesta fase este deslocamento não tem grande valor defensivo, mais tarde pode ajudar a *reduzir o intervalo entre os estados de self actual e o self ideal da representação do self, para manter o equilíbrio narcísico na sintomatologia bulímica*, e outra sintomatologia psicossomática.

Quando o desenvolvimento corre naturalmente, a entrada nas **questões edipianas** leva a uma nova ênfase no self corporal como parte da decalage vertical que acompanha o desenvolvimento da representação do self e do objecto. O desenvolvimento normal envolve mudanças nas representações do self e do objecto através do jogo de maturação e desenvolvimento, de forma que elas se vão tornando mais complexas via uma organização hierárquica de sistemas que permite um repertório de acções, emoções e pensamentos cada vez mais complexos (Rosenblatt & Thickstun, 1977). Esta organização hierárquica envolve uma decalage vertical em que toda as facetas precoces da representação do self têm que ser novamente reconstruídas em cada estágio de desenvolvimento (por exemplo, tem que ser reintegrado em self-como-filha, self-como-criança, self-como-mulher...). As crianças na

fase edipiana mostram esta recapitulação de fases mais precoces do self corporal, nas suas preocupações com as diferenças genitais e a integração destas diferenças anatómicas no género do seu self corporal.

Geralmente esta ênfase no self corporal à volta de questões edipianas é precedida pela entrada da criança na fase fálica-narcísica. **Problemas precoces na separação-individualização** podem dar origem a uma *clivagem da ambivalência da rapariga, de forma que a mãe é mantida como objecto de amor e os sentimentos negativos são deslocados para o pai*. Esta fixação promove uma fixação num estágio de *conflitos bissexuais*, que dão origem a uma preocupação com o corpo e as suas diferenças de género que são mais tarde expressas em sintomas bulímicos.

A transição para a **latência** e o atingir do *pensamento operacional concreto* leva a uma representação do self ainda mais integrada, sendo as crianças capazes de transformar a representação do self e do objecto independentemente de interacções corporais com o meio. Nesta fase, ambos os géneros tornam-se altamente conscientes dos seus corpos na sua relação com questões narcísicas. Os rapazes começam a identificar-se com o ideal masculino de serem atléticos, e o seu sucesso como jogadores de futebol torna-se um contribuidor significativo para a sua auto-estima; as raparigas tornam-se mais conscientes dos ideais femininos, e a beleza e consciência da moda tornam-se cada vez mais acentuadas. Conflitos precoces em relação a um self corporal feminino são alimentados por conflitos pré-edipianos ou edipianos, o que pode ser visto nas “maria-rapazes”.

A **adolescência**, envolve uma recapitulação da ênfase corporal, e manifesta-se na necessidade de integrar grandes diferenças na aparência e sensações do corpo na representação corporal e depois na cada vez mais sexualmente diferenciada representação do self. A puberdade, com as suas mudanças no self corporal que tornam possíveis ao adolescente a sexualidade adulta e a procriação, leva a uma intensificação dos instintos e afectos que forçam o desenvolvimento da capacidade do ego para integrar a representação corporal na representação do self.

Juntamente com a pressão sobre o mundo representacional adolescente está a *vulnerabilidade narcísica* que pressiona a representação do self e faz a tarefa da integração da representação corporal na representação do self ainda mais difícil. Ambos o ego ideal e o superego são retrabalhados e alterados durante a adolescência, e perante o empurrão em direcção à individualização e emancipação psicológica, o ego e superego, assim como as representações que os incluem, enfraquecem (Blos, 1962).

Por outro lado, a *desidealização das representações parentais* ocorre levando a uma procura desesperada de novas idealizações até que se possam desenvolver identificações mais discriminadas com pais mais realisticamente vistos. A representação do self ideal é elaborada como parte deste processo: uma ênfase no corpo ideal ocorre precocemente no processo de identificação, já que ter um corpo ideal é usado para compensar a perda das representações objectais idealizadas previamente.

A *maturação cognitiva*, por sua vez, permite a mudança do pensamento operatório concreto para o formal, permitindo uma representação do self com maior estabilidade e capaz de integrar imagens diversas e separadas do self numa representação integrada. É esta maior capacidade cognitiva que permite a predominância da expressão simbólica sobre a expressão somática da experiência individual, necessária para uma integração bem sucedida dos impulsos pré-edipianos, edipianos positivos e negativos, gerados nesta fase de desenvolvimento.

À medida que o desenvolvimento ocorre, uma representação do self mais integrada e abstracta emerge para permitir uma boa transição para a idade adulta.

### 3.3.2 *Disrupção da diferenciação e integração do self corporal na bulimia*

Sugarman sublinha que existem *dificuldades no desenvolvimento* do self das jovens que desenvolvem bulimia, em relação ao processo normal acima explicitado, sejam elas dificuldades associadas a fases do desenvolvimento *mais ou menos precoces*.

Assim, a evidência clínica indica que elas **têm interações problemáticas com as suas mães**. Muitas destas mães tendem a ser *mulheres narcísicas* cujas relações com as suas próprias mães foram perturbadas. Estas mulheres tendem a ter dificuldade em estarem suficientemente harmonizadas com as suas filhas para as ajudarem a converterem a comunicação somática em modos verbais, simbólicos. Noutros casos, estas mães estiveram deprimidas e *emocionalmente indisponíveis* durante a infância devido a um casamento deteriorado ou outros acontecimentos de vida difíceis.

Independentemente do motivo, tal auto-absorção materna pode resultar: (1) numa *paragem do desenvolvimento* onde a regulação do afecto nunca é integrada numa representação do self; estas dificuldades tendem a ser menos frequentes, e só uma pequena percentagem tem de facto uma paragem no desenvolvimento; ou (2) na *falha defensiva da filha em verbalizar o afecto*, com a regulação dos afectos atribuída à representação mental. Esta última, segundo a autora, ocorre mais frequentemente, originando uma *vulnerabilidade e fixação que possibilita a regressão quando o desenvolvimento parece demasiado difícil*.

Tal desarmonia precoce torna a **separação-individualização** uma tarefa difícil: uma relação sado-masoquista com a mãe, e por vezes com o pai, pode originar uma clivagem da ambivalência e da representação pobremente integrada do self. Tal sado-masiquismo excessivo resulta frequentemente numa sexualização e/ou atitude agressiva em relação ao self corporal.

Por outro lado, a conexão precoce entre o self corporal e a representação de objecto da qual ele se diferenciou em primeiro lugar faz com que a regulação somática se mantenha só levemente integrada na representação do self em expansão. A regulação dos processos corporais é muito facilmente atribuída ao introjecto materno, dada a interconexão precoce entre o self corporal e a representação materna.

Posteriormente, estes problemas mãe-filha tornam a entrada no **édipo** particularmente difícil, ocorrendo *inveja do pénis* associada com conflitos relativamente à identificação com o corpo da mãe. Assim, esta rapariga (1) irá regredir para uma posição pré-edípiana que pode estar *disfarçada como um conflito edípiano triádico, negativo*, ou (2) entra numa *verdadeira posição edípiana negativa* (Sugarman, 1991). Qualquer das

situações leva a uma *manutenção de conflitos bissexuais, que são deslocados para o corpo*. Mantem-se a pergunta empírica se estas raparigas estão mais predispostas para fenómenos de comportamento “maria-rapaz” e conflitos masturbatórios durante a latência, mas aquelas bulímicas que Sugarman refere ter tratado relatam uma tendência para terem sido rechonchudas durante a latência, o que indica que os seus intensos conflitos pré-edipianos e edipianos negativos já haviam sido deslocados para o corpo. De qualquer forma, a autora está convencida que elas reagem à sua *concepção materna narcísica de corpo ideal*, ou pela rebelião, ou pelo conformismo.

Por tudo isto, Sugarman sublinha que estas raparigas não estão preparadas para a **adolescência**. À medida que as mudanças corporais tornam os seus selves corporais mais claramente aproximados do corpo materno, torna-se fácil fazer equivaler (inconscientemente) a sua representação corporal com a representação materna, de forma que elas facilmente *deslocam numerosos conflitos com as suas mães para os seus corpos*. Este deslocamento, ajudado pela confusão egocêntrica do concreto e do abstracto, leva-as a sentirem os *corpos como se fossem objectos independentes, como as suas mães*.

É assim que numerosos *conflitos inconscientes podem ser exprimidos no acto de devorar e vomitar do síndrome bulímico*: (1) **conflitos sado-masoquistas** são expressos relativamente à *tortura do corpo* que é igualado à representação materna, o controlo dirigido ao corpo tem uma qualidade sádica; (2) a tentativa permanente para manter o **corpo magro** poderá ser uma tentativa de *manter um corpo masculino*, para poder assim competir com os homens pelo amor da mãe; (3) **conflitos de dependência** podem ser exprimidos através do comer, enquanto que o repúdio hostil e uma tentativa para manter a autonomia podem ser expressos pelo vómito. Nas bulímicas borderline a alternância comer-vomitar pode servir para manter o limite eu-outro.

A luta pelo **equilíbrio narcísico** é aqui expressa pelo self corporal: a ênfase no self corporal ideal, pelo qual a adolescente bulímica luta por atingir, pode ajudar a *evitar o sentimento de desespero e inadequação mais profundo, associado com a sua distorção defensiva da idealização pré-edipiana da mãe*. As falhas em atingir este ideal podem ser

circunscritas de forma a que um sentimento de auto-crítica e falha é evitado. Desta forma, a discrepância entre a representação ideal do self e a representação actual do self podem ser minimizadas.

Para ilustrar as suas reflexões, a autora dá um exemplo de uma paciente em que a sintomatologia bulímica era uma **formação de compromisso originada por conflitos intrapsíquicos**.

A indisponibilidade emocional da mãe nos primeiros anos tinha minado a sua capacidade de comunicar de uma forma verbal, simbólica. Em vez disso, a comunicação das suas necessidades dependentes e narcísicas tinha ficado fixada a um nível somático, deixando as suas representações corporais insuficientemente diferenciadas do seu self psicológico. Ela aprendeu a externalizar a regulação destas necessidades, vendo a mãe em primeiro lugar, e depois a terapeuta na transferência como responsável pela sua regulação.

Conflitos em relação à identidade de género desenvolveram-se a partir da sua **identificação ambivalente com a sua mãe**, com o corpo da mãe, com a sua feminilidade, originando uma *retirada defensiva da autonomia e fixação numa postura passiva, masoquista* característica de dificuldades na fase de aproximação que era repetidamente actuada na transferência.

Com o tempo, tornou-se claro que esta retirada defensiva também servia para *evitar os conflitos edipianos negativos e positivos*. Nessa fase, a paciente tivera dificuldades em integrar a sua representação corporal com outras facetas da sua representação do self (self-como-filha, self-como-criança, self-como-mulher). Na latência ela tinha concluído que a mãe a teria amado mais se ela tivesse sido um rapaz, com um corpo de rapaz. Assim, ela deslocou os seus conflitos para o seu self corporal.

A análise desta paciente dá suporte à constatação de Ritvo (1984, 1988) de que **as pacientes bulímicas deslocam os seus conflitos sado-masoquistas e bissexuais para o corpo**. Neste sentido, Sugarman (1991) sublinha que:

“só quando estes conflitos foram deslocados e externalizados na transferência, é que a paciente pôde elaborá-los e tomar consciência de que a sua representação do self como vítima sado-masoquista, e a sua representação complementar da mãe como sádica poderosa, não eram as verdadeiras imagens da sua infância que ela reivindicava. À medida que ela foi capaz de aperceber-se e resolver estes desejos edípicos dependentes, sádicos, masoquistas, e negativos, foi capaz de admitir como as suas representações tinham sido distorcidas por estes desejos e defesas contra eles. Este conhecimento aliviou a necessidade de defensivamente deslocar estes conflitos para o self corporal” (*op. cit.* p. 28).

Assim, ao longo da análise, a paciente demonstrou a sua tendência para regular e exprimir estes vários conflitos intrapsíquicos através de canais somáticos e acção corporal. A comunicação corporal foi sentida como mais segura do que a simbólica e verbal, porque fazia-a sentir que não era responsável pelos seus impulsos, evitando a culpa e ansiedade que sentia a tentar controlá-los. Seria tentador dizer que esta mulher usa o corpo como *fenómeno transicional* para regular os conflitos imaturos na separação-individualização, que ela inicialmente apresentou como sendo os seus problemas. Esta conclusão seria falaciosa e levaria a uma impasse no tratamento se só víssemos a imagem distorcida da sua mãe e da sua infância como muito má, e ela como vítima indefesa da sua mãe sádica. Em vez disso, sublinha Sugarman, “é crucial a esta paciente tomar consciência do *deslocamento defensivo do self psicológico para o self corporal, que reduz a distância entre o self idealizado e a representação real do self*” (*op. cit.* p. 28).

No entanto, a autora realça que esta forma de manter o equilíbrio narcísico é frágil, porque evita tocar a discrepância causadora da baixa auto-estima. A paciente diz que o problema não é ela, mas o seu corpo. A rigidez com que as bulímicas neuroticamente organizadas insistem que o seu corpo não é suficientemente perfeito, ou que o sintoma é o seu único problema, mostra claramente esta defesa. Só quando a paciente é ajudada a compreender e aceitar os seus sentimentos, impulsos, e desejos, em vez de os focar num alívio sintomático, é que ela poderá rever a sua representação do self ideal, e compará-la com a representação real.

### 3.4 Conclusões

Vemos assim que quer Kernberg quer Sugarman pensam o corpo na bulimia como um meio a utilizar para gerir conflitos internos, conflitos esses subjacentes a uma problemática mais pré-edipiana ou mais edipiana. Assim, quando se trata de conflitos mais precoces, estes estão ligados com o processo de **separação-individualização na infância**, sendo o sintoma bulímico uma forma de gerir este conflito. Sugarman é ainda mais específica do que Kernberg ao conceber o *corpo como objecto transicional*, no sentido de Winnicott, na medida em que permite a comunicação com o objecto. O objecto transicional-comida-corpo seria a forma que a bulímica, com dificuldades na evocação do objecto emocional, utilizaria para evocar a representação do objecto materno.

Mas a bulimia pode ser também, segundo estes autores, uma maneira de lidar com conflitos edipianos. Kernberg destaca a rivalidade com a mãe edipiana, sendo a inveja e o ódio deslocados para o pai, de forma que o ataque à feminilidade se traduziria num ataque à heterossexualidade, portanto à relação com os homens. Sugarman refere uma relação ambivalente com a mãe, uma relação sado-masoquista com ela, e um Édipo positivo e negativo, conduzindo a uma retirada defensiva destes conflitos sado-masoquistas e bissexuais para o corpo.

Neste sentido, Sugarman enfatiza a necessidade de distinguir (1) a bulímica cuja personalidade está tão fixada que o seu *corpo serve como fenómeno transicional*, e (2) a bulímica que defensivamente adopta tal atitude devido a um *conflito intrapsíquico*. Isto distingue a personalidade narcísica da pseudo-narcísica. No caso de conflito intrapsíquico, a autora defende que deveria ser tratado com psicanálise, visto que o controlo do impulsos e capacidade de “insight” psicológico o permite. Só a regressão controlada deste tratamento permitirá que os seus conflitos emerjam suficientemente na neurose de transferência, para que os impulsos defensivos possam ser simbolicamente comunicados e integrados no self psicológico. Desta forma, a representação do self é expandida e o self corporal torna-se mais circunscrito e melhor integrado na representação do self.

## 4. A bulimia e o falso self

### 4.1 O “como se” anorético

Em “Le corps et la fain”, Kestemberg *et al.* (1972) apresentaram um modelo compreensivo psicodinâmico como forma de compreender os distúrbios alimentares, fazendo referência ao “orgasmo da fome” e às dificuldades pré-edípicas referidas anteriormente. Mas para os autores, um tal funcionamento, com partes tão díspares a funcionar simultaneamente, debaixo de uma aparente normalidade, só poderá ser pensado em termos da existência de um **falso self**. Seria a existência deste self que permitiria desenvolver-se e manter-se tal organização.

Kestemberg retomando a noção de falso self de Winnicott dá uma imagem espacial do funcionamento do self nos distúrbios alimentares, como dois anéis concêntricos, um muito fino e de maior diâmetro, no exterior - a personalidade aparente -, estando no centro um outro, denso, duro, mas pequeno - a personalidade profunda -. Este falso self seria construído desde muito cedo, como forma de resolução ou negação de conflitos, os quais, com o surgir de novas fases de desenvolvimento, como é a adolescência, se tornariam traumáticos.

Tal modo de funcionamento teria a sua origem, segundo Kestemberg, na primeira infância (a não ser que uma anorexia precoce e grave venha manifestar a importância desta angústia de separação e a força destrutiva deste investimento narcísico invasivo), de forma que toda a realidade vivida se organizaria num funcionamento “como se”: “estas crianças sem história, sem barulho, conformistas” (*op.cit.* p. 213) serão as futuras anoréticas, portadoras de uma dissimulação inconsciente e de uma dissolução que só emerge quando a realidade do seu corpo impõe serem reconhecidas, obrigando-as a uma escolha simultaneamente narcísica e objectal que haviam até então, através do “como se”, ignorado.

O autor refere a existência de um *masoquismo primário*, trazendo a satisfação pela não satisfação. Estas crianças teriam sido, desde muito cedo, investidas pelos seus pais mais

como *suporte narcísico* do que como parceiros de uma troca libidinal objectal. Isto fá-las-ia procurar nelas próprias a satisfação que falhava no exterior. A autonomia, forma de vida possível para estes sujeitos, seria sobreinvestida pelos pais, numa admiração que contribuía para a sua satisfação narcísica. A admiração implícita ou explícita perante a autonomia precoce manifestada por estas crianças, contribui para organizar múltiplas clivagens do eu, preservando-as de um autismo, que aconteceria sem estes contributos libidinais. Isto terá permitido a evolução numa *normalidade aparente*, no meio da qual satisfaziam o amor narcísico dos pais, e assim, identificando-se quanto muito a eles.

#### 4.2 O self bulímico

Kohut (1977, 1978, 1984) e outros que partiram de uma perspectiva da psicologia do self, viram a patologia alimentar como **tentativas para substituir funções self-objecto**. De facto a *comida* tende a constituir um substituo self-objecto visto ser em termos de desenvolvimento a primeira ponte entre o self e o self-objecto - o primeiro meio de transmissão de bem-estar e conforto. Ao virar-se para a comida, o indivíduo com patologia alimentar, tenta circunscrever a necessidade de uma responsividade humana self-objecto e evitar mais desapontamento e vergonha. É por isso que a comida e seus rituais, que são vistos como os únicos self-objects possíveis de se apoiar, são defendidos com todo o ardor como uma ligação self-objecto humana.

Sands (1991) desenvolve esta ideia e também defende que os distúrbios alimentares são distúrbios do self que ocorrem devido a perturbações crónicas *no jogo empático* entre a filha em crescimento e o ambiente de prestação de cuidados. As necessidades narcísicas genuínas, assim como os afectos à sua volta, não são respondidos empaticamente porque de alguma *forma ameaçam o equilíbrio narcísico dos prestadores de cuidados*. Como resultado estas necessidades e afectos são **repudiados, reprimidos, ou clivados da estrutura total do self**, ficando o self da criança em desenvolvimento com déficits

estruturais nas suas capacidades de **coesão do self**, **estabilidade temporal**, e **regulação da auto-estima**.

Posteriormente, num certo momento crucial do desenvolvimento, o indivíduo inventa um novo **sistema restitutivo** no qual padrões alimentares perturbados, em vez de pessoas, são usados para irem ao encontro destas necessidades self-objecto, porque as tentativas anteriores com os prestadores de cuidados trouxeram decepção, frustração, ou mesmo abuso.

Na perspectiva da psicologia do self, Susan Sands desafia uma crença central: de que fornecendo um ambiente empático e analisando os medos do paciente, as necessidades narcísicas arcaicas serão espontaneamente mobilizados dentro de uma transferência self-objecto. A autora sugere que a situação é mais complicada no caso da bulimia nervosa (ou outros distúrbios adictivos) na qual: “as necessidades arcaicas foram dissociadas e depois desviadas para a patologia alimentar, e como tal não estão disponíveis para promoverem uma transferência self-objecto” (*op. cit.* p. 34).

Parece assim que não é suficiente ver a bulimia como sintoma, sendo necessário olhar a sintomatologia bulímica como um componente comportamental de uma clivagem do **self bulímico**, com necessidades, sentimentos e percepções, muito diferentes da experiência habitual do self da paciente. É também necessário procurar activamente e empatizar directamente com o self bulímico de forma a descobrir as necessidades arcaicas embebidas nele. Por outro lado, é particularmente importante empatizar com as tentativas *saudáveis* ainda que distorcidas, do self bulímico para exprimir as necessidades arcaicas.

A autora constata, pela sua experiência, que a perturbação do comportamento alimentar frequentemente substitui funções de *self-objecto idealizado*: fornece bem-estar e conforto, ajuda a regular estados afectivos dolorosos como zanga, depressão e vergonha, e também é visto como onipotente (capaz de curar todos os males). De facto, os pacientes descrevem a relação com alguns alimentos como se pode falar de relações amorosas apaixonadas.

A compreensão de três grandes áreas problema específicas do desenvolvimento feminino pode ajudar a entender **porquê as mulheres** (Sands, 1989): (1) a imagem culturalmente determinada, distorcida do exibicionismo das raparigas pequenas, particularmente o foco selectivo e ambivalente na aparência física encoraja o uso do corpo como caminho para exprimir preocupações exibicionistas mais tarde; (2) a relativa escassez de figuras femininas idealizáveis interfere com a internalização de funções auto-regulatórias, necessitando mais tarde de mecanismos auto-calmanes como os distúrbios alimentares; (3) o facto das raparigas pequenas serem do mesmo sexo dos seus prestadores de cuidados pode levar ao seu mau uso como **extensões narcísicas** das suas mães, e consequentemente à necessidade de criar definições do self através de comportamentos como distúrbios alimentares.

“ O problema com o novo sistema reconstitutivo organizado à volta da comida ou outras substâncias é que ele não resulta, porque as funções auto-reguladoras que ele fornece, embora sedutoramente poderosas no momento, são só temporárias. As funções self-objecto não podem ser tomadas para si e transformadas em estrutura do self através do processo transmutador gradual da internalização” (Sands, 1991, p. 36).

O indivíduo mantém-se dependente ao utilizar um agente externo para preencher uma falta de estrutura interna, como refere Kohut (1978) ao escrever sobre o processo de internalização em geral:

“é a tragédia de todas estas tentativas de auto-cura que as soluções que elas fornecem são impermanentes, que em essência não podem resultar... Elas são repetidas outra vez e outra vez sem produzirem a cura do mal psicológico básico... nenhuma estrutura psíquica é construída; o defeito no self mantém-se. É como se uma pessoa com uma abertura gástrica estivesse a tentar acalmar a fome comendo. Pode obter sensações agradáveis de prazer através desta grande ingestão de comida, mas uma vez que a comida não entra na parte do sistema digestivo que a absorve no organismo, ele continua com fome” (Kohut, 1978, p. 846-847).

Além disso, uma vez empregue este sistema restitutivo baseado em padrões alimentares perturbados, o desenvolvimento do indivíduo é desviado. O processo de construção estrutural é perturbado a partir do momento em que os rituais alimentares são substituídos por relações self-objecto: as necessidades precoces mantêm-se clivadas não podendo ser integradas na personalidade adulta. Como foi dito anteriormente, na maioria dos pacientes com perturbações do self, as necessidades precoces self-objecto serão espontaneamente mobilizadas num processo analítico. No caso da patologia alimentar o caso é mais difícil porque estas necessidades self-objecto arcaicas são não só **reprimidas e clivadas**, mas também **deslocadas para a patologia alimentar** e por isso menos disponíveis para serem vividas numa relação transferencial.

As necessidades arcaicas self-objecto reprimidas e deslocadas para a patologia alimentar foram mais precisamente clivadas para o que é subjectivamente sentido como o *self bulímico*. Assim, os sintomas bulímicos são só o componente comportamental de um sector do self com uma série de necessidades, sentimentos, percepções e comportamento que foi desviado da experiência total do self do indivíduo.

Já vários autores reconheceram os vários “cortes” no psiquismo bulímico, particularmente os teóricos da relação de objecto que descreveram os conflitos entre os “bons” e “maus” introjectos maternos (e.g. Masterson, 1977; Palazzoli, 1978), ou entre “falso-self e “verdadeiro-self” (e.g. Johnson & Connors, 1987; Jones, 1985), ou entre “self corporal” e “self psicológico” (e.g. Sugarman & Kurash, 1982). As formulações que dicotomizam “bons” e “maus” objectos internos podem ser perigosas, fazendo com que o terapeuta forme uma aliança com o paciente contra o “mau” self bulímico. Em particular as terapias que vêem o comportamento de vomitar como tentativas de destruir o mau objecto podem desviar o terapeuta de ver as *funções saudáveis e de definição do self que representa o comportamento bulímico*.

A sintomatologia bulímica exprime e preenche temporariamente as necessidades de um sector do self que é estranho à experiência habitual do self do paciente. Na maioria dos casos, o paciente identifica-se mais ao *falso self, agradável e perfeccionista, que cresceu em condescendência com as necessidades narcísicas do progenitor*. No entanto, existe na

paciente bulímica este outro self mais secreto, o *self bulímico*, que simultaneamente simboliza e exprime as necessidades mais genuínas, nucleares de ligação emocional assim como de autonomia. Mas ao contrário de Jones (1985), a autora não pensa que as necessidades do self verdadeiro sejam exprimidas somente pelo comportamento do comer, mas antes por ambos os comportamentos: “as crises revelam as necessidade de afecto e ligação com o self objecto; o vomitar exprime as necessidades de auto-definição e separação do self-objecto” (Sands, 1991, p. 38).

É esta natureza **paradoxal** da bulimia que a torna tão complicada de abordar:

(1) Por um lado, a paciente sente o self bulímico como **negativo e “não-eu”** por ser auto-destrutivo e fora de controlo. Exprime a raiva que se segue à não resposta das necessidades. Além disso, este aspecto **punitivo** do self bulímico envolve muitas vezes sentir o self como o prestador de cuidados não empático - uma *identificação com o agressor*. Esta falta de empatia com o corpo que aparece no comportamento bulímico punitivo recapitula a falta de empatia sentida enquanto criança.

2) Por outro lado, o self bulímico é inconscientemente visto pela paciente como intensamente positivo, a única verdadeira parte dela, “porque as suas acções são *para ela*, não para os pais ou outra pessoa, porque o self bulímico representa o seu apelo urgente para ser, é muito precioso para ela. O *comportamento bulímico* é simultaneamente uma **afirmação do self e uma punição para ele** (*op.cit.*, p. 39).

Mas, o self bulímico é também paradoxal porque é ambos **uma expressão e uma defesa** contra as necessidades e sentimentos arcaicos: *exprime* porque preenche temporariamente as necessidades, ao fornecer realmente alívio temporário da tensão, euforia, etc, além de um sentimento de ser separado; opera como *defesa* ao “entorpecer” os afectos dolorosos, como a raiva à volta das necessidades não satisfeitas:

“enquanto o self bulímico protege a paciente dos medos de desintegração e depleção, também impede as necessidades e sentimentos escondidos neste estado bulímico de serem mobilizadas, elaboradas, e integradas na estrutura total do self” (*op.cit.*, p. 39).

No entanto, isto não explica totalmente a ligação entre a bulimia e a **dissociação** (defesa que serve para separar aspectos da experiência). Quando as necessidades nucleares não obtêm uma resposta empática porque de alguma forma ameaçam o equilíbrio narcísico dos prestadores de cuidados, são clivados da estrutura total do self, podendo então organizar-se num sector separado da personalidade.

Depois, quando o indivíduo começa a experimentar a bulimia, os **efeitos bioquímicos do ciclo comer-vomitar** criam um estado alterado que serve para *reforçar* a clivagem já existente na psique e organizar as necessidades dissociadas num “self bulímico”. Desta forma o estado clivado torna-se associado com a bulimia, e o *comportamento bulímico torna-se uma forma voluntária de aceder a este self escondido*.

O self bulímico é no fundo um *self corporal*, porque “fala” pelo corpo. Mas o corpo não tem uma linguagem, portanto as necessidades arcaicas têm que ser actuadas. Falhas precoces self-objecto minaram a capacidade do paciente em comunicar de uma forma verbal, simbólica, e as suas necessidades mais profundas são ainda expressas de forma somática.

De acordo com Sugarman, Quinlan & Devennis (1981, p. 46), ela está “cognitivamente fixada a um nível sensorio-motor de representação self-objecto” em que “o objecto só pode ser internalizado como parte de uma sequência de acção”. McDougall (1974) também pensa que as transformações psicossomáticas (incluindo os distúrbios alimentares) representam uma falha da simbolização, e assim desviam a capacidade de trabalho psíquico defensivo, como a criação de sintomas neuróticos protectores.

Sands sublinha que esta necessidade precoce da criança em recorrer ao corpo para agir as necessidades mais profundas é mais tarde reforçada, através da sua experiência na sociedade e na família: por um lado, (1) existe uma preocupação social geral com o corpo da mulher e encorajamento para a mulher mostrar as suas tendências exibicionistas através da sua aparência física; por outro lado, (2) a evidência sugere que nas famílias das doentes com patologia alimentar existe uma ênfase particular na aparência física, mais precisamente uma “focalização patológica em fragmentos corporais”. A criança olha-se ao espelho do progenitor e vê uma “imagem prismática de partes isoladas” (Geist, 1985), tendo como

impacto uma *fragmentação psicológica*, perda de coesão do self fixação em partes do corpo. É precisamente porque estas crianças foram encorajadas a oferecer o corpo fragmentado como espelho, que mais tarde tendem a revelar a sua patologia através de sintomas corporais, tais como os distúrbios alimentares: “estes pacientes exprimem as suas necessidades más profundas através do corpo porque este foi um dos poucos caminhos de expressão apoiadas abertas para elas” (Sands, 1991, p. 41). Este foco na *aparência corporal* e nos fragmentos corporais, e exclusão de outras partes do self, leva a ambas uma falta de coesão do self e uma falta de integração na estrutura total do self. A exibição corporal torna-se uma fonte contínua de vergonha.

Finalmente, na **adolescência**, quando as preocupações corporais se tornam muito importantes, a rapariga para quem a auto-estima corporal está menos intacta terá maior dificuldade em aceitar as suas imperfeições corporais do desenvolvimento, sentindo as suas imperfeições como grandes **feridas narcísicas**, *podendo desenvolver o distúrbio alimentar para ajudar na restauração do self*.

### 4.3 Conclusões

Numa perspectiva da psicologia do self, a bulimia é pensada como um **distúrbio do self**. Trata-se, na realidade, uma outra forma de descrever as *necessidades de amor não satisfeitas* e a tentativa de superar essa **falta** através do distúrbio alimentar, enfatizadas por Jeammet, Chabert, Brusset, etc. De facto, Sands concebe a *comida* como um substituto relacional, que denomina de *substituto self-objecto*, na medida que em termos de desenvolvimento é a primeira ponte entre o self e o objecto. Estas necessidades infantis não satisfeitas, por perturbações na relação empática entre a criança e o ambiente de prestação de cuidados, seriam então reprimidas e clivadas da estrutura do self e deslocadas para a patologia alimentar, como sistema repositivo destas necessidades vitais self-objecto, em que os padrões alimentares substituem a relação com pessoas, as quais haviam sido frustrantes. Este seria o **self bulímico**, o self verdadeiro, simbolizando e exprimindo as

necessidades mais genuínas de ligação emocional e autonomia; enquanto que um **falso self** perfeccionista se formaria, em correspondência às necessidades narcísicas do progenitor.

Também esta autora vê o comportamento bulímico como forma de gerir esta problemática: as crises revelando as necessidades de afecto, o vomitar a necessidade de se separar. Por outro lado, o self bulímico manter-se-ia clivado porque difícil de aceitar, dada a relação paradoxal que a bulímica teria com ele: ela senti-lo-ia como *estranho e negativo*, por ser auto-destrutivo, por exprimir a raiva em resposta às necessidades não satisfeitas, e por isso identificando este self ao prestador de cuidados não empático, numa identificação com o agressor; por outro lado, este self seria sentido como **bom**, por ser a única parte verdadeira dela, um "apelo urgente para ser", uma forma de expressão de si. E ainda, seria uma **defesa**, aq servir para entorpecer afectos dolorosos, o que já havia sido descrito por outros autores como "apagar o pensamento e fantasmas" (Chabert).

Aquilo que esta perspectiva traz de novo é a noção de **clivagem**, por um lado, de tal modo que o comportamento bulímico se vai auto-reforçando, não porque aumenta a dependência e a desobjectalização, como dizia Jeammet, mas porque permite aceder a este self escondido, verdadeiro, e por isso dá um sentimento de ser. Por outro lado, para Sands, o **corpo** não é usado porque é uma forma de não pensar mas mais especificamente: o corpo é consequência da ênfase social e também familiar, no corpo da mulher, conduzindo a uma "focalização patológica em fragmentos corporais" tendo como resultado uma fragmentação psicológica, perda de coesão do self, e sua fixação em partes do corpo.

## 5. Conclusão

Depois deste olhar psicodinâmico sobre a bulimia nervosa, seguem-se as principais conclusões:

(1) A bulimia aparece na **adolescência** porque dificuldades ao nível da identidade e narcisismo não permitem a realização de tarefas fundamentais desta fase: a autonomização, que implica o abandono dos objectos de amor da infância, e construção de novas ligações e identificações. A bulimia representa uma forma de lidar com estas dificuldades.

(2) O problema de base da bulimia situa-se ao nível do **narcisismo**, das bases narcísicas do eu que são frágeis, fruto de dificuldades na relação precoce, com a mãe. Esta mãe teria tido uma relação narcísica com o seu filho, através de quem procuraria realizar as suas necessidades de espelho e valorização, ou teria sido uma mãe deprimida, pouco disponível, incapaz de empatizar com as necessidades do seu bebé, ou teria mesmo tido uma "relação ambivalente com o seu filho" (Brusset). Como resultado, a adolescente bulímica teria profundas carências, dificuldades ao nível da identidade, um vazio depressivo, angústia de perda do objecto, ao mesmo tempo de uma enorme dependência afectiva do objecto interno materno, correndo o risco de perdê-lo se demasiado afastada, e de se perder se demasiado próxima. Portanto, estaríamos perante um problema de **limites**, a patologia limite, sendo o comportamento alimentar uma forma de **manter o objecto nos limites do eu**.

(3) Vários autores (Jeammet, Marcelli, Brusset) situam a bulimia dentro das **patologias da adicção**, que não são mais do que uma patologia do comportamento (entre as tentativas de suicídio, a delinquência, etc), que constituem uma forma do adolescente *evitar* entrar em contacto com sentimentos internos de depressão, perda, angústia de perda e intrusão; culpa, etc, *agindo aquilo que não é capaz de pensar*. Além disso, estas patologias acentam no registo da *sensação* e num *objecto concreto*, dando a ilusão ao adolescente de um controlo ilusório sobre o objecto. O paradoxo desta tentativa é

que este objecto não "deixa traço mnésico" no psiquismo, não preenche afinal o vazio objectal de que o adolescente sofre, mantendo-se o vazio... Mas, mais ainda, reforçaria este vazio, já que este "objecto substitutivo" tomaria o lugar as relações humanas, conduzindo a uma "desobjectalização progressiva" (Jeammet).

(4) Mas a patologia da adicção não vem só evitar os conflitos internos, vem criar todo **um novo modo de funcionamento**, em que o sintoma alimentar reorganiza o funcionamento psíquico, e constitui uma forma de equilíbrio narcísico, ainda que ilusório...

Assim, para Brusset, a patologia alimentar distingue-se das restantes patologias psicossomáticas, porque não é somente uma forma de *evitar* o conflito impossível de ser pensado, mas uma forma de o *substituir* por um novo modo de pensamento, que permite à jovem não se afundar num profundo vazio depressivo ou numa dependência fusional. Para Jeammet, estas raparigas teriam uma profunda "apetência objectal", uma relação de objecto caracterizada pela massividade do envolvimento narcísico e má diferenciação sujeito-objecto. O sintoma alimentar seria então uma luta contra um desejo voraz de se encher sem restrição, de que as anoréticas sairiam vitoriosas através da restrição alimentar, enquanto que as bulímicas teriam menos controlo, e cujos ataques à comida as fariam cair em sentimentos depressivos de culpa, vergonha, desvalorização de si.

(5) O sintoma alimentar seria então uma **auto-terapia**, uma forma de luta contra esta angústia de abandono e angústia de intrusão, inseparáveis uma da outra, dada a dependência do objecto primário. A relação com a comida permitiria simultaneamente estar em contacto com este objecto primário e seria uma defesa contra ele. O deslocamento sobre as vivências corporais seria uma forma de controlar a distância a este objecto. Estaríamos assim perante uma *transferência sobre a conduta alimentar, o corpo e a relação com a mãe dos conflitos com o objecto interno*.

(6) Estes autores partilham a ideia de estarmos perante uma **relação de objecto perversa**, no sentido em que o outro não é vivido enquanto objecto separado, com suas necessidades e desejos próprias. O outro é *utilizado* para satisfação narcísica do sujeito, enquanto que o alimento é um "objecto parcial fetichizado" (Brusset).

(7) Por outro lado, estes autores ligam a bulimia nervosa com a **depressão**. Chabert relaciona-a com a *melancolia* no sentido Freudiano, sendo o corpo vivido como objecto persecutório, dada a fantasia de sedução paterna (portanto, ameaça de perda do objecto materno). Jeammet e Brusset referem as *angústia de perda de objecto*, ou angústia de abandono, sendo o sintoma alimentar uma forma de negar essa perda, utilizando a *incorporação* em substituição da introjecção (que a separação parcial interna do objecto não permite). A **crise bulímica** teria várias funções: evitar a destruturação pelo vazio, uma forma de prazer, uma expressão da agressividade consequência da raiva narcísica, um controlo do objecto.

(8) Relativamente à **organização psicopatológica**, a patologia alimentar é situada sobretudo na organização limite, mas aquilo que a caracteriza é sobretudo esta relação particular com o objecto, que será mais ou menos massiva e patológica, podendo ir desde a psicose até às estruturas mais neuróticas, em função da coesão deste objecto interno, e o grau de dependência e separação entre ele e o Eu.

(9) Outros autores, vão enfatizar a relação que a bulímica tem com o corpo, ou a utilização do corpo como forma de viver conflitos internos. Kernberg refere um **ataque ao corpo e à feminilidade** na bulimia, de origem mais pré-edipiana ou edipiana. Assim, no registo *pré-edipiano*, o problema situar-se-ia na relação simbiótica com o objecto materno ou na fase de separação-individualização da infância, sendo o sintoma anorético uma luta contra a fusão simbiótica, e o bulímico defesas secundárias contra o conflito de separação-individualização. A bulímica utilizaria assim os festins alimentares para negar a dependência dos outros significativos e para exprimir a raiva contra o abandono fantasiado ou real. A incorporação da comida seria vivida como tirada da mãe, e portanto seria um veneno que teria que ser expelido. No registo mais *edipiano*, seria o medo da identificação com a mãe sexual, em que a inveja e ódio à mãe seriam deslocados para o pai, de forma que o ataque à feminilidade manifestar-se-ia num ataque à heterossexualidade (aos homens), traduzido na inibição sexual das anoréticas e relações sado-masoquistas com os homens nas bulímicas. Sugarman, tal como Kernberg, distingue os conflitos de ordem pré-edipiana e edipiana, tratando-se respectivamente de um problema de *separação-individualização* ou

*conflitos edipianos* vividos no corpo. Assim, no primeiro caso, existiram falhas ao nível da *evocação do objecto emocional* de forma que a sintomatologia bulímica seria uma forma de evocar esta representação materna, através do uso do corpo como objecto transicional. Por outro lado, a bulimia poderia situar-se numa organização mais neurótica, sendo o sintoma uma formação de compromisso, vivido no corpo, por insuficiente separação entre o self corporal e o psicológico.

(10) Susan Sands pensa o funcionamento bulímico através do conceito de **falso-self**. Assim, neste sentido, profundas necessidades self-objecto (utilizando a terminologia de Kohut) seriam reprimidas e clivadas, e deslocadas para a patologia alimentar. A bulímica viveria entre dois selves: o *falso-self*, perfeccionista, que crescerá em correspondência às "necessidades narcísicas do progenitor", e o *self bulímico*, o *self verdadeiro*, que simboliza e exprime as necessidades genuínas de ligação emocional e autonomia: as crises revelando a necessidade de afecto e ligação self-objecto, e o vomitar, as necessidades de separação. O **comportamento bulímico**, seria segundo esta autora, uma *afirmação do self* e uma *punição* para ele, uma *expressão* (preenche temporariamente as necessidades) e uma *defesa* (entorpece os afectos dolorosos, como a raiva ligada a necessidades não satisfeitas).

Assim, as teorias psicodinâmicas ligam a bulimia à problemática narcísica, a uma relação de objecto narcísica (teriam com os outros a mesma relação que suas mães tiveram com ela), a angústias de abandono e intrusão, à dependência do objecto primário, ao problemas dos limites, e ao deslocamento de toda esta problemática sobre o corpo e a comida.

Portanto, trata-se de um "pensamento" que acenta sobre a questão da **falta**: (1) em termos desenvolvimentais, a *falta* de uma relação empática com o objecto de amor primário, que dá origem a (2) um mundo interno onde *faltam* objectos e relações internas contentoras e seguras, que se reflecte na (3) sintomatologia, e que corresponde a uma forma desadaptado, mas a única possível, de lidar com a *falta*.

Mas... ainda assim permanecem algumas questões: o que simboliza esta comida em termos internos ? Que objecto é este com quem ela mantém uma relação privilegiada? *Que objecto interno é este que não dá segurança e não preenche?* Isto remete-nos para a **vinculação ao objecto primário** que deverá fornecer a **base segura** para a exploração do mundo. De facto, a Teoria da Vinculação, desenvolvida por Bowlby, dá uma extrema importância (psicológica e até biológica) a esta relação primária, cuja principal função é o **sentimento de protecção**, aquilo que parece falhar na bulimia... É isso que vamos tratar de seguida.

## Capítulo 3

# A vinculação na bulimia nervosa

### 1. A perspectiva da Teoria da Vinculação

“A teoria da vinculação não é uma teoria geral das relações, mas uma teoria específica às relações mais importantes para os nossos sentimentos de segurança. Para as crianças estas são relações com os pais. Para os adultos são relações de partilha emocional, de coabitação e casamento: relações cuja existência dá a cada participante um sentimento de ancoragem e preenchimento, e cuja perda dá origem ao sofrimento. São relações em que o outro é insubstituível” (West & Sheldon-Keller, 1994, p.v).

#### 1.1 O modelo de Bowlby

A teoria da vinculação corresponde à forma como Bowlby, psiquiatra britânico e figura central no desenvolvimento desta teoria, conceptualizou a propensão dos seres humanos para estabelecerem laços emocionais fortes preferenciais em relação a outros.

A ideia fundamental da teoria da vinculação consiste em considerar que, pela sua grande *imaturidade* à nascença, as crianças humanas só podem sobreviver se houver um adulto que forneça **protecção** e cuidados. Assim, como resultado das pressões da selecção, a criança desenvolve comportamentos que funcionam para manter a proximidade de um protector / prestador de cuidados.

Numa perspectiva etológica, Bowlby conceptualiza a vinculação como um sistema comportamental que actua juntamente com outros sistemas (exploração, prestação de cuidados, afiliação, ligação sexual) para garantir a sobrevivência da espécie. Assim, o **sistema da vinculação**, que consiste num conjunto complexo de comportamentos (chorar, sorrir, seguir), parece ter-se desenvolvido com a função de proteger as crianças imaturas do perigo, mantendo-as próximas da mãe.

Para Bowlby (1980), o sistema de vinculação constitui então uma *base de conhecimento sobre aspectos particulares do relacionamento* e interage com outros sistemas comportamentais que controlam a interacção do indivíduo com o mundo. Consequentemente, a liberdade para a *exploração e desenvolvimento psicológico* dependente desta última ocorrem optimamente no contexto de uma *base segura*, definida pela *segurança* nas relações de vinculação.

Estas ideias surgiram de *observações de crianças separadas das suas mães*, tendo a maioria do trabalho empírico focado as diferenças individuais dos padrões de vinculação na infância, medidos através de observações de respostas a ameaças à vinculação, isto é, separação dos pais.

Estes estudos, iniciados com o trabalho empírico de Mary Ainsworth, partiram do pressuposto de que, devido às experiências de vida e talvez também ao temperamento, diferentes crianças possuem diferentes antecipações dos prestadores de cuidados. Trabalhando com crianças de dois anos de idade, Ainsworth (1989) fez emergir estas diferenças sujeitando as crianças a uma série de partidas e reuniões parentais, experiência designada por "Situação Estranha". Algumas das crianças comportavam-se de maneiras que sugeriam que elas se mantinham confiantes que os seus pais eram essencialmente protectores, apesar de se terem ausentado brevemente. Algumas das crianças não mostravam uma confiança tão persistente mas, enquanto umas demonstravam um esforço ansioso para garantirem a presença e atenção contínua dos seus pais, outras, igualmente inseguras, adoptavam uma estratégia totalmente diferente sendo o seu esforço no sentido de diminuir ou reprimir as suas próprias necessidades.

Posteriormente, Bowlby (1988) resume da forma que segue os três principais padrões de vinculação, juntamente com as condições familiares que os promovem.

A **vinculação segura** seria promovida por uma figura (especialmente a mãe) que nos primeiros anos está disponível, sensível aos sinais da criança e que responde com amor quando ela procura protecção, conforto ou ajuda. Assim, os indivíduos seguros estão confiantes de que os seus pais estarão disponíveis e responsivos perante situações adversas ou assustadoras, sentindo-se protegidos e competentes nas suas explorações do mundo.

Na **vinculação ambivalente (ansiosa-resistente)** o indivíduo já não está certo de que o seu progenitor estará disponível, ou pronto a responder quando chamado, estando por causa desta incerteza exposto à *angústia de separação* e sendo *ansioso* na sua exploração do mundo. Na origem deste padrão estaria um progenitor que umas vezes está disponível e outras não, por separações ou ameaças de abandono como medida de controlo.

Na **vinculação evitante**, os indivíduos não estão confiantes que ao procurarem afecto terão uma resposta de ajuda, pelo contrário *esperam ser rejeitados*, e por isso tendem a viver sem a ajuda e suporte dos outros. Este padrão resultaria de mães que afastam a criança sempre que esta procura ajuda ou conforto. Nos casos mais graves resultaria de rejeições repetidas ou institucionalização prolongada.

Resumidamente pode-se dizer que a diferença fundamental, tendo em conta o objectivo - busca de protecção - do comportamento de vinculação, encontra-se entre as crianças definidas como **seguras** e **inseguras**, sendo que a vinculação insegura representa defesas desenvolvidas perante a *incerteza da disponibilidade do prestador de cuidados*. Assim:

(1) a **vinculação segura** surge quando as crianças desenvolvem, através de respostas parentais apropriadas, uma *expectativa de que a mãe estará disponível*, e que a criança *merece ser amada*. Em alturas de ameaça, a criança seguramente vinculada procura a proximidade do prestador de cuidados para reduzir a angústia, recebe positiva e activamente a mãe após reunião, e noutras alturas é capaz de interagir de forma confiante com o mundo.

(2) A **vinculação insegura** ocorre quando a expectativa da disponibilidade da mãe, e o valor pessoal falham no seu desenvolvimento devido à inacessibilidade percebida ou resposta inapropriada dos prestadores de cuidados. Em alturas de ameaça:

(a) um grupo de crianças com vinculação insegura *minimiza a importância da ausência da mãe*, muitas vezes não procurando a proximidade na reunião nem mostrando sofrimento com a separação: vinculação **evitante**;

(b) outro grupo torna-se *hiper-vigilante* em relação à disponibilidade do prestador de cuidados, entra facilmente em sofrimento, e é difícil de reconfortar na reunião: vinculação **ambivalente**.

Recentemente foi identificado outro grupo caracterizado por respostas mistas, desorganizadas e desorientadas à separação.

Note-se que estes padrões tendem a auto-reforçarem-se, na medida em que o próprio comportamento da criança insegura, rejeitante ou possessiva, tende a provocar no adulto uma resposta desfavorável que reforça esse comportamento, criando-se um ciclo vicioso.

## 1.2 A representação na perspectiva de Bowlby: os modelos internos funcionais

Bowlby considerou que os padrões resultantes da interacção mãe-criança, inicialmente regulados por um sistema comportamental, se iam organizando num *sistema cognitivo interno*, em grande parte *inconsciente*. Ou seja, através de interacções repetidas com o prestador de cuidados, as crianças aprendem o que esperar e ajustam o seu comportamento de acordo com isso. Estas expectativas formam a base de certas representações mentais - os **modelos internos funcionais** -, que transmitem à criança a *responsividade e disponibilidade do prestador de cuidados*, e que se organizam em *modelos inter-relacionados do self e da figura de vinculação*.

“A confiança de que uma figura de vinculação é, para além de disponível, responsiva pode ser vista através de pelo menos duas variáveis: (a) se a figura de vinculação é vista como o tipo de pessoa que em geral responde a pedidos de suporte e protecção; e (b) se o self é visto como o tipo de pessoa em relação ao qual alguém, e em particular a figura de vinculação, tende a responder de uma maneira apoiante. Logicamente estas duas variáveis são independentes. Mas na prática tendem a confundir-se. Como resultado, o modelo da figura de vinculação e o modelo do self tendem a desenvolver-se de forma complementar e mutuamente confirmatória” (Bowlby, 1973, p. 238).

Bowlby (1982, 1969) introduziu o conceito de “*modelo interno funcional*” (MIF), motivado pelo seu interesse no problema prático de compreender persistentes diferenças relacionais nas pessoas. Note-se que os teóricos da vinculação posteriores usaram ora o termo “modelo representacional” ora o termo “modelo funcional”. Bowlby preferiu este último por enfatizar o papel activo contínuo destes modelos internalizados no controlo da expressão de determinados comportamentos.

Se durante os primeiros anos de vida, os modelos de vinculação estão relativamente abertos à mudança se a qualidade da prestação de cuidados muda, mais tarde, dado um padrão de prestação de cuidados consistente durante a infância e adolescência, os modelos tendem a ficar solidificados e a tornar-se uma propriedade da criança e já não da relação. Uma vez formados, tendem a operar automaticamente e de forma *não consciente*, tornando-se assim resistentes a grandes mudanças.

Dentro dos MIF do mundo destacam-se os **MIF do self e das principais figuras de prestação de cuidados**, em que o aspecto chave do MIF do self é a noção de quão aceitável é o self aos olhos da figura de vinculação e, paralelamente, o aspecto crucial do MIF da figura de vinculação é a sua acessibilidade e suporte emocional. Assim, uma vez que ambos os modelos têm a sua origem em transacções interpessoais reais, os MIF do self e da figura de vinculação desenvolvem-se complementarmente. Por exemplo, uma criança que tenha experienciado - e portanto represente - a figura de vinculação como fundamentalmente *rejeitante*, poderá formar um MIF de self complementar como *desvalorizado*; pelo contrário, uma criança que sentiu uma figura de vinculação

emocionalmente *disponível*, irá possuir um esquema do self competente e *digno de amor*. A construção de MIF complementares é um processo contínuo que pode sofrer mudanças à medida que a criança se desenvolve, se houver alterações na relação com o prestador de cuidados, ou por acontecimentos externos que possam modificar a qualidade afectiva da relação. No entanto, Bowlby considera que há uma tendência para a *estabilização destes modelos*, na medida em que formas de agir e pensar inicialmente possíveis de serem controladas tendem a ficar *menos conscientes* à medida que se tornam habituais e *automáticas*. Daqui surgem duas consequências: se por um lado aumenta a estabilidade e eficiência na construção do mundo interpessoal, por outro, isto conduz à sua supersimplificação e portanto *distorção*, sendo que só no caso de falta de correspondência entre as trocas actuais e o modelo correspondente ser muito grande, a pessoa inicia o processo de acomodação do modelo interno à realidade.

Mas, mesmo neste caso, nem sempre isto acontece. Em algumas circunstâncias, processos defensivos podem sabotar a acomodação adaptativa dos MIF. Assim, pode ocorrer uma **exclusão defensiva** em resposta à *dor mental* ou *conflito intolerável*. Por exemplo, material clínico indica que surge um conflito quando a figura de vinculação habitualmente ridiculariza os comportamentos de procura de segurança da criança, ou reinterpreta comportamentos de rejeição relativamente à criança como sendo motivados pelo amor dos pais por ela, ou nega os sentimentos de ansiedade, zanga ou amor da criança em relação às figuras de vinculação. Nestas condições é normal a criança excluir defensivamente o modelo interno do progenitor “mau”, e reter na consciência somente o modelo de amor (a “boa” mãe). Não correspondendo este modelo idealizado à realidade, torna-se desadaptativo.

Concluindo, desde o nascimento a criança começa a construir modelos internos funcionais de vinculação, nos quais o conhecimento do self e dos outros estão “embebidos” em relações baseadas em acontecimentos de vinculação. Estas trocas interpessoais começam a consolidar-se em modelos internos funcionais a partir dos 9 a 18 meses de idade, o que coincide com a aquisição de objecto permanente (Piaget, 1937). Estes modelos contam a *história das trocas pais-criança relacionadas com a vinculação*,

*incluindo as tentativas da criança para restabelecer contacto com o progenitor na sua ausência.* Assim, os MIF não reflectem uma imagem objectiva dos pais, mas antes a história das respostas do prestador de cuidados às acções da criança em direcção à figura de vinculação (Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Desta forma, de acordo com Bowlby e outros autores, o sujeito internaliza experiências diádicas de vinculação com prestadores de cuidados significativos. Se o sujeito foi constantemente rejeitado pela figura de vinculação, o MIF será composto pela representação de um progenitor rejeitante em interacção com um self sem valor e ineficaz. Ao contrário, se o progenitor fornecer amor e protecção de uma forma consistente, o MIF será constituído por um progenitor que ama em interacção com um self eficaz e com valor. Ou seja, os MIF possuem aspectos de ambos o self e o outro numa interacção diádica de vinculação.

As discussões iniciais sobre a vinculação enfatizaram o papel dos prestadores de cuidados no desenvolvimento de representações do self e dos outros relativamente estáveis. No entanto, não podemos dizer que os modelos de vinculação adulta reflectem somente a qualidade da relação pais-criança. Durante a infância, outros membros da família servem de fonte importante de conforto e segurança, e mais tarde os companheiros de escola. Assim, as representações mentais da vinculação são supostas tornarem-se mais complexas à medida que as relações dentro e fora da família oferecem oportunidades de aprender mais sobre si próprio e sobre a natureza das relações íntimas.

### **1.3 Mecanismos e modos de internalização na teoria da vinculação**

Bowlby desenvolveu a teoria dos MIF para enquadrar a forma como os padrões de vinculação se tornam internalizados e passam a constituir um aspecto do self, assim como um estilo relacional. No entanto, o autor não focou o *processo ou mecanismos da*

*internalização*, não explorou até que ponto os padrões de vinculação se tornam *estruturas representacionais*.

Nos últimos anos a investigação empírica sobre a vinculação tem demonstrado as ligações entre padrões de vinculação comportamentais da infância e os MIF expressos em desenvolvimentos perceptivos e cognitivos posteriores, isto é, através da *linguagem* e da *imagem* na infância tardia, adolescência e vida adulta. Vários estudos que indicam a continuidade dos padrões de vinculação da infância ao longo da vida adulta (Main *et al.*, 1985), fizeram os investigadores destacar um aspecto importante: os MIF sofrem transformações desenvolvimentais nos seus modos de representação à medida que o indivíduo amadurece: passam de (1) representações concretas e comportamentais para (2) representações afectivas, sensoriais, imagísticas, para (3) representações mais abstractas, simbólicas, e mediadas verbalmente.

Horowitz (1972, 1983, 1988) definiu três modos de representação: o **enactivo**, expresso através do movimento; o **imagístico**, expresso através de imagens sensoriais; e o **lexical**, expresso através de formas verbais e simbólicas. Estes três modos de representação organizam de forma diferente a maneira como a informação é processada e como é construído um modelo representacional do mundo.

As **representações enactivas** envolvem acções ou respostas motoras que podem ser modificadas através da interacção com o ambiente. A informação representada é comunicada através de expressões faciais, gestos corporais, e postura. As **representações imagísticas** são sensoriais por natureza (visuais, auditivas, tácteis, etc), e mantêm-se próximas do afecto e da percepção. Ao longo do desenvolvimento, à medida que as palavras significam objectos reais e intensas imagens de objectos, emerge o modo de **representação lexical**. Este modo de representação não só é mais evoluído como catalisa maior evolução dos modos enactivos e representacionais, e forma ligações entre todos os três modos de representação.

Um vasto trabalho empírico longitudinal sobre a teoria da vinculação foi realizado (Main *et al.*, 1985) e sugere que as crianças com **vinculação insegura** parecem exprimir-se em primeiro lugar através do modo de representação **enactiva** quando evocadas

questões ligadas à separação e reunião dos objectos primários. Expressam-se com maior dificuldade através do modo imagístico, e falham na transição para o modo lexical. As crianças com **vinculação segura**, ao contrário, mostraram-se capazes de explorar **verbalmente** ou representar internamente a sua experiência interna de separação e reunião com os objectos primários.

Isto permite concluir que as transformações para modos de representação mais maduros dão-se primeiro em crianças com vinculação segura.

Com base nestas investigações, Main *et al.* (1985) põem a hipótese de que *a falha em atingir o modo de representação lexical pode predispor o indivíduo para repetidamente re-enactivar padrões de vinculação desadaptados e não verbalizados*, particularmente quando predominam necessidades defensivas inconscientes. Aliás, de acordo com Horowitz (1988), o modo de representação imagístico é o organizador mais potente e económico das relações de objecto, dado que aspectos do self, do outro, e das suas transacções podem imediatamente ser codificadas numa só imagem. Quando estas transacções self-outro estão repletas de conflitos significativos e traumas, tendem a ser repetidas. Esta repetição contribui para a sua consolidação em esquemas cognitivos, que por sua vez organizam nova informação. Apesar de estas imagens esquemáticas conterem representações do self e do outro, o self não tem uma identificação fixa com um ou outro papel, ao contrário, pode passar facilmente de um papel ao outro se algum aspecto da experiência diádica evoca ansiedade, culpa, medo ou frustração (*e.g.* a criança controladora/desorganizada que alterna entre comportamentos punitivos e prestação de cuidados com os pais mostra a fluidez característica dos modos de representação enactivos e imagísticos).

O desenvolvimento de **estruturas lexicais** pode servir a função de *diferenciar e consolidar uma representação de self e objecto* independentemente da sua interacção, e permitir *reflectir sobre*, e portanto *transformar* padrões de vinculação desadaptados. Colocar as experiências em palavras conduz a uma maior delineação entre self e outro, ajuda a clarificar sequências causa-efeito, e conduz a um sentido de self como um agente activo e efectivo. Esta ideia parece dar uma outra luz sobre o efeito terapêutico do processo psicanalítico.

## 1.4 Vinculação nos adultos

Vários estudos empíricos demonstraram portanto que as diferentes abordagens para lidar com as figuras de vinculação, designadas como *estilos de vinculação*, persistem ao longo da infância (e.g. Grossman & Grossman, 1991; Main *et al.*, 1985). Além disso, o trabalho clínico com adultos também sugere que os estilos de vinculação da infância continuam ao longo da vida nos relacionamentos afectivos próximos. Apesar de vários factores poderem contribuir para a continuidade dos estilos de vinculação, como ambientes sociais estáveis, a principal explicação parece ser a forma persistente como as relações íntimas são vividas. Isto é, são trazidas para as novas relações as mesmas antecipações que foram experienciadas nas velhas relações. Assim, *nas relações íntimas as pessoas parecem funcionar com base em modelos internos funcionais das relações de vinculação*, os quais incluem o comportamento provável das pessoas a quem estão ligados, o seu próprio comportamento provável, e o desenrolar provável das relações íntimas.

Por isso, uma grande linha de aplicação da teoria da vinculação consiste em considerar que ela é um bom paradigma teórico para estudar as **relações íntimas** dos adultos (Hazan & Shaver, 1994). Ou seja, estudar a capacidade de envolvimento dos indivíduos com os outros, o grau de satisfação nas relações, a duração dessas relações.

Numa investigação pioneira (Hazan & Shaver, 1987), os autores concluíram que (a) a prevalência relativa dos estilos de vinculação é aproximadamente a mesma que a encontrada na infância, (b) os três tipos de adultos diferem na maneira como vivem o amor romântico (seguro, evitante e ambivalente), e (c) o estilo de vinculação está relacionado de formas teoricamente significativas com os modelos mentais do self e das relações sociais e com as experiências relacionais com os pais. Este e outros trabalhos de investigação posteriores consubstanciaram a hipótese de que nos adultos, tal como nas crianças, se podiam considerar três estilos de vinculação: seguro, ambivalente e evitante.

Contudo, Bartholomew (1990) questionou a classificação de Hazan & Shaver quanto ao estilo evitante, na medida em que o *evitamento da intimidade* pode resultar de dois factores: do *medo da intimidade*, ou da *falta de interesse* em estabelecer relações íntimas.

Ou seja, podem ser conceptualizados dois estilos distintos de evitamento nos adultos: (1) os indivíduos que desejam relações próximas mas que as evitam por medo, e (2) aqueles que consideram que não receiam nem desejam relações próximas.

Assim, Bartholomew (1990) avançou com uma extensão dos estilos de vinculação que se baseia nos modelos do **self** e dos **outros** derivados da literatura sobre a vinculação na criança. Na linha de Bowlby, a autora conceptualizou os **modelos do self**, dicotomicamente em *positivos* (auto-conceito positivo, sentir-se digno de amor e atenção) e *negativos* (auto-conceito negativo e sentimento de se ser indigno de amor). Da mesma forma, os **modelos dos outros** podem ser positivos (os outros são dignos de confiança, dão protecção, estão disponíveis), ou negativos (os outros são rejeitantes, distantes, não se preocupam).

Combinando estas duas dimensões, a autora propôs quatro estilos de vinculação: **seguro**, **preocupado**, **rejeitante** e **receoso**, em que os eixos podem ser conceptualizados em termos de estilos de respostas sociais: o *grau de dependência* e o *grau de evitamento* do contacto social próximo (Figura 1).

		MODELO DO SELF (Dependência)	
		POSITIVO (baixa)	NEGATIVO (alta)
MODELO DO OUTRO (Evitamento)	POSITIVO (Baixo)	<b>SEGURO</b> compatibiliza autonomia e intimidade	<b>PREOCUPADO</b> Muito dependente
	NEGATIVO (Alto)	<b>REJEITANTE</b> Nega a vinculação Resistente à dependência	<b>RECEOSO</b> Receia a vinculação Evita o contacto social

Figura 1. Estilos de vinculação no adulto (Extraído de Bartholomew, 1990)

Prevê-se assim quatro diferentes estilos de vinculação:

(1) **seguro** (self e outro positivo), caracterizado por uma elevada auto-estima, ausência de problemas interpessoais graves, relações adultas preenchantes, e capacidade para estar confortável com a intimidade e autonomia;

(2) **preocupado** (modelo self negativo, modelo outro positivo), caracterizado por personalidade dependente, hiper-envolvimento nas relações íntimas, contínua busca de aceitação nos outros idealizados, e manutenção de uma baixa valorização pessoal e de bem estar;

(3) **rejeitante** (modelo self positivo, modelo outro negativo), caracterizado por uma indiferença pelas relações íntimas, expressão limitada das emoções, e um sentimento de valorização pessoal através da independência e auto-suporte;

(4) **receoso** (self e outro negativos), caracterizado pela apreensão em relação ao envolvimento com os outros, evitamento nas relações íntimas, falta de confiança nos outros, e insegurança pessoal.

Vários estudos deram suporte ao modelo de Bartholomew e à sua medida de vinculação adulta, o *Relationship Questionnaire* (RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991). Estes autores descobriram que as pessoas receosas e preocupadas tinham scores de auto-conceito significativamente mais baixos do que as seguras e rejeitantes. Além disso, scores de sociabilidade significativamente maiores e níveis mais baixos de problemas interpessoais foram encontrados na pessoas seguras e preocupadas. Mais recentemente, Carnelly, Pietromonaco e Jaffe (1994) utilizaram a tipologia de Bartholomew para diferenciar pessoas ligeira e gravemente deprimidas. Enquanto que as pessoas ligeiramente deprimidas tinham um modelo negativo do self, e um modelo negativo e positivo do outro (MIF vinculação preocupado e receoso), as pessoas clinicamente deprimidas tendiam a ter uma visão negativa do self e dos outros (vinculação receosa).

## 2. Vinculação e patologia alimentar

Nesta secção pretende-se rever a literatura sobre o papel das *disrupções nos processos de vinculação no desenvolvimento dos distúrbios psicológicos subjacentes às disfunções no comportamento alimentar*.

A **teoria da vinculação** incorpora um corpo de conhecimento heterogéneo sobre a natureza e desenvolvimento de ligações relacionais particulares entre o indivíduo e o seu prestador de cuidados. Assim, o sistema de vinculação é considerado como influenciador de um grande número de funções psicológicas, algumas das quais estão perturbadas nos distúrbios do comportamento alimentar (competências interpessoais, regulação do afecto, manutenção da auto-estima).

Como se referiu anteriormente a teoria da vinculação parte de três premissas fundamentais: (1) a relação de vinculação diferencia-se de outras relações pela sua *função primária*: **protecção**; (2) o *resultado* da vinculação é a **proximidade comportamental** e/ou física, e o seu *objectivo* é o **sentimento de segurança**; (3) estes aspectos desenvolvem-se a partir da **interacção** entre as *tentativas* da criança de *manter a proximidade* da figura de vinculação em alturas de ameaça, e a *acessibilidade e responsividade da figura* de vinculação (inicialmente a mãe).

No entanto, apesar de ter sido influenciada pela **etologia** e sua metodologia comportamental, a teoria da vinculação foi sempre apresentada como uma **teoria psicológica** sobre o modo como certos aspectos das relações interpessoais são representados intrapsíquicamente. De facto, a teoria da vinculação preocupou-se também com a teorização sobre a forma como se processa a *internalização de certos aspectos das relações na infância*. Isto liga a teoria da vinculação a formulações psicodinâmicas, em particular a *teoria de relações de objecto*, e o trabalho de Mahler sobre o *processo de separação-individualização*.

Por outro lado, conceitos de vinculação ligados à psicologia cognitiva, como os "*modelos internos funcionais*", são também compatíveis com tentativas recentes na

psicologia empírica no sentido de compreender as estruturas e funções internalizadas (cognitivas) que organizam as relações e comportamentos de vinculação.

Vários trabalhos de investigação têm sido realizados sobre a associação entre disrupções na vinculação e distúrbios de funcionamento psicológico, como a depressão, a esquizofrenia, ou histórias de experiências que se supõe terem um impacto na vinculação, como o abuso sexual na infância. A premissa destas aplicações da teoria da vinculação na psicopatologia de adolescentes e adultos é que *os aspectos comportamentais, cognitivos e afectivos são centrais para o progresso em direcção ao funcionamento adaptativo e formação de personalidade*. Assim, uma **vinculação insegura** inclui, não só o risco de dificuldades significativas nestas áreas de funcionamento, mas igualmente a possibilidade de uma *disrupção ou atraso profundo no desenvolvimento psicológico do indivíduo em "períodos sensíveis"*. Isto ocorre particularmente nos períodos que exigem mudanças nas relações de vinculação. Desta forma, a **adolescência**, com a sua ênfase na separação dos pais e ganho de independência é um período chave para o sistema de vinculação (Holmbeck & Hill, 1986). Considerando que a maioria dos casos de **perturbações do comportamento alimentar** têm o seu início na adolescência, parece claro que o grupo de sintomas que definem os distúrbios alimentares possam ser uma manifestação de uma *negociação desadaptada da adolescência e a disrupção dos processos de vinculação nessa fase de desenvolvimento*.

## 2.1 Formulações teóricas

Bruch (1973, 1978), Palazzoli (1978) e Masterson (1977) foram os teóricos com maior influência a defender a importância do papel das *disrupções da vinculação na patogénese dos distúrbios alimentares*.

Bruch desafiou as visões psicodinâmicas da anorexia nervosa existentes na altura, baseadas no modelo da histeria, ao sugerir que os déficits do ego e as inibições libidinais observadas nas anoréticas não eram devidas a conflitos edipianos, mas eram antes

consequência de *interacções mãe-filho perturbadas* prolongadas, de início pré-edipiano. As principais formulações desta autora são (Swift & Stern, 1982):

(1) a falha das figuras parentais, especialmente a mãe, no desenvolvimento da autonomia das filhas, devido à intrusividade e hiper-controlo parental;

(2) a elaboração de um falso self hiper-socializado e obediente como defesa contra o confronto parental;

(3) destes factores resulta “uma grande vulnerabilidade do ego que está latente durante a infância, mas que depois se actualiza na adolescência devido às exigências múltiplas deste período, especialmente a maior independência e assertividade exigida ao adolescente” (*op. cit.* p. 19).

Palazzoli (1978) descreveu uma *relação patológica entre a criança e uma mãe intrusiva, emocionalmente irresponsiva e exigente*, que resulta na internalização pela criança da mãe como função controladora. A anorética lida com as exigências internas de autonomia e identifica a formação na adolescência equacionando os maiores instintos na adolescência com as mudanças corporais, especialmente o desenvolvimento de características sexuais secundárias na puberdade. Identificando-se com a sua experiência materna precoce, a anorética procura regular a sua ansiedade em relação a estas exigências pulsionais, e a separação psicológica que elas representam, *controlando* o seu desenvolvimento físico, isto é, *mantendo-se magra*.

Masterson (1977) realça, na relação materna precoce, a recompensa da dependência e *ameaça de abandono* a sinais de separação ou autonomia. Daqui resulta para a criança um grande medo do abandono e confusão nas suas tentativas de se separar e individualizar na adolescência, sendo estas questões resolvidas através de um evitamento da maturidade física como equivalente de um adiamento ou evitamento de um funcionamento psicológico autónomo.

Apesar das diferenças nestas perspectivas, encontram-se denominadores comuns: elas ligam distúrbios específicos na *relação precoce mãe-criança*, as *exigências de autonomia* na adolescência, e a *perseguição obsessiva da magreza*, isto é, a manutenção

hiper-controlada de um corpo pré-adolescente, que é o fenómeno principal da anorexia nervosa.

Quanto à **bulimia**, apesar de a sua teorização ser mais recente, esta também enfatiza o *envolvimento parental inadequado*, resultando quer (1) numa falha para se separar adequadamente, física e cognitivamente do objecto materno, quando ocorrem paragens na sub-fase de prática do processo de separação-individualização (Sugarman & Kurash, 1982), quer (2) em distorções nas representações do self e do objecto, no caso de distúrbios mais neuróticos.

Resumindo, as formulações psicodinâmicas da **anorexia** focam uma falha no desenvolvimento de um *sentimento de autonomia* e vêem a perseguição da magreza como uma *protecção* contra as exigências intrapsíquicas e psicossociais da adolescência para alterar as relações de vinculação, e particularmente para se tornarem mais independentes das figuras parentais. Em termos da **teoria da vinculação**, o desenvolvimento da autonomia é equivalente à liberdade para explorar o ambiente físico e social, e está acente na **base segura** das relações de vinculação e na internalização deste sentimento de segurança (Hazan & Ziefman, 1994). A presumível hiper-intrusividade e protecção não-contingente da mãe da anorética não permite à criança desenvolver auto-competências adaptativas para tolerar o sofrimento e ansiedade associadas a qualquer ameaça de separação. A hipótese levantada pela teoria da vinculação é que estas crianças apresentariam padrões que representam a **vinculação insegura** quando o sistema de vinculação é ameaçado.

No entanto, é difícil ser mais preciso em predizer o *tipo de vinculação insegura* envolvido na *procura patológica da magreza*, sendo que a fixação exclusiva no peso e figura para a auto-avaliação e auto-estima pode ser interpretada como reflectindo vinculação insegura-evitante ou insegura-ambivalente. Assim, poder-se-ia dizer que a preocupação da anorética com o corpo lhe permite *desvalorizar a importância das relações* familiares e de pares e evitar a ansiedade envolvida com a separação da família e no estabelecimento de vinculações com os pares, e portanto evitar a necessidade destas mudanças. Isto apontaria

mais para um estilo de **vinculação evitante**. Por outro lado, a ênfase na forma corporal, peso e aparência, poderia ser vista como um tipo de *hipervigilância ao julgamento dos outros* e à possibilidade de crítica, rejeição e abandono (Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1993), que está mais ligado à **vinculação ambivalente**.

Em qualquer dos casos, os sintomas da anorexia poderão funcionar para regular e assegurar a predictibilidade na proximidade da jovem em relação aos pais e pares.

Quanto à **bulimia**, também se podem predizer **vinculações inseguras** nas crises bulímicas, vistas como uma tentativa regressiva para *manter um sentido de conexão*, de forma a escapar à ansiedade associada à separação. Os aspectos psicológicos associados com as crises, tais como a *perda do controlo e volição* que acompanham o voraz consumo de comida poderão ser vistos, em termos de vinculação, como o grande sofrimento ligado à separação do tipo de vinculação **inseguro-ambivalente**. No entanto, a alternância do comer caótico e descontrolado típico da bulimia com os períodos de *restrição contida* sugere também uma alternância nas funções da vinculação, neste caso apontando mais para um estilo **evitante**. Uma vez que ambos estes padrões de comportamento são extremos e disfuncionais; e aparentemente antitéticos, isto levanta dúvidas quanto à natureza da bulimia relativamente ao tipo de vinculação insegura, a qual parece alternar entre um estilo mais *ambivalente* ou mais *evitante*.

Portanto, tal como para a anorexia, as formulações teóricas da bulimia não permitem predicções mais precisas sobre o **tipo de vinculação insegura**.

## 2.2 Revisão empírica genérica

Nesta sub-secção procuramos fazer uma revisão dos estudos empíricos que se têm debruçado sobre a relação que existe entre distúrbios da vinculação e distúrbios alimentares. São estudos derivados da literatura clínica e formulações psicodinâmicas, que procuram investigar até que ponto as perturbações nas relações de vinculação precoces

poderão contribuir para a patologia alimentar posterior. No entanto são, na sua maioria, estudos quantitativos e correlacionais, que acabam por dizer pouco sobre *de que forma a vinculação influencia a patologia alimentar e qual a natureza dessa ligação*.

### 2.2.1 Vinculação aos pais e distúrbios alimentares

Vários estudos utilizaram o *Parental Bonding Instrument* (PBI: Parker, Tupling & Brown, 1979), para avaliarem a percepção que os sujeitos com distúrbios alimentares têm da relação com os pais. Trata-se de um instrumento constituído por duas dimensões: (1) *cuidado* ("care") - que avalia até que ponto o progenitor é terno, disponível, afectuoso; (2) *protecção* - que avalia o grau de protecção parental. Cada uma destas dimensões é analisada separadamente para a mãe e para o pai.

Assim, Palmer, Oppenheimer, & Marshall's (1988) realizaram um primeiro estudo abordando a qualidade percebida das relações de vinculação de mulheres, de 16 anos, com anorexia nervosa (AN) (n = 35) e bulimia nervosa (BN) (n = 37) com os pais. Observaram que, (1) comparados com uma amostra de controlo, os indivíduos com *anorexia ou bulimia* descreviam as mães como *menos cuidadosas* (menos terna, afectuosa e empática); (2) só os sujeitos com *bulimia* descreveram o *pai como menos cuidadoso*; (3) não havia diferenças quanto à *protecção parental* percebida entre os sujeitos com AN e BN e o grupo de controlo.

Num outro estudo, Pole, Waller, Stewart, & Parkin-Feigenbaum (1988), descreveram a respostas no PBI de 56 bulímicas, média 30 anos de idade, e chegaram à conclusão que, em relação a uma amostra de controlo, uma proporção de *bulímicas* significativamente mais baixa descreveu a parentalidade como "ótima" (cuidado elevado e baixa protecção), embora isto estivesse mais ligado à dimensão "caring" (ser afectuoso) do que hiper-protecção. Este resultado foi mais discriminativo relativamente ao "care maternal". Por outro lado, encontraram-se igualmente diferenças significativas quanto à *hiper-protecção* paterna (hiper-protecção paterna superior no grupo bulímico).

Numa replicação do estudo anterior (Callam, Waller, Slade, Newton, 1989) compararam um grupo com AN, outro com BN, outro com BN com história de AN, em relação ao PBI e concluíram que os scores de “*care*” *paternal e maternal* discriminaram os controlos dos grupos com distúrbios alimentares, especialmente o das *bulímicas sem história de anorexia*.

Ainda utilizando o PBI, Steiger, Van der Feen, Goldstein, & Leicher (1989) compararam mulheres com distúrbios alimentares (subdividindo anoréticas restritivas, anoréticas bulímicas, bulímicas com história de AN, bulímicas puras) com mulheres “normais”. Verificaram diferenças significativas na escala de *care e protecção paternal*: (1) as mulheres com desordens alimentares descreviam o *pai como menos caring* do que as normais; (2) a diferença em relação à *protecção paterna* verificou-se nas *anoréticas bulímicas*, que mais percepcionavam o pai como hiper-protector; (3) não se encontraram diferenças em relação ao *care e protecção materno*.

Finalmente, Rhodes & Kroeger tendo comparado 20 mulheres com AN (n=11), ou BN (n = 9) com 20 mulheres normais de idade equivalente, observaram que: (1) as mulheres com distúrbios alimentares classificavam as *mães* como significativamente *menos caring e mais protectoras* do que os controlos; (2) não houve diferenças significativas nas medidas paternas do PBI.

Em resumo, alguns dos resultados sobre a relação entre a vinculação aos pais e os distúrbios alimentares, utilizando o PBI são pouco consistentes (Palmer *et al.*, 1988; Rhodes & Kroger, 1992; Steiger *et al.*, 1989).

Utilizando outro instrumento, o *Parental Attachment Questionnaire* (PAQ; Kenny, 1990), Kenny & Hart (1992) examinaram as relações entre a ligação aos pais e os sintomas dos distúrbios alimentares, medidos pelo *Eating Disorders Inventory* (EDI; Garner, 1983). A amostra era composta por 68 doentes com BN (n = 50) ou AN (n = 18), e o grupo de controlo por 162 mulheres universitárias. Dos resultados salienta-se que o grupo com distúrbios alimentares teve resultados mais baixos do que o grupo normal nas

escalas de *Qualidade Afectiva da Vinculação, Apoio Parental da Autonomia, e no Papel Parental em Fornecer Suporte Emocional*.

### 2.2.2 Vinculação, ansiedade de separação e distúrbios alimentares

Outros investigadores preocuparam-se mais em relacionar, nos distúrbios alimentares, o estilo de vinculação, com a ansiedade de separação, o medo do abandono, etc.

Assim, Rhodes & Kroger (1992), cujo estudo já referimos anteriormente, além de utilizarem o PBI, aplicaram também o *Separation-Individuation Test of Adolescence* (SITA: Levine, Green, & Milton, 1986) a uma amostra de jovens com desordens alimentares, para observarem aspectos da dinâmica da separação. Encontraram diferenças significativas entre os grupos nas escalas de *ansiedade de separação, ansiedade de absorção, negação da dependência*, mais elevadas na anorexia e bulimia, e *separação saudável* mais baixa nos distúrbios alimentares do que nos normais.

Armstrong & Roth (1989) fornecem uma base bem argumentada para associar o estilo de vinculação, em particular o *estilo ansioso* e a *angústia de separação*, à patologia alimentar, que testaram empiricamente. Avaliaram a resposta de 27 mulheres hospitalizadas com o diagnóstico de anorexia nervosa (n = 12), bulimia nervosa (n = 12) e distúrbio alimentar atípico (n = 4) a situações de separação retiradas do *Adolescence Separation Anxiety Test* (SAT; Hansburg, 1986). Observaram que 96% das mulheres com distúrbios alimentares apresentavam uma *vinculação ansiosa*, e 85% mostravam uma grande *ansiedade de separação*.

Becker, Bell, & Billington (1987) procuraram dar suporte a estas observações sobre a *vinculação insegura em bulímicas*. Através de um questionário de auto-resposta sobre a bulimia, classificaram uma amostra de jovens em 4 grupos: bulímicas com vômito (n = 16), bulímicas restritivas (n = 40), problemas alimentares (n = 183), sem problemas alimentares (n = 308). Obtiveram como resultados: diferenças na *subescala vinculação insegura* do *Bell Object Relations Inventory* (Bell, Billington & Becker, 1986): (1) ambos

os grupos de bulimia referiam *maior medo de abandono e maior dificuldade de autonomia* nas relações comparativamente com os outros grupos; (2) 48% das *bulímicas que vomitavam* apresentavam níveis patológicos de *insegurança nas relações*, por comparação com 32% das bulímicas restritivas, 28 % dos “problem eaters” e 17% dos “nonproblems eaters”; (3) os grupos não diferiam nas escalas de Alienação, Egocentricidade, ou Incompetência Social.

Os estudos anteriormente referidos indicam que disfunções na vinculação podem estar relacionadas com distúrbios *específicos* na perturbações do comportamento alimentar, e que um conhecimento mais profundo desta relação implicará uma *examinação das ligações particulares entre a disfunção na vinculação e os sintomas dos distúrbios alimentares*. É sobre estes estudos que nos debruçaremos em seguida.

### 2.2.3 Estilo de vinculação e sintomas dos distúrbios alimentares

Kenny & Hart (1992), num estudo já mencionado, examinaram as relações entre 3 escalas do *Parental Attachment Questionnaire* (PAQ; Kenny, 1990) e os sintomas dos distúrbios alimentares, medidos pelo EDI (Garner, 1983). A amostra era composta por 68 doentes com BN (n = 50) ou AN (n = 18), e o grupo de controlo por 162 mulheres universitárias. Concluíram que a *qualidade percebida da vinculação aos pais* e o grau em que os pais eram vistos como promovendo a autonomia estavam negativamente correlacionados com sentimentos de *ineficácia pessoal, preocupação com a magreza* e altos níveis de *comportamento bulímico*.

Heesacker & Neimeyer (1990) examinaram a relação entre: (1) *patologia comportamento alimentar*, através do EDI (Garner, 1983) e do *Eating Attitude Test* (EAT; Garner & Garfinkel, 1979); (2) *função de relação de objecto*, medido através do *Object Relations Inventory* (Bell *et al.*, 1986); (3) um índice de *vinculação*, e (4) aspectos do *esquema relacional*. A amostra era constituída por 183 jovens universitárias que se

voluntariaram para participar num estudo sobre atitudes alimentares e relações interpessoais. Observaram que: (1) maiores níveis de distúrbios alimentares declarados estavam relacionados com um padrão particular de relações de objecto e que este padrão sugeria que *vinculação mais insegura* estava associada a maior distúrbio alimentar, e que maior *incompetência social* estava relacionada com maior *impulso para a magreza*; (2) a estrutura cognitiva mais fortemente ligada ao distúrbio alimentar era caracterizada por restrição, inflexibilidade, e por esquemas interpessoais pouco organizados.

Num outro estudo, Lavick, Clausen, e Padersen (1991) administraram o PBI, o EAT-12 e o *General Health Questionnaire* a uma amostra de 1193 adolescentes entre os 13 e os 18 anos, incluindo 631 raparigas. Concluíram que, para a amostra de mulheres adolescentes (1) o *cuidado maternal correlacionava-se negativamente com o factor controlo oral* do EAT-12, e (2) a *protecção paternal e maternal correlacionava-se positivamente com este factor*.

Num estudo mais recente, Sharpe, Killen, *et al.* (1996) estudaram a associação entre o estilo de vinculação e a preocupações com o peso, em 305 raparigas da escola primária e pré-liceu (idade média = 11.9, +- 1.3 anos). Os resultados indicaram que os indivíduos com vinculação insegura tinham (1) maiores preocupações com o peso e (2) níveis mais baixos de auto-estima do que os seguramente vinculados. Os autores concluíram que o estilo de vinculação poderá desempenhar um papel importante no desenvolvimento de *preocupações com o peso*, as quais têm sido associadas com o desencadear das desordens alimentares. Sendo os indivíduos inseguramente vinculados caracterizados por um sentimento de valor pessoal inferior e maior impressão da rejeição dos outros, estas cognições poderão tornar estes indivíduos mais dependentes da conquista da aceitação dos outros e mais sensíveis aos padrões da sociedade, fazendo com que lutem pelo "corpo ideal".

## 2.2.4 Conclusões

Dos estudos revistos, as conclusões mais importantes, no contexto do nosso trabalho, são as que se seguem.

Primeiro, relativamente à **qualidade vinculação percebida aos pais** na anorexia e bulimia, os estudos revelam por vezes algumas contradições. Assim, relativamente à dimensão *care*, esta foi inferior na anorexia e bulimia relativamente à mãe, e igual relativamente ao pai do que no grupo de controlo. Quanto à *protecção materna*, os estudos mostram-se contraditórios: uns indicam ser inferior na anorexia e bulimia em relação às normais, e outros não mostram diferenças; na *protecção paterna* e para a anorexia esta parece ser idêntica ao controlo, mas na bulimia surgem resultados opostos: uns indicam não haver diferenças em relação ao controlo, enquanto outros indicam que a protecção paterna percebida é superior às normais.

Segundo, quando comparados os distúrbios alimentares quanto à **ansiedade de separação e estilo de vinculação**, os estudos indicam que uma elevadíssima percentagem das anoréticas e bulímicas têm *vinculação ansiosa* (96%) e grande *ansiedade de separação* (85%). Além disso, quanto às bulímicas, o *medo do abandono e dificuldade de autonomia* parece ser maior nas que *vomitam* em relação às bulímicas restritivas.

Relativamente à **sintomatologia das perturbações alimentares**, os estudos indicam fortes correlações. Assim o (1) **controlo oral** aparece negativamente correlacionado com o *care materno* e positivamente correlacionado com a *protecção parental*. Por outro lado, o (2) **comportamento bulímico** está negativamente correlacionado com a *qualidade percebida da vinculação e promoção da autonomia por parte dos pais*, o mesmo acontecendo com a **preocupação com o peso**, sendo esta além disso, mais elevada em sujeitos com *vinculação insegura*. Além disso, a **auto-estima** é inferior na vinculação insegura.

Em resumo, destes trabalhos empíricos, podemos concluir que, no seu conjunto, os dados revistos suportam as hipóteses de que os **distúrbios na vinculação são evidentes em mulheres com distúrbios alimentares**. Por um lado, sugerem que

(1) a vinculação insegura, o medo do abandono, e dificuldades de autonomia, diferenciam as jovens com distúrbios alimentares daquelas sem esta patologia. Por outro lado, (2) as crenças das mulheres com perturbações alimentares sobre a qualidade afectiva da vinculação aos pais, e a sua percepção do suporte parental para a autonomia, estão associadas com aspectos específicos dos seus distúrbios, como a “impulso para a magreza” e os comportamento bulímicos.

Estas associações são consistentes com as relações teóricas propostas entre os obstáculos impostos pelos pais ao desenvolvimento de uma vinculação segura e de autonomia, e estes aspectos chave da patologia alimentar.

No entanto, a ligação directa entre a *intrusividade e hiper-protecção materna* e os *sintomas das perturbações alimentares*, não foi de uma forma geral suportada quando medida através de memórias do “care” e protecção parental do PBI. De facto, estas jovens, especialmente quando com sintomas bulímicos, mais facilmente recordam o pai do que a mãe como hiper-protector. Isto é confirmado pelo estudo de Palmer *et al.* (1988), que conclui que os seus resultados são incompatíveis com a previsão teórica sobre a qualidade maternal intrusiva e super-protectora em relação às jovens com perturbações alimentares.

Apesar da evidência de distúrbios da vinculação nas perturbações alimentares, e as correlações entre estes distúrbios e aspectos chave das perturbações alimentares, as conclusões sobre o *seu papel no desenvolvimento da patologia psicológica e comportamental* característica destas doenças são reduzidas devido às **limitações empíricas dos estudos**. Apesar de outros problemas relacionados com a selecção da amostra e a definição da patologia alimentar, é a abordagem geral adoptada nestes estudos que é mais problemática: estes estudos continuam a adoptar um *modelo unidireccional de causalidade* na conceptualização do processo que medeia a disrupção da vinculação e os sintomas patologia alimentar, como se acreditassem que a disrupção da vinculação sozinha pudesse causar o desenvolvimento de certas patologias. Apesar da riqueza clínica das formulações psicodinâmicas a partir das quais estes estudos são feitos, continuam a não

valorizar outros possíveis efeitos causais, moderadores e mediadores, todos concorrentes e subsequentes à disrupção putativa da vinculação.

### 2.3 Revisão empírica: que estilo de vinculação insegura nos distúrbios alimentares

Como vimos no ponto anterior, os vários estudos empíricos apontam no sentido de haver uma relação entre uma vinculação insegura e os distúrbios alimentares. No entanto (e sem ter em linha de conta as limitações dos estudos), os mesmos deixam várias perguntas por responder: (1) de que tipo de vinculação insegura estamos a falar, mais ansiosa-ambivalente ou mais evitante (note-se que a se analisarmos o comportamento, este aponta em ambas as direcções); e (2) sendo estudos correlacionais não esclarecem de que forma esta relação se passa... Vamos procurar neste ponto abordar outros estudos no sentido de esclarecer algumas destas questões.

De facto, se vários estudos haviam já sugerido que a teoria da vinculação pode ser um bom enquadramento para compreender os distúrbios alimentares, eles *não especificaram atributos únicos de um único padrão de vinculação como factor de risco nos distúrbios alimentares*. Por outro lado, discussões clínicas recentes (Beattie, 1988; Stern, 1991) apontam para relações entre falhas em experiências emocionais durante a vinculação precoce, frágil organização do self, dificuldades de regulação do self, e distúrbios alimentares. Stern cita *distúrbios do desenvolvimento* que têm uma semelhança a uma das três classificações da vinculação delineadas pela teoria da vinculação: a **vinculação ambivalente**; Beattie, sem evocar a teoria da vinculação directamente, descreve aquilo que é essencialmente os critérios básicos para **vinculação ambivalente** em jovens mulheres sofrendo de distúrbios alimentares. Outros autores apontam para um estilo **preocupado** (Bartholomew & Horowitz, 1991), com grandes analogias com o estilo ambivalente.

### 2.3.1 Modelos internos funcionais e distúrbios alimentares

Como já referimos, a teoria da vinculação baseia-se no pressuposto de que interações formativas entre a criança e o prestador de cuidados têm uma influência significativa na sua imagem do self emergente, e na forma como a pessoa se relaciona com os outros. Especificamente, são os Modelos Internos Funcionais (MIF), representações das experiências infantis com os prestadores de cuidados, os quais podem persistir na adolescência e vida adulta, que influenciam as experiências e comportamentos desenvolvimentais.

Recentemente, os investigadores da vinculação começaram a debruçar-se sobre a forma como as diferenças individuais na vinculação adolescente e adulta poderão estar relacionados com dificuldades psicológicas e ajustamento. Em particular, uma quantidade considerável de investigação, que anteriormente mencionámos, começou a ligar o desencadear, desenvolvimento e manutenção dos distúrbios alimentares a experiências precoces de vinculação insegura, separação-individualização da figura de vinculação durante a adolescência, e a perpetuação de vinculações inseguras nas relações adultas (Armstrong & Roth, 1989; Friedlander & Siegal, 1990; Heesacker & Neimeyer, 1990; Humphrey, 1987; Kenny & Hart, 1992).

No entanto, apesar destas investigações serem importantes ao apontarem a relação entre o nível de segurança na vinculação e a sintomatologia dos distúrbios alimentares, nenhuma investigação tem identificado os **estilos pessoais de vinculação insegura** que podem estar relacionados com o fenómeno de distúrbios alimentares.

Guidano (1987) sugeriu, a partir de uma base clínica, que as pessoas com *desordens alimentares* têm um Organização Cognitiva Pessoal (P.C. Org), caracterizada por um sentido do self ambíguo e indiferenciado da sua família de origem, juntamente com crenças de ineficácia em como lidar com os outros. Assim, identificou nos distúrbios alimentares uma Organização Cognitiva Pessoal única, caracterizada por uma *perda da demarcação entre o self e os outros*, enquanto que a identidade pessoal se organiza à volta de uma grande *necessidade de aprovação dos outros significativos*, juntamente com um *medo de*

ser rejeitado por estes. Em termos de vinculação, este modelo interno funcional foi chamado de **preocupado** (Bartholomew & Harowitz, 1991).

Por outro lado, suporte indirecto às conceptualizações de Guidano pode ser encontrado nas investigação de **características de personalidade de indivíduos com desordens alimentares**. Por exemplo, as **anoréticas** foram descritas como tendo um *pobre desenvolvimento do ego, problemas com a confiança*, uma necessidade absoluta de ter *controlo*, e dificuldade em *identificar e diferenciar emoções* (Coover, Kinder & Thompson, 1989; Garfinkel, Moldofsky & Garner, 1980; Haimes & Katz, 1988; Humprey, 1987). Thelan, Farmer, McLaughlin e Pruitt (1990) descobriram que adolescentes e adultos **bulímicos** apresentavam um grande *desejo de agradar aos outros* e tendência para basear o seu sentimento de valor pessoal na aprovação dos outros, resultando num grande sentido de *dependência e idealização dos outros* nas relações pessoais.

Tendo em conta as formulações anteriores, Friedberg e Lyddon (1996) realizaram um estudo com o **objectivo** de examinar a **relação entre distúrbios alimentares e o tipo de estilo de vinculação**. Os autores puseram a **hipótese** que *haveria diferenças nos estilos de vinculação entre pessoas avaliadas com bulimia nervosa, anorexia, e pessoas "normais"*. Os autores, seguindo o modelo de Bartholomew de vinculação, o trabalho de Guidano (1987), e uma revisão feita sobre as características de personalidade das pessoas com AN e BN, previram que as dimensões **preocupada e segura**, iriam diferenciar pessoas com critérios de diagnóstico de anorexia e bulimia, de pessoas sem critério para distúrbios alimentares.

Neste estudo utilizou-se o modelo de vinculação em quatro categorias de Bartholomew para testar a noção de Guidano de que a organização cognitiva pessoal dos indivíduos com distúrbios alimentares é caracterizada por um modelo interno funcional de vinculação preocupado.

Os autores utilizaram amostras clínicas e não clínicas: (1) as amostras clínicas eram constituídas por 17 clientes de primeira vez, do sexo feminino, de uma clínica universitária e de um serviço de internamento para distúrbios alimentares. Esta amostra (M idade =

20.71) era composta por jovens mulheres com AN ( $n = 7$ ) ou BN ( $n = 10$ ), baseada no EDI; (2) a amostra não clínica (controlo) era constituída por 27 estudantes universitários de psicologia. Foi utilizado o *Relationship Questionnaire* (RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Os autores concluem que os estilos de *vinculação seguro e preocupado são preditivos da pertença ao grupo não clínico ou ao grupo de desordens alimentares* de forma teoricamente consistente.

De facto, Bartholomew e Horowitz (1991) sugerem que as pessoas com um estilo de **vinculação preocupada** são mais dependentes dos outros para preservarem uma imagem positiva de bem-estar pessoal e podem fazê-lo através de domínio inter-pessoal. Este domínio parece resultar do *hiper-envolvimento nas relações íntimas*, uma tendência para *ser mais emocionalmente expressivo*, e uma tendência para *ultra-idealizar os outros*. As pessoas com um estilo interpessoal preocupado podem também ter tendência a expor-se mais aos outros, sentem mais uma perda de autonomia, e sentem uma perda de controlo pessoal nas amizades. Esta caracterização é consistente com a forma como muitos investigadores descreveram os sujeitos com distúrbios alimentares, especialmente os com **bulimia** (Humphrey, 1987; Kenny & Hart, 1992).

O estudo de Friedberg & Lyddon (1996) tem algumas limitações metodológicas: (1) *generalização limitada* porque as amostras são pequenas e porque foram recrutadas de ambas situações de consulta e internamento, e porque a idade dos grupo de controlo universitários limita generalização para outros grupos de idade; (2) limitações do *instrumento* (RQ); (3) impossibilidade de extrair uma *causalidade* entre a vinculação e o desenvolvimento dos distúrbios alimentares (não podemos saber se a vinculação preocupada dá origem a sintomas específicos de distúrbios alimentares ou, em vez disso, é causada pela afectividade negativa em geral - pessoas com bulimia apresentam depressão, mas esta foi encontrada sobretudo nas vinculações receosas. Contudo, os **resultados** obtidos são consistentes com outras investigações recentes sobre *o papel desenvolvimental de relações de objecto perturbadas e dificuldades de separação-individualização em sujeitos*

com distúrbios alimentares (Armstrong & Roth, 1989; Friedlander & Siegel, 1990; Heesacker & Neimeyer, 1990, Kenny & Hart, 1992).

Conclui-se que, apesar de não se poderem fazer inferências de causalidade, os resultados suportam a noção de Guidano (1987) de que o curso e qualidade nas relações formativas de vinculação - particularmente aquelas que fomentam **um modelo preocupado do self e outros**, podem ser um factor saliente no desenvolvimento de distúrbios alimentares.

Note-se que o estilo preocupado corresponde praticamente ao estilo ambivalente definido por Hazan & Shaver (1987). Referimos por isso em seguida outros estudos que procuraram aprofundar as características do estilo ambivalente nos distúrbios alimentares.

### 2.3.2 Vinculação ambivalente e experiência do self

Com base no pressuposto do que as representações precoces da vinculação materna tendem a estabilizar-se com o tempo em *modelos internos funcionais* que podem influenciar a qualidade das experiências de vinculação posterior, Salzman (1988) realizou um estudo com uma amostra de 28 jovens universitárias, com o objectivo de *relacionar a experiência de vinculação e um cluster de aspectos psicológicos correlacionados*, utilizando escalas standardizadas e uma entrevista semi-estruturada. Utilizando a *Adolescent Attachment Interview* (Salzman, 1988) obteve 3 grupos finais: 10 seguras, 11 ambivalentes, 7 evitantes na vinculação às mães. As descobertas enfatizaram diferenças significativas entre a **vinculação materna segura e ambivalente**, em relação a três variáveis de personalidade: *depressão, auto-estima, e identificação negativa com a mãe*. Os indivíduos com vinculação ambivalente mostravam diferenças dramáticas em relação aos sujeitos com vinculação segura, nestas três variáveis. Além disso, estavam significativamente mais negativamente identificados com a mãe do que o grupo evitante.

Num estudo posterior, Salzman (1996) pretendeu examinar em mais detalhe a vinculação ambivalente, em relação a algumas variáveis de personalidade. Assim, a partir da entrevista semi-estruturada, foi feita quer uma análise quer quantitativa quer qualitativa (análise de conteúdo) sobre temas comuns focando **vinculação à mãe e experiência do self**.

Em relação aos **resultados**, os mais acentuados foram (1) a prevalência de *distúrbios alimentares em 7 dos 11 sujeitos com vinculação ambivalente*, e (2) *relatos de estados emocionais ansiosos em 9 dos 11 sujeitos*. A correlação entre a vinculação ambivalente e os distúrbios alimentares dá força às observações de Cassidy (1988) e Kobak & Sceery (1988), mostrando uma *tendência clara em crianças e adolescentes com vinculação ambivalente para exprimirem ansiedade na forma de preocupações ou sintomas corporais*. Estas descobertas sugerem também uma *vulnerabilidade afectiva* especial associada com a vinculação ambivalente na adolescência, e são consonantes com relatos de grandes níveis de *ansiedade* entre estudantes universitários vinculados ambivalentemente.

A análise estatística sugere, mas não explica, a associação entre estes padrões psicológicos e a vinculação ambivalente. Para uma compreensão mais profunda é necessário observar atentamente os **dados das narrativas das entrevistas** nas palavras dos sujeitos, de forma a *perceber a natureza das ligações entre a vinculação ambivalente à mãe na adolescência, sintomas dos distúrbios alimentares, e grande vulnerabilidade afectiva*.

Assim, emerge um **perfil de vinculação ambivalente** que se consubstancia nas características que se seguem.

(1) No grupo ambivalente, as filhas descreveram a vinculação às mães como: “relação puxa-empurra”, “quente e fria”, “amor adictivo”. Estas definições parecem indicar uma experiência de vinculação que *oscila dramaticamente entre amor e ódio*, mas não indica ambos os sentimentos ao mesmo tempo.

(2) Os sujeitos focaram a *inconsistência materna percebida*, como a fonte da sua turbulência, responsabilizando as mães pelo seu sofrimento emocional.

(3) As mães eram vistas como *incapazes de fornecer um ambiente firme e alimentador*, em qualquer altura nas memórias do sujeito. Isto está de acordo com observações anteriores, que notaram os efeitos da labilidade emocional das mães na segurança da vinculação entre as crianças.

(4) Ao contrário dos sujeitos com vinculação segura, as narrativas dos de vinculação ambivalente indicam mães que frequentemente são incapazes de proteger e confortar as crianças do sofrimento, porque *elas próprias estavam preocupadas, mesmo incapacitadas pelos seus próprios problemas*. Consequentemente, as filhas sentiram que ninguém estava entre elas e a possibilidade de desastre, e esta lição formou a suas representações internas da experiência de vinculação.

(5) Quando entraram no liceu, todas as raparigas ambivalentes parecem partilhar a convicção em relação à vinculação materna: de que eram e sempre seriam governadas pelas *exigências emocionais das suas mães* na relação. Todos os sujeitos observaram que eram incapazes de reter a atenção e interesse das suas mães quando precisavam mas, noutras alturas, a atenção solicitada das suas mães apanhava-os desprevenidos, muitas vezes com uma reacção repentina de raiva. Outras vezes, quando esperavam a zanga das suas mães, encontravam indiferença ou brandura arbitrária.

(6) De acordo com os sujeitos, o comportamento materno que mais perturbou a qualidade da vinculação foi a intensidade e imprevisibilidade dos *ataques à auto-estima da filha*. Relatam que durante a adolescência a mãe lhes repetia que eles eram “terríveis”, “difíceis”, “estranhos”, e que nunca atraíam ninguém. Estes ataques da mãe à auto-estima eram dirigidos a duas principais vulnerabilidades adolescentes: *auto-imagem física e aceitabilidade social*. As mães eram lembradas como cruéis na avaliação das imperfeições físicas e sociais das suas filhas.

(7) Apesar destas características maternas relatadas, os sujeitos continuaram a viver para os momentos de união feliz e de verdadeiro entendimento, os momentos em que as mães eram ternas e entusiastas, oferecendo a *promessa de ligação especial com as suas filhas*. Assim, ao contrário das vinculações evitantes, no qual as mães são retratadas como constantemente negativas, duras e críticas, as ligações da vinculação ambivalente parecem

por *raros mas deliciosos momentos de contacto*, momentos em que as filhas se haviam sentido verdadeiramente compreendidas: “em momentos difíceis, a minha mãe às vezes estava próxima de maneiras que me surpreendiam, surpreendia-me que me pudesse realmente compreender. Mais tarde, se ela não me compreendia, eu sentia isso como um choque, e quase a podia matar por não ser suficientemente perceptiva para me compreender”.

(8) O efeito paradoxal desta resposta materna inconsistente ou arbitrária, em que o comportamento pode ser compreendido, criticado, ou ignorado parece levar estes adolescentes a repetições frequentes do *attachment-seeking behavior*, que assim se torna impossível de extinguir: “a minha mãe tornou-se inatingível, inalcançável, e todo o amor que ela *não me podia dar* tornou-se a coisa mais importante da minha vida, conseguir o seu amor era fundamental”; “ eu acho que a minha mãe me ama, mas ela *usava* o seu amor para buscar o meu amor por ela, para preencher um vazio na sua vida”.

Estas observações foram parcialmente apoiadas por Kobak, Cole *et al.*, (1993), que descobriram uma ligação entre a vinculação ambivalente e estratégias interpessoais **hiper-activadoras**, que punham os adolescentes num estado de zanga crónica disfuncional em relação aos pais. Este padrão hiperactivador era encontrado em sujeitos que haviam sido classificados como **preocupados com a vinculação**, uma categoria da vinculação **ansiosa**, análoga à vinculação **ambivalente** nas crianças.

Uma outra conclusão importante **foi a associação encontrada entre vinculação ambivalente e instabilidade afectiva**. De facto, na adolescência, estas mulheres apercebiam-se que traziam consigo aspectos internalizados da vinculação com as suas mães. Em termos teóricos, a sua experiência de vinculação tinha, com o tempo, sido transformada em *modelos internos funcionais do self e do outro*, que muitas vezes emergia como identificação negativa com as características pessoais maternas indesejáveis. Distinguiam-se nestas qualidades, a volatilidade emocional e as dificuldades interpessoais extremas, caracterizadas por *sensibilidade à rejeição* e *zanga* ou *ansiedade* extrema.

Relativamente à **experiência do self**, os resultados indicam *baixa auto-estima* e tendência para *depressão* (Salzman, 1996). Mas neste estudo a lista de auto-descrições a partir das entrevistas também capta aspectos particulares de *instabilidade afectiva e intensidade*: “intenso, confuso, stressado, zangado, perdido, isolado...” Além disso, todos os 11 sujeitos viam-se como “temperamentais” mais do que “leves”: “sou demasiado intenso para meu bem. É bom ser sensível, mas por vezes é muito doloroso”; “sempre fui intenso, quando era pequeno tinha acessos de cólera, sempre a perguntar os porquês, sempre a chatear a minha mãe por respostas”.

Os sujeitos viam-se a si próprios lamentavelmente parecidos com a mãe; em relação à volatilidade temperamental. Também se identificavam com as mães no seu padrão de *isolamento social, alternado com ligações pessoais intensas mas frustrantes*. Eles associavam este padrão com três manifestações de disfuncionalidade social: (1) uma inclinação para manipular outras pessoas, (2) para ser insolente, e (3) para estar envolvido em batalhas permanentes e sem esperança com outros membros da família.

Com as mães, assim como com as filhas, o maior desprezo é para os homens, que normalmente não sobreviviam nas suas relações como amantes, maridos, ou pais. Em contraste, o padrão de comportamento em relação aos membros femininos da família não era de exclusão, mas de contínua turbulência ao longo de gerações. As filhas relatavam que as mães descreviam uma mistura semelhante de zanga, anseio e dependência nas suas vinculações com as avós dos sujeitos.

Assim, as observações da experiência do self e identificação percebida com as mães, mostram um *perfil psicológico mais complexo do que aquele implícito na “depressão” ou “baixa auto-estima”*.

Outra conclusão importante foi a **relação encontrada entre vinculação ambivalente e distúrbios alimentares**. De facto, o segundo item clinicamente significativo a emergir do perfil de identidade deste grupo foi a **grande frequência de**

**distúrbios alimentares** (especialmente anorexia ou anorexia com bulimia secundária), em relação a todas as outras categorias da vinculação.

Enquanto muitas perspectivas em relação à anorexia enfatizam ora correlações biológicas (...) ou sócio-culturais (...), as jovens deste estudo, assim como noutros (Armstrong & Roth, 1989; Beattie, 1988; Humphrey, 1986; Stern, 1991; Strober & Humphrey, 1987) ilustram a *relação entre padrões de vinculação ambivalente em relação à mãe* e desenvolvimento subsequente de *distúrbios alimentares*.

No presente estudo, 7 em 11 (63.3%) das raparigas com *vinculação ambivalente* tinham experimentado *períodos de anorexia* com significância clínica, diagnosticada anteriormente a este estudo pelo médico de família. Em contraste, nenhum dos sujeitos seguros ou evitantes sofreu de anorexia durante a adolescência. Além disso, as raparigas que haviam descrito a relação com a mãe como “puxar e empurrar” relataram: “a única vez que eu me afirmava e fazia o que queria, sem ser subvertida ou manipulada pela minha mãe, era através do meu distúrbio alimentar”

Frequentemente os sujeitos associam a sua doença com profunda frustração em não terem tido uma fonte quente e firme de amor das suas mães, e tinham a seguinte fantasia: “se eu fosse magra, então seria perfeita e alguém (mãe) amar-me-ia como eu queria ser amada”.

Estas observações iluminam a possibilidade de uma **possível relação entre vinculação ambivalente e distúrbios alimentares**. Assim, de acordo com os sujeitos, um padrão anorético pode espelhar o que ela sentiu na vinculação: *estavam esfomeadas de um tipo de alimento afectivo que não podiam ter das suas mães, mas eram incapazes de ansiar por isso, e estavam com raiva das suas mães por não fornecerem isso*.

Estas descrições adolescentes são semelhantes a relatos de um tipo de padrão alimentar na infância chamado “pseudo-pedido à mãe impaciente” (Ainsworth & Bell, 1969; Bruch, 1973). Este termo refere-se a situações em que não era permitido aos bebés terem uma participação activa na situação alimentar, nem estavam bem regulados nos seus ritmos nos primeiros três meses. Em vez disso, os horários alimentares eram arbitrários, e as mães descritas como insensíveis aos sinais do bebé (Bruch, 1973). Os bebés deste

grupo não aprendiam a prestar atenção aos seus sinais de fome, nem estes sinais podiam ser eficazmente comunicados à mãe, que sintonizava de acordo com as *suas* necessidades emocionais.

Estes padrão alimentar patológico infantil assemelha-se a experiência dos sujeitos ambivalentes de ligação com as suas mães: quer o padrão alimentar, quer o padrão de vinculação ambivalente não era regulado pela necessidade da criança ou adolescente, mas pelos sinais internos da mãe; tal como as crianças, as filhas adolescentes mencionavam viver num estado crónico de ansiedade se as mães iriam ou não responder-lhes com compreensão, raiva, ou total indiferença.

Os dados apresentados, assim como outras observações clínicas, sugerem que na **anorexia acompanhada de vinculação ambivalente**, a filha poderá estar à espera de amor seguro, conforto afectivo, e interesse da mãe que mostrou ser incapaz de os fornecer de forma consistente. Também se pode observar nesta apresentação uma interacção entre o estilo de vinculação e o estilo afectivo intenso, inflexível, mesmo obsessivo muitas vezes visto em jovens com graves distúrbios alimentares.

#### Resumem-se assim as principais **conclusões**:

(1) Nas raparigas adolescentes, a vinculação ambivalente às suas mães é sentida como uma alternância entre um intenso anseio e zanga dirigida em relação a um prestador de cuidados percebido como inconsistente, volátil, e preocupado com as suas próprias necessidades emocionais. As filhas dizem sentir-se atingidas pelos ataques maternos à sua auto-estima, mas continuam à espera de amor e aceitação incondicional.

(2) Nove em 11 raparigas com vinculação ambivalente relatam afectos intensos, difíceis de manejar de ansiedade e raiva, com humores disfóricos gerais. As memórias mais precoces destes humores são lembradas no contexto da vinculação às mães, que são vistas como provocando ou intensificando a disforia dos sujeitos. Parece haver uma interacção nestas vinculações entre uma vulnerabilidade biológica temperamental e a experiência de ligação à mãe.

(3) Para 7 em 11 sujeitos ambivalentes parece haver uma associação entre a vinculação materna e distúrbios alimentares durante a adolescência. Se ou como estas variáveis (instabilidade afectiva, anorexia, vinculação ambivalente) podem estar causalmente ligados está para além do estudo, mas convida a mais investigação.

(4) Deverá notar-se que as associações descritas são baseadas em amostras muito pequenas (amostra total = 28, ambivalente = 11). Além disso, não se tendo pretendido inicialmente um estudo clínico, ele não incluiu diagnósticos clínicos formais. A ligação entre padrões de vinculação e distúrbios alimentares requer mais investigação.

### 3. Conclusão

A teoria da vinculação descreve uma forma de relação, universal, que se inicia entre o indivíduo e o seu prestador de cuidados, cuja função primária é a de **protecção**. Esta protecção tem um objectivo biológico - a sobrevivência da espécie, e psicológico - **sentimento de segurança** -, tendo como resultado comportamental a **proximidade física**. A relação de vinculação desenvolve-se a partir da interacção entre as tentativas da criança de manter a proximidade da figura de vinculação em alturas de ameaça, e a acessibilidade da figura de vinculação. Nesta medida, a vinculação é **segura** quando a criança está certa da disponibilidade da mãe, e de que merece ser amada; e **insegura**, quando não está certa da sua disponibilidade, desenvolvendo defesas perante esta incerteza. Consoante o tipo de insegurança, e defesas para lidar com ela, dá origem a dois estilos de vinculação insegura: a ambivalente e a evitante. Assim, a criança com **vinculação ambivalente** não está certa da responsividade do prestador de cuidados, por isso mantem-se *hiper-vigilante em relação à disponibilidade da mãe* e esta incerteza traduz-se numa intensa *angústia de separação*; a criança com **vinculação evitante** não está incerta, mas *certa da não disponibilidade da mãe*, esperando de facto ser rejeitada por ela, e para lidar com isto *minimiza a importância da mãe*, construindo defesas no sentido de viver sem contar com os outros.

Estes três padrões principais de vinculação vão-se estabilizando ao longo do tempo, através de memórias da história da vinculação, em parte inconscientes, constituindo-se os **modelos internos funcionais**, os quais contêm informação sobre a disponibilidade do prestador de cuidados. Estes modelos são modelos inter-relacionados do self e da figura de vinculação. Assim, quando a mãe é vista como afectivamente responsiva, o self é visto como digno de amor; quando a mãe é vista como sendo afectivamente inconsistente ou rejeitante, o self aparece como desvalorizado. Estes modelos foram concebidos como estruturas cognitivas, contendo informação que ajuda a orientar e decidir o comportamento, por isso teoricamente são estruturas flexíveis, que se vão adaptando a nova informação. Mas alguns mecanismos podem interferir neste processo como a **exclusão defensiva da informação**, em resposta à dor mental, que faz com que a criança deixe de ter consciência do progenitor "mau", retendo na consciência a "boa mãe", assim como pode deixar de ter consciência da concepção do seu self como ineficaz e sem valor.

Relativamente aos mecanismos defensivos, é interessante constatar os diferentes **modos de internalização** destes modelos que remetem para diferentes modos de representar a informação, ao longo do desenvolvimento: o *enactivo* (através do movimento), o *imagístico* (através de representações sensoriais), o *lexical* (através de formas simbólicas). É igualmente interessante constatar, como foi feito por vários trabalhos de investigação, que, quando evocadas questões ligadas à separação, enquanto as crianças com vinculação *segura* são capazes de explorar verbalmente ou representar internamente a experiência de separação, as *inseguras* parecem exprimir-se fundamentalmente pela representação enactiva. Isto fez alguns autores pensar que a falha em atingir o modo de representação lexical pode predispor o indivíduo a repetidamente re-enactivar padrões de vinculação desadaptados e não verbalizados, e que o desenvolvimento de estruturas lexicais tem um papel importante na diferenciação e consolidação de uma representação do self e do objecto independentemente da sua interacção. Note-se que na patologia alimentar é o recurso ao comportamento que é fundamentalmente utilizado.

Assim, os modelos internos funcionais, mesmo inconscientes, continuam a orientar o comportamento do sujeito. É isto que acontece, por exemplo, nas **relações íntimas**, consideradas também como relações de vinculação, na medida em que também (para além da relação sexual) se busca *protecção* no parceiro amoroso, sendo a diferença relativamente à relação mãe-filho, a de que se trata de uma relação bi-unívoca (ambos dão e recebem o sentimento de protecção). Desta forma, a escolha do parceiro tende a fazer-se de acordo com os modelos anteriores, de forma que, por exemplo, uma pessoa que tem um self desvalorizado, irá escolher um parceiro de acordo com esse modelo (inconsistente ou rejeitante).

É na medida que estes padrões permanecem interiorizados e orientam a vida, que se começou a observar *a relação entre as disrupções na vinculação e os distúrbios psicológicos*, concretamente em períodos de mudança desenvolvimental, como é o caso da adolescência, em que, por um lado, ocorre uma separação, por outro, os velhos padrões de relação se transformam. É por isso que também se tem procurado ligações entre a **patologia alimentar e a vinculação**.

Assim, os investigadores partem das formulações psicodinâmicas, que descrevem as *dificuldades de autonomia* na anorexia e bulimia, e que indicam haver uma falha no *sentimento de segurança*, fornecido por uma vinculação segura. Na **anorexia nervosa** a falha em atingir um sentimento de autonomia, e a magreza como protecção contra essa autonomia indicam uma *vinculação insegura*; mas, enquanto que a desvalorização da importância das relações afectivas, através da preocupação com o corpo, indica uma *vinculação evitante*, a hipervigilância ao julgamento dos outros, aponta mais para uma *vinculação ambivalente*. Na **bulimia**, a vinculação insegura seria deduzida da procura ansiosa da comida para manter uma ligação e evitar a separação, sendo que, por um lado, a perda de controlo apontaria para uma *vinculação ambivalente* mas, por outro, a alternância com restrição alimentar e preocupações corporais, indicaria mais uma *vinculação evitante*.

Os **resultados empíricos** encontram algumas relações entre a *patologia da adicção e a vinculação insegura*, mas não só existem contradições, como são pouco claros relativamente ao estilo de vinculação em causa. Assim, por um lado, chegou-se à conclusão que existe: (1) uma relação entre a vinculação insegura aos pais, o medo do abandono, e as dificuldades de autonomia, que é superior na anorexia e bulimia do que nos grupos de controlo; (2) uma associação entre a percepção da qualidade afectiva da vinculação aos pais e do suporte parental para a autonomia e alguns sintomas como o impulso para a magreza e o comportamento bulímico.

Outros estudos, encontraram o estilo de vinculação *preocupado ou ambivalente*, partindo do pressuposto que existe no funcionamento destas jovens uma perda dos limites self-outro, uma grande necessidade de aprovação dos outros, e o medo de ser rejeitado. Além disso, algumas investigações encontraram uma grande frequência de distúrbios alimentares em jovens com vinculação ambivalente, que exploraram qualitativamente tendo constado: (1) uma tendência para crianças e adolescentes com vinculação ambivalente para exprimirem a ansiedade através de preocupações corporais; e (2) um *perfil de relação materna* percebida particular - uma relação oscilante entre amor e ódio, sentimento de inconsistência materna, e sua incapacidade de fornecer um ambiente firme e seguro, mães com reacções emocionais súbitas e inesperadas, existência de ataques à auto-estima da filha, sobretudo corporal e social, e de uma expectativa sempre mantida nas filhas de uma melhor relação com a mãe, tendo em conta os "raros, mas deliciosos momentos de contacto", ou seja, um "attachment-seeking behavior" -.

Estes estudos, apesar de encontrarem efectivamente uma relação entre distúrbios alimentares e vinculação insegura, e até o estilo ambivalente, deixam alguns "buracos" na compreensão desta relação. Assim

(1) Se de facto dificuldades nas relações precoces estão relacionadas com a patologia alimentar, como aliás tem sido defendido pelos teóricos psicodinâmicos, *que processos psicológicos internos medeiam esta vinculação insegura?*

(2) Os instrumentos de vinculação utilizados medem na sua maioria a *vinculação percebida aos pais* e não os *estilos actuais de vinculação nas relações próximas* que

nos parecem mais importantes como traduzindo os modelos internos funcionais conscientes actuais.

(3) Além disso, trata-se de instrumentos de auto-resposta, ou seja, estão a medir o lado visível deste iceberg que é a forma como o indivíduo "vê" as suas relações, mas não dizem nada sobre o lado submerso... sobre os tais modelos internos funcionais que se tornam inconscientes, consequência de uma *exclusão defensiva*, por serem demasiado dolorosos...

(4) Mais do que isso, os resultados das investigações dizem muito pouco sobre este mundo interno, este mundo de objectos, em trocas afectivas complexas, relações que vão para além do sentimento de segurança e protecção. Por outras palavras, o que faz com que uma vinculação seja sentida como segura? O prestador de cuidados pode estar ou não estar afectivamente disponível, mas existem várias formas de se estar disponível... Além disso, entre o objecto real mãe, até ao objecto interno do adolescente, muitos caminhos já foram percorridos, muitas voltas subtis este mundo de afectos que é o nosso já deu...

## Capítulo 4

# Apresentação do problema e metodologia geral

### 1. Apresentação do problema e hipóteses

Para os autores psicodinâmicos, a problemática subjacente ao distúrbio alimentar, e concretamente à bulimia nervosa, é fundamentalmente uma problemática **narcísica** (*e.g.* Marcelli, Jeammet, Brusset, Chabert). Estamos assim perante uma relação de objecto narcísica vivida no corpo e na comida, uma utilização e controlo do objecto concretizada na comida, que se traduz numa aproximação / fuga a este objecto. Estamos perante uma problemática de **déficit narcísico**, com fronteiras entre o Eu e o Objecto pouco firmes e diferenciadas, que se traduz por angústias de perda, de abandono e angústias de intrusão. Estamos, enfim, perante uma compreensão que é da ordem da **falta**, falta de objectos internos amantes e protectores.

Mas a noção de **déficit narcísico** parece-nos pouco específica, já que toda a psicopatologia acenta numa problemática narcísica. Teremos assim um self mais coeso (neurose), mais danificado (estados limites) ou mais fragmentado (psicose), consoante o nível de ferida narcísica. De facto, parece-nos que o conceito de narcisismo é um "saco onde cabe muita coisa". Assim, como diz Coimbra de Matos, toda a psicopatologia parte de uma perda (do objecto sexuado, do amor do objecto, do objecto propriamente dito), e de um déficit narcísico que, consoante a sua precocidade e "violência", se consubstancia nas diferentes psicopatologias: na neurose, se este déficit

é ao nível da identidade sexual; nos estados limites, se ao nível da estabilidade e coloração do self; na psicose, quando o déficit atinge a identidade básica.

Por outro lado, quando falamos no **funcionamento narcísico** de uma forma mais específica, referimo-nos a uma organização que se situa entre a neurose e a psicose, característica dos funcionamentos limites, e em que a problemática principal é o *déficit de amor*, aquilo que Coimbra de Matos refere como *perda do amor do objecto* (personalidades depressivas) ou *perda do objecto* propriamente dito (personalidades limites). Aqui estamos perante um self separado do objecto, portanto sem risco de se perder no objecto, na confusão ou fragmentação, como acontece na psicose, mas um self frágil, mal amado, mal investido, que procura na relação com o objecto, valõrizar-se (compensação narcísica), ou apoiar-se nele (relação anaclítica), ao mesmo tempo que manter uma separação necessária para não se afundar. Portanto um self com angústia de desvalorização, de perda e de intrusão, que mantém uma *relação narcísica* com este objecto: o objecto é utilizado para equilíbrio narcísico do self. Parece-nos que esta é a principal questão defendida pelos autores psicodinâmicos em relação à bulimia.

Mas, aqui, nesta concepção do funcionamento narcísico, também podemos incluir as outras patologias do comportamento - as toxicomanias, a delinquência -, e até outras situações assintomáticas... Ou seja, **o que é que é específico do funcionamento narcísico da bulimia nervosa... e na sua relação com a comida e o corpo?**

Além disso, os autores psicodinâmicos pensam este *déficit*, esta falta, como consequência de **perturbações na relação precoce**, falhas na comunicação empática entre a mãe e a criança. Esta relação precoce ter-se-ia organizado de um modo narcísico, em que a mãe estaria pouco disponível ou pouco atenta às necessidades da filha, ou procuraria compensar as suas próprias falhas narcísicas através da relação com o seu bebé. A bulímica teria então uma relação de objecto narcísica, consequência de uma relação precoce materna narcísica. Ou seja, a bulímica relacionar-se-ia com os objectos internos e com os outros como a sua mãe se havia relacionado com ela. Isto remete-nos para a **relação de vinculação**.

A vinculação é, como diz Bowlby, uma relação específica, universal, cuja função primária é a **protecção**, que corresponde psicologicamente ao sentimento de **segurança**, à base segura que permite a exploração do mundo.

No caso da bulimia nervosa, as *investigações empíricas* basearam-se na literatura psicodinâmica que enfatiza a importância das disrupções da relação precoce na patologia alimentar (Bruch, 1973, 1978; Masterson, 1977; Sugarman & Kurash, 1982), argumento esse utilizado para partirem para a procura de disrupções na relação de vinculação, tendo como hipótese que estes sujeitos teriam um *estilo inseguro de vinculação*. Segundo estes autores, seriam estas disrupções na vinculação, que impediam o sentimento de segurança, e tornavam difícil o processo de autonomização adolescente, sendo que anoréticas e bulímicas, procurariam evitar esta separação-individualização, que sentiam incapazes de realizar, através do comportamento alimentar. No entanto, os autores mantiveram-se na dúvida relativamente ao **estilo de vinculação insegura na bulimia**: a perda de controlo indicaria um estilo mais *ansioso-ambivalente*, enquanto que a alternância com uma restrição alimentar controlada apontaria para um estilo mais *evitante*. Além disso, apesar de alguns resultados empíricos apontarem para um *estilo inseguro ambivalente*, deixam a dúvida relativamente à forma como isto se relaciona com os distúrbios alimentares, isto é, **que processos internos ligam estas duas variáveis, a vinculação insegura e a bulimia?**

Por outro lado, quando observamos a forma como a bulímica se relaciona com o mundo, como lida com os afectos, constatamos que esta relação afectiva que mantém com o mundo objectal parece fazer-se através deste "objecto comida", mas que, paradoxalmente, a deixa indisponível para a exploração do mundo... Parece ser então um objecto simultaneamente de ligação e separação dos outros, e ao mesmo tempo um "objecto-comida" que não alimenta, não apazigua, não permite o tal sentimento interno de segurança, a *base segura* fundamental para a exploração, portanto, para o crescimento...

Por tudo isto, iremos procurar compreender, **como é a vinculação nas bulímicas**, especificamente tentar avaliar os seus *modelos internos funcionais* de vinculação, através de um instrumento que mede a forma como elas se relacionam nas relações íntimas adultas, partindo do pressuposto teórico que estes padrões formados na infância, nas relações precoces, são interiorizados e actualizados nas relações íntimas adultas.

Contudo, o instrumento que utilizaremos irá unicamente dar conta da ponta visível do iceberg, na forma como o sujeito sente a relação interpessoal na sua dimensão consciente, a dimensão subjectiva do sentir do sujeito relativamente às suas relações afectivas. **O que se passa no lado submerso deste iceberg?**

Mesmo sabendo o estilo de vinculação na bulímica, mais ambivalente ou mais evitante, mantem-se a dúvida: o que significa internamente esta **vinculação insegura**? O que significa esta falta de segurança interna? Trata-se de um **vazio afectivo** por **falta** de uma relação suficientemente boa com o primeiro objecto de amor, como descrevem os autores psicodinâmicos? Ou trata-se de uma **ameaça interna** por **excesso** deste objecto de amor primário devido à ausência de um *elemento separador*, o qual permitiria entrar numa verdadeira organização edipiana? Por outras palavras, será que a falta de base segura se deve unicamente a problemas na relação com um objecto de amor primário pouco responsivo, ou pouco empático, ou à *falta de outros objectos*, como por exemplo o pai, que possam fornecer outra base de apoio, que possibilitem que a segurança materna não seja vivida ao nível da "sobrevivência e da angústia", que ao mesmo tempo permitam uma separação saudável, necessária ao espaço potencial, o espaço da relação, o espaço onde o verdadeiro self se pode exprimir livremente...

Partindo do pressuposto que encontraremos uma vinculação insegura nas bulímicas, seja ela mais ambivalente (incerteza relativamente à disponibilidade da figura da vinculação) ou mais evitante (certo da indisponibilidade e da rejeição), permanece a questão: **a que corresponde do ponto de vista interno esta vinculação**

**insegura?** Como é este objecto interno que não protege, que não contém? É um objecto mais excitante (que promete mas frustra), ou mais rejeitante (que rejeita e desvaloriza o sujeito), tomando em conta as formulações de Fairbairn?

Ou seja, *que objecto interno é este, que relação o sujeito mantém com este objecto, e que objecto-comida é este que ocupa o universo psíquico da bulímica?*

Se pensarmos na **relação de objecto da bulímica, através do comportamento alimentar**, podemos imaginar que, esta necessidade imperiosa de comer, seguida de uma necessidade urgente de expulsar esta comida, indica que as barreiras limites entre o Eu e o Outro falham, correndo-se o risco da perda da identidade, que a bulímica procura controlar através do vomitar da comida ingerida. Isto parece apontar para um funcionamento *limite depressivo*, visto que as defesas narcísicas, de reforço de limites, parecem falhar, ocorrendo uma mistura parcial com o objecto.

Por outro lado, havendo um deslocamento sobre o corpo de uma relação de objecto que oscila entre a fuga e a dependência, como é descrita pelos autores, isto parece indicar uma relação *ansiosa-ambivalente* entre a bulímica e a comida, uma vez que há uma procura activa desta, mas há também um medo deste objecto-comida. Assim, isto aponta para uma **vinculação ambivalente** a este objecto comida, que preenche o universo afectivo da bulímica, com quem ela mantém uma relação dependente, uma ligação intensamente necessária e procurada. A *comida*, no sentido de Fairbairn, parece ser um **objecto excitante**, desejado mas nunca satisfatório, por isso, nunca alimentador. Poderíamos pensar num objecto excitante exteriorizado (na comida), como Fairbairn descreve no funcionamento histérico.

Mas, ao mesmo tempo a comida parece ser um **objecto rejeitante**, de quem a bulímica se procura proteger, afastar... Estaríamos perante um funcionamento mais dentro da *fobia*, em que objecto aceite e rejeitado são ambos exteriorizados, num comportamento de permanente aproximação / fuga ao objecto, como a bulímica parece fazer com o objecto-comida? Ou num funcionamento *obsessivo*, à Fairbairn, em que o

objecto interno seria simbolicamente controlado na comida, num permanente comportamento de retenção / expulsão?

Ou seriam os *outros*, sentidos como objectos rejeitantes e desvalorizadores, de quem ela se protege refugiando-se na comida? Neste caso estaríamos talvez perante uma **vinculação evitante**, relações humanas evitadas, comida também ela evitada e ao mesmo tempo barreira de protecção contra afectos perturbadores?

Temos assim **três questões de investigação**:

(1) A literatura refere perturbações da relação da vinculação. De facto, a bulímica parece escassear de *base segura para a exploração do mundo*, o seu estilo de vinculação actual parece ser por um lado mais ambivalente (na relação como o objecto comida), por outro mais evitante (no evitar das relações humanas, investindo na relação como o alimento / corpo). **Como é a vinculação na bulimia?**

(2) O conceito de narcisismo parece-nos um conceito alargado, onde se incluem muitas outras patologias, para dar conta da especificidade da relação de objecto na bulimia nervosa e na relação que estabelece com o alimento: **o que é específico no funcionamento narcísico da bulimia nervosa?**

(3) Se ela de facto não tem uma vinculação segura, se o seu mundo interno não repousa tranquilamente, nem se arrisca nas relações humanas, tal qual trapezista sem rede, **o que significa em termos de mundo interno esta falta de segurança?** É da ordem da **falta** (objectos insuficientemente amantes, por falta de uma mãe suficientemente boa) como diz a grande maioria dos autores psicodinâmicos, ou da ordem da **ameaça** (objectos internos persecutórios, por excesso de um objecto primário na ausência de outros objectos)?

As **principais variáveis** globais do nosso estudo são portanto os *estilos de vinculação da bulímica* (variáveis definidas e operacionalizadas no Capítulo 5), e o seu *mundo interno da bulímica* (em que nos debruçaremos sobre variáveis específicas definidas e operacionalizadas no Capítulo 6).

## 1.1 Estilos de vinculação da bulimia nervosa

A **teoria da vinculação** sublinha as dificuldades de autonomia na anorexia e bulimia, e como os sintomas alimentares, representando uma luta contra a separação (na anorexia através da magreza, na bulimia, pela procura de contacto através da comida), reenviam para uma *vinculação insegura*. No entanto, não são claros quanto ao estilo de vinculação, já que a busca ansiosa de comida e a falta de controlo na bulimia apontam para uma vinculação ambivalente, enquanto a restrição alimentar e preocupações corporais apontam mais para uma vinculação evitante (O'Kearney, Gertler, Conti & Duff, 1995).

Por outro lado, alguns resultados empíricos apontam para *angústia de separação* na bulimia (Armstrong & Roth, 1989; Rhodes & Kroger, 1992), e para um estilo mais *ambivalente* (Salzman, 1988, 1996) ou *preocupado* (Friedberg & Lyddon, 1996).

Além disso, da nossa **observação clínica**, o comportamento bulímico parece mostrar uma *relação ambivalente com a comida*, um comportamento ansioso de busca, e um recuo através da expulsão desse alimento. *Haverá aqui um deslocamento de uma vinculação ambivalente para a comida? Haverá, portanto, um modo de relação com os outros, mais ambivalente, o qual também se reflecte na comida?*

Contudo, se pensarmos na relação que a bulímica estabelece com a comida como uma forma de *evitar* a relação com os outros, então poder-se-ia esperar que teriam uma *vinculação evitante*...

Assim, pomos como hipóteses:

*H1 - As bulímicas vão apresentar mais insegurança nas relações do que as jovens normais.*

*H2 - As bulímicas terão fundamentalmente uma vinculação ambivalente ou evitante? (hipótese exploratória)*

## 1.2 O mundo interno na bulimia nervosa

A bulimia não constitui uma organização psicopatológica definida, podendo incluir-se num registo mais psicótico, mais neurótico, ou mais limite, consoante a falha se situa ao nível das identificações primárias (falha ao nível da identidade), ou das identificações secundárias (ao nível edipiano), reflectindo-se em dificuldades na incorporação, introjecção ou identificação sexual (Jeammet). Aquilo que segundo vários autores (Jeammet, Brusset, Kernberg, Sugarman, Sands) a caracteriza é *o modo particular de relação de objecto*, narcísico, que procura "manter o objecto nos limites do eu", como forma de lidar com angústia de perda e angústia de intrusão. Portanto, estamos perante um modo de **relação de objecto limite**.

Por outro lado, estes vários autores pensam que este modo particular de relação, é **actualizado na própria patologia do comportamento**, na sintomatologia alimentar, ou seja, ela relaciona-se com a comida e o corpo, como se relaciona com os seus objectos internos. Para Jeammet (1993) a comida é um "substituto relacional", um "neo-objecto", e uma forma de "evitamento do conflito", conduzindo a uma "desobjectalização progressiva". Portanto, o comportamento da adicção substitui a relação objectal, na qual se vai reflectir o mesmo paradoxo: "aquilo de que elas têm necessidade, é aquilo que as ameaça" dada a dependência ao objecto primário. De uma outra forma, Sands (1991) fala, a propósito do *self bulímico*, de "necessidades arcaicas dissociadas e desviadas para a patologia alimentar", e Sugarman (1991) enfatiza a "transferência dos conflitos para o corpo" e "um deslocamento do self psicológico para o self corporal".

### 1.2.1 A problemática de desenvolvimento

Serão estas falhas na relação de objecto primária que conduzem ao sintoma alimentar, que ela procura compensar, através de um comportamento de *incorporação*

(e.g. Brusset, 1993). Assim, a literatura refere uma **problemática oral** nos distúrbios alimentares (e.g. Kestemberg *et al.*, 1972), a ausência do controlo oral na bulimia (e.g. Lavick *et al.*, 1991), e uma intensa agressividade - aidez oral (e.g. Boris, 1984; Salgueiro, 1991) -, expressa na relação com os alimentos, ligada à relação precoce. Por outro lado, estas jovens têm dificuldades no processo de autonomização adolescente, o qual é evitado através do comportamento alimentar, que constitui uma **regressão** para fases anteriores do desenvolvimento. Ou seja, perante a necessidade e impossibilidade de se afastar dos objectos de amor primário, ela vai *regredir*, procurando compensar as necessidades afectivas primárias através do sintoma alimentar (e.g. Lippe, 1993; Sugarman, 1991). De facto, a literatura descreve uma triangulação mal estruturada, uma cobertura neurótica que muitas vezes esconde uma problemática pré-edipiana subjacente (e.g. Jeammet, 1993).

Assim, pomos como hipóteses:

*H3 - As bulímicas apresentam uma problemática oral.*

*H4 - Evidenciam-se nas bulímicas mecanismos regressivos.*

### 1.2.2 Os mecanismos defensivos

Apesar destas jovens poderem ter um funcionamento mais neurótico, ou mais psicótico, a literatura concebe os distúrbios alimentares como inscrevendo-se dentro de um modo de *relação de objecto limite*, sendo os sintomas no sentido de lutar para manter a separação entre o self e o objecto, a alternância entre o comer e o vomitar na bulimia, uma forma de "manter o objecto nos limites do eu" (Jeammet, 1993). Por outro lado, os autores referem uma relação de objecto narcísica, ligada a um déficit narcísico, enfatizando a **depressão** subjacente: falha das interiorizações (Corcos *et al.*, 1995), angústia de abandono (Masterson, 1977), angústia de separação (Brusset,

1993; Jeammet, 1993) e melancolia (Chabert, 1993). Além disso, parece que os mecanismos defensivos "anti-depressivos" utilizados pela bulímica não são muito eficazes, já que os sintomas depressivos mantêm-se. Acrescente-se ainda, que as crises de voracidade alimentar são vividas como uma experiência de perda de limites, e daí a necessidade do vômito. Assim, isto parece indicar que o reforço de barreiras (defesa narcísica) na bulímica falha.

Assim, pomos como hipóteses:

*H5 - As jovens bulímicas terão mais defesas limites do que neuróticas e psicóticas.*

*H6 - Dentro das defesas limite, estas serão mais depressivas do que narcísicas.*

### *1.2.3 A relação de objecto na bulimia*

A teoria refere uma ausência de segurança interna, portanto uma falta de objectos internos amantes e estáveis, de forma que a bulímica não pode parar a sua patologia do comportamento, o seu ritual "barulhento" de busca / expulsão alimentar, para não "ouvir" a profunda depressão, vazio, e confusão com o objecto. Parece estarmos fundamentalmente perante um objecto frágil, com diferenciação parcial - um **objecto danificado** -, o objecto da organização limite (aqui utilizando o termo "objecto" no sentido de estruturas internas: self, objecto, e o afecto que os liga).

Mas, se a busca ansiosa do objecto-comida se inscreve numa procura de alimentar este objecto interno danificado, então este ritual parece simbolizar mais uma procura de **apoio no objecto** do que um reforço de barreiras, que se perdem e em seguida são erguidas no acto de expulsão dos alimentos, como que numa tentativa de restituição de limites. Por outro lado, se o ritual bulímico aparece numa tentativa de "enganar" uma depressão subjacente, ele trás consigo novos sintomas depressivos: a culpa, a vergonha, a auto-desvalorização.

Podemos assim imaginar que internamente as defesas não conseguem "compensar"

o dano do objecto, e que portanto este objecto se mantem danificado, desvalorizado...

Assim, pomos como hipóteses:

*H7 - O objecto interno está mais danificado do que inteiro (neurose) ou fragmentado (psicose).*

*H8 - A relação de objecto é mais depressiva (perda parcial de limites, procura de apoio no objecto) do que narcísica (reforço de limites).*

#### *1.2.4 Comparação do mundo interno entre bulímicas "puras" e bulímicas com história de anorexia*

Não se pretendeu, neste estudo, comparar anorexia com bulimia. Na realidade, a intenção desde o início deste trabalho foi estudar a bulimia nervosa, e o significado do sintoma bulímico. No entanto, se nalguns casos, as crises de voracidade alimentar aparecem subitamente, "vindas do nada", noutras jovens, o comportamento bulímico aparece frequentemente após uma história de anorexia, na sequência de um longo período de restrição alimentar. Neste caso, trata-se de uma bulimia cujas ingestões alimentares compulsivas surgem após um longo período de fome (e sabe-se que a fome prolongada dá origem a uma reacção fisiológica de ingestão alimentar compulsiva).

#### **Será que isto corresponde a uma diferença interna?**

De facto, segundo Jeammet (1993), aquilo que distingue anorexia e bulimia não é a problemática interna, sendo em ambos os casos uma dependência ao objecto materno e uma problemática depressiva, incapaz de ser elaborada, mas a *eficácia dos mecanismos anti-depressivos*. Assim, a bulímica perde o controlo da sua "avidez afectiva", que actua nas crises de ingestão compulsiva, às quais se segue o sentimento de auto-recriminação, o qual induz a "compulsão à repetição" do comportamento alimentar, perpetuando a relação com a comida de mistura e separação. Na anorética, ao contrário, o controlo das necessidades provoca-lhe um sentimento de poder, poder sobre o objecto. Parece

portanto que o **reforço de barreiras é mais eficaz na anorexia** (que em termos defensivos, corresponde a mecanismos de clivagem mais bem sucedidos)

Além disso, Kernberg (1995) refere a existência de uma problemática mais simbiótica na anorexia nervosa, e Sugarman (1991) fala de uma depressão anaclítica, sendo o comportamento restritivo uma **luta contra a fusão**, uma procura de limites.

Assim, pomos como hipóteses:

*H9 - As bulímicas com história de anorexia têm uma relação de objecto mais anaclítica, e mais defesas narcísicas de luta contra a fusão (clivagem) do que as bulímicas sem esta história.*

*H10 - As bulímicas têm maior agressividade oral (dado o sintoma não vir após a fome), e mais mecanismos defensivos depressivos (identificação projectiva).*

Esperamos, além disso, encontrar outras diferenças:

*H11 - Esperam-se encontrar outras diferenças na dinâmica interna entre a bulimia "pura" e a bulimia com história de anorexia (hipótese exploratória).*

### 1.3 Relação entre vinculação e relação de objecto

Aqui pretende-se responder a uma das questões principais deste trabalho: que dimensões internas, em termos de objectos internos e sua relação, estarão subjacentes aos diferentes estilos de relação na vinculação?

Tendo em conta a forma como os estilos de vinculação foram conceptualizados - o estilo *ansioso-ambivalente* está incerto da disponibilidade do outro e procura-o activamente; o *evitante* espera ser rejeitado e desenvolve estratégias para não contar com o outro -, é possível tentar estabelecer uma correspondência entre os estilos de vinculação e a

dinâmica objectal interna. Mas, desde logo se levanta uma questão, quando falamos de *segurança na vinculação, ou segurança nas relações íntimas com os outros*. De facto, o que é isto de ser inseguro, de ser "preocupado" ou "receoso" (Bartholomew, 1990) nas relações? Parece-nos que isto pressupõe (1) um **investimento na relação com os outros**, (2) uma **consciência dos seus sentimentos** relativamente a esta relação. Ora, isto começa a ser posto em questão assim que entramos no campo da psicopatologia, como é o caso deste trabalho... De facto, quanto mais patológicos são os mecanismos defensivos, mais rígidos e alienantes da realidade eles são. Alienação essa, seja da realidade externa, como é o caso da psicose, seja da realidade interna. Basta pensarmos, por exemplo nos mecanismos de *compensação narcísica*, que dão ao sujeito a sensação de uma auto-confiança e valor de si, no sentido de mascarar a profunda carência a este nível. Ou pensemos ainda nas defesas maníacas, utilizadas para mascarar depressões... De facto, quanto mais saudável é o indivíduo, maior a correspondência entre o mundo interno e aquilo que aparece cá fora, porque mais próximo da sua verdade..., porque menos alienantes os mecanismos defensivos, como é o caso do recalçamento, característico da neurose, o qual tudo o que é capaz de fazer, é estabelecer um "compromisso", já que deixa sempre uma "mão de fora" através do retorno do recalçado...

Mas no caso deste trabalho pretende-se compreender a correspondência entre a forma da bulímica perceber as suas relações com os outros e as suas relações internas...

Vamos, apesar de tudo, avançar com algumas hipóteses.

### 1.3.1 Vinculação evitante

No estilo de vinculação evitante, a teoria da vinculação descreve defesas perante a expectativa da rejeição do outro, no sentido de (1) desvalorizar a importância do outro, (2) não precisar do outro, mas antes contar sobretudo consigo próprio.

Em termos do **desenvolvimento**, isto poderia corresponder à fase *anal*, em que a criança sai do estado de dependência para um estágio de oposição em relação ao objecto.

Por outro lado, podemos supor que a desvalorização da relação ou da importância afectiva do outro, implica que internamente ocorra um **mecanismo defensivo** de *separação dos afectos* que, ao nível da neurose, corresponde ao *isolamento* (separação afectos / representações) e, dentro da organização limite, à *clivagem*, que é também uma defesa de separação, mais radical, mais primitiva. Portanto, internamente, e tendo em conta a diversidade psicopatológica da bulímica, haveria processos de separação do objecto: o isolamento dentro do registo neurótico, separando as defesas das representações; a clivagem, no registo limite, separando as partes boas e más do self e do objecto.

Relativamente à **relação de objecto** podemos pensar da mesma forma. Assim, dentro da *neurose*, o objecto está inteiro e separado do self, e o self irá “fugir” à relação com este objecto (mecanismo fóbico) ou controlar os afectos em relação a ele (mecanismo obsessivo). Por outro lado, no caso de existir um objecto danificado, dentro de uma *organização limite*, podemos imaginar que o evitamento da relação equivale, internamente, a um (1) reforço de limites separadores entre o self e o objecto, ou (2) retirando o impacto interno do objecto (relação de objecto narcísica).

Assim, levantamos as hipóteses:

*H12 - Num funcionamento mais neurótico, existe uma associação entre a vinculação evitante e (1) a fuga à relação (mecanismo fóbico) e (2) isolamento (mecanismo obsessivo).*

*H13 - Num funcionamento mais limite, existe uma associação entre a vinculação evitante e (1) a clivagem e (2) o reforço de barreiras entre o self e o objecto (mecanismos narcísicos).*

### 1.3.2 Vinculação ambivalente

A vinculação ambivalente é descrita como uma forma de relação em que o outro é constantemente procurado - "object seeking behaviour" -, e em que existe angústia de separação.

A problemática predominante parece estar ligada à dependência do objecto primário, portanto a uma **problemática oral**.

Relativamente aos **mecanismos defensivos** podemos imaginar que estes fazem aumentar a importância e a necessidade do outro, portanto, haveria uma *idealização*, em que o objecto é idealizado numa tentativa de mascarar a sua ausência, mas que o sujeito se torna dependente deste objecto idealizado. Por outro lado, a vinculação ambivalente estaria relacionada com mecanismos de ligação como a *identificação projectiva*, que é um mecanismo que mistura o sujeito com o objecto, que por isso os liga (o sujeito identifica-se a qualidades projectadas no objecto).

A **relação de objecto**, seria assim essencialmente anaclítica: o *apoio no objecto*, estando o *objecto idealizado* e o *self desvalorizado* (tendo em conta as formulações de Bartholomew sobre o estilo preocupado), ou mesmo *danificado*.

Assim, sugerimos as seguintes hipóteses:

*H14 - Existe uma relação entre a vinculação ambivalente e a dependência ao objecto primário (problemática oral).*

*H15 - Existe uma relação entre a vinculação ambivalente e (1) a idealização do objecto, (2) a identificação projectiva, e (3) uma relação de apoio no objecto (mecanismo depressivo).*

## 2. Metodologia geral

Nesta investigação utilizou-se um *plano de observação transversal* e uma metodologia *correlacional*, baseada sobre a observação das variáveis em meio natural.

### 2.1 Instrumento e amostras

Para recolha dos dados utilizaram-se os seguintes **instrumentos**:

- O Questionário de Estilos de Vinculação (QEV).
- Um instrumento projectivo, o Rorschach (RCH), para avaliação do mundo interno.

Assim, a resposta às questões de investigação implicou: (1) a adaptação de um instrumento americano, o *Adult Style Questionnaire*, originando o questionário de estilos de vinculação (QEV), para avaliar dimensões da vinculação, a qual é descrita no Capítulo 5; (2) a determinação de categorias de análise dos protocolos RCH, adequadas às perguntas de investigação, que são explicitadas no Capítulo 6.

As **amostras** compreenderam 123 jovens universitárias do sexo feminino de idade média 20.5 anos (DP = 1.7), 22 jovens (sexo feminino) com diagnóstico de bulimia nervosa, 13 com bulimia "pura" de idade média 21.1 anos (DP = 2.5) e 9 com bulimia com história de anorexia, de idade média de 20.5 anos (DP = 3.3).

A amostra de jovens "normais" foi constituída por estudantes das seguintes Licenciaturas do Ensino Superior de Lisboa: Gestão de Empresas, Sociologia, Professores do Ensino Básico. A amostra foi obtida após permissão dos professores para recolher informação numa das suas horas de aula.

A amostra das jovens bulímicas foi recolhida na Consulta de Doenças do Comportamento Alimentar (CDCA), no Hospital de Santa Maria, após autorização dos Professores Daniel Sampaio e Isabel do Carmo.

## 2.2 Procedimento

As jovens "normais" preencheram numa única sessão apenas o instrumento Questionário de Estilos de Vinculação (QEV), descrito no Capítulo 5. Os estudantes foram avisados sobre o regime de voluntariado, anonimato e confidencialidade do estudo. Foi-lhes pedido que pensassem nas relações próximas que mantêm com amigos e namorado para responder às perguntas.

As jovens bulímicas preencheram inicialmente o Questionário de Estilos de Vinculação, após o qual lhes foi pedida uma entrevista de cerca de 1.5 hora, para recolher informação sobre a história da doença e as relações afectivas em geral (família, amigos, namorado) assim como para passar o teste Rorschach. Foi-lhes garantida a confidencialidade clínica.

## 2.3 Tratamento dos dados

Na adaptação do instrumento *Adult Style Questionnaire* utilizou-se o método da análise factorial\* em factores comuns e únicos com rotação varimax para avaliar a sua estrutura, e recorreu-se ao coeficiente *alpha* de Cronbach para apreciar a consistência interna das suas diversas escalas. As análises dos dados compreenderam estudos diferenciais\*<sup>1</sup> e estudos correlacionais.

Nos estudos diferenciais, utilizaram-se análises de variância unifactorial (ANOVA), para testar a existência de diferenças significativas entre grupos para uma dada variável dependente. Utilizou-se ainda o teste *post hoc* de Scheffé, o qual permite distinguir os grupos cujos resultados se diferenciam significativamente uns dos outros, sempre que mais de dois grupos são simultaneamente comparados.

Para analisar diferenças entre variáveis intra-grupo utilizaram-se análises de

---

\* Nesta análise foi utilizado o *package* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* - versão 9 (SPSS: Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner & Brent, 1975).

variância multivariada para medidas repetidas.

Nos estudos correlacionais utilizou-se o coeficiente de correlação produto-momento de Pearson.

## 2.4 Limitações

As principais limitações da investigação prendem-se com os seguintes factos.

Primeiro, com o facto de tratar-se de um estudo transversal, o qual não permite inferir relações de causalidade para as associações entre variáveis encontradas.

Segundo, com o facto de o estudo ter incidido sobre uma amostra de conveniência e de tamanho bastante reduzido, pelo que é ilegítimo qualquer generalização dos resultados.

Terceiro, com o facto de se ter utilizado, para avaliar os estilos de vinculação, um questionário de auto-relato que, como se sabe, está limitado àquilo que o indivíduo está disposto a revelar sobre si próprio, à sua percepção consciente sobre si próprio, à sua honestidade, à sua motivação para colaborar na investigação.

## Capítulo 5

# Adaptação de um instrumento de avaliação dos estilos de vinculação

### Introdução

Para avaliar os estilos de vinculação decidiu-se utilizar o *Adult Style Questionnaire* (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994), porque foi desenvolvido com o objectivo de determinar as principais dimensões da vinculação adulta no estabelecimento de relações íntimas, não necessariamente amorosas, o que nos pareceu mais importante do que a avaliação da relação com os pais.

O *Adult Style Questionnaire* (ASQ) tem como base os constructos teóricos que cobrem, quer os aspectos principais descritos em ambos os modelos de Hazan & Shaver (1987) e de Bartholomew (1990), quer os temas básicos da teoria da vinculação infantil, tópicos a que nos referimos no Capítulo 3. A construção inicial deste instrumento foi detalhada noutro trabalho (Marta, 1997) e aqui só referiremos os seus aspectos essenciais.

### 1. Descrição do *Adult Style Questionnaire*

O ASQ é constituído por 40 itens (Anexo 1) e a sua análise factorial permitiu obter duas soluções interpretáveis: solução com cinco factores e solução com três factores (Feeney *et al.*, 1994).

Na solução com cinco factores destacam-se as seguintes dimensões: *Confiança*, no self e no outro; *Desconforto com a Proximidade*, uma das características do estilo evitante; *Necessidade de Aprovação*, que avalia a necessidade dos indivíduos de confiança e aceitação; *Preocupação com as Relações*, que significa uma procura dos outros de forma a preencher desejos de dependência; *Relações como Secundárias*, que corresponde a uma supervalorização do sucesso e independência como forma dos indivíduos se protegerem contra a dor e a vulnerabilidade.

Na solução com três factores emergem as seguintes dimensões: *Segurança*, que corresponde à dimensão Confiança da solução anterior; *Ansiedade*, equivalente às dimensões anteriores Necessidade de Aprovação e Preocupação com as Relações; *Evitamento*, correspondente às dimensões anteriores Desconforto com a Proximidade e Relações como Secundárias.

As consistências internas das escalas, avaliadas pelo coeficiente *alpha* de Cronbach variaram entre .76 e .84 para a solução com cinco factores, e entre .83 e .85 para a solução com três factores. A fidelidade teste-reteste variou entre .67 e .84. Os autores concluem assim que o instrumento possui níveis aceitáveis de fidelidade.

As relações entre as escalas foram de -.49 e -.29 entre a *Segurança* e, respectivamente, o *Evitamento* e a *Ansiedade*, e de .35 entre o *Evitamento* e a *Ansiedade*. Estas relações foram consideradas pelos autores como consistentes com os pressupostos da teoria da vinculação.

Os autores realizaram vários estudos para confirmar a validade do instrumento, nomeadamente para determinar se o instrumento permitia identificar os quatro grupos de vinculação adulta preconizados por Bartholomew (1990): seguros, preocupados, receosos e rejeitantes. Estes estudos foram detalhados noutra obra (Marta, 1997).

Para o que interessa no contexto desta investigação, importa apenas referir que os estudos com aplicação do ASQ mostraram que aquilo que melhor explica a variabilidade relacional nas relações próximas prende-se com a dicotomia: **vinculação segura/vinculação insegura**. Ou seja, a diferença entre os estilos relacionais está mais relacionada com esta característica - a segurança - do que com um padrão específico de

atitudes nas relações íntimas. É contudo possível *distinguir diferentes maneiras de ser inseguro, que correspondem a valores diferentes nas restantes escalas*, e cujas combinações formam os modelos mentais (do self e do outro) dos restantes padrões relacionais.

Em conclusão, o ASQ parece bem adaptado à avaliação de diferentes dimensões da vinculação, pelo que decidimos adaptá-lo a jovens portugueses.

## **2. Adaptação do ASQ a jovens portugueses**

### **2.1 Estudo preliminar do instrumento**

Num primeiro passo traduziu-se a versão americana do ASQ para português. Em seguida, fez-se uma reflexão falada junto de cinco jovens do sexo feminino frequentando o primeiro ano de um estabelecimento de Ensino Superior de Lisboa, de modo a garantir a compreensão unívoca dos itens e a sua adequação ao contexto português. Foram introduzidas ligeiras alterações na tradução. O número original de itens foi mantido. Decidiu-se na versão portuguesa do Questionário de Estilos de Vinculação, QEV, utilizar uma escala de tipo Likert com seis níveis, tal como na versão americana. As seis possibilidades de resposta estão diferenciadas em termos de “concordo inteiramente”, “concordo”, “concordo mais do que discordo”, “discordo mais do que concordo”, “discordo”, “discordo inteiramente”. Cada categoria é classificada com menos um ponto que a anterior, desde um máximo de 6 a um mínimo de 1. Nas questões assinaladas com ( R ) na versão americana a pontuação é revertida. Deste modo, para qualquer questão, quanto mais alta a pontuação maior é a sua contribuição para a respectiva escala. A versão original do instrumento, no formato em que foi aplicada, é indicada no Anexo 2.

## 2.2 Metodologia

A amostra foi constituída por jovens do sexo feminino frequentando os primeiros anos de vários Estabelecimentos de Ensino Superior de Lisboa. Esta amostra foi obtida através da permissão de vários Professores para recolher a informação numa sala de aula. Os estudantes foram previamente avisados sobre o estudo que estava a ser feito, os seus objectivos gerais - maior conhecimento do modo como os jovens se relacionam nas suas relações próximas (amigos íntimos, namorados) -, o regime de voluntariado e a garantia de anonimato e confidencialidade. A amostra compreendeu 123 jovens do sexo feminino de idade média 20.5 anos (DP = 1.7).

O instrumento foi passado em sala de aula, numa única sessão.

## 2.3 Resultados

### 2.3.1. *Construção da versão final do instrumento*

A versão final do questionário foi constituída a partir de dois critérios: determinação das dimensões mais relevantes do questionário inicial e análise da consistência interna dessas dimensões. Para isso, e à semelhança do procedimento dos autores americanos, efectuaram-se duas análises factoriais em factores comuns e únicos com rotação varimax do questionário inicial, com extracção de cinco e três factores que são indicados nos Anexos 3 e 4.

Na solução com cinco factores verifica-se que, apesar de os itens não se agruparem exactamente do mesmo modo que na versão americana, existem semelhanças importantes. Assim, o primeiro factor agrupa maioritariamente itens relativos à necessidade de aprovação, apesar de englobar também alguns itens relativos à confiança (com saturação negativa) e à preocupação com as relações. Dado o conteúdo global dos itens que o compõem denominámos este primeiro facto de *Necessidade de Aprovação*. O segundo

factor agrupa maioritariamente itens relativos ao desconforto com a proximidade e confiança (com saturação negativa) e denominámo-lo por isso *Desconforto e Falta de Confiança*. O terceiro factor é constituído quase exclusivamente por itens relativos à preocupação com as relações, tendo sido denominado de *Preocupação*. No quarto factor predominam os itens relativos a considerar as relações como secundárias, tendo pois sido interpretado como *Relações como Secundárias*. O quinto factor não apresentou uma interpretação psicológica clara.

Quanto à solução com três factores, constata-se o facto interessante de o primeiro factor ser constituído praticamente pelos mesmos itens que constituem o segundo factor na solução com cinco factores. É pois uma dimensão de Desconforto e Falta de Confiança que pareceu pertinente denominar mais genericamente de *Não Confiança*.

De uma forma idêntica, o segundo factor é constituído praticamente pelos mesmos itens que o primeiro factor da solução com cinco factores. Ou seja, itens relativos à necessidade de aprovação, preocupação com as relações e alguns itens de confiança (com saturação negativa). Pareceu-nos que este factor, dado o conteúdo dos seus itens, poderia ser denominado globalmente de *Ansiedade*.

O terceiro factor engloba itens relativos a considerar as relações como secundárias e o desconforto com a proximidade. Denominámo-lo de *Evitamento*.

Para determinar as escalas finais a partir da análise factorial com três factores utilizaram-se os seguintes critérios:

- a) num primeiro passo, seleccionaram-se os itens com saturação  $>.35$  em cada um dos factores para definir três escalas distintas;
- b) num segundo passo, retirou-se o item 11 à segunda escala porque, apesar de maior saturação no segundo factor, tinha também uma saturação importante no terceiro factor ( $>.34$ ), tornando ambígua a interpretação da escala;
- c) num terceiro passo, com o objectivo de aumentar o número de itens da terceira escala e, portanto, a sua consistência interna, consideraram-se na escala os itens 6 e 10

que, apesar de saturação  $< .35$ , apenas saturaram o terceiro factor. Com o mesmo objectivo atribui-se também o item 1 à terceira escala.

Depois destes procedimentos as escalas finais são as seguintes:

*Não Confiança* (13 itens)

- 16 - Tenho dificuldade em confiar nos outros
- 31 - Sinto-me à vontade na relação com os outros<sup>\*</sup>
- 20 - Acho fácil acreditar nos outros<sup>\*</sup>
- 17 - Tenho dificuldade em apoiar-me nos outros
- 19 - Acho relativamente fácil aproximar-me dos outros<sup>\*</sup>
- 14 - As minhas relações com os outros são geralmente superficiais
- 21 - Sinto-me confortável a confiar nos outros<sup>\*</sup>
- 37 - Se alguma coisa me está a aborrecer, os outros estão geralmente atentos e preocupam-se<sup>\*</sup>
- 3 - Tenho confiança em que as pessoas estarão lá quando eu precisar<sup>\*</sup>
- 5 - Prefiro isolar-me
- 38 - Tenho confiança que os outros irão gostar de mim e respeitar-me<sup>\*</sup>
- 2 - Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas<sup>\*</sup>
- 40 - As outras pessoas desiludem-me frequentemente

*Ansiedade* (13 itens)

- 24 - Preocupa-me não estar à altura dos outros
- 22 - Preocupa-me que os outros não se interessem por mim tanto como eu me interesso por eles
- 13 - Tenho dificuldade em tomar uma decisão, excepto se sei o que os outros pensam
- 15 - Às vezes penso que não tenho qualquer valor
- 25 - Tenho sentimentos contraditórios em relação à proximidade com os outros
- 27 - Pergunto a mim própria porque haveriam os outros de querer envolver-se comigo

- 32 - Sinto-me frequentemente esquecida ou sozinha
- 39 - Sinto-me frustrada quando os outros não estão disponíveis e eu preciso deles
- 30 - Pergunto-me como resistiria sem ter alguém que me amasse
- 26 - Embora me queira aproximar dos outros, sinto-me pouco à vontade com isso
- 33 - Preocupo-me frequentemente com o facto de não me ajustar realmente bem com os outros
- 18 - Acho que os outros evitam aproximar-se tanto como eu gostaria
- 35 - Quando falo com os outros sobre os meus problemas, sinto-me muitas vezes envergonhada ou ridícula

*Evitamento* (8 itens)

- 8 - Realizar coisas é mais importante do que construir relações
- 36 - Estou demasiado ocupada com outras actividades para ter tempo para as relações
- 9 - Fazer o nosso melhor é mais importante do que darmos-nos bem com os outros
- 7 - O valor das pessoas devia ser julgado em função do que elas realizam
- 34 - Os outros já têm os seus problemas, portanto não os incomodo com os meus
- 6 - Pedir ajuda é admitir que se é um falhado
- 10 - Se se tem uma tarefa a fazer, deve-se fazê-la mesmo que alguém saia prejudicado.
- 1 - Globalmente, sou uma pessoa com valor\*

Note-se que as questões assinaladas com \* têm a sua pontuação revertida na construção da respectiva escala.

### 2.3.2 *Qualidades psicométricas*

Foram calculadas as consistências internas das escalas e a relação entre elas, de modo a garantir que elas avaliam com fidelidade, aspectos relacionadas mas distintos dos estilos de vinculação. As consistências internas foram avaliadas pelo coeficiente *alpha* de

Cronbach (Quadro 1). Constatou-se que as consistências são elevadas e que apenas a escala de *Evitamento* tem uma consistência menos boa, sendo no entanto suficiente para a comparação entre grupos.

Quadro 1

*Consistência Interna das Escalas*

	Não Confiança	Ansiedade	Evitamento
Coefficiente <i>alpha</i>	.86**	.85**	.62**

\*\* p &lt; .001

O tipo de análises factoriais que foram usadas, em geral, tendem a maximizar a independência entre factores, pela utilização de rotações ortogonais e a identificação de cada item com um único factor. Por isso, com o objectivo de aprofundar a estrutura que tinha sido reduzido às três escalas acima referidas, determinou-se qual a correlação entre elas (Quadro 2).

Quadro 2

*Correlação entre Escalas*

Escala	1	2	3
1. Não Confiança	1.00	.33**	.33**
2. Ansiedade		1.00	.37**
3. Evitamento			1.00

\*\* p &lt; .001

Pela análise deste quadro verifica-se existir uma correlação moderada entre todas as escalas. Este resultado sugere que estas variáveis não são totalmente independentes, o que

confirma que as várias escalas avaliam diversos aspectos específicos dos estilos de vinculação.

No seu conjunto, e apesar de as várias escalas não serem independentes, a variância não comum entre elas (entre .89 e .86) é suficiente para se justificar examinar aqueles três domínios separadamente.

## 2.4 Conclusão

Com base nos resultados expostos, considerou-se que a versão portuguesa do ASQ, o Questionário de Estilos de Vinculação (QEV), composto pelas três escalas *Não Confiança*, *Ansiedade* e *Evitamento*, constitui um instrumento adequado de avaliação de estilos de vinculação em jovens do sexo feminino. Trata-se de escalas de tipo Likert com seis níveis.

A administração do QEV permite assim avaliar, para cada sujeito, três *variáveis* (*Não Confiança*, *Ansiedade* e *Evitamento*) pela média da soma dos scores obtidos em cada uma das suas escalas.

É importante enfatizar que *aquelas três escalas*, tal como no instrumento americano, *apenas permitem distinguir diferentes maneiras de se ser inseguro nas relações próximas*, sendo que os padrões de vinculação propostos teoricamente são apenas abstrações extremas.

## Capítulo 6

### Rorschach e parâmetros de análise

Para tentar responder às questões levantadas na apresentação do problema sobre o mundo objectal da bulímica, utilizámos uma metodologia projectiva - o Rorschach - através do qual procurámos compreender de que forma o sujeito vai lidar com a situação perceptiva ambígua, que sentido subjectivo vai atribuir a estas manchas de tinta "inacabadas" mas que, pelas suas características perceptivas, reenviam desde logo, para um significado fantasmático-simbólico:

"o material Rorschach representa uma situação disruptiva, de 'caos', de 'perda de objecto', carregada de solicitações paradoxais, conflituais, explicitadas através das relações entre conteúdo manifesto e conteúdo latente, situação esta que impõe uma tarefa com carácter onírico, em que participa inconsciente e consciente, processo primário e processo secundário. É em permanente ligação com este material que o sujeito deve formular as suas respostas, que são, ao mesmo tempo, um *produto criativo*, uma *'reverie imageante'* ou um *fenómeno transitivo*, que emerge como uma reacção ao *conflito-angústia que a situação provoca no sujeito*, revelando um continuum perceptivo que vai da percepção à *'reverie'*, mobilizando o balanceamento entre o processo primário e o processo secundário e uma regressão ao serviço do Ego." (Marques, 1999, p. 185).

## 1. O Rorschach

Hermann Rorschach criou em 1920 um teste de manchas de tinta que permite estabelecer um diagnóstico psicológico de personalidade, seja normal ou patológica, tanto na criança como no adulto. Tal teste foi chamado de **projectivo**.

O teste Rorschach não possui em si um referencial teórico de base, sendo que os protocolos podem ser interpretados segundo modelos teóricos diferentes. De facto, aquilo que é específico desta técnica é que ela parte da hipótese de que o sujeito utiliza determinadas operações mentais ao longo da passagem do teste, as quais traduzem o seu *modo de funcionamento psíquico*. Neste sentido, podem ser aplicados diferentes referenciais na sua análise: uma orientação fenomenológica, genética, caracterológica, experimental, uma abordagem sociológica, psiquiátrica, psicopatológica...

De facto, inicialmente o teste era utilizado como meio de isolar os sinais psicopatológicos de forma a estabelecer o diagnóstico, e só mais tarde a teoria psicanalítica foi utilizada como referencial teórico, numa tentativa de compreender a dinâmica psicológica do sujeito.

Por outro lado, este **olhar psicanalítico sobre o Rorschach** foi evoluindo ao longo do tempo. Inicialmente analisado segundo o *modelo Freudiano do sonho*, que dá conta do inconsciente, e que vai fundamentar as relações que se estabelecem no Rorschach entre objectividade e subjectividade, e entre neurose e psicose, normal e patológico, começou progressivamente a integrar o *modelo das representações*. Assim, passou a considerar-se que o Rorschach acede ao modelo das *representações do eu e do objecto*; representação de si e representação da relação (Marques, 1999).

Este conceito de representação tem sido abordado de diferentes maneiras, consoante os autores adoptam a teoria pulsional ou teoria das relações de objecto. Assim, na *teoria pulsional*, dá-se especial importância à passagem do processo primário para o processo secundário, da identidade da percepção à identidade do pensamento, em que "representação da coisa" pertence ao sistema inconsciente e a "representação da palavra" ao sistema pré-consciente - consciente; na *teoria das relações de objecto* estabelece-se a

natureza, o valor e a forma de constituição do objecto interno e do objecto externo, do sujeito e do objecto. De qualquer maneira, algo é comum nestas duas perspectivas: o Rorschach é considerado um instrumento que revela e expressa as *representações inconscientes*, uma vez que a resposta consiste em representar subjectivamente um objecto, uma mancha de tinta, contendo essa resposta o que desse objecto se inscreve nas percepções anteriores: a resposta é portanto um "significante" (Marques, 1999).

Neste trabalho vamos partir do referencial desenvolvido pelos trabalhos de Chabert (1983, 1987) que, utilizando o **referencial psicanalítico**, contraiu um modelo de conceptualização e de análise que se ordena à volta de dois eixos: *a representação de si e a representação do outro*, eixos esses que dão conta da dinâmica do desenvolvimento libidinal, com referências à construção da identidade, aos processos identificatórios e à elaboração da representação de relações, elementos esses usados para estabelecer um diagnóstico diferencial.

### 1.1 A técnica Rorschach e seu modelo de interpretação

No seu trabalho sobre a técnica Rorschach, Chabert (1983) parte da metapsicologia Freudiana, colocando-se no domínio da *psicanálise aplicada*, a partir da qual procura reelaborar os conceitos psicanalíticos (tendo por base o Vocabulário da Psicanálise), "não deixando de estabelecer correspondências sistemáticas entre os fenómenos que acontecem durante uma cura e aqueles que surgem ao longo da sequência única e limitada que constitui o protocolo Rorschach" (*op. cit.* p. 2), propondo-se, assim, encontrar as *condutas psíquicas subjacentes aos diferentes factores Rorschach*. Desta forma, a técnica Rorschach surge com uma dinâmica própria, acente em concepções fundamentais, a partir das quais é possível inferir quanto ao funcionamento psicológico do sujeito.

### 1.1.1 A situação Rorschach

A partir do trabalho de Chabert, emergiram algumas concepções importantes relativamente à técnica:

(1) **O encontro entre o sujeito e o clínico**, mediatizado pelo material e uma consigne, ao solicitar simultaneamente a vinculação a um objecto perceptível e o recurso a uma ilusão objectiva, pode ser considerado como relevando da *área transitiva* tal como foi concebida por Winnicott (1975).

(2) **A referência ao conteúdo manifesto e latente** é outra concepção fundamental, permitindo o acesso ao mundo "inconsciente" do sujeito. Assim, esta concepção admite que, para além das estimulações perceptivas do conteúdo manifesto, a **ressonância fantasmática** e a reactivação de conteúdos latentes solicitam registos conflituais diversos, nos quais se revela, na forma como são colocados em cada cartão, a *dinâmica do desenvolvimento libidinal*. É o modelo psicanalítico da génese do desenvolvimento psíquico que permite estabelecer as bases da *construção da identidade, dos processos identificatórios, e da elaboração das representações das relações*. Este discurso latente é interpretado, quer através da grelha de cotação, quer através do discurso propriamente dito do sujeito numa perspectiva dinâmica, na sua pluralidade de sentidos e na sua interacção com outros factores.

(3) Uma **grelha de cotação**, através da qual as respostas são classificadas nos seus *modos de apreensão*, nos seus *determinantes* e nos seus *conteúdos*.

Os **modos de apreensão** (que parte da mancha é interpretada) reenviam para os *mecanismos de defesa* na abordagem do mundo externo e do universo interior: controlo total, invasão pelo objecto, barreiras estanques, corte, divisão, clivagem, fragmentação..., operações perceptivas que armam a actividade defensiva manifestando-se, ao mesmo tempo, através de determinantes e conteúdos. Estas condutas perceptivas e cognitivas não podem ser isolados do conjunto do funcionamento psíquico: elas estabelecem os limites entre dentro e fora permitindo ou

não a constituição de um envelope, eu-pele (Anzieu, 1974, 1981), investido como superfície de encontro e de troca entre o sujeito e seu ambiente.

Os **determinantes** (as características da mancha que influenciaram a resposta, sejam elas objectivas - forma e cor -, ou subjectivas - movimento -) podem ser interpretados segundo dois princípios de funcionamento mental (princípio do prazer, princípio da realidade), definidos por Freud. As (1) *respostas formais* relevam do princípio da realidade, marcadas pela sua eficácia ou pela sua falha. A conformidade mínima aos perceptos dá conta da integração efectiva das limitações da realidade, enquanto que as falhas perceptivas denunciam o primado da compulsão à repetição. As (2) *cinestésias* são um factor especialmente complexo, ao qual são atribuídas as funções do Eu, no sentido em que podem jogar um papel mediador entre as exigências pulsionais e as imposições externas. As (3) *reações sensoriais* não põem em evidência emoções ou afectos precisos, mas revelam a sensibilidade do sujeito e a maneira como ele organiza as excitações criadas nele pelas estimulações externas e internas numa dialéctica por vezes complicada, mas que põe sempre, de acordo com os autores, o lugar do afecto em relação à representação e ao destino das pulsões.

Os **conteúdos**, considerados como continentes do conteúdo latente, revelam um trabalho de elaboração em parte comparável com aquele utilizado nos sonhos, pelas operações de *deslocamento*, *condensação*, *simbolização*: "a existência de conteúdos relevantes de tais mecanismos constitui um índice precioso quanto ao funcionamento *pré-consciente* que permite justamente a figuração de representações inconscientes e o pôr em cena de cenários fantasmáticos" (Chabert, 1983, p. 5).

(4) O **jogo que se estabelece entre percepção e projecção** é outro conceito importante na técnica Rorschach, no sentido em que a mancha é simultaneamente objecto real e objecto imaginado. Enquanto *objecto real*, o Rorschach vai permitir a emergência de uma palavra que dará conta de imagens articuladas a partir de uma realidade material; enquanto *objecto potencial, imaginado* (na ausência de configurações concretas do material), o Rorschach vai permitir a elaboração de uma percepção em

função das preocupações essenciais do sujeito, os modos de organização da sua relação aos objectos, os fantasmas e afectos subentendidos nas palavras-imagem, isto é, graças ao carácter impreciso do material, abre-se o campo às associações pela indução da projecção.

Desta forma, *as interferências perceptivas e projectivas* constituem a articulação essencial nas técnicas projectivas e particularmente no Rorschach. A consigne - "diga-me o que imagina a partir destes cartões" - faz apelo a mecanismos perceptivos e projectivos. O sujeito é então confrontado com uma dupla exigência: terá que mostrar como e até que ponto é capaz de se organizar para fazer face ao mesmo tempo ao seu mundo interno e ao seu meio: "situação característica, à imagem da vida, já que se trata de se conformar aos limites impostos pela realidade, deixando ao mesmo tempo espaço ao possível, ao imaginário e aos fantasmas" (*op. cit.* p. 13).

A consigne tem assim um carácter paradoxal, uma vez que ela pede ao sujeito que se ligue à realidade, criando ao mesmo tempo imagens que não estão aí representadas. Nesta perspectiva, o passar de uma prova projectiva pode ser considerado como uma *situação paradoxal*, na medida em que nenhuma resposta do sujeito poderá ser satisfatória, em que o sujeito não terá uma só solução possível.

Mas este paradoxo é possível e necessário, e pode ser compreendido na perspectiva de Winnicott, dos *fenómenos transicionais*. Em *Jogo e Realidade* Winnicott, para além da definição de objecto transicional (objecto real investido de significações subjectivas pela criança pequena), desenvolve a noção de área transicional e espaço potencial: a área entre os dois, a meio caminho entre o real e o imaginário e cujo acesso pressupõe a aceitação do paradoxo, da dupla pertença interno-externo, fantasmático-perceptivo, o qual permitiu a criação do objecto transicional: "é o reconhecimento deste paradoxo que funda a diferenciação entre real e imaginário, entre dentro e fora, entre mundo interno e mundo externo. Podemos pensar que a capacidade do sujeito se situar neste entre-dois vai permitir a criação de um espaço psíquico próprio, constitutivo do sentimento de continuidade de ser... A área transicional e seus fenómenos

concomitantes servem de matriz à criação de um espaço psíquico interno no qual se originam os processos de mentalização" (Chabert, 1983, p. 15).

### 1.1.2 Análise do material: conteúdo manifesto e conteúdo latente

O teste é constituído por 10 cartões, diferentes nas suas características manifestas, e nesse sentido, na problemática latente a que apelam.

Relativamente ao **conteúdo manifesto**, alguns factores são partilhados pelos diferentes cartões: a sua constituição simétrica (que se desenvolve de forma diferente consoante o cartão), e a presença de elementos cromáticos e acromáticos. Estes dois aspectos põem em evidência duas dimensões fundamentais do estímulo: uma *dimensão estrutural*, na construção formal dos cartões, e uma *dimensão sensorial* devido à presença de cores. Estas duas dimensões vão servir de base à análise dos protocolos, uma vez que a apreensão da construção formal é considerada numa perspectiva perceptiva e cognitiva (intelectual), e a sensibilidade às cores é empiricamente associada à expressão de afectos.

Quanto à **dimensão estrutural**, os cartões distinguem-se consoante o seu carácter unitário, inteiro, massivo, ou bilateral. Aquilo que é comum a todos é a *simetria*, constituindo-se à volta de um eixo, mais ou menos evidente e manifesto. Assim, este eixo está mais bem representado nos cartões ditos unitários (I, IV, V, VI, IX), enquanto que nos bilaterais, a simetria é menos evidente na repetição do duplo, do mesmo em espelho (II, III, VII, VIII). Estas estruturas formais vão ter uma implicação latente: os cartões unitários, de mediana manifesta, podem reenviar para a *imagem do corpo humano organizado simetricamente à volta de um eixo*, e os cartões de configuração bilateral para *representações de relações*.

Além disso, é possível agrupar os cartões tendo em conta outro critério formal: o carácter fechado (I, IV, V, VI) ou aberto (II, III, VII, VIII, IX, X). A partir destes elementos perceptivos, é possível distinguir as características perceptivas que reenviam

simbolicamente para o aberto, continente (I, II, VII, IX: referência feminino/maternal), em oposição ao aspecto mais fechado, compacto, com apêndices salientes (IV, VI: referência fálica).

Na **dimensão sensorial** distinguem-se os cartões cinza-negro (I, IV, V, VI), cinza (VII), dos cartões negro-branco-vermelho (II, III) e dos pastel (VIII, IX, X).

Os cartões *cinza-negro* ou *negro-branco*, quando tocam a sensibilidade dos sujeitos, provocam manifestações de *inquietação, ansiedade, angústia* mais ou menos intensa, a qual se pode explicar pela correspondência cultural do negro à tristeza e luto. Os cartões ditos *vermelhos* (II, III) têm impacto pelo contraste vermelho, negro, branco. A presença do vermelho é fundamental na solicitação de afectos brutos, isto é, na reactivação de *movimentos pulsionais* (culturalmente fala-se de vermelho para falar de cólera, "vermelho de prazer ou vergonha", vermelho do sangue - sexualidade e agressividade. O cartão VII é diferente de todos os outros porque é duplamente bilateral e cinza, com larga participação do branco, atenuando o contraste e o contorno, limitando a mancha e seu ambiente numa interpenetração do dentro e do fora. Os *cartões pastel* têm cores pálidas, sendo indutores de afectos, mas diferem largamente na sua dimensão estrutural: o cartão VIII contem o choque de ser o primeiro cartão pastel; o IX é complexo, na mistura de cores umas com as outras, dando uma impressão de interpenetração; o X é o mais colorido mas de manchas múltiplas e desligadas.

Relativamente à **elaboração do conteúdo latente**, em cada cartão é possível distinguir um *nível evoluído* e um *nível arcaico*: "cada cartão é susceptível de solicitar representações, fantasmas ou afectos que se situam em registos evolutivos diferentes, obedecendo a uma linha fantasmática relativamente homogénea e preservando uma dialéctica própria em cada sujeito. Desta forma é possível opor infância e idade adulta, neurose e psicose, pré-genitalidade e genitalidade, e encontrar características comuns que definam estádios de desenvolvimento, modos de funcionamento psíquico, e organizações sintomáticas" (*op. cit.* p. 65).

Para analisar o conteúdo latente, Chabert centra-se sobre duas dimensões, às quais o Rorschach, pela sua estrutura, faz apelo: a representação de si e as representações das relações. A *representação de si* procura-se definir através de um certo número de elementos que definem a diferenciação entre sujeito e objecto (cartões que solicitam a problemática da identidade) e, por outro lado, um certo número de elementos que definem a diferenciação sexual (cartões que solicitam a problemática da identificação); quanto à *representação das relações*, é possível retirar o registo conflitual, por um lado, e os níveis de desenvolvimento libidinal aos quais os cartões apelam.

## 1.2 Representação de si e representação do objecto

Ao projectar-se nas respostas à prova Rorschach, o sujeito constrói uma representação da imagem de si e dos *investimentos narcísicos*, mas ao mesmo tempo deixa passar a *relação de objecto*, já que não se pode dissociar as modalidades de investimentos narcísicos e objectais. Neste sentido, a criação de imagens pode ser questionada em termos da representação de si e representação do objecto, considerando-as como produto de encontro entre representações narcísicas e objectais, portanto como *produto transicional*, no sentido Winnicoteano. Assim, "a situação projectiva é susceptível de mobilizar um trabalho que se aparenta ao trabalho transicional: esta mancha de tinta é identificada ao objecto banal, trivial, próxima do real, e ao mesmo tempo investida de sentido original, porta-voz de cenários fantasmáticos, de reservatórios de representações e de afectos cuja qualidade pessoal, inscrita no registo da ilusão, traz ao material percebido a marca do sujeito" (Chabert, 1989, p. 135). De facto, para Winnicott (1971), a passagem da relação de objecto à utilização do objecto, implica que o sujeito destrua fantasmaticamente o objecto e que este sobreviva a esta situação fantasmática. A recusa do objecto plenamente satisfatório faz parte do processo de criação, é mesmo uma condição necessária.

Chabert considera então que o **processo de resposta**, conduzindo à produção destas imagens, e não de outras, corresponde possivelmente ao que se passa na criação-reencontro do objecto transicional, tempo de reencontro entre um sujeito e um objecto num espaço psíquico constituído como "espaço de solidão", necessário ao trabalho fantasmático. A situação projectiva permite a reorganização deste *espaço de solidão*, no qual se origina uma meditação associativa cujas imagens vêm traduzir os movimentos e os pensamentos. É a forma como o sujeito vai lidar com este "espaço de solidão" que vai dar conta do seu mundo psíquico; a maior ou menor capacidade de gerir a "perda do objecto" dará conta da solidez narcísica, das suas fronteiras do self, do seu investimento no objecto.

Chabert considera este conceito de **perda do objecto**, como fundamental na compreensão da psicopatologia no Rorschach, nomeadamente na compreensão dos funcionamentos limites, na medida em que o material Rorschach não pode ser verdadeiramente identificável com um objecto figurado, e nesse sentido desencadeia a *perda de percepção do objecto* no sentido Freudiano. De facto, em 1926 Freud liga o traumatismo da separação do objecto (ligado a reacções de angústia, luto e dor) à perda de percepção do objecto, sentida como perda real do objecto. Por outro lado, está subentendido no pensamento de Freud o valor essencial estruturante da perda do objecto, que condiciona o acesso à *representação*, e a importância dos *afectos* na génese dessas representações e construção do espaço psíquico.

Os *funcionamentos limites* falham exactamente na elaboração da posição depressiva (no sentido de Klein), não conseguindo por isso integrar a ambivalência de sentimentos - investimento simultâneo positivo e negativo de um mesmo objecto - pelo que predomina a posição esquizo-paranóide, marcada pela clivagem entre o bom e o mau objecto, que determina também a *clivagem pulsional libidinal e agressiva*:

"Os *funcionamentos neuróticos* são susceptíveis de admitir a ambivalência de sentimentos graças à capacidade de ligação pulsional que os caracteriza, enquanto que nos *funcionamentos limites* esta ligação é mais precária e aleatória: as possibilidades de contenção da excitação pulsional são descontínuas e desencadeiam procedimentos

defensivos heterogêneos, marcados pelo isolamento e rupturas nos diferentes registos utilizados. Se os movimentos pulsionais são pouco ligados, e se os seus valores agressivos são massivos, isto deve-se ao estabelecimento de relações de objecto particulares, marcadas por um lado, por uma *grande vinculação*, mesmo uma *hiperdependência em relação aos objectos externos*, sobre-investidos para suprimir as deficiências de objectos internos insuficientemente sólidos e fiáveis. Estes últimos estão sempre em perigo devido aos ataques destrutivos: isto pode ser compreendido em reacção justamente ao carácter excitante dos objectos externos para estes sujeitos muito ameaçados no seu sentimento de continuidade narcísica. O outro constitui um polo de atracção, mas a hipersensibilidade aos seus efeitos excitantes e destabilizantes aparece nas reacções de ódio que manifestam em relação a eles. E assim gera-se um ciclo vicioso: os ataques agressivos e destrutivos fragilizam os objectos, estes tornam-se inseguros e insuficientemente sustentadores, em ambos os planos do narcisismo e do meio ambiente, e assim o sistema relacional entre o sujeito e tais objectos é necessariamente marcado pela frustração e insatisfação, o que provoca ódio e cólera... (*op. cit.* p. 140).

### 1.3 Organizações psicopatológicas: a neurose, a psicose, o funcionamento limite

Em "Psychopathologie à l'épreuve du Rorschach", Chabert (1987) faz uma sistematização dos elementos qualitativos dos protocolos que caracterizam o funcionamento psicológico dos sujeitos, procurando, por um lado, distinguir os caracteres específicos de patologias mentais distintas e, ao mesmo tempo, respeitar os movimentos individuais de funcionamento psíquico. O seu trabalho visa encontrar certas condutas psíquicas e/ou psicopatológicas fundamentais e sua tradução no Rorschach, em três sistemas conflituais estabelecidos pela psicopatologia psicanalítica: o da **neurose**, o da **psicose** e o da patologia **limite**.

### 1.3.1 O funcionamento neurótico

As neuroses caracterizam-se essencialmente pela **natureza intrapsíquica dos conflitos** e, apesar das suas variações específicas, quer se trate de um funcionamento mais histérico, mais obsessivo, ou fóbico, procura-se aprofundar aquilo que é comum: "o estudo do conflito intrapsíquico compreendido em referência à primeira e segunda tópica freudiana, e o pôr em cena num espaço intrapsíquico, constituído como tal, mostra como operações defensivas distintas permitem lidar com problemáticas especificamente neuróticas" (*op. cit.* p 3).

Sem querer entrar em grande detalhes, resumem-se de seguida as principais manifestações significativas do funcionamento neurótico no Rorschach:

(1) **Fonte sexual dos conflitos**, e respectiva tradução simbólica nas respostas. Assim, a *tradução simbólica* dá conta das capacidades de *deslocamento* do sujeito, o que testemunha operações mentalizadas actuando sobre as representações, ou seja, ocorre um deslocamento / substituição de um grupo de representações que conservam as ligações com as precedentes. Por outro lado, a *referência sexual* das produções simbólicas mostra um funcionamento tópico diferenciado: se os fantasmas sexuais não aparecem directamente, sob a forma de expressões cruas, isto é devido a uma *censura* que só autoriza a sua libertação através do disfarce das formações substitutivas. Estas modalidades de funcionamento testemunham o ter em conta do *princípio da realidade* que vem limitar os imperativos do princípio do prazer, ao mesmo tempo que assinala a organização estruturante dos interditos edípicos associados à angústia de castração cujos efeitos são visíveis no Rorschach.

(2) **Continuidade e mobilidade do trabalho psíquico**. Existe **continuidade** no sentido em que as respostas ao longo do protocolo seguem movimentos associativos, através dos conteúdos fantasmáticos e operações defensivas que sobre eles actuam, mas sempre numa lógica compreensível que assegura a coerência do sentido e da sua ressonância latente. Esta continuidade reenvia para a *estabilidade da identidade* e solidez da individualização dando ao sujeito um sentimento

de existir, de perdurar independentemente da variação dos seus estados internos e modificações do seu meio-ambiente. Por outro lado, a continuidade dá conta de *actividades de ligação afectivas*, em particular na manutenção pulsional: a energia libidinal circula em quantidades suficientes para permitir ao sujeito uma gestão relativa da sua economia narcísica e objectal. Portanto, a continuidade significa os processos de ligação, significa os movimentos libidinais, que garantem a vida na conservação dos seus aspectos dinâmicos e relacionais, apesar dos efeitos por vezes invalidantes destas transformações. A **mobilidade** põe em evidência as capacidades do sujeito neurótico em utilizar vários registos de funcionamento, com possibilidade de voltar a modalidades de pensar primitivas (perante o acordar de feridas antigas, o recurso a mecanismos anteriores), mas trata-se geralmente de regressão tópica ou formal, jamais de uma verdadeira regressão temporal.

(3) **Eficácia do recalçamento**, no sentido freudiano (segunda tópica), em que representações incómodas são disfarçadas, encontrando vias deslocadas para se manifestarem, graças aos sintomas, e não a sua rejeição drástica, como nos mecanismos mais psicóticos. No Rorschach traduz-se por um evitamento do conteúdo latente, seguido de outras manifestações cuja análise revela que são o fruto de retorno do recalçado.

Concluindo, segundo Chabert:

"os diferentes índices do funcionamento neurótico permitem determinar em que medida um *espaço privado* se constituiu como tal, na construção de laços tecidos pela qualidade libidinal dos investimentos objectais; em que medida este espaço privado é susceptível de oferecer um *continente* às produções imaginárias de um sujeito sendo ele o verdadeiro encenador, sonhador presente na narração do seu sonho; em que medida, enfim, as suas ficções da psique podem ser contadas, *dramatizadas*, desenroladas ao longo de narrações que o narrador se conta a si próprio, mas que também oferece à escuta do outro, mantendo num mesmo tempo a intimidade da sua subjectividade e a alteridade dos seus desejos (...) poderíamos dizer que o Rorschach permite, de alguma forma, delimitar a existência potencial de um espaço privado, cujos caminhos secretos o sujeito neurótico pode percorrer, mantendo nele intactas as fronteiras que separam o

inverso do direito que vêm redobrar e figurar os limites do dentro e do fora" (*op cit* p. 59-60).

### 1.3.2 O funcionamento psicótico

Na psicose, a autora destaca os distúrbios do pensamento, em relação com um **Eu fragmentado**, os quais se vão manifestar em imagens Rorschach fragmentadas, dissociadas. Utiliza uma metodologia clássica, seguindo o estudo da esquizofrenia de I.B. Weiner (1966), ainda que com uma visão crítica deste, já que não é possível isolar os processos de pensamento do funcionamento psíquico no seu conjunto.

Desta forma, Chabert, nos vários tipos de protocolos (paranóides ou inibidos), põe em evidência o *secar* progressivo dos processos de pensamento no decurso da cronicização da patologia esquizofrénica: as fontes vivas que alimentam o pensamento, na ocorrência de movimentos, parecem desfazer-se progressivamente e não permitem a figuração de representações. Isto traduz-se no Rorschach pela ausência quase total de cinestésias. A *luta anti-narcísica* ataca as fronteiras entre dentro e fora e mina as barreiras de separação, abrindo brechas à *confusão*, que no Rorschach se traduz por falhas gravíssimas na utilização de conteúdos formais e na qualidade de relação ao real. A *concentração do pensamento* é particularmente frágil e precária, uma vez que os meios de desligamento são intensos e que a destrutividade impede a manutenção de uma continuidade susceptível de estabelecer as bases sólidas para a identidade do sujeito. Isto manifesta-se no Rorschach pela dispersão dos conteúdos, a fragmentação das localizações, a descontinuidade, a ausência de referências estruturantes e a falha na permanência dos limites e dos objectos.

### 1.3.3 O funcionamento limite

No registo dos funcionamentos limites, Chabert utiliza o estudo das *modalidades de investimento narcísico e objectal*, que se exprimem através da representação de si e das representações das relações. A autora focaliza-se no narcisismo e suas traduções no Rorschach porque considera que as suas falhas, e modos particulares de relação de objecto, constituem uma articulação fundamental para compreender os funcionamentos limites.

O **narcisismo** constitui um conceito particular e paradoxal, já que tem uma função fundamental no psiquismo, não sendo por si só patológico. De facto, tem a ver com o investimento de si mesmo, ou seja, um retraimento libidinal com funções de auto-restauração ao permitir operações de interiorização. Nesse sentido, permite a elaboração da posição depressiva, a qual estabelece a interiorização do objecto, assim como permite a *capacidade de estar só*, no sentido de Winnicott - a capacidade de se isolar na presença da mãe implica uma introjecção desta, como afirma Rosolato (1976): "esta capacidade de estar só não é a solidão defensiva, e o narcisismo em questão torna-se um meio de fazer evoluir uma dependência anaclítica e fusional" (Rosolato, 1976, p. 11).

Por outro lado, este retraimento libidinal pode aparecer como muito intenso, no sentido de um *contra-investimento do mundo objectal*, produzindo um empobrecimento do eu, especialmente nas suas funções de fantasmática. Neste sentido, uma actividade mental é narcísica na medida em que a sua função consiste em manter a coesão estrutural, a estabilidade temporal e a coloração positiva da representação de si, garantindo a identidade da pessoa ao estabelecer barreiras entre o dentro e o fora, assegurando a defesa das fronteiras do eu, que evita a confusão com o outro. Mas o *sobre-investimento destes limites* arrisca-se a transformá-los em membranas rígidas, impermeáveis, o que acede ao perigo do corte com os objectos internos (clivagem) e/ou externos (isolamento). Daqui surgem os paradoxos do funcionamento narcísico, na sua sede de gratificação narcísica pelo outro e necessidade de negar todo o laço de dependência, portanto sem capacidade para estar só; e o paradoxo da *idealização* que se

esforça por manter uma *imagem* de si perfeitamente satisfatória, mas que acenta numa falha fundamental na *representação* que o sujeito tem de si próprio (Chabert, 1983).

O *material Rorschach* tem características que fazem apelo às manifestações do narcisismo:

(1) A **organização espacial dos cartões**, simétricos, apelam as referências corporais. A projecção corporal vai dar conta da delimitação entre o dentro e o fora: quando as barreiras são frágeis, o funcionamento narcísico falhante não oferece defesas eficazes face ao perigo de confusão ou interpenetração. Por um lado, os *cartões unitários* (I, IV, V, VI, IX), para serem reconhecidos como referências a um todo unificado requerem um sentimento de *identidade estável*; por outro, os *cartões bilaterais* (II, III, VII, VIII), determinam a evocação das relações, em que a *dimensão especular* assinala as fontes narcísicas. Portanto a organização espacial dos cartões põe à prova as bases narcísicas do sujeito.

(2) A **organização cromática e sensorial** solicita reacções em termos de afectos e emoções. A *predominância do negro-cinza-branco* induz associações *depressivas*, podendo reactivar sentimentos de vazio, branco interior ou apagar os limites num fluir de diluição, provocando a emergência de fantasmas em relação com a morte; o *vermelho* (II e III), dada a sua ligação com o aparecimento de movimentos pulsionais, pode fazer mobilizar defesas narcísicas num esforço de evitar a pulsão e seu objecto; as *cores pastel* (VIII, IX, X) possibilitam o aparecimento de reacções que mostram a qualidade das relações estabelecidas com o ambiente e seus *objectos externos*. Portanto, as reacções à cor nesta tripla dimensão (morte, reacção às pressões dos objectos internos, reacção às estimulações dos objectos externos) terão conotações específicas num funcionamento narcísico.

Assim, o material Rorschach vai solicitar **defesas narcísicas**, em sujeitos cuja problemática se situa a este nível, sendo os sinais mais evidentes: (1) insistência sobre *os contornos e sobre-vestimento dos limites*, que sublinha a importância dada aos envelopes, às membranas limitantes entre dentro e fora, que protege o sujeito da

confusão com o objecto; (2) *a recusa da fonte interna da pulsão*, pondo-a fora através das repostas cinestésicas, nas quais os movimentos surgem do exterior, sem se reflectirem no mundo interno do sujeito (isto significa a recusa do desejo do outro, o retraimento libidinal e a procura de um estado de beatude narcísica que nenhuma moção pulsional viria perturbar, traduzindo-se, no Rorschach, pela não integração das manchas vermelhas, pela ausência de verbos interactivos nas representações de relações, pela frequência de conteúdos imobilizados ou gelados; (3) *a especificidade especular das representações de relações* vai no mesmo sentido, através do "duplo", a negação da diferença, angústia perante a aquilo que pode faltar: no Rorschach isto manifesta-se nas relações em espelho, mas também numa grande sensibilidade à cor branca, sentida como um deslumbramento superficial, periférico, mascarando a falha insuportável e o vazio fundamental, buraco que é desesperadamente colmatado por um *sobre-vestimento sensorial* (esta "angústia branca", da depressão narcísica, vem-se opor à angústia vermelha, a da castração e neurose) (Chabert, 1987).

Dentro do **funcionamento limite**, é possível separar registos defensivos mais narcísicos ou mais depressivos, consoante o sujeito lida com **a porosidade do eu**, reforçando os seus limites - *defesas narcísicas* -, ou apoiando-se na relação com o objecto - *defesas depressivas*. Apesar da diversidade dos funcionamentos limites, aquilo que é comum e possível de observar no Rorschach é a utilização de mecanismos ao serviço do **abrasamento, apagamento e evacuação de conflitos internos**, ao contrário do que se passa na neurose, cujos mecanismos de defesa permitem *a expressão de um conflito e o tratamento dos conflitos*.

Assim, relativamente às manifestações no Rorschach do **funcionamento limite** em geral, quer tenha defesas mais narcísicas ou mais depressivas, os protocolos apresentam-se mais rígidos (necessidade de controlo interno) ou mais lábeis (hiper-reatividade ao estímulo), características estas partilhadas por organizações neuróticas, mas aquilo que é específico e comum nos funcionamentos limites é uma *maior inibição da conflitualidade psíquica*. Por outro lado, os funcionamentos limites são

caracterizados por terem ambos os mecanismos neuróticos e psicóticos: nuns domina o recurso a defesas neuróticas, associadas a uma problemática de castração, e os aspectos mais psicóticos só aparecem mais pontualmente; noutros, prevalece a inibição rígida, traída com emergência em processo primário, nos contextos em que a clivagem é o mecanismo essencial.

Relativamente à *representação de si e das relações*, portanto do Eu e do Objecto, existem características essenciais, como seja a **porosidade dos limites do eu**, que testemunha uma *diferenciação parcial dentro-fora*, o que os distingue das organizações neuróticas cuja diferenciação eu-outro é completa. Isto reenvia para a noção de Eu-pele (Anzieu, 1985) a qual cumpre várias funções: função de manutenção do psiquismo sustentado pela identificação primária a um objecto-suporte materno; função de contenção cuja carência provoca dois tipos de angústia - uma determinada por uma excitação pulsional difusa, outra determinada pelos *buracos psíquicos, representados pela imagem de um eu-pele "passador"*, esta claramente expressa no Rorschach.

É aqui que se *distinguem os protocolos mais narcísicos ou mais depressivos*, pelos mecanismos que usam e forma como são capazes de conter essa porosidade.

Assim, relativamente à **representação de si**:

Nos funcionamentos mais **narcísicos** vai ocorrer um *sobre-investimento dos limites*, quer através de uma utilização marcada de *determinantes formais* (estabelecimento de barreiras, fixação das representações, objectivação para afastar conteúdos fantasmáticos), quer através de *respostas pele*, cujo conteúdo se refere a um envelope, evocando uma superfície limitante dentro-fora (animais com carapaça, roupa, etc).

Nos funcionamentos **depressivos** a função de pára-excitação falha mais, desencadeando angústia paranóide ou de perda do objecto. O sujeito, sem possibilidades de recurso a um auto-apoio, faz um sobre-investimentos da função de *apoio do objecto*. Nos protocolos, isto manifesta-se através de *emergências sensoriais* com pouco elemento formal: as respostas cor são muito presentes nos cartões vermelhos e associadas a conteúdos directos, crus, não simbolizados (sangue). Além

disso, manifesta-se através da presença de *cinestésias*, que indicam movimentos projectivos intensos: cinestésias de objecto (Kob) que revelam uma tonalidade destrutiva ("bomba atómica"), cinestésias regressivas, ligadas à dependência e depressão ("lobo a chorar reflectido na água"); cinestésias parciais agressivas ("duas aranhas, é horrível"). Estas manifestações cinestésicas (projecção do movimento) apoiam as hipóteses relativamente à dificuldade de interiorização que caracteriza os funcionamentos limites: o *recurso sintomático ao agir através das patologias do comportamento (condutas suicidárias, violentas, distúrbios alimentares)*.

"a dificuldade dos processos de ligação que permitem assegurar a contenção da excitação pulsional testemunham o carácter frágil das operações de interiorização. Os objectos internos, insuficientemente estáveis, são continuamente ameaçados de apagamento, o que provoca uma falta de confiança nas relações objectais, a proximidade e a permanência da ameaça de perda impregnando as modalidades de investimento de objecto. Esta descontinuidade determina o colocar de contra-investimentos maiores na ligação à realidade externa e ao comportamento. Estes constituem uma via de descarga pulsional, mas esta interpretação não parece suficiente para dar conta da sua função: o pôr em actos pode também constituir um esforço para figurar cenários fantasmáticos, para lhes dar corpo" (Chabert, 1989, p. 147).

Relativamente às **representações das relações**, as quais estão directamente ligadas às representações de si, nos funcionamentos mais narcísicos caracterizam-se pelas *relações em espelho*, e nos depressivos por *relações de dependência*.

Assim, nos **protocolos narcísicos** aparece o *duplo*, que está ligado à negação da diferença eu-outro e, ao mesmo tempo, permite evitar a oposição entre desejo e defesa: "sendo o conflito pulsional negado, não há dramatização possível de um conflito intra-sistémico" (Chabert, 1987, p. 107). Assim, no Rorschach as relações especulares aparecem quer em relações directamente em espelho - "duas mulheres a olharem-se", quer na ausência de verbos interactivos - "duas dançarinas em túnica". Por outro lado, a representação das relações é caracterizada pela *negação dos movimentos pulsionais*, como pode ser visto nos cartões que apelam aos movimentos pulsionais na relação (II e

III): o vermelho não é utilizado ou integrado nas respostas, ou é utilizado para delimitar o contorno da imagem.

Nos **protocolos depressivos** aparecem dois registos na relação aos objectos: (1) uma vinculação dependente em relação ao meio ambiente; (2) manifestações agressivas em relação ao objecto, no intuito de uma diferenciação e separação.

A *dependência* manifesta-se no Rorschach de várias maneiras: uma submissão passiva ao quadro perceptivo, em que o recurso à realidade externa substitui a criatividade interna que, neste caso, mais do que uma medida defensiva, constitui uma profunda passividade e dependência em relação aos objectos externos. Por outro lado, as representações das relações aparecem de forma fusional, através de personagens coladas, agarradas ("siameses"), ou implícita em palavras que traduzem esta colagem: apoiado, agarrado, colado. Por exemplo: cartão II - "um vulcão - duas pessoas agarradas pelas mãos e pés ligados - alguma coisa que aparece entre elas, uma bola de fogo - elas tentam separar-se, mas não conseguem, porque estão atadas". Esta resposta mostra a intensidade dos movimentos pulsionais (vulcão, bola de fogo), o seu perigo na relação, e a introdução da *dependência* como contra-investimento de uma agressividade ameaçadora.

Além disso, relativamente aos *afectos*, existe uma grande oscilação entre investimentos positivos e negativos do objecto. A dificuldade de *acesso à ambivalência* (quando a posição depressiva não pôde ser elaborada, a ambivalência não pode ser integrada), obriga à utilização da *clivagem*, característica da posição esquizo-paranóide. Embora os aspectos persecutórios não estejam tão massivamente presentes, encontram-se posições que instalam a *separação ou isolamento entre os movimentos positivos e negativos* através de uma alternância radical entre a *idealização e desidealização*. Assim, também o complexo de Édipo é tratado de forma diferente da neurose: em vez da ambivalência dá-se a clivagem bom / mau porque "a violência dos movimentos negativos e a fraca resistência dos positivos tornam o compromisso entre os dois impossível" (Chabert, 1989, p. 152). É assim, que num movimento de separação e diferenciação aparece o ódio: os movimentos pulsionais de ódio evitam o risco de

invasão pelo objecto cuja proximidade se torna perturbadora pela atracção de dependência que ele provoca: "É porque o objecto é massivamente odiado, que a sua presença é constantemente necessária, como o reassegurar da sua permanência apesar dos ataques à que ele é sujeito: nestes casos, a *hostilidade em relação ao objecto mascara, não o amor por ele, mas o medo de o perder: ao nível manifesto os objectos são rejeitados, maltratados, desqualificados, mas ao nível latente, esta medida entende-se como uma medida de protecção narcísica em relação ao medo do abandono*" (op. cit. p. 153).

Assim, a projecção do ódio sobre o outro tem o duplo objectivo de livrar o sujeito dos movimentos pulsionais destrutivos, e de consolidar os limites dentro-fora, entre sujeito e objecto. O problema é que, devido à fragilidade dos limites, isto falha, ocorrendo a confusão.

No que se refere à **organização defensiva** os funcionamentos limites utilizam fundamentalmente a *clivagem, a identificação projectiva e a idealização*. Aparecem pontualmente registos de funcionamentos mais neuróticos ou mais psicóticos, conduzindo a uma maior derrapagem em relação ao real. Mas é o *carácter heterogéneo, instável e confuso dos mecanismos de defesa que os caracteriza*. Por outro lado, a problemática não se inscreve no registo neurótico ou psicótico: a angústia de castração está presente, mas misturada com a *angústia de perda do objecto*; as manifestações destrutivas raramente conduzem à destruição definitiva do objecto, como nos psicóticos, mas este é mantido, ainda que instável, graças à projecção do ódio e ao agarrar-se à realidade externa, mantendo ao mesmo tempo a sua diferenciação e a sua presença.

A **clivagem** manifesta-se no Rorschach, através de uma resposta com valores opostos, não ambivalentes, não ambíguos: "um gigante, a parte mais alta mostra perigo, a mais baixa parece inofensiva", "um homem e uma mulher, ele é mau e grita, ela é angélica e fala com calma".

A **identificação projectiva** é mais frequente nos protocolos depressivos, ou melhor, nestes conduz à *mistura de limites entre o Eu e o Outro*, enquanto que os narcísicos conseguem defender melhor os limites. Assim, existem 3 processos na identificação projectiva: (1) expulsão do objecto de partes do eu; (2) necessidade de controlar o objecto, (3) mistura de limites entre o Eu e o outro. Os narcísicos utilizam fundamentalmente os dois primeiros, numa tentativa de controlo do objecto: " *nos protocolos narcísicos é um penhorar do objecto que o impede de se mover: a petrificação dos movimentos pulsionais é activamente procurada numa imagem do outro imóvel e fixada*" (Chabert, 1987, p. 115). Quando o controlo falha surgem movimentos de *identificação projectiva* nas respostas isoladas (clivadas) sustentadas por uma agressividade oral muito intensa: respostas tais como (a) como mandíbulas, dentes, etc; ou (b) evocação de personagens maléficas como "monstro" ou "bruxa" associados a cinestésias; ou figuras persecutórias - "aranhas, é horrível". Portanto a identificação projectiva, mais frequente nos *protocolos depressivos* do que nos protocolos narcísicos por estes estarem contidos pela organização defensiva, só se descobrem quando as defesas narcísicas perdem a sua eficácia.

A **idealização, de si e do objecto** é outro mecanismo defensivo específico dos protocolos limites, e deve-se à extrema idealização de um eu grandioso como contra-*investimento* da ferida narcísica; a tendência a procurar a perfeição na ausência de desejo, o investimento especular do objecto sustentado pela identificação projectiva. No Rorschach manifesta-se através de recurso a *adjectivos qualificativos* que vêm valorizar ou desvalorizar os perceptos, como se as imagens não pudessem reenviar a uma existência por si, e tivessem, para serem verdadeiras, que ser qualificadas com um julgamento (o olhar do outro) positivo ou negativo: o sujeito narcísico e seus objectos só existem através do olhar-espelho que reflecte as suas características idealizadas ou denegridas. A idealização reenvia portanto para a *ausência*.

## 2. Parâmetros de análise

Para responder às questões desta investigação construiu-se uma grelha de análise dos protocolos Rorschach, que procura dar conta do *objecto interno na bulimia nervosa, e sua relação com o self*, analisando: (1) as **temáticas**, que dão conta da problemática intrapsíquica em jogo, procurando situá-la relativamente a um nível de desenvolvimento libidinal; (2) as **defesas**, com o intuito de analisar os mecanismos psíquicos utilizados para lidar com os objectos, procurando assim situar o sujeito num determinado registo de funcionamento psíquico; (3) as referências ao **corpo**, estabelecendo uma correspondência entre o corpo da resposta e o corpo do sujeito, corpo do self e corpo do objecto, e sua relação, para estabelecer a coesão deste self (mais inteiro ou mais poroso) e a natureza da relação entre o self e os objectos.

A maioria dos autores psicodinâmicos coloca o funcionamento das bulímicas num *registo limite*, em que as barreiras são frágeis, correndo o risco de uma fusão e dependência, contra a qual elas lutam através do comportamento alimentar, numa tentativa de criar barreiras: buscar o objecto (comida) de que tanto precisam pela falta de solidez interna, mas sem permitir que esse objecto fique demasiado próximo (expulsando-o), para que não percam o sentimento de identidade. O objecto é mantido *nos limites do eu*. Ora, na organização limite, existem duas formas de assegurar os limites: (1) *reforçando a barreira de separação* (reforçando a "pele psíquica", no sentido de Anzieu), que corresponde aos funcionamentos *narcísicos*, ou (2) *procurando segurança através do apoio no objecto*, que corresponde aos mecanismos mais *depressivos*. Estas duas dimensões poderão ajudar a compreender a relação que a bulímica estabelece com os seus objectos, o que procuraremos destacar através do Rorschach.

Por isso, dentro deste funcionamento limite, vamos procurar ser ainda mais específicos na categorização das respostas relativas à relação de objecto limite. A *tentativa de manter os limites* nos funcionamento **narcísicos**, poderá tomar várias formas, que vamos procurar definir na metodologia Rorschach: (a) o reforço das

barreiras (respostas pele); (b) anulando o impacto do outro, através da anulação das diferenças (o duplo), imobilizando-o, manipulando-o, desvitalizando-o, ou desvalorizando-o. *A falha destes limites, com mistura parcial eu-outro*, nos **funcionamentos depressivos**, manifestar-se-á, no Rorschach, através de uma desvalorização ou danificação de si (do self), ou no estabelecimento de uma relação anaclítica com o objecto.

Em conclusão, procurou-se encontrar parâmetros de análise, por um lado, baseados nos sinais sistematizados por Chabert, mas com algumas modificações no sentido menos Freudiano, e mais dentro da *teoria das relações de objecto*.

A grelha de análise consta assim de três categorizações:

(1) uma que dá conta das **temáticas** utilizadas, com o intuito de situar o sujeito relativamente a uma problemática desenvolvimental: temáticas orais, temáticas anais, temáticas fálicas, temáticas regressivas;

(2) outra que visa detectar os **movimentos defensivos**, procurando situar o sujeito dentro de um tipo de organização psicopatológica: o recalçamento e o isolamento (principais defesas da organização neurótica); a clivagem, a idealização e a identificação projectiva (principais defesas da organização limite); a recusa da realidade (defesa característica da organização psicótica);

(3) uma terceira categorização que visa avaliar a natureza do Eu e do objecto, e da relação / comunicação que se estabelece entre eles. Como já se referiu, nesta última categorização pretende-se apreender o **corpo do sujeito**, através do *corpo da resposta*, corpo não no sentido da imagem corporal, mas num sentido mais lato do "corpo" do sujeito, "corpo" do objecto e sua relação. Este "corpo" pode ir desde um **corpo coeso**, o corpo da organização neurótica, em que o self e objecto estão separados e comunicam entre si (existência do espaço potencial, no sentido de Winnicott), até ao **corpo fragmentado** da psicose, cuja falta de barreiras contentoras conduz a uma mistura e confusão entre o self e seus objectos, e à perda da identidade. Entre estes existe o **corpo danificado**, o corpo da organização limite, um self poroso,

com separação parcial self-objecto, por isso mesmo ficando a comunicação entre eles comprometida, e sempre em risco de perda dos limites.

## 2.1 Definição das categorias

Segue-se a definição das várias categorias e alguns exemplos tirados dos protocolos dos sujeitos com bulimia.

### No âmbito das temáticas:

**Categoria 1. Temáticas orais:** ligadas à dependência, passividade, e por outro lado, à presença de agressividade oral. São cotadas as respostas com um tema oral explícito.

*Exemplo:*

*Cartão V - "uma águia de boca aberta"*

**Categoria 2. Temáticas anais:** movimentos de retenção ou expulsão, por exemplo, imagens em que existe uma agressividade controlada e contida.

*Exemplo:*

*Cartão III - "duas pessoas de costas uma para a outra"*

**Categoria 3. Temáticas fálicas** - pressupõe um corpo inteiro, com atributos sexuais, de força e/ou competição.

*Exemplos:*

*Cartão I - "dois guerreiros a lutarem"*

*Cartão IV - "um monstro enorme"*

**Categoria 4. Temáticas regressivas** - quando são dadas respostas de conteúdo regressivo: temáticas ligadas à natureza.

*Exemplo:*

*Cartão IX - "faz-me lembrar uma floresta, com uma cascata de água, o laranja os raios de sol"*

### **No âmbito da organização defensiva:**

*Defesas neuróticas:*

**Categoria 5. Recalcamento** (defesa tipicamente histérica) - o sujeito dá uma respostas de conteúdo vago, sobretudo em cartões com simbólico sexual, acompanhadas do retorno do recalcado.

*Exemplo:*

*Cartão IV - "não parece nada; inquérito: um monstro... a cabeça aqui"*

**Categoria 6. Isolamento** (defesa tipicamente obsessiva) - o sujeito interpreta um pequeno detalhe da mancha, como forma de evitar conteúdos agressivos ou pulsionais.

*Exemplos:*

*Cartão II - "faz-me lembrar uma borboleta" (verm. Inf)*

*Cartão V - "esta parte de baixo faz lembrar patas de coelhos" (Dd lat)*

*Defesas limites:*

**Categoria 7. Clivagem** - quando uma resposta é seguida de outra de valor oposto, ou uma mesma respostas contem imagens opostas.

*Exemplos:*

*Cartão I - "uma raposa... uma parte está com ar mais meigo, outra com ar mais feroz"*

*Cartão VIII - "um caranguejo a agarrar os ombros do soldado... o caranguejo é a alegria, o soldado a tristeza"*

**Categoria 8. Idealização** (positiva ou negativa) - o sujeito dá um conteúdo qualitativamente (a) valorizado ou (b) desvalorizado, ou (c) faz um comentário ao material positivo ou negativo.

*Exemplos (a):*

*Cartão X - "uma flor"*

*Cartão VI - "um ser superior, em cima de um altar"*

*Exemplos (b):*

*Cartão V - "uma borboleta, mas uma borboleta gorda, estranha !"*

*Exemplos (c):*

*Cartão II - "não gosto nada deste desenho..."*

*Cartão X - "parece os desenhos dos miúdos"*

**Categoria 9. Identificação projectiva** - as imagens atribuídas à mancha mostram uma confusão de limites: (a) o sujeito dá uma resposta altamente interpretativa, atribuindo ao material qualidades ou estados afectivos seus; ou (b) a própria imagem mostra uma ausência de barreiras.

*Exemplos (a):*

*Cartão IX - "dois olhos a olhar para mim... alguém a olhar e a rir..."*

*Cartão X - "... parece uma definição de caras... dois olhos, com uma expressão má!"*

*Exemplos (b):*

*Cartão IV - "uma torre do castelo metida no nevoeiro, na penumbra..."*

*Cartão VI - "um bicho a sair de uma rocha"*

*Defesas psicóticas:*

**Categoria 10. Recusa** - o sujeito recusa o significado da cartão, atribuindo uma imagem-subjectiva, sem ter em conta o significado latente, nem a estrutura formal da mancha.

*Exemplos:*

*Cartão II - "é parecida com a anterior, um osso pélvis, só não tem a divisão no interior"*

*Cartão III - "também tem um bocado a primeira imagem, parece um bocado o osso pélvis"*

### **No âmbito das referências ao corpo:**

*Corpo inteiro* - Consiste no corpo da organização neurótica, caracterizado por ser coeso delimitado em relação ao objecto, sexuado (corpo vivido habitado por pulsões). Corresponde a imagens inteiras, humanas ou animais. Compreende duas categorias:

**Categoria 11. Corpo inteiro relacional** - o sujeito dá uma imagem de figuras inteiras, sexuadas, em relação uma com a outra, quer seja uma relação (a) neutra, (b) agressiva, ou (c) libidinal.

*Exemplos:*

(a) *Cartão III - "duas pessoas a lavarem a roupa"*

(b) *Cartão I - "dois guerreiros a lutarem"*

(c) *Cartão II - "dois ursos a darem um beijinho"*

**Categoria 12. Corpo inteiro não relacional** - o sujeito dá uma resposta que inclui uma ou mais figuras inteiras, mas sem relação entre elas. Estas "personagens" podem ser (a) neutros ou (b) agressivos.

*Exemplo:*

(a) *Cartão V - "uma borboleta"*

(b) *Cartão IX - "dois escorpiões"*

*Corpo danificado* - Trata-se do corpo da organização limite: um corpo sem solidez, com falhas, danos, problemas de coerência e continuidade. Uma relação entre o self e os objectos com limites porosos, e nos quais se procura extinguir a pulsão, tudo o

que for excitante. Aqui procura-se dar conta da dimensão mais narcísica (procura de limites) ou mais depressiva (os limites falham). Compreende as categorias no âmbito do corpo narcísico e depressivo.

*Categorias do corpo danificado narcísico (reforço de limites):*

**Categoria 13. Corpo desdobrado** - existência do duplo: (a) imagens em que uma figura é idêntica à outra, ou tem uma relação especular com ela (corpo desdobrado positivo), ou (b) uma imagem que só dá conta de um, sendo a outra o seu reflexo (corpo desdobrado negativo), ou (c) alternância entre uma e duas pessoas numa relação especular (corpo desdobrado ambivalente).

*Exemplos:*

(a) Cartão III - "duas pessoas a olharem uma para a outra"

(b) Cartão III - "uma pessoa a ver-se ao espelho"

(c) Cartão III - "uma pessoa a ver-se ao espelho, ou duas pessoas viradas uma para a outra"

**Categoria 14. Corpo pele** - o sujeito dá um conteúdo envelope, evocando uma superfície limitante entre o dentro e o fora. Inclui os animais com carapaça, vestuário, etc.

*Exemplos:*

Cartão III - "um caranguejo"

Cartão I - "uma máscara"

**Categoria 15. Corpo imobilizado** - o sujeito imobiliza figuras, com o intuito de apagar a fonte pulsional, através de conteúdo tipo estátua.

*Exemplo:*

Cartão VII - "dois perfis, tipo estátuas"

**Categoria 16. Corpo manipulado** - corresponde a imagens de figuras sem vida interna, em que os movimentos são comandados a partir do exterior. Incluem-se aqui as marionetes, bonecos animados, etc.

*Exemplos:*

*Cartão IV - "aqueles desenhos animados do Hook"*

*Cartão X - "parece um animal com antenas... parece os filmes de ficção científica"*

**Categoria 17. Corpo desvitalizado** - o sujeito retira a vida às figuras, também como forma de negar a fonte interna da pulsão. Incluem-se aqui conteúdos tipo esqueleto, ou espantalho.

*Exemplos:*

*Cartão VIII - "um espantalho"*

*Cartão VIII - "as vértebras das costelas, um raio X do corpo inteiro"*

**Categoria 18 . Corpo (des)valorizado** - o sujeito projecta uma figura que é qualificada através de uma característica altamente (a) positiva ou (b) negativa.

*Exemplos:*

*(a) Cartão VIII - "este é alegre, parece uma flor"*

*(a) Cartão III - "uma obra de arte, feita com a cara de duas raparigas a olharem uma para a outra"*

*(b) Cartão III - "duas mulheres, meio esquisitas, com o rabo espetado para fora"*

*Categorias do corpo danificado depressivo (falhas, porosidade):*

**Categoria 18. Corpo desvalorizado** (idêntico à categoria do corpo narcísico).

*Exemplo:*

*Cartão IV - "uma imagem aumentada de um ácaro, um bicho do pó, horroroso"*

**Categoria 19. Corpo em anáclise** - corresponde a uma imagem de relação fusional: as personagens são apresentadas coladas, agarradas, ou através de palavras que mostram uma relação de apoio (pessoas sentadas, encostadas).

*Exemplos:*

*Cartão III - "duas mulheres a pegarem em qualquer coisa, ou apoiadas em qualquer coisa"*

*Cartão V - "dois animais pegados pela mesma cabeça, dois veados, ou dois carneiros"*

**Categoria 20. Corpo danificado propriamente dito** - projecção de imagem de uma figura com danos corporais, mas que não correspondem a "buracos" no conteúdo perceptivo da mancha.

*Exemplo:*

*Cartão V - "borboleta com as asas partidas"*

*Corpo fragmentado* - Trata-se do corpo da **psicose** em que Eu e outro se confundem. Corresponde a uma única categoria.

**Categoria 21. Corpo fragmentado** - Corresponde a imagens parciais, e que reenviam para uma fragmentação corporal, muitas vezes acompanhado de temas destrutivos.

*Exemplos:*

*Cartão III - "duas pessoas... com os pulmões a saírem do peito, pessoas que fumam e ficam com os pulmões deteriorados"*

*Cartão V - "duas aves unidas contra a sua própria natureza... que não têm um pedaço do corpo, uma coisa que causa sofrimento"*

## **2.2 Agrupamento dos cartões segundo o conteúdo fantasmático**

Para a análise das respostas, os cartões foram agrupados consoante as suas características estruturais e sensoriais, as quais reenviam para diferentes significados simbólicos. Assim:

- (1) **Imagem do self ou identidade:** Corresponde aos *cartões unitários* (I, IV, V e VI), que pela sua construção compacta e simétrica à volta de um eixo, solicitam a projecção da imagem do corpo, imagem essa que revela (ou não) um sentimento de identidade estável.
- (2) **Relação com os objectos internos:** Corresponde aos *cartões bilaterais* (II, III e VII), os quais solicitam a representação das relações.
- (3) **Relação pulsional com o objecto:** Incluem os cartões cuja presença da cor vermelha (II e III) solicita afectos intensos libidinais ou agressivos, dando conta da forma como o sujeito lida com eles<sup>1</sup>.
- (4) **Relação com os objectos externos:** Corresponde aos cartões pastel (VIII, IX e X), cuja presença de cores pastel reenvia para a relação com o meio ambiente<sup>2</sup>.
- (5) **Relação com o objecto materno:** Corresponde aos cartões “*mãe*” (I, VII e IX), cujas características possuem um simbólico ligado à função continente, reenvia para as relações com a função materna.
- (6) **Relação com o objecto paterno:** Corresponde aos cartões “*pai*” (IV e VI), cujo simbólico fálico e de força, reenvia para as relações com a imagem paterna.

### 3. Variáveis Rorschach

A análise dos protocolos Rorschach através da categorização acima explicitada permite definir as seguintes 21 **variáveis básicas**:

- Variáveis (4) relativas aos **temas** (*oral, anal, fálico, regressivo*)
- Variáveis (6) relativas às **defesas** (*recalcamento, isolamento, clivagem, idealização, identificação projectiva, recusa*)

<sup>1</sup> Note-se que estes cartões também são bilaterais e como tal solicitam a representação das relações.

<sup>2</sup> O cartão VIII também é bilateral mas pelo impacto da sua cor pastel, indutora de afectos, foi incluído na categoria pastel.

- Variáveis (11) relativas às referências ao **corpo** (*corpo inteiro relacional, corpo inteiro não relacional, corpo danificado desdobrado, corpo danificado em análise, corpo danificado pele, corpo danificado manipulado, corpo danificado imobilizado, corpo danificado desvitalizado, corpo danificado desvalorizado, corpo danificado propriamente dito, corpo fragmentado*)

O nível de manifestação de cada uma destas variáveis é determinado, para cada sujeito, pela soma ao longo dos 10 cartões Rorschach do número de referências às respectivas categorias. Varia, portanto, entre 0 e 10.

Além das variáveis básicas, definiram-se **variáveis compostas**, que a seguir se descrevem:

- **Defesas neuróticas** - média do valor das variáveis *recalcamento* e *isolamento*.
- **Defesas limite** - médias do valor nas variáveis *clivagem, idealização e identificação projectiva*.
- **Defesas depressivas** - média do valor nas variáveis *idealização e identificação projectiva*.
- **Defesas narcísicas** - média do valor das variáveis *clivagem e idealização*.
- **Defesas psicóticas** - valor da variável *recusa*.
- **Corpo inteiro** - média do valor das variáveis *corpo inteiro relacional e corpo inteiro não relacional*.
- **Corpo danificado** - média do valor das variáveis *corpo danificado desdobrado, corpo danificado pele, corpo danificado imobilizado, corpo danificado manipulado, corpo danificado desvitalizado, corpo danificado desvalorizado, corpo danificado em análise, corpo danificado propriamente dito*.
- **Corpo depressivo** - média do valor das variáveis *corpo danificado desvalorizado, corpo danificado em análise, corpo danificado propriamente dito*.

- **Corpo narcísico** - média do valor das variáveis *corpo danificado desdobrado*, *corpo danificado pele*, *corpo danificado imobilizado*, *corpo danificado manipulado*, *corpo danificado desvitalizado*, *corpo danificado desvalorizado*.
- **Corpo psicótico** - valor da variável *corpo fragmentado*.

Além disso, ainda se definiram **variáveis por prancha**, correspondentes a cada uma das variáveis básicas, através do procedimento que a seguir se descreve. A cada tipo de pranchas (unitárias, bilaterais, cor, pastel, mãe e pai) corresponde uma variável que é determinada para cada sujeito, pela média, por cartão, do número de referências à respectiva categoria.

Assim, por exemplo:

- (1) **Temas orais nos cartões unitários** = soma das referências a temáticas orais nos cartões I, IV, V, VI, a dividir por 4.
- (2) **Corpo desvitalizado dos cartões cor** = soma das referências ao corpo desvitalizado nos cartões II e III, a dividir por 2.

#### 4. Conclusão

Neste capítulo fez-se uma apresentação do teste Rorschach e justificou-se a necessidade da construção de categorias específicas de análise dos protocolos.

Estas categorias foram definidas e exemplificadas. A partir delas explicitaram-se as variáveis dependentes deste trabalho no que respeita ao estudo do mundo interno da bulimia.

Nos Anexos 5 e 6 apresentam-se, respectivamente, as classificações dos protocolos Rorschach das jovens bulímicas “puras” e bulímicas com história de anorexia, assim como a análise qualitativa dos protocolos que conduziu a essas classificações.

## Capítulo 7

# Resultados e discussão

### 1. Estilos de vinculação

Analisaram-se os estilos de vinculação nas jovens bulímicas, “puras” e com história de anorexia, pela sua comparação com os estilos de vinculação no grupo de jovens “normais”. Pretendeu-se com este estudo testar as nossas hipóteses H1 e H2.

#### 1.1 Resultados

As diferenças existentes entre jovens normais, bulímicas puras e bulímicas com história de anorexia foram determinadas através da análise de variância unifactorial para cada uma das variáveis Não Confiança, Ansiedade e Evitamento. Os resultados, médias e desvios padrão são apresentados no Quadro 3.

A análise deste Quadro permite constatar que:

a) tanto a Ansiedade como o Evitamento são superiores nas bulímicas com história de anorexia do que nas bulímicas e nestas superiores às normais;

b) as bulímicas com história de anorexia têm menos Confiança quer que as bulímicas “puras”, quer que as normais;

c) bulímicas “puras” e as normais não se distinguem no nível de Confiança.

## Quadro 3

Análise da Variância em Função do Tipo de Patologia: Médias e Desvios Padrão, Valores de F, Teste de Scheffé

Variável	Normal (N)		Bulímica Pura (B)		Bulímica com história de Anorexia (A)		F (2,142)	Scheffé
	M	D	M	D	M	D		
Não confiança	2.807	.659	2.959	.613	3.727	.860	8.042***	A>N; A>B <sup>(1)</sup>
Ansiedade	3.307	.775	3.865	.927	4.684	.790	14.769***	A>B>N
Evitamento	2.168	.526	2.577	.464	3.292	.980	19.176***	A>B>N

\*\*\* p. < .001

<sup>(1)</sup>N = normal; B = bulímica pura; A = bulímica com história de anorexia

## 1.2 Discussão

Assim, os principais resultados permitem-nos dizer que:

Primeiro, os sujeitos com **bulimia** (com ou sem história de anorexia) mostraram maiores níveis de *ansiedade* e de *evitamento* do que os "normais", portanto revelaram uma *vinculação mais insegura* do que estas, o que confirma a nossa hipótese H1.

Segundo, as **bulímicas com história de anorexia** tiveram *mais evitamento* e *mais ansiedade* do que as bulímicas puras.

Terceiro, as bulímicas com história de anorexia tiveram *menos confiança* do que bulímicas puras e normais, mas as **bulímicas puras** não se distinguiram das normais na *confiança*. Este último facto pode dever-se ao *tamanho reduzido da amostra*. Outra interpretação possível pode ser elas *sentirem conscientemente* confiança nas relações (e.g. "sinto-me à vontade na relação com os outros"), apesar de as viverem com maior *ansiedade* (e.g. "preocupó-me não estar à altura dos outros") e maior *evitamento* (e.g. "estou demasiado preocupada com outras actividades para ter tempo para as relações").

Concluindo, os resultados sugerem que o **grupo mais inseguro** é o das *bulímicas com história de anorexia*. Além disso, o grupo total de bulimia parece ter uma **vinculação receosa** (Bartholomew), porque apresenta mais *estratégias quer de evitamento quer de ansiedade nas relações* do que as jovens normais, o que responde à nossa hipótese exploratória H2. Note-se que este estilo de vinculação corresponde a um *modelo do self e do outro desvalorizado*, e em que *a relação ao outro é simultaneamente procurada e evitada*. Por outro lado, estes resultados contrariam a predominância do estilo preocupado (modelo do self negativo e do outro positivo; relações de dependência com os outros), encontrado por alguns investigadores.

Finalmente, as jovens com *bulimia pura* não se distinguem do grupo de controlo quanto à **confiança nas relações**, mas revelaram *maior ansiedade e maior evitamento*. Assim, isto parece indicar *maior nível de insegurança* nas relações do que as normais. Porque será então que na dimensão *não confiança* elas não se distinguem? Que mecanismo psicológico estará a impedir que a *não confiança* emergja na bulímica? Tentaremos responder a esta questão no decorrer deste trabalho.

## 2. O mundo interno da bulímica através do Rorschach

O estudo do mundo interno da bulímica através dos protocolos Rorschach (RCH) envolveu essencialmente dois tipos de análises: a análise das categorias mais utilizadas pelas bulímicas (§ 2.2); e a análise das diferenças entre bulímicas puras e bulímicas com história de anorexia relativamente a essas categorias (§ 2.3). Com a análise das categorias mais utilizadas pretendemos testar as nossas hipóteses referentes ao mundo interno da bulímica, nomeadamente as hipóteses H3 a H8.

O estudo das diferenças entre bulímicas puras e bulímicas com história de anorexia teve como objectivo testar as hipóteses H9, H10 e H11.

Antes disso, porém, num primeiro passo, decidiu-se efectuar um estudo correlacional entre as diferentes variáveis definidas nos protocolos RCH, no sentido de testar a consistência da categorização efectuada.

## 2.1 Correlações globais entre variáveis

Efectuaram-se análises correlacionais entre a globalidade dos temas, das defesas e das referências ao corpo para a totalidade dos cartões RCH.

As correlações entre **temas** e, quer as defesas quer as referências ao corpo, são não significativas com uma única excepção: *os temas orais apresentam uma correlação média negativa ( $r = -.389$ ,  $p = .07$ ) com as defesas neuróticas*. Ou seja, *quanto maior é a problemática oral na bulímica, menos têm um funcionamento neurótico*. Podemos então pensar que existe uma ligação entre a agressividade oral, actuada na relação que a bulímica tem com a comida, e as defesas não neuróticas, e que portanto quanto mais intensa for a sintomatologia bulímica, menos estão em causa mecanismos defensivos neuróticos. Estes resultados sugerem que:

**(1 a sintomatologia bulímica é uma manifestação comportamental que tem por base mecanismos defensivos não neuróticos;**

**(2) quanto menos a bulímica tiver a possibilidade de um funcionamento neurótico, mais necessidade tem de recorrer ao comportamento alimentar.**

Por outro lado, as principais correlações ocorreram entre **defesas e corpo**, sendo apresentadas no Quadro 4.

## Quadro 4

## Correlações entre Defesas e Referências ao Corpo

Defesas	Corpo				
	Íntegro	danificado	Narcísico	Depressivo	fragmentado
Neuróticas	.1921	-.2516	-.1526	-.2215	-.3668*
Limite	-.2145	.5220*	.4814*	.6011**	.5438**
Narcísicas	-.1151	.6814***	.7154***	.6199**	.4397*
Depressivas	-.1072	.5389*	.5190*	.6124**	.3760*
Psicóticas	-.2565	-.0152	.0899	-.1943	.0852

\*  $p < .1$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

A análise deste Quadro para as correlações com significância estatística permite verificar que:

a) as *defesas neuróticas* têm uma correlação negativa moderada ( $r = -.4$ ) com as referências ao *corpo fragmentado*; ou seja, quanto mais reduzida for a presença de defesas neuróticas, mais fragmentado está o objecto interno. Se tivermos em conta o resultado anterior, podemos então deduzir que **à medida que aumenta a problemática oral (e a sintomatologia), mais estamos na presença de um objecto fragmentado, o objecto da psicose.**

b) as *defesas limite* têm correlações positivas moderadamente elevadas ( $.5 < r < .6$ ) com o corpo danificado, narcísico, depressivo e fragmentado; ou seja, **quanto mais o objecto está danificado (objecto limite), ou fragmentado (objecto psicótico), mais as defesas limite actuam.**

c) dentro das defesas limite, as *defesas narcísicas* têm correlações elevadas ( $r = .7$ ) com o corpo danificado e narcísico, uma correlação moderadamente elevada com o corpo depressivo ( $r = .6$ ) e uma correlação moderada com o corpo fragmentado ( $r = .4$ );

d) dentro das defesas limite, as *defesas depressivas* têm a sua correlação mais elevada com o corpo depressivo ( $r = .6$ ), correlações moderadamente elevadas com o corpo danificado e narcísico ( $r = .5$ ) e uma correlação moderada com o corpo fragmentado ( $r = .4$ ). Portanto, *existe uma correspondência entre defesas narcísicas (idealização, clivagem), defesas depressivas (idealização, identificação projectiva) e à relação de objecto narcísica, depressiva, psicótica.*

Os resultados anteriores permitem-nos deduzir a **consistência das categorias de análise utilizadas**: quanto mais danificado estiver o objecto (narcísico e depressivo), mais as defesas limite actuam; as defesas neuróticas diminuem à medida que aumenta a problemática oral e aumenta a fragmentação do objecto (psicose).

Além disso, a associação directa entre o *objecto fragmentado* e *defesas limite* (narcísicas e depressivas), faz-nos pensar que as defesas limites podem fragmentar o objecto, como é o caso da clivagem, que na tentativa de separar o amor e o ódio em relação ao objecto, pode acabar por fragmentá-lo. Ou que, *apesar dos mecanismos defensivos serem essencialmente limites, existir um objecto fragmentado.*

Podemos assim concluir que, quanto mais o objecto está fragmentado, menos existe a presença de defesas neuróticas, maior a oralidade e maior a presença de defesas limite, o que nos permite levantar a hipótese de que, na bulimia, estamos perante um funcionamento em que a **sintomatologia oral e as defesas limite aparecem como forma de lidar com um objecto danificado ou fragmentado.**

## 2.2 Diferenças entre temas, entre defesas, e entre referências ao corpo

Para avaliar quais os temas, defesas e referências ao corpo mais utilizados pelas jovens bulímicas, utilizaram-se análises de variância multivariada para medidas repetidas.

### 2.2.1. Diferenças gerais

Num primeiro passo verificou-se que existiam diferenças significativas, na *globalidade dos cartões*, para o conjunto dos temas ( $F = 4.89$ ;  $p = .004$ ), para o conjunto dos vários tipos de defesas (neuróticas, limite e psicóticas) ( $F = 21.99$ ;  $p = .000$ ), e para o conjunto dos vários tipos de referências ao corpo (inteiro, danificado, fragmentado) ( $F = 7.34$ ;  $p = .002$ ). A comparação posterior dos temas dois a dois, dos tipos de defesas duas a duas e do tipo de referências ao corpo duas a duas permitiu identificar as diferenças significativas indicadas no Quadro 5.

A análise deste quadro permite constatar que:

- a) os temas *anais* são significativamente inferiores aos temas orais, fálicos e regressivos;
- b) as *defesas limite* são superiores, quer às defesas neuróticas, quer às psicóticas;
- c) as referências ao *corpo íntegro* são superiores às referências ao corpo danificado, e estas superiores às referências ao corpo fragmentado.

Parece estarmos assim perante um mundo interno onde predominam as *problemáticas oral e fálica*, onde existe uma *regressão*, em que actuam sobretudo as *defesas do funcionamento limite*, mas em que o *objecto aparece inteiro*... Trata-se do objecto da neurose? Estamos perante um funcionamento neurótico ?

Tendo em conta a discussão anterior (§ 2.1), em que quanto maior a **problemática oral** e a fragmentação do objecto, menos actuam defesas neuróticas, e que quanto mais defesas limites, maior a danificação ou fragmentação do objecto, podemos pensar que: (1) as defesas limites, são o mecanismo defensivo mais presente na bulimia, correspondendo a

Quadro 5

Análise Geral dos Temas, Defesas e Referências ao Corpo: Médias, Desvios Padrão e Valores de F para as Diferenças

Significativas

Temas	Oral		Anal		Fálico		Regressivo		Diferença	F (1,21)
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)		
	.864		.227		1.227		1.409		Oral > Anal	5.33*
	(1.037)		(.528)		(1.232)		(1.297)		Fálico > Anal	13.59***
									Regressivo > Anal	15.63***
	Neurótica		Limite		Psicótica					
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	Limite > Neuróticas	28.31***
	.295		1.379		.136		.136		Limite > Psicóticas	29.39***
	(.427)		(.799)		(.640)					
	Inteiro		Danificado		Fragmentado					
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	Integro > Danificado	3.97*
	1.750		1.165		.636		.636		Integro > Fragmentado	10.06**
	(1.088)		(.586)		(.953)				Danificado > Fragmentado	6.32*

portanto Integro > Danificado > Fragmentado

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

uma relação de objecto limite (narcísica ou depressiva) ou psicótica, mas (2) deverá existir um outro mecanismo que torna o objecto coeso; e se (3) a oralidade é maior quanto mais fragmentado está o objecto, então *talvez o sintoma alimentar na bulimia seja uma forma de tornar aparentemente inteiro um objecto que de outra forma estaria fragmentado.*

Por outro lado, a presença de **temas fálicos** (sem diferenças significativas dos temas os orais) não significa necessariamente um funcionamento neurótico (já que as defesas neuróticas diminuem à medida que aumentam os temas orais). Podemos estar assim perante **um funcionamento predominantemente limite** com duas particularidades:

(1) a presença de um sintoma alimentar, onde é actuada uma agressividade oral, mas que tem a função de tornar inteiro um objecto que de outro modo estaria danificado ou fragmentado;

(2) a presença de uma "cobertura edipiana", dando a ideia de uma problemática de castração, que esconde uma problemática pré-edipiana, ligada à relação com o objecto primário, porventura fragmentado...

### 2.2.2. Diferenças consoante o significado latente dos cartões

Num segundo passo, dado o facto de os vários cartões do Rorschach reenviarem para questões distintas, como já anteriormente foi referido, análises semelhantes às anteriores foram feitas também para os *vários grupos de cartões* (unitários, bilaterais, cor, pastel, mãe e pai).

Constatou-se a presença de diferenças significativas para o conjunto dos *temas*, quer para os cartões unitários ( $F = 6.74$ ;  $p = .001$ ), quer para os pastel ( $F = 14.59$ ;  $p = .000$ ), mãe ( $F = 3.99$ ;  $p = .050$ ) e pai ( $F = 12.08$ ;  $p = .001$ ).

Constatou-se também diferenças significativas para o conjunto das *defesas limite*, quer para a globalidade dos cartões ( $F = 14.92$ ;  $p = .000$ ), quer para as defesas limite nos cartões bilaterais ( $F = 6.06$ ;  $p = .005$ ), cor ( $F = 3.66$ ;  $p = .034$ ), pastel ( $F = 14.22$ ;  $p = .000$ ), e mãe ( $F = 3.97$ ;  $p = .52$ ).

Finalmente constatou-se diferenças significativas para o conjunto das referências ao *corpo danificado depressivo* para os cartões pastel ( $F = 14.87$ ;  $p = .000$ ) e pai ( $F = 3.98$ ;  $p = .51$ ); bem como diferenças para o conjunto das referências ao *corpo narcísico*, quer para a globalidade dos cartões ( $F = 14.62$ ;  $p = .000$ ), quer para todos os grupos de cartões (unitários ( $F = 5.64$ ;  $p = .000$ ), bilaterais ( $F = 13.59$ ;  $p = .000$ ), cor ( $F = 5.85$ ;  $p = .000$ ), pastel ( $F = 8.93$ ;  $p = .000$ ), mãe ( $F = 5.30$ ;  $p = .000$ ) e pai ( $F = 10.09$ ;  $p = .000$ ).

A comparação posterior (por tipo de cartão) dos temas dois a dois, das defesas duas a duas e das referências ao corpo inteiro, danificado depressivo e danificado narcísico, duas a duas, permitiram identificar as diferenças significativas indicadas no Anexo 7 nos Quadros 1, 2, 3, 4 e 5.

Na **discussão dos resultados** apresentados no Anexo 7 debruçar-nos-emos primeiro sobre a comparação entre temas, depois entre defesas e, finalmente, entre referências ao corpo.

Relativamente aos **TEMAS** (Quadro 1 do Anexo 7), na maioria dos cartões, e de acordo com as nossas hipóteses H3 e H4, verifica-se uma predominância de temas *regressivos* e *orais*, ambos superiores aos anais. Além disso, existem também muitas referências a temas *fálicos*, que tentaremos interpretar à frente.

Primeiro, nos cartões que reenviam para a **identidade** (unitários), existem mais temas orais e fálicos do que anais, e mais temas fálicos do que regressivos. Isto parece indicar que a problemática ao nível da identidade está mais ligada à *oralidade*, dependência ao objecto primário, agressividade oral, assim como às *problemáticas edipianas*, de identificação sexual, do que a conflitos anais, portanto ao controlo da agressividade. No

entanto, tendo em conta a constatação do § 2.1 de que *quanto mais temas orais, menos defesas neuróticas*, podemos questionar a interpretação interior, relativa a estarmos na presença de verdadeiros conflitos edipianos. De facto, como foi dito anteriormente, a presença de temas fálicos, não significa uma estrutura e funcionamento neurótico, em que a problemática edipiana foi resolvida e integrada. É possível que, a bulímica tenha uma identidade caracterizada por conflitos pré-edipianos, *marcados por uma intensa agressividade oral, ligada à relação primária, que é vivida ao nível da sintomatologia alimentar, permitindo a co-existência de conflitos aparentemente edipianos*.

Segundo, nos cartões que reenviam para a **relação com os objectos exteriores** (pastel), os *temas regressivos* foram mais utilizados do que os orais, e estes mais do que os anais. Também houve maior número de temas regressivos do que fálicos. Isto parece indicar que as bulímicas têm uma relação regressiva com o meio, ou com os objectos externos, possivelmente para lidarem com as problemáticas orais, anais e fálicas subjacentes. Ou ainda, que *as bulímicas regridem na relação com os objectos externos, como forma de lidarem com a problemática interna. Será isto que se passa na relação com a comida, uma regressão a uma relação de dependência oral?* Por outro lado, a problemática oral predomina também aqui, relativamente à anal. Ou seja, *existe na relação com os objectos externos, mais uma dependência oral do que o controlo do objecto. Será este também o estilo relacional com os alimentos?*

Terceiro, nos cartões que simbolizam a **relação materna**, houve também mais temas regressivos e orais do que anais, contudo, nos **cartões paternos**, aconteceu o inverso, com predomínio da problemática fálica relativamente à oral, anal e regressiva.

Concluindo, a análise das temáticas, indica que:

(1) *A problemática anal é a menos presente*. Isto acontece em todos os grupos de cartões, excepto nas cartões que reenviam para a relação (bilaterais), para os quais não se encontram diferenças entre temas. Portanto, estes resultados podem-nos fazer pensar que a

**bulímica não procura através do sintoma alimentar actuar uma problemática do controlo do objecto, mas mais uma agressividade oral com o objecto.**

(2) Parecem coexistir, ao nível da identidade, *dois níveis de desenvolvimento*: um mais pré-edipiano (predomínio dos temas orais), outro mais edipiano (predomínio dos temas fálicos). Mas tendo em conta a discussão anterior, tratar-se-ia de **uma problemática de castração que vem esconder uma problemática de perda de si (dependência do objecto primário ao nível da identidade).**

(3) Existe uma *diferença na problemática em relação à mãe, com temas orais e regressivos, relativamente ao pai, com predomínio dos temas fálicos*. Portanto, podemos imaginar que, na relação com a mãe, existe uma problemática oral (dependência e agressividade) e uma regressão, mais do que uma agressividade controlada, enquanto que com o pai, parece tratar-se mais de uma problemática ligada à castração (edipiana). **Estaríamos assim perante uma imago materna pré-edipiana, e uma imago paterna edipiana?** Ou, por outras palavras, talvez a relação com o pai esteja mais preservada da intensidade dos mecanismos defensivos limites, talvez seja a tal "cobertura edipiana" de uma problemática pré-edipiana, descrita por vários autores.

(4) Assim, a bulímica parece estar a **actualizar no sintoma alimentar uma problemática oral e regressiva relativa a um objecto materno pré-edipiano.**

Estas conclusões podem-se resumir segundo o esquema da Figura 2.

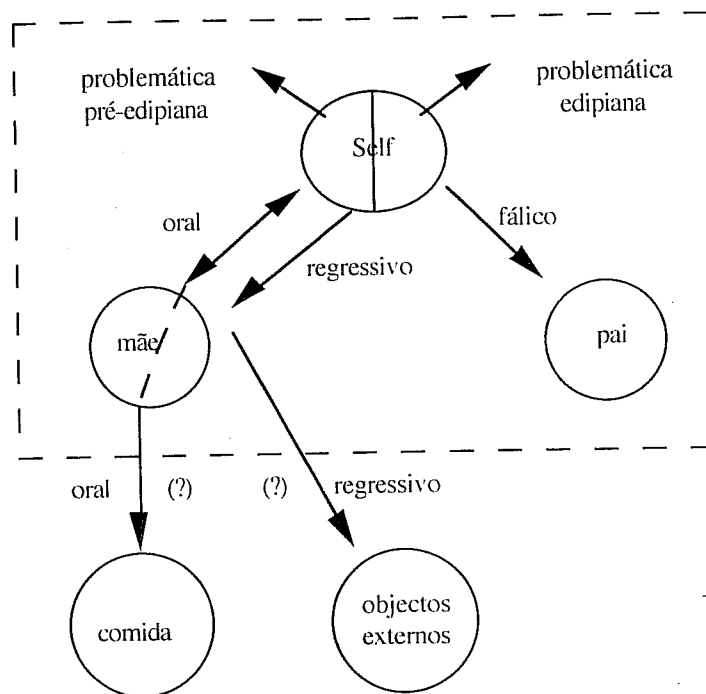


Figura 2. Esquema do mundo interno da bulímica segundo as temáticas

Quanto às **DEFESAS** (Quadro 5; Quadro 2 do Anexo 7), as jovens bulímicas utilizaram mais **defesas limite** (*clivagem, idealização, identificação projectiva*) do que neuróticas ou psicóticas, o que confirma a hipótese H5 de que as bulímicas teriam fundamentalmente mecanismos defensivos dentro da organização limite. Por outro lado, como parece não existirem diferenças entre defesas no registo *narcísico e depressivo*, ambos os mecanismos de separação e de mistura parecem estar presentes, o que não confirma a nossa hipótese H6.

Para as **defesas neuróticas** verificaram-se diferenças unicamente nos cartões cor (II e III), com mais *isolamento* do que *recalcamento*. Isto poderá indicar que perante o impacto pulsional, sexual ou agressivo, as bulímicas isolam mais do que recalcam, portanto talvez a problemática se situe mais ao nível da *agressividade* e seu controlo do que da sexualidade. Ou ainda, perante o impacto pulsional, a bulímica utiliza *mecanismos de controlo*, mais do que o *recalcamento*, e que portanto existe *a falha do mecanismo neurótico por excelência* (o *recalcamento*), o que mais uma vez põe em questão a presença de um funcionamento neurótico.

Dentro das **defesas limite** (Quadro 2 do Anexo 7), a *idealização* foi a defesa mais utilizada de uma forma geral, o que só não é verificado para os cartões que remetem para a *identidade* (unitários), e para o *pai*.

Disto parece poder concluir-se que:

(1) perante a pulsionalidade da relação, existe uma **tendência para isolar** os afectos, mais do que para recalá-los;

(2) **uma tendência para a idealização do objecto**. Portanto, na relação com o objecto (interno, externo, materno) parece ser a *idealização* o mecanismo limite predominante, o que pode fazer pensar que na relação com esse objecto existe uma *ausência*, de forma que o sujeito tem que lhe atribuir qualidades para o fazer existir...

A dinâmica interna relativa às defesas pode ser imaginada segundo o seguinte esquema:

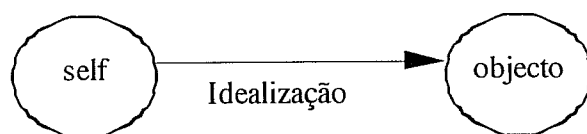


Figura 3. Mundo interno da bulímica segundo as defesas (funcionamento limite)

Quanto ao **CORPO** (Quadro 5), a nossa hipótese H7 é apenas parcialmente confirmada. De facto, as referências ao *corpo danificado* são superiores ao *corpo fragmentado* mas, ao contrário do que havíamos suposto, as referências ao *corpo inteiro* foram superiores ao *corpo danificado*.

Como havíamos sugerido anteriormente, isto poderá indicar que as defesas limites funcionam no sentido de manterem o objecto coeso; e se é a *idealização* o mecanismo defensivo que predomina, este, ao deturpar a realidade do objecto, pode estar a desempenhar a função de, juntamente com o sintoma bulímico, tornar inteiro um objecto interno que de outra forma estaria danificado.

Por outro lado, o **corpo depressivo** (Quadro 4 do Anexo 7) predominou em relação ao corpo narcísico, o que confirma nossa hipótese H8, e está de acordo com a tendência para a *idealização do objecto*. Parece assim tratar-se de *um self e de um objecto danificado*, cuja relação se faz mais através do *apoio no objecto do que pelo reforço das barreiras*. Isto poderá fazer luz sobre **a relação da bulímica com o objecto-comida, o qual utiliza talvez como objecto de apoio.**

Quanto ao **corpo inteiro** (Quadro 3 do Anexo 7), e em todas os cartões, o corpo *não relacional* foi superior ao relacional, o que aponta para uma *fuga à relação*. Será então a comida não um "substituto relacional" (Jeammet, Brusset), mas um "*impeditivo relacional*" *que funciona para fugir à relação com os objectos?*

No **corpo depressivo** (Quadro 4 do Anexo 7) (em anáclise, desvalorizado, danificado), verificaram-se diferenças para os cartões pastel e pai. Nos pastel, surgiu mais o corpo desvalorizado do que danificado ou em anáclise, o que parece indicar que os *objectos externos estão essencialmente (des)valorizados*. Ou seja, que existe um objecto interno desvalorizado projectado no objecto externo, o que está de acordo com a *tendência para a idealização dos objectos*. Nos cartões pai, o corpo é tão desvalorizado como danificado, mais do que em anáclise. Daqui se conclui que na relação com o pai e objectos externos o corpo em anáclise foi menos frequente que desvalorizado e danificado. Além disso, ao nível da *identidade e da relação com o objecto materno* existem na mesma intensidade o objecto desvalorizado, danificado e em anáclise.

Estes resultados sugerem que (1) o *apoio no objecto* não parece fazer-se com o objecto paterno, que está desvalorizado ou danificado, nem com o objecto externo, que está essencialmente desvalorizado; (2) a *comida*, para a bulímica, não tem um simbólico paterno, e (3) a bulímica não se apoia nas relações com os outros (apesar de os idealizar), o que permite questionar um estilo de vinculação ambivalente.

No **corpo narcísico** (Quadro 5 do Anexo 7) (desdobrado, pele, imobilizado, manipulado, desvitalizado, desvalorizado), verificaram-se diferenças para todos os grupos de cartões: (1) nos cartões da *representação do self (unitários)* predominou o *corpo desvalorizado e o corpo pele*; (2) nos cartões da *relação com objectos internos (bilaterais, cor)* predominou o *corpo desdobrado*; (3) nos cartões da *relação materna*, houve mais *corpo desdobrado, pele*; (4) nos cartões da *relação com o pai* e da *relação com o meio (pastel)* foi o *corpo desvalorizado* que mais apareceu; (5) o corpo imobilizado, manipulado e desvitalizado são as representações objectais narcísicas menos frequentes.

Assim, o *self* aparece desvalorizado e com reforço da pele; o *objecto interno* aparece um duplo do sujeito, a *mãe duplo* com reforço pele, o *pai e objecto externo* desvalorizados.

Concluindo, a bulímica parece ter uma representação **desvalorizada** do self, do pai, dos objectos externos, uma representação em **duplo** (narcísica) dos objectos internos e do objecto materno, **um reforço dos limites** do self e objecto materno. Isto remete-nos para a hipótese de um *objecto paterno ausente*, uma *relação especular com o objecto materno*, uma *relação adesiva com o objecto materno pré-edipiano*.

Por outro lado, quer na relação de objecto depressiva, quer na narcísica, a **comida simbolizará a função materna**, o "*objecto de necessidade*", com o qual a bulímica mantém uma *relação dual em espelho*, alternando entre uma *relação de apoio e de reforço das barreiras*, para manter a *coesão da identidade*. Será talvez a *função materna não suficientemente sólida*, com a qual a bulímica estabelece uma *relação essencialmente adesiva*, sem espaço para a *subjectividade*, sendo o recurso ao *vômito* uma *luta desesperada para a conquista de um espaço que parece faltar*... Nesta linha, podemos imaginar que o objecto externo (desvalorizado) será uma projecção do objecto interno paterno e da representação de si.

Podemos assim imaginar o esquema relacional no mundo interno da bulímica (dentro da organização limite) esquematizado na Figura 4.

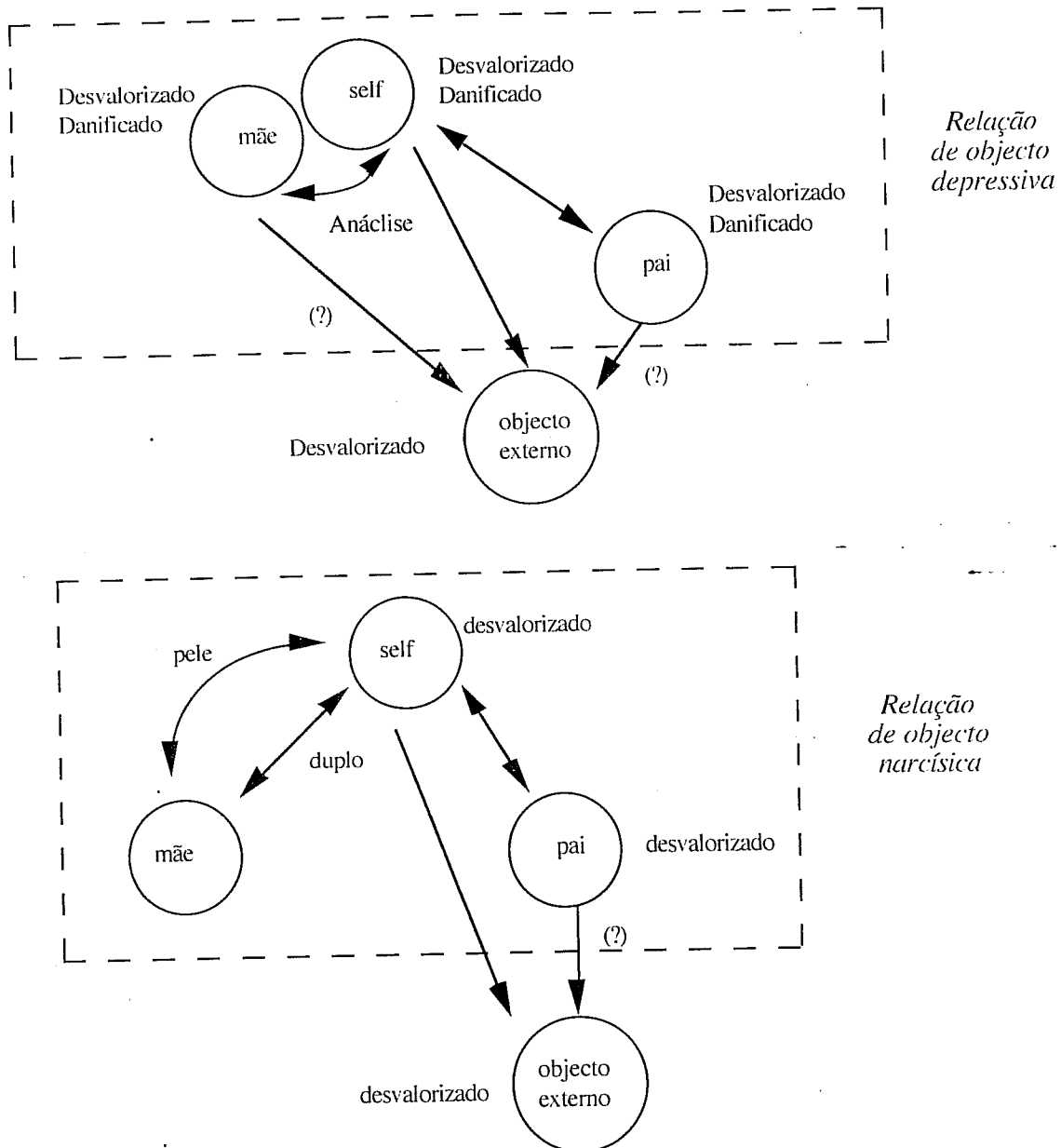


Figura 4. Mundo interno segundo as relações de objecto narcísica e depressiva

### 2.2.3. Conclusões

As principais conclusões do estudo das diferenças entre temas, entre defesas e entre referências ao corpo, são assim as que se seguem.

(1) a bulímica tem, ao nível da identidade, uma problemática oral, pré-edipiana, ligada à função materna e que é actualizada na relação com os alimentos. Esta problemática, marcada por uma intensa agressividade oral, ao ser actualizada e vívida nesta relação aos alimentos, permite preservar a identidade da destruição, consequência de uma relação pré-genital marcada pela inveja e pela avidez, impedindo assim a danificação ou fragmentação interna. E permite igualmente a possibilidade de uma "cobertura neurótica", ligada a conflitos edipianos.

(2) Desta forma, o objecto interno da bulímica aparece essencialmente **inteiro**, mas **sempre na fuga à relação**, o que mais uma vez põe em causa o funcionamento neurótico na bulímica. Esta relação é vivida como destrutiva e perigosa, ameaçando-a de perda do outro, e assim ela vive-a na *relação alimentar*. A relação com *a comida* pode ter a função de *tornar o objecto aparentemente inteiro, e simultaneamente de permitir evitar a relação*.

(3) De facto, parece estarmos perante um funcionamento essencialmente **limite**, onde predominam os mecanismos defensivos da clivagem, idealização e identificação projectiva. Por outro lado, é a **idealização** a defesa que mais aparece, dando conta de uma *ausência compensada*, o que pressupõe mecanismos de clivagem subjacentes (separação radical das partes boas e más do objecto), em que só aparece uma face da moeda... Talvez seja esta uma manifestação do *falso-self* defendido por vários autores,

(4) Mas nem sempre o objecto se mantém inteiro, aparecendo por vezes **danificado**, e aqui com mecanismos essencialmente **depressivos**: o objecto aparece desvalorizado, danificado ou em anáclise, mas um objecto que recorre ao **apoio no objecto** como forma de *conter* a sua porosidade: apoio na relação com o objecto materno, mas também ao nível do self, dando conta de uma problemática fusional. Esta *relação anaclítica* acontece menos com o objecto paterno e os objectos externos, os quais estão essencialmente *desvalorizados e danificados*. Por outro lado, a relação de objecto *narcísica* de **reforço de barreiras**, é menos frequentes do que o relação anaclítica, mas ocorrem exactamente com os mesmos objectos em que ocorre esta última: o *objecto materno* e o *self*; e os objectos que aparecem

**desvalorizados** - o *self*, o pai, os *objectos exteriores* - mantêm-se os mesmos, quer esteja em jogo uma relação mais narcísica ou mais depressiva. Parece assim que **a relação de objecto depressiva de apoio aparece quando falham os mecanismos narcísicos.**

Na *relação ao objecto materno e self* alternam mecanismos de anáclise e pele, o que sugere (1) uma função continente materno não suficientemente sólida; (2) uma vivência desta relação na relação que a bulímica tem com os alimentos. A *relação com o pai e objectos externos* está essencialmente (des)valorizada, estando o objecto paterno também danificado, o que (1) sugere que os objectos externos representam uma projecção de objectos internos desvalorizados, (2) tornando assim mais difícil uma relação de suporte nestes objectos externos e (3) aumentando a tendência para uma relação anaclítica com o objecto materno pré-edipiano projectado na comida.

Portanto, a bulímica recorre à *idealização* e à *relação ao alimento* para manter um objecto inteiro. A parte má do objecto clivado é vivido na relação alimentar, permitindo manter dentro de si os objectos "protegidos" com uma "cobertura" idealizada. Quando tal não é possível, recorre ao *apoio no objecto*, porque os mecanismos narcísicos não são eficazes. Esta necessidade de uma relação anaclítica com o objecto, provoca nela angústias de perda (da identidade e do objecto), ligada ao medo de ser destruída / destruir o objecto pela sua agressividade oral, a qual ela procura gerir exteriorizando-a na relação aos alimentos, como forma de gerir a distância, e de manter o objecto nos limites do eu. Como se, na falha de uma função continente sólida, e na falha de mecanismos narcísicos internos, ela os "construísse" através do comportamento alimentar.

### 2.3 Diferenças entre bulímicas “puras” e bulímicas com história de anorexia

As diferenças existentes entre as jovens bulímicas “puras” e as jovens bulímicas com história de anorexia foram determinadas através da análise da variância unifactorial para cada uma das variáveis definidas na análise dos protocolos RCH. Ou seja, determinaram-se: as diferenças entre grupos para os temas, as defesas e as referências ao corpo para cada tipo de cartões (unitários, bilaterais, cor, pastel, mãe e pai). Os resultados, médias e desvios padrão, para as diferenças significativas, são apresentadas no Anexo 8.

A análise dos resultados do Anexo 8, permite-nos constatar que:

Primeiro, nos cartões da **identidade** (cartões unitários) o *corpo em anáclise* foi superior nas bulímicas com história de anorexia do que nas bulímicas puras. Tendo em conta que as respostas de corpo em anáclise nos cartões unitários são dadas através de imagens fusionais (e.g. "dois animais pegados"), em que sujeito e objecto estão colados, isto parece indicar a presença de *uma maior problemática fusional ao nível da identidade nas bulímicas ex-anoréticas*. Assim, *será o comportamento alimentar anorético (restrição) uma luta contra esta fusão?*

Segundo, nos cartões **relacionais** (cartões bilaterais e cor), as *bulímicas puras* tiveram mais *temas fálicos* e mais *isolamento* e *menos corpo danificado* do que as bulímicas com história de anorexia. Assim, podemos levantar a hipótese que, na relação com os objectos internos: (1) *a bulímica "pura"* tem uma maior eficácia dos mecanismos de isolamento permitindo-lhe "isolar" as problemáticas mais pré-edipianas, de forma a manter uma cobertura edipiana intacta, garantindo a presença de temas fálicos e impedindo a danificação do objecto; (2) *a bulímica com história de anorexia*, tendo menos mecanismos de isolamento, é mais invadida pela problemáticas pré-edipianas: tem menos temas fálicos e o objecto interno mais danificado, e daí o perigo de uma relação fusional entre o self e

objecto (mais anáclise na identidade). O sintoma restritivo inicial poderá ter sido uma forma de impedir uma perda de identidade ameaçada, que os mecanismos internos não continham.

Terceiro, nos cartões da **relação materna**, a *clivagem* e o *objecto danificado* foram superiores para as *bulímicas com história de anorexia*. Ou seja, as jovens com história de anorexia clivam mais o objecto materno, o qual está mais danificado do que na bulímica "pura". Isto permite pensar que a problemática fusional, mais intensa nas ex-anoréticas, provoca a necessidade de mecanismos de clivagem mais intensos (procura de separação), os quais danificam o objecto materno. Nesse caso, *será a recusa alimentar uma recusa do objecto materno?*

Quarto, nos cartões da **relação paterna** a *idealização* e *objecto desvalorizado* foram superiores para as *bulímicas com história de anorexia*. Isto é, as bulímicas ex-anoréticas idealizam mais o pai, que está mais desvalorizado, do que as bulímicas "puras". O pai da ex-anorética estará talvez mais idealizado porque *mais ausente* do que na bulímica, sendo a representação paterna mais pré-ediapiana, portanto mais difícil manter uma "cobertura ediapiana". Daí o *perigo da relação fusional com a mãe* (primeiro resultado discutido) e a *necessidade de clivar o objecto materno* (terceiro resultado discutido), e a *restrição alimentar*.

Em resumo:

As jovens **bulímicas com história de anorexia** apresentam (1) uma maior problemática fusional ao nível da identidade e (2) um objecto materno mais clivado e mais danificado do que as bulímicas "puras". Estes dois resultados estão de acordo com a nossa hipótese H9. Além disso, evidenciam um objecto paterno mais idealizado. *Será então o sintoma anorético uma tentativa de separação contra a fusão, mas que na realidade não funciona, ocorrendo num segundo tempo as crises bulímicas?*

Por outro lado, as jovens **bulímicas “puras”** apresentam mais defesas neuróticas (isolamento) e temas neuróticos (fálícos), na *relação com os objectos internos*, do que as bulímicas com história de anorexia. Isto não confirma a nossa hipótese H10 relativa à existência de maior oralidade e identificação projectiva nas bulímicas “puras”, mas vai na linha da nossa hipótese exploratória H11, de que se encontrariam outras diferenças na dinâmica interna entre bulimia pura e bulimia com história de anorexia.

Finalmente, os nossos resultados parecem apontar para a existência **de maior psicopatologia nas bulímicas com história de anorexia, com clivagem e fusão na relação com a mãe, e desvalorização do pai**, do que nas bulímicas puras. Ou talvez aquilo que distingue as bulímicas com história de anorexia das bulímicas “puras”, seja a ausência, nas primeiras, de *cobertura edipiana*, e daí a *restrição alimentar* como forma de escapar a um objecto materno pré-edipiano. De facto, a presença de mais mecanismos de *isolamento* na bulímica pura poderá dispensá-las da *separação forçada relativamente ao prazer*, como acontece com a ex-anoréticas.

Podemos assim imaginar que as diferenças de dinâmica interna entre bulímicas “puras” e bulímicas com história de anorexia podem ser representadas esquematicamente pela Figura 5.

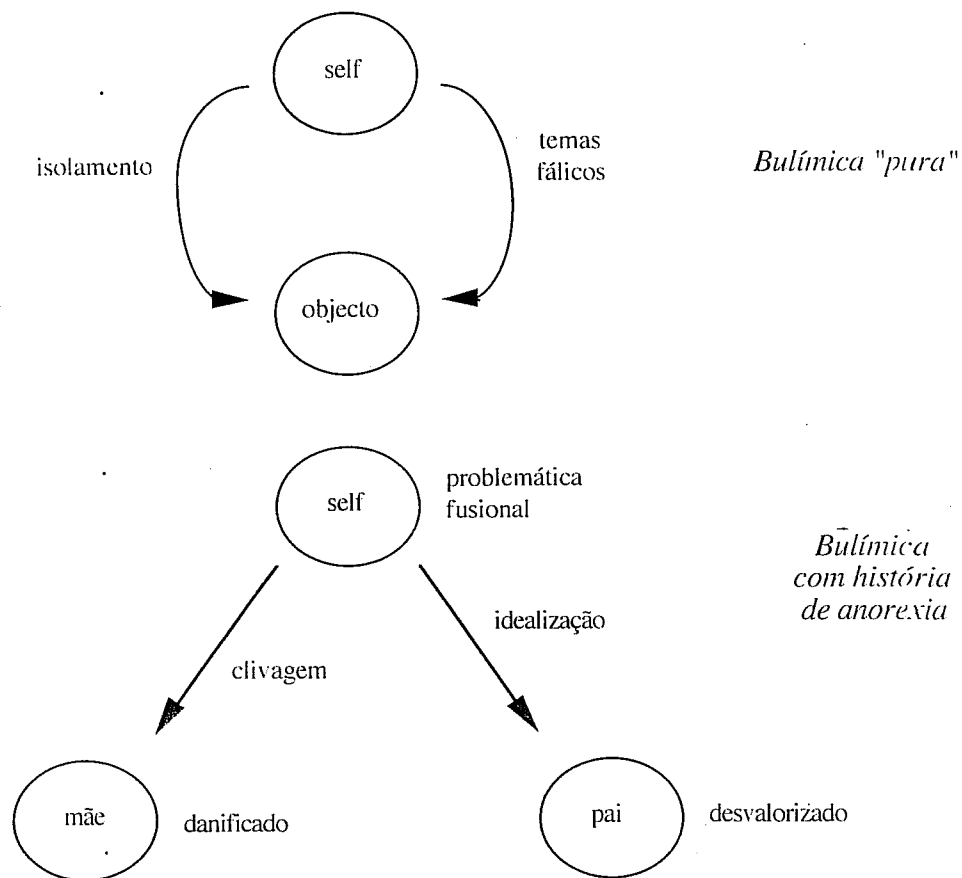


Figura 5. Mundo interno segundo as diferenças entre bulímicas "puras" e bulímicas com história de anorexia

### 3. Relação entre estilos de vinculação e mundo interno

Pretendeu-se neste estudo testar as nossas hipóteses H12, H13, H14 e H15.

#### 3.1 Resultados

No sentido de investigar as problemáticas internas associadas às diferentes variáveis de vinculação, efectuaram-se análises correlacionais entre estas variáveis e as variáveis definidas na análise do RCH por tipo de cartão. Dado o número limitado da amostra de bulímicas pareceu razoável admitir um nível de significância estatística  $p < .1$ . Apenas se apresentam as correlações significativas encontradas (Quadro 6).

A análise deste Quadro permite as constatações que se seguem:

##### 1. A **Não Confiança** tem correlações médias

a) negativa com os *temas* anais nos cartões bilaterais e cor, positiva com os temas regressivos nos cartões unitários e pai e negativa com os temas regressivos nos cartões mãe;

b) positiva com o *corpo* inteiro não relacional nos cartões bilaterais e cor; negativa com o corpo danificado (em anáclise nos cartões cor e danificado propriamente dito nos cartões pai); negativa também com o corpo fragmentado nos cartões mãe.

##### 2. A **Ansiedade** tem correlações médias

a) negativa com os *temas* orais nos cartões cor, e positiva com os regressivos nos cartões unitários;

b) negativa com o *isolamento* nos cartões pai;

c) negativa com o *corpo* manipulado nos cartões bilaterais e cor; positiva com o corpo desvitalizado nos cartões pastel, e com o corpo em anáclise nos cartões unitários.

## Quadro 6

*Correlações Significativas entre as Escalas de Vinculação RCH*

RCH	Escalas de Vinculação		
	Não Confiança	Ansiedade	Evitamento
<b>Temas</b>			
Oral (Bilateral)			.414*
Oral (Cor)		-.374*	
Anal (Bilateral)	-.373*		
Anal (Cor)	-.397*		
Regressivo (Unitário)	.394*	.357*	
Regressivo (Mãe)	-.486**		
Regressivo (Pai)	.394*		
<b>Defesas</b>			
Isolamento (Pai)		-.337*	
<b>Corpo</b>			
Inteiro Relacional (Pastel)			.414*
Inteiro Não Relacional (Bilateral)	.375*		
Inteiro Não Relacional (Cor)	.429*		
Inteiro Não Relacional (Pastel)			.327*
Inteiro Não Relacional (Mãe)			.468**
Danificado Pele (Unitário)			-.451**
Danificado Manipulado (Bilateral)		-.383*	
Danificado Manipulado (Cor)		-.383*	
Danificado Desvitalizado (Pastel)		.416*	.425*
Danificado Desvalorizado (Bilateral)			-.367*
Danificado Anáclise (Unitário)		.389*	
Danificado Anáclise (Cor)	-.443**		
Danificado propriamente dito (Pai)	-.350*		
Fragmentado (Mãe)	-.397*		
Fragmentado (Pai)			-.332*

\*\*  $p < .05$ , \*  $p < .1$

### 3. O Evitamento tem correlações médias

a) positiva com os *temas* orais nos cartões bilaterais;

b) positiva com o *corpo* inteiro relacional e não relacional nos cartões pastel e com o corpo inteiro não relacional nos cartões mãe; negativa com o corpo danificado (pele nos cartões unitários e desvalorizado nos cartões bilaterais) e positiva com o corpo danificado desvitalizado nos cartões pastel; negativa com o corpo fragmentado nos cartões pai.

## 3.2 Discussão

### 3.2.1 Mundo interno e vinculação

Vamos iniciar a discussão dos resultados relativos à relação entre o mundo interno da bulímica e o estilo de vinculação nas relações íntimas pela análise, primeiro, da sua associação com a dimensão *confiança-não confiança*; depois, da sua associação com as estratégias para lidar com a insegurança, ou seja, a *ansiedade* e o *evitamento*.

Além disso, parece-nos que se verificam algumas regularidades na forma como a relação vinculação - relações internas se articula, as quais podem ser pensadas, e separadas (tendo em conta a nossa discussão anterior), em termos de um *objecto inteiro* ou *danificado*. Será pois assim que organizaremos a nossa discussão.

#### 3.2.1.1 Dimensão *confiança-não confiança*

Esta dimensão vai ter uma associação com o corpo e com os temas:

a) Objecto inteiro (da neurose)

Os resultados permitem-nos constatar que, quanto maior a fuga à relação (corpo inteiro não relacional nos cartões relacionais: bilaterais e cor), menor o sentimento de confiança. Ou seja, *a confiança nas relações aumenta quando diminui a fuga à relação*. Por outro lado, verifica-se que nos mesmos cartões, *a confiança aumenta com o aumento dos temas anais*.

Portanto, estes resultados sugerem que a *confiança*, ao nível das relações inteiras, está associada ao *controlo dos afecto agressivos* com o objecto e à *fuga interna da relação*; por outras palavras, os mecanismos obsessivos aumentam a confiança, enquanto que os fóbicos diminuem-na. Ou então, *quanto menos confiança o sujeito tem nas relações interpessoais, mais evita a relação interna, e menos eficazes os mecanismos de controlo da agressividade*.

b) Objecto danificado (organização limite)

Aqui, o que se verifica é que quanto maior o dano do objecto (corpo anáclise, danificado, fragmentado), maior o sentimento de confiança nas bulímicas. Ou seja, na organização limite, *a confiança está associada a mecanismos mais depressivos de relação de objecto*.

De facto, constatou-se que a confiança está ligada à relação anaclítica (apoio no objecto) e aos danos do objecto paterno e materno. Ou seja, verificou-se um aumento de confiança à medida que existia: (1) mais corpo em anáclise nos cartões da relação pulsional; (2) mais corpo danificado nos cartões paternos; (3) mais corpo fragmentado nos cartões maternos.

Então, talvez o "*investimento do objecto perdido*" (*melancólico*) torne o sujeito menos investido nas relações afectivas com os outros, e daí menos preocupado com elas, logo "*aparentemente mais confiante*". Ou ainda, *as relações com os outros tornam-se menos*

*reais, mais contaminadas pelo mundo interno, e daí menos consciência dos seus sentimentos.*

Assim, parece haver nos sujeitos com bulimia nervosa, uma correspondência entre o **investimento na relação interna** (desinvestimento das relações interpessoais por sobreinvestimento na relação com os objectos primários) e o **sentimento consciente de confiança**, que *aumenta quanto mais o sujeito investe internamente*. Assim, quando o *objecto está inteiro*, os mecanismos de "fuga à relação" diminuem o sentimento de confiança; quando o *objecto está danificado*, a confiança aumenta com um sobreinvestimento da relação com os objectos internos, possivelmente, no intuito de repará-los. Desta forma, através da *idealização*, o sujeito poderá deturpar as relação com outros reais, tornando-se aparentemente mais confiante.

Por outro lado, é interessante constatar que, enquanto a *regressão ao objecto materno* faz aumentar a confiança (aumento do temas regressivos nos cartões mãe), a *regressão ao objecto paterno*, e na *identidade* diminuem-na. Na mesma linha de pensamento da argumentação anterior, podemos interpretar que a **regressão ao objecto materno pré-edipiano** (com o qual estabelece uma relação anaclítica, através do sintoma alimentar) poderá ser uma estratégia de, através de uma relação adesiva, compensar uma função continente não suficientemente estruturada, aumentando a confiança. A **regressão a um objecto paterno pré-edipiano** indica um não reconhecimento dos temas fálicos, impedindo a "cobertura edipiana", ao tornar o sujeito mais próximo da relação pré-genital, portanto, ao nível de uma relação dual, aumentando assim a angústia de perda da identidade, trazendo assim menos confiança nas relações com os outros..

### 3.2.1.2 Dimensões ansiedade e evitamento

#### a) Objecto inteiro

A dimensão **ansiedade** aparece negativamente associada à *separação entre afectos e representações* (menos isolamento nos cartões paternos), e o **evitamento** positivamente associado à *fuga da relação com o objecto* (mais corpo inteiro não relacional nos cartões maternos).

Estes resultados parecem indicar, que a nível neurótico, o **controlo da ansiedade está associado a mecanismos obsessivos, de controlo dos afectos,** e o **evitamento a mecanismos fóbicos, de fuga da relação,** o que confirma parcialmente a nossa hipótese H12 de relação entre evitamento e mecanismos fóbicos.

#### b) Objecto danificado

Ao nível da **identidade**, a *ansiedade* está associada à *relação de objecto anaclítica*, enquanto que o evitamento está associado ao *reforço de barreiras*.

De facto, a *ansiedade* aumenta com o aumento do corpo anáclise (e dos temas regressivos) nas pranchas da identidade, o que sugere que **quanto maior a problemática fusional, maior a ansiedade na relação com os outros.** O *evitamento*, por seu lado, aumenta à medida que diminui o corpo pele nos cartões da identidade, ou seja, a **falha de barreiras protectoras narcísicas torna necessário evitar a relação com os outros.**

Estas reflexões apoiam as nossas hipóteses H15 e H13, assim como as conceptualizações teóricas sobre os estilos de vinculação. De facto, a *vinculação ansiosa-ambivalente* está associada a uma relação de busca e apoio com o prestador de cuidados, e no nosso estudo aparece associada com a relação anaclítica (hipótese H15); o *evitante* utiliza

defesas de contar consigo próprio, dispensando a ajuda do outro, e esta dimensão aparece associada com as defesas de reforço de barreiras (narcísicas), de acordo com a nossa hipótese H13. Isto sugere que **a ansiedade e o evitamento na bulimia (e portanto a insegurança em geral) aumentam à medida que aumenta a problemática fusional e as barreiras narcísicas perdem a sua eficácia.**

Ao nível das **relações internas**, ambas as dimensões *ansiedade* e *evitamento* estão associadas com *a problemática oral*, mas de maneiras opostas. Assim, à medida que aumentam os temas orais, diminui a ansiedade (nos cartões das relações pulsionais) e aumenta o evitamento (nos cartões bilaterais), o que sugere que **a relação com a comida poderá ser um mecanismo comportamental de (1) redução da ansiedade, (2) evitamento das relações**: a problemática oral, ao ser actuada na comida, reduz a ansiedade nas relações, permitindo ao mesmo tempo evitá-las, já que a relação com os alimentos torna-se um meio deslocado de gerir esta dependência ao objecto primário.

Por outro lado, verifica-se que a *ansiedade* aumenta à medida que diminui *o corpo manipulado* (nos cartões relacionais e pulsionais), o que leva a pensar que **a manipulação do objecto é uma defesa contra a ansiedade nas relações interpessoais**. Além disso, o *evitamento* aumenta à medida que diminui *o corpo desvalorizado* (cartões relacionais) e *o corpo fragmentado* (cartões pai), ou seja, quanto maior a danificação / fragmentação dos objectos (interno, paterno), menor o evitamento. Isto é, **quanto mais danificado ou fragmentado estiver o objecto, portanto quanto mais as barreiras narcísicas falharem, mais o sujeito é obrigado a recorrer ao "apoio" nos objectos exteriores, logo menos evita a relação.**

Ao nível das **relações externas** (cartões pastel), a *ansiedade* e o *evitamento* associam-se à mesma dimensão interna: a *desvitalização*. Assim, à medida que o sujeito (bulímica) desvitaliza o objecto exterior, mais ansiedade e mais evitamento. Isto pode-nos fazer pensar que *a desvitalização torna o objecto estranho, difícil de integrar*

*internamente, podendo ser vivido como objecto "persecutório", ameaça interna esta que se traduz por mais ansiedade e mais evitamento, ou seja, maior insegurança nas relações de vinculação. Numa outra forma de pensar, esta desvitalização dos objectos externos, corresponde a uma desvitalização dos objectos internos projectada no exterior, tornando a bulímica mais internamente só (e sem poder apoiar-se nestes objectos externos desvitalizados evitando-os mais). Assim a bulímica fica mais exposta à angústia de perda de objecto, o que se traduz por maior ansiedade.*

### 3.2.2 Vinculação e relação de objecto

Podemos ainda pensar os nossos resultados, no que toca ao funcionamento limite, de um outro modo, separando a relação de objecto narcísica e depressiva, na forma como estão associadas com as várias dimensões da vinculação. Assim, a **relação de objecto narcísica**, actuando ora sobre o mundo interno (dos objectos internos), ora sobre o mundo externo (dos objectos externos), está associada com a *ansiedade* e o *evitamento*. A **relação de objecto depressiva**, na nossa amostra, parece actuar sobre o mundo interno tendo repercussões nas 3 dimensões da vinculação: *confiança, ansiedade, evitamento*.

Na **relação de objecto narcísica**, os mecanismos em jogo (objecto manipulado, defesas pele), podem actuar sobre os *objectos internos* (self, relações objectais, mãe, pai), de forma a **proteger o indivíduo do sentimento de ameaça** que, numa organização limite, as relações objectais internas (amor / ódio intensos) podem representar. De facto, o que se verifica é que a ansiedade diminui com a *manipulação do objecto* (cartões relacionais) e o *evitamento* com as *defesas pele* (nos cartões da identidade). Ou seja, a *manipulação, como estratégia de redução da ansiedade, o reforço de barreiras, como mecanismo protector da relação que não obriga a estratégias de evitamento das relações,*

*constituem mecanismos defensivos internos associados a menos insegurança nas relações: menos ansiedade e menos evitamento.*

Mas estes mecanismos, quando utilizados no mundo dos *objectos externos* (corpo *desvitalizado* nos cartões pastel), tornam os objectos estranhos, difíceis de integrar e **difícil de estabelecer uma relação de apoio** com eles. E, por outro lado, isto implica um processo de desvitalização dos objectos internos que deixa a bulímica mais exposta à angústia de separação. De facto, quando o objecto é desvitalizado nos cartões pastel, aumenta a ansiedade e o evitamento, logo constata-se a *maior insegurança* que lhes está associada.

Na **relação de objecto depressiva**, os mecanismos em jogo (corpo desvalorizado, anáclise, danificado), quando actuando sobre as *relações internas* (self e objectos), provocam um **maior investimento interno**, em detrimento do investimento nas relações afectivas. Assim,

(1) *aumentam a confiança nas relações* porque o **indivíduo se vira para dentro**, vê menos o outro como objecto real, tem menos consciência dos seus sentimentos para com os outros. Por isso, a confiança aumenta à medida que aumenta a relação anaclítica (cartões pulsionais), a danificação do objecto paterno, e a fragmentação do objecto materno.

(2) *diminuem o evitamento* (cartões relacionais e paternos), porque o **sujeito apoia-se na relação com os outros para compensar uma ausência interna**. Ou ainda, com a danificação ou a fragmentação do objecto interno, mais diluídas ficam as barreiras entre o interno e o externo. De facto, quanto mais (des)valorizados (portando, idealizadas) estiverem as relações (cartões bilaterais), e mais fragmentado o objecto paterno (menos possível a cobertura edipiana), menor é o evitamento.

(3) *aumentam a ansiedade*, (mais anáclise nos cartões da identidade) porque o sujeito tem **medo de perder a sua identidade** nas relações com os outros: angústia de intrusão.

Concluindo, podemos levantar a hipótese de que os **mecanismos narcísicos a nível interno** *protegem o indivíduo da destrutividade*. A *manipulação das relações* com os objecto interno, retirando-lhes as qualidade ameaçadoras, diminuem a angústia de perda da identidade, e com ela a ansiedade. Os mecanismos de *pele*, protegendo o indivíduo da relação com esses objectos internos, ficando ele mais protegido das relações com os outros, permite-lhe não ter que recorrer a estratégias de evitamento. Por outro lado, quando actuando nas **relações externas**, as defesas narcísicas tornam a relação mais difícil, e maior o vazio interior, aumentando a ansiedade, e o evitamento porque menos possível o apoio nos outros.

Os **mecanismos depressivos, a nível interno**, obrigam o sujeito a um maior investimento reparador nos objectos internos, ficando mais fora da realidade, aumentando o sentimento de confiança na relação com eles, mas por outro lado, ficando o sujeito mais desprotegido na relação com esses objectos internos, e os outros mais "contaminados" pela "velhas relações", fica mais exposto à angústia e ansiedade, e menos capaz de evitar as relações exteriores porque maior a contaminação dentro/fora.

## Capítulo 8

### Discussão geral dos resultados e conclusão

#### 1. Discussão geral: a maçã envenenada

Vamos agora procurar integrar os resultados obtidos, relativos às nossas variáveis gerais - *estilo de vinculação e mundo interno* -, tentando compreender a dinâmica relacional na bulimia nervosa, e procurar responder às principais questões levantadas no problema: Como é a vinculação insegura da bulímica? O que é específico no funcionamento narcísico da bulímica? O que significa a falta de base segura, e que relação existe entre esta, o funcionamento interno, e o sintoma alimentar? Que objecto-comida é este intensamente procurado e repudiado...

#### Vinculação na bulimia nervosa

Os nossos resultados parecem apontar para um **estilo receoso** de vinculação, o que difere do estilo *preocupado* encontrado nas investigações empíricas descritas. De facto, as bulímicas apresentam uma vinculação insegura que se caracteriza por estratégias defensivas de *ansiedade e evitamento*, e que corresponde a um *modelo do self e do outro desvalorizado*, tal como foi concebido por Bartholomew. Trata-se não de uma forma de relação com os outros em que é procurada uma grande dependência e apoio, como é o caso do estilo preocupado (e ambivalente) de vinculação, cuja principal característica é um

"object seeking behavior", mas de um estilo de vinculação em que, ainda que exista *ansiedade*, a *relação interpessoal é de facto evitada*, e em parte substituída pela **relação com a comida**.

Esta divergência em relação às investigações anteriores parece-nos estar relacionada com o facto dos estudos revistos terem utilizado *amostras não especificamente bulímicas e algumas amostras não clínicas*. Em particular, no estudo de Salzman (1996), se tivermos em conta os relatos das entrevistas semi-directivas em relação à experiência da relação materna nas raparigas que tiveram distúrbios alimentares, apercebemo-nos de uma *consciência* dos sentimentos na relação com a mãe, da zanga e da percepção da inconsistência materna, e da ânsia de um amor que não tiveram (*e.g.* "a minha mãe tornou-se inatingível, inalcançável, e todo o amor que ela não me podia dar tornou-se a coisa mais importante da minha vida"), o que é bem diferente do que se passa na nossa amostra. De facto, nas entrevistas realizadas anteriormente à passagem das provas projectivas, as mães eram descritas na maioria das vezes de forma idealizada ("as melhores amigas") ou neutra, mas sem qualquer referência a este anseio de um amor nunca recebido. Isto leva-nos a pensar que a *verdadeira relação com este objecto materno está bastante mais inconsciente na nossa amostra, e que esta "ânsia desesperada de contacto" é na nossa amostra vivida na relação com o objecto-comida*.

Pensemos agora no *mundo interno inconsciente* da bulímica, que nos ajuda a aprofundar o que significa o *estilo receoso*, na concepção de Bartholomew, e a que correspondem as estratégias de ansiedade e evitamento, além de ajudar a compreender porque é que as bulímicas "puras" não se distinguem do grupo de controlo na *confiança* nas relações próximas, apesar de terem manifestado mais ansiedade e mais evitamento do que o grupo de controlo.

## O teatro interno

A partir da dinâmica encontrada entre temáticas, defesas e corpo, podemos encontrar um *modelo relacional* específico relativo ao funcionamento interno na bulimia, o qual nos ajuda, por um lado a compreender a *vinculação*, e por outro *o significado da sintomatologia*.

Assim, parece-nos que existem mecanismos psicológicos a actuar que, por um lado, fazem com que *a falta de confiança nas relações possa não ser consciente* e que, por outro lado, *protegem o mundo objectal da ameaça de confusão*. Esses mecanismos são as **defesas limites**, em particular a *idealização*, e a **relação que a bulímica estabelece com a comida**, os quais poderão estar a desempenhar uma **função adesiva**, no sentido de: (1) tornar aparentemente inteiro um objecto interno que de outro modo estaria danificado ou fragmentado; (2) cobrir com uma angústia de castração uma outra angústia de perda (do objecto, de si); (3) impedir a destruição do objecto / ser destruído por ele, através de uma agressividade oral, que é clivada e exteriorizada na relação alimentar. Ou seja, *a bulímica vive, na relação alimentar a parte má, clivada, que corresponde a uma agressividade / avidez oral, mantendo assim os objectos idealizados dentro de si. Isto permite manter uma "cobertura edipiana", assim como iludir a falta de confiança nas relações com os outros*.

De facto, em primeiro lugar, as *correlações* entre as várias categorias (temáticas, defesas, corpo) permitiram-nos deduzir que a *sintomatologia bulímica tem na sua base mecanismos não neuróticos* (maior agressividade oral associada a menos defesas neuróticas), e que *a agressividade oral aumenta à medida que o objecto está mais fragmentado*. Isto permite-nos concluir que quanto maior a sintomatologia (se a considerarmos como uma forma de agressividade oral, avidez actuada na relação com os alimentos) mais estamos perante um objecto que está fragmentado, o que poderá pôr em causa as concepções teóricas de Kernberg e Sugarman, relativamente ao significado edipiano do sintoma em algumas bulímicas (como formação de compromisso). De facto,

os resultados dos estudos correlacionais sugerem que **a sintomatologia oral e as defesas limites são utilizadas para lidar com um objecto danificado ou fragmentado**. Note-se que não pretendemos com esta afirmação negar a presença de funcionamentos mais neuróticos em algumas bulímicas, estamos somente a sugerir que **é uma parte não neurótica que está a ser actuada no sintoma alimentar**.

Em segundo lugar, o estudo do predomínio das *diferentes categorias* (temáticas, defesas, corpo), indicando a maior presença de **temáticas orais, fálicas e regressivas**, de **defesas limite**, e de um **corpo inteiro**, permite levantar a hipótese de que, na bulimia, estamos perante um *funcionamento limite particular*; em que (1) existe uma "cobertura edipiana", relativa à função paterna, por debaixo da qual existirá uma problemática pré-genital, ligada à função materna, cuja função continente se encontra danificada; (2) o sintoma alimentar, permitindo actuar uma agressividade oral, associada à problemática pré-genital não integrada, impede que essa destrutividade seja vivida a nível interno, preservando os objectos, os quais aparecem inteiros, quando na realidade poderiam estar danificados ou fragmentados.

Esta noção de uma "cobertura edipiana", por debaixo da qual permanecem conflitos pré-edipianos não resolvidos, aponta no sentido das formulações de vários teóricos psicodinâmicos: Marcelli refere uma relação triangular na latência que vem mascarar falhas primárias, as quais irrompem na altura da adolescência; Jeammet enfatiza a *cobertura histórica* que frequentemente se observa nestas doentes.

Por outro lado, estes resultados parecem questionar alguns autores, em particular Kestenberg que, na noção de "orgasmo da fome", refere um recalçamento do prazer oral ligado a um desinvestimento objectal e *um investimento secundário na analidade*. De facto, na nossa amostra, a presença de temáticas anais foi inferior às restantes. Uma hipótese explicativa para esta divergência é o facto de Kestenberg ter estudado sobretudo a anorexia nervosa, e estarmos na bulimia nervosa perante um síndrome distinto. No entanto, aquelas que foram anteriormente anoréticas não apresentaram mais temas anais do que as bulímicas puras...

Além disso, *a análise das temáticas consoante o significado dos diferentes cartões*, indica a presença de temas orais e fálicos nos cartões que reenviam para a identidade, mas que são também aqueles que mais se relacionam com a *vivência corporal* propriamente dita, o que nos sugere que **a bulímica vive a problemática oral e fálica através do corpo**, e nos ajuda a compreender a sintomatologia. Acresce-se que, estas problemáticas são vividas na relação materna (oral) e na relação paterna (fálica), enquanto que em relação aos objectos exteriores a bulímica tem uma relação *regressiva*. O sintoma será então a consequência de **uma problemática oral e regressiva relativa a uma função materna pré-edipiana, vivida ao nível do corpo**.

Dentro das defesas limites, é de realçar a *tendência para a idealização do objecto*, a qual aponta para uma **ausência** e uma **deformação da realidade objectal**. De facto, por detrás de uma idealização existe um *objecto desvalorizado*, e na nossa amostra isto acontece relativamente ao *objecto paterno, e aos objectos externos*. Isto leva-nos a sugerir que: (1) este mecanismo, em conjunto com o sintoma alimentar, torna inteiro um objecto que de outra forma apareceria danificado; (2) existe uma ausência de uma representação paterna estável; (3) esta representação paterna é projectada nos objectos exteriores, e daí o seu evitamento; (4) as bulímicas não mostram menos *confiança* nas relações do que a amostra não clínica, porque iludem a realidade...

No que respeita às referências ao *corpo*, portanto ao objecto e relação objectal, este aparece fundamentalmente *inteiro*, como referimos anteriormente, mas sempre na *fuga à relação*. Portanto os objectos aparecem inteiros, mas a *relação é evitada*. Podemos assim pensar que a **comida também tem esta função de permitir evitar a relação objectal**. Note-se que isto vai no sentido da *fuga à dependência* enfatizada por vários autores (*e.g.* Jeammet).

Quando o corpo aparece *danificado*, a relação de objecto é mais depressiva do que narcísica, ou seja, as bulímicas recorrem mais ao *apoio no objecto* do que a defesas narcísicas, o que parece acontecer predominantemente em relação à *função materna*, e ao nível da *identidade*, enquanto a *representação paterna* e os *objectos exteriores* permanecem desvalorizados. Por outro lado, quando as defesas narcísicas actuam, ocorrem *as defesas*

*pele também na representação do materno.* Ou seja, parece de facto que **a comida simboliza a relação ao materno**, tendo em conta a ligação anáclise / pele, e o comportamento bulímico de aproximação / recuo, ingestão / expulsão, o que está de acordo com vários autores, para quem *a comida é um substituto relacional* (e.g. Jeammet, Brusset, Sands). Note-se que, a representação paterna e os objectos exteriores, aparecendo sempre desvalorizados, não permitem uma relação de suporte. Acrescente-se ainda as *defesas narcísicas relativas ao corpo* (pele nos cartões da identidade) e a *relação especular*, que a bulímica estabelece com o objecto materno, as quais indicam a **relação de objecto narcísica, vivida no corpo**, descrita pelos teóricos, mas também sugere que estamos perante **um modo de relação dual**, em que a diferença, a separação edipiana parece não ter ainda sido introduzida...

*As diferenças entre as bulímicas "puras" e as bulímicas com história de anorexia*, teve o objectivo de, por um lado, separar possíveis variáveis estranhas (a presença dos sintomas bulímicos na sequência da fome), mas também de nos ajudar a compreender melhor o *significado da sintomatologia*. Assim, observámos a presença de **maior psicopatologia nas ex-anoréticas**, concretamente, a *presença de maior problemática fusional na identidade, uma função materna mais clivada e danificada, e a representação paterna mais desvalorizada, a qual é objecto de maior idealização*. Em contraste, as **bulímicas puras evidenciaram mais isolamento e temas fálicos** na relação interna. Estes resultados fazem-nos pensar que as ex-anoréticas apresentam uma representação paterna mais danificada (e um pai mais ausente) a qual, por um lado, impede a cobertura edipiana (já que não existe um pai fálico interiorizado) que se observa nas bulímicas puras e, por outro lado, torna maior a ameaça fusional ao nível da identidade, obrigando-as a mecanismos mais intensos de clivagem na função materna, os quais acabam por danificá-la.

Desta forma, a **recusa alimentar** inicial das bulímicas ex-anoréticas pode ser pensada como tendo por **função manter a anorética separada (clivada) do objecto materno-alimento**, dada a problemática fusional na identidade (que confirma

a *depressão anaclítica* defendida por Sugarman), e sugere também que **esta ameaça de confusão é vivida ao nível do corpo** (cartões relativos à vivência corporal). Podemos, além disso, levantar a hipótese de que, aquilo que distingue as *anoréticas que se mantiveram restritivas*, daquelas que se tornaram *bulímicas*, será talvez **a menor eficácia das defesas narcísicas** (clivagem, pele) nesta últimas, de modo que a restrição dá origem ao sintoma bulímico.

Por outro lado, a *presença de mais mecanismos de ansiedade e evitamento nas bulímicas com história de anorexia*, em relação às bulímicas "puras", pode sugerir a ligação entre: a *ansiedade* e o medo de perda numa relação fusional; o *evitamento* e o evitar das relações através do distúrbio alimentar, o qual começou por ser restritivo.

São estas associações que iremos sistematizar em seguida, ou seja, a relação entre a vinculação na bulimia e a sua dinâmica de funcionamento psicológico... e a sintomatologia.

### **Vinculação e mundo interno: os dois lados do espelho**

Afinal o que significa uma vinculação insegura na bulimia? Se existe uma vinculação insegura, com mais ansiedade e evitamento, porque é que não se verificaram diferenças na *confiança* entre as bulímicas puras e o grupo de controlo? Porque é que aquelas que tiveram uma história de anorexia revelaram mais ansiedade e mais evitamento ?

Para começar, é preciso não esquecermos que estamos perante uma amostra clínica, que evidencia psicopatologia, com objectos internos danificados ou fragmentados, com mecanismos defensivos limite, que deformam a realidade..., o que se vai reflectir *na forma como vivem as relações com os outros*. Além disso, o instrumento de avaliação da vinculação utilizado está a medir os *modelos internos funcionais conscientes*, os quais podem, como sabemos, ser a doce ilusão de uma triste realidade escondida...

### *Confiança: doce engano... verdade perdida, ilusão ressuscitada*

A dimensão **confiança**, do lado visível do iceberg, avalia o *sentimento de confiança consciente nas relações com os outros* (e.g. "tenho dificuldade em confiar nos outros"), o qual aparece como uma **deformação (negação) da verdadeira ausência de confiança no outro**.

Quando o objecto aparece inteiro, a confiança aumenta com o controlo do objecto (temáticas anais) e diminui com a fuga à relação, ou seja, *os mecanismos internos de controlo da relação constituem estratégias defensivas para lidar com a insegurança na relação*. No entanto, aquilo que se verifica, é que não só os temas anais são os menos presentes, como a relação objectal é sempre evitada, o que deveria originar pouca confiança... Portanto, como tal não se verifica, de facto o **funcionamento não é neurótico, e o objecto está inteiro à custa de outros mecanismos defensivos não neuróticos**. De facto, parece-nos que estamos perante um funcionamento *limite depressivo* em que, *à medida que é maior a danificação do objecto, maior é também o sentimento de confiança*. Quanto mais fragmentada estiver a representação materna e danificada a representação paterna, mais o sujeito **ilude a realidade externa por mecanismos de compensação...** Esta compensação é ajudada quer pela idealização do objecto, quer por mecanismos regressivos na função materna, quer ainda pela relação oral com o objecto comida.

### *Ansiedade: demasiado perto e demasiado longe*

A dimensão **ansiedade** parece avaliar *sentimentos conscientes de dependência nas relações* (e.g. "sinto-me frequentemente esquecida ou sozinha"; "pergunto-me como resistiria sem ter alguém que me amasse"), que, corresponde no interior da bulímica a **uma angústia de separação e de intrusão**, angústia ligada ao medo de destruir e ser destruída pelo objecto. Assim, o *isolamento* aparece como um mecanismo de controlo da

ansiedade, tal como a manipulação dos objectos internos, enquanto que uma *relação anaclítica na identidade* aumenta a ansiedade, ao colocar a ameaça de perda da identidade na confusão com o objecto. Podemos agora compreender que as *bulímicas com história de anorexia*, tendo menos mecanismos de isolamento, e maior anáclise na identidade tenham desta forma revelado *maior ansiedade nas relações com os outros*.

Por outro lado, a presença de uma *problemática oral* ao nível das relações pulsionais constitui um mecanismo de redução da ansiedade, o que mais uma vez reforça a **utilização da relação com a comida como forma de controlo da ansiedade, através da "exteriorização" da agressividade oral, impedindo que esta destrua o objecto**. Finalmente, uma *desvitalização dos objectos exteriores*, correspondendo a uma **desvitalização dos objectos internos projectada no exterior, torna a bulímica mais internamente só**, ficando assim mais exposta à angústia de separação.

Note-se que esta angústia de separação confirma outros estudos empíricos que observaram uma grande frequência de sentimentos de ansiedade de separação nos sujeitos com distúrbios alimentares.

### *Evitamento: fugir de mim, de ti*

O **evitamento**, como dimensão que avalia o *desinvestimento nas relações com os outros* (e.g. "realizar coisas é mais importante do que construir relações") está a medir, na bulimia, a **fuga às relações com os objectos internos para evitar a perda de limites**, e daí que este aumente com o *corpo inteiro não relacional* e com a *danificação do objecto*. Por outro lado, os mecanismos de *reforço de barreiras* também impedem a relação entre os objectos internos (o "corpo pele" coloca barreiras internas), e assim não obrigam a bulímica à utilização de estratégias de evitamento.

Além disso, a *desvitalização dos outros reais*, constituindo uma estratégia de evitamento da relação com os objectos internos (desvitalizando-os) projectada nos outros,

permite o seu evitamento. Esta interpretação vai no sentido da opinião de Jeammet de que estas jovens evitam (através do distúrbio alimentar) as relações com os outros, para fugirem à dependência interna.

Isto permite compreender que as bulímicas ex-anoréticas tenham maior necessidade de evitamento (apresentam maiores valores nesta dimensão) para fugirem a uma maior problemática fusional na identidade. Por outro lado, podemos supor que recorrem a mecanismos de desvitalização objectal mais intensos, como forma de luta contra uma ameaça fusional ao nível da identidade, e que corresponderá sintomatologicamente à busca de um corpo "descarnado".

Em resumo, **ansiedade e evitamento** parecem estar relacionadas entre si, sendo maiores quando, ao nível da identidade: (1) é maior a ameaça fusional; (2) as barreiras narcísicas (pele) perdem a sua eficácia, aumentando o perigo de confusão e perda; (3) ocorre um mecanismo de desvitalização dos outros, tendo por base uma desvitalização interna, aumentando o vazio interno (e a angústia de separação) e, externamente, a impossibilidade de relações de suporte. Isto distingue as bulímicas com história de anorexia, as quais revelaram mais ansiedade e mais evitamento do que as bulímicas puras.

Finalmente, o **comportamento bulímico** constitui uma estratégia de redução da ansiedade e uma forma de evitamento interpessoal. Podemos imaginar, que será o ataque à comida, como exteriorização de uma agressividade primária, que diminui a ansiedade, e daí que as ex-anoréticas, cuja sintomatologia começou por ser restritiva, tenham maior ansiedade. O evitamento da comida (vómito e restrição) terá a função de permitir evitar as relações com os outros.

## Do lado submerso do iceberg

Podemos agora avançar com uma compreensão global possível da bulimia nervosa. Do **lado visível do iceberg**, aquilo que distingue a bulimia nervosa de outras patologias narcísicas assintomáticas é o *recurso ao comportamento*, como forma de gerir conflitos internos; aquilo que as separa de outras patologias do comportamento (*e.g.* delinquência, tentativas de suicídio) é a utilização de um *objecto adictivo* à volta do qual a sua vida passa a desenrolar-se...; aquilo que a distingue de outras patologias da adicção (*e.g.* toxicoddependência), é a utilização do objecto-adictivo *comida*. Relativamente àquilo que se passa do **lado submerso**, vamos arriscar alguns mergulhos...

### *Devorar-te para que não me devores*

Para começar, parece-nos fundamental a utilização que a bulímica faz da **comida** que, quanto a nós, utiliza para *exteriorizar* uma intensa agressividade oral, ligada à relação primária. Uma agressividade não suficientemente contida por uma função materna não suficientemente continente, uma agressividade que assim se torna uma *ameaça* para a coesão do self e que, ao mesmo tempo, ameaça destruir o objecto. Neste sentido podemos falar de um objecto mais *rejeitante* (destrutivo) do que excitante, no sentido de Fairbairn (1944, 1946): não será tanto um objecto abandonico, que a deixa com uma fome insaciável, obrigando-a a recorrer à perturbação alimentar num acto voraz de alimentar este vazio, mas *um objecto predominantemente rejeitante e desvalorizador, sufocante e destrutivo, sendo o acto bulímico uma forma de alimentar este objecto devorador, para que ele não se alimente dela...* Nesse sentido, estaremos menos perante um objecto "vazio" (o objecto da organização limite), deixando um buraco no seu interior, que procura "encher" de alimentos, mas um **objecto voraz**, deixando com ele um risco de se perder de si, na confusão com ele (objecto da organização psicótica), devorando a comida para não ser devorada por ele.

Não queremos com isto dizer que a bulímica tem um funcionamento psicótico, mas antes que será **a sua parte psicótica que é actuada na voracidade alimentar**, obrigando-a a recorrer à expulsão deste objecto, para não se perder nele...

Vários autores referem não estarmos perante uma organização psicopatológica estável, podendo tratar-se de um registo mais edipiano, mais limite, mais psicótico. No entanto, pareceu-nos que deixavam algumas contradições ao dizerem simultaneamente que estas pacientes funcionam dentro do registo limite... Por outro lado, segundo estes autores, o acto voraz em relação aos alimentos representaria uma relação particular com o objecto, mais ou menos patológica, indo desde a psicose à neurose, desde um acto de incorporação a uma relação de identificação.

Quanto a nós, parece-nos que **o acto devorador alimentar será sempre um acto de incorporação** e que, independentemente do funcionamento mais neurótico ou mais psicótico, será sempre uma **relação objectal pré-edipiana**, ligada à avidez e à inveja, actuada nas crises bulímicas. Será então o "objecto de necessidade" e não o "objecto de desejo" que está a ser actuado no sintoma.

De facto, pensamos que aquilo que é específico na bulimia nervosa, é **este modo especial de utilizar os alimentos** que, juntamente com mecanismos defensivos internos (limites, e particularmente a idealização), permite *colar* uma parte delas mesmas, que de outra forma arriscaria a quebrar-se... Parece-nos, também, que esta necessidade de um recurso comportamental, dá conta de um *funcionamento não neurótico*, já que é exactamente porque não são capazes de integrar a ambivalência, nem capazes de elaborar a posição depressiva, que são obrigadas a recorrer à exteriorização comportamental-alimentar.

Neste sentido, as nossas conclusões vão na linha dos autores revistos (*e.g.* Brusset, Jeammet), os quais compreendem os distúrbios alimentares como a *transferência sobre a conduta alimentar e o corpo, de conflitos com o objecto interno*.

### *Demasiado vazia ou demasiado cheia?*

Assim, no *mundo interno da bulímica* existe um objecto pré-edipiano com o qual ela mantém uma relação especular, narcísica, ou seja dual, onde não existe o acesso à diferença, e portanto à possibilidade de *ser*, e daí o *falso self* descrito por vários autores (e.g. Sands, para quem o falso self da bulímica é o espelho das necessidades narcísicas do progenitor). Um objecto insuficientemente contentor, ao qual ela se cola (como se cola à comida), porque o *espaço* não pode existir, porque não foi possível a constituição de um *espaço potencial*, necessário à construção de um mundo simbólico.

Este mundo simbólico só pode existir na *triangulação*, como diz Odgen (1985): o símbolo, o simbolizado, aquele que interpreta os símbolos. Ou na *diferença*: para compreendermos o significado de uma palavra, é preciso que, num dicionário, existam sempre duas palavras, diferentes, uma que traga um novo elemento que permita compreender o significado da outra.

Para este autor a *subjectividade só existe no espaço potencial* (no sentido de Winnicott). Inicialmente existe a união simbiótica entre a mãe e o bebé, a unidade "mãe-bebé" ("I-ness"), onde a mãe ainda não existe como objecto, mas unicamente como *ambiente contentor* que satisfaz as necessidades do bebé - o espaço de ilusão. Gradualmente, a mãe frustra algumas necessidades do bebé, permitindo que comece a emergir o espaço potencial, dando origem ao "two-ness": a unidade mãe-bebé e a *mãe como objecto*. Inicia-se aqui a *separação*, que terá que ser gradual e suportável, para não ser negada pelo bebé. Finalmente, entramos no *espaço da triangulação* - "three-ness", onde nasce o espaço da subjectividade: a unidade mãe-bebé, a mãe-objecto, e o bebé-sujeito, este último que observa os outros dois.

A bulímica encontra-se num espaço apertado, mal se podendo mexer, porque cheia deste outro (mãe como objecto), por quem, na ausência de um terceiro, a bulímica se escraviza, numa impossibilidade de existir internamente como sujeito (o "three-ness"). Como dizia Winnicott, por detrás de um falso self, espreita um submisso verdadeiro self...

### *Presa da fantasia ou na realidade?*

Autores como Jeammet, Brusset e Chabert, referidos neste trabalho, pensam a bulimia como uma *patologia do comportamento*. Isto é, na incapacidade de elaborar conflitos internos, de ordem depressiva, as bulímicas recorrem à exteriorização comportamental. Segundo eles, seria uma falha ao nível das interiorizações precoces, portanto à falta de bons objectos estáveis e seguros, que conduziria à falha da capacidade simbólica, ficando a bulímica *impossibilitada de pensar*, e elaborar angústias depressivas intensas, tendo que agir para lidar com a dor mental.

Ainda que esta explicação seja coerente, parece-nos, como referimos no problema deste trabalho, pouco específica, reenviando para as falhas narcísicas e dificuldades elaborativas como o saco onde enfiamos toda a psicopatologia. De facto, quanto a nós, o funcionamento psicológico *não pode ser unicamente compreendido naquilo que falta, mas na dinâmica interna*. E aqui, podemos voltar a pegar no conceito de *espaço potencial*, como espaço onde é possível a subjectividade e a criação simbólica.

A bulimia pode assim ser compreendida como uma **forma de patologia do espaço potencial**, patologia da "relação dialéctica" (relação dinâmica e mutuamente integradora entre dois conceitos opostos) entre *a fantasia e a realidade*. De facto, para Winnicott (1971), os símbolos nascem no espaço potencial, e sem este só existe a *fantasia*, que difere da *imaginação*, já que esta última implica uma rede de significados simbólicos. Assim, quando existe inicialmente uma mãe *suficientemente boa* não há necessidade de símbolos porque trata-se do período da *mãe invisível* para o bebé, a qual só existe na satisfação das suas necessidades, que ele ainda não reconhece como necessidades (como dizia Marcelli, quando o "objecto de necessidade" ainda não se diferenciou do "objecto de desejo"). Quando a mãe substitui o gesto espontâneo do bebé por algo dela própria, cria-se uma disrupção desta unidade, aquilo que Winnicott chamou "impingement", sendo necessário algum grau de falha da empatia para que a necessidade seja reconhecida como desejo. Mas se esta falha for muito intensa, torna-se traumática, e entramos naquilo que Odgen chamou de *psicopatologia do espaço potencial*. De facto,

este autor refere diferentes formas de disrupção da dialéctica entre a fantasia e a realidade, nomeadamente os casos em que a *dialéctica colapsa em direcção à fantasia*, e o inverso, em que a *fantasia desaparece na utilização da realidade como defesa contra a fantasia*.

Através do conceito de espaço potencial, vamos procurar ser mais específicos relativamente às dificuldades simbólicas e elaborativas na bulimia, e sua relação com a patologia do comportamento. Assim, levantamos aqui a hipótese de que o **agir bulímico não é consequência de uma fuga à fantasia** (Chabert refere a função do acto bulímico no apagar de fantasmas), mas trata-se, ao contrário, de uma **invasão da realidade pela fantasia**. Assim, nesta forma de psicopatologia do espaço potencial, a fantasia torna-se tão poderosa, perigosa e gratificante como a realidade externa, tomando o conceito de realidade como aquilo que é sentido como fora do campo da onipotência do sujeito. Então, o sujeito torna-se "preso do objecto fantasiado como coisa em si: o terapeuta não é como a mãe do paciente, ele é a mãe do paciente" (Odgen, 1995, p. 134). Ou podemos pensar que, para a bulímica, a comida não simboliza o afecto materno, a ligação ao materno, ela é o próprio objecto...o objecto que ela controla numa relação *omnipotente*, mais do que num controlo "anal".

De facto, neste quebrar da dialéctica, "nenhuma coisa representa nada para além dela própria", portanto não é possível a *compreensão da experiência*, porque tudo o que é percebido não é mediado pela subjectividade, ou seja, o sujeito não sente que *é ele quem atribui significado à experiência*. Ora, isto **cria um imperativo para a acção**: "as percepções têm que ser libertadas, coladas, dissimuladas, escondidas, postas noutra coisa, veneradas, destruídas, etc. Isto acontece, não porque a pessoa não deseje compreender a sua experiência, mas porque, quando estamos no espaço da coisa em si, tudo é aquilo que é, e assim o potencial para a compreensão simplesmente não existe" (*op cit.* p. 134). Desta forma os sentimentos são factos para serem actuados, e não respostas emocionais para serem compreendidas, ocorrendo um colapso na distinção entre *símbolo e simbolizado*, tornando a "ilusão em desilusão; os pensamentos em planos, os sentimentos em acções urgentes; as projecções na transferência em identificações

projectivas; o brincar torna-se compulsão" (*op cit.* p. 134)...

Por outro lado, a *psicopatologia do espaço potencial com utilização da realidade como defesa contra a fantasia*, é o que acontece na incapacidade de brincar: por exemplo a criança não pode brincar às casinhas, porque a criança é criança e não pode tomar o lugar da mãe na fantasia. Trata-se do fechar da imaginação, e corresponde a pacientes que não sonham, ou que ridicularizam os sonhos e fantasias. Parece assim corresponder ao funcionamento que Sami-Ali descreveu na *patologia psicossomática*, como consequência do recalçamento do imaginário.

Então, *aquilo que distingue as patologias da adicção de outras formas de patologias psicossomáticas* não é, como refere Brusset, o facto de aquelas, além de evitarem o pensamento, substituírem-no por um novo modo de funcionamento, mas o facto de estes dois tipos de patologias terem uma **forma inversa de articular fantasia e realidade**, ainda que, qualquer uma delas, **torne impossível o espaço triangular simbólico que permite elaborar pensamentos e afectos...**

E a bulímica, que *ilude* o objecto interno através da sua idealização, que *finge* que este é a comida ao vivê-lo no sintoma alimentar, que *nega* a falta de confiança nas relações com os outros, vive mais na **prisão da fantasia** do que na prisão da realidade...

### *Mãe vazia ou pai ausente?*

Porque será que não existe o espaço potencial na bulímica ? Trata-se de uma mãe não suficientemente boa, que não ofereceu um "holding" seguro, que se separou demasiado cedo do seu bebé ? Ou de uma mãe sufocante e intrusiva, de uma mãe narcísica, impedindo o espaço da diferença, do gesto espontâneo, impedindo o emergir de um self verdadeiro, como refere Winnicott ? Ou talvez isto não explique tudo...

Partindo do pressuposto que *a triangulação é condição necessária para o pensamento e para a individualidade*, podemos pensar que **não existiu um elemento separador** na futura bulímica. Ou seja, não existiu a função paterna, separadora da simbiose mãe-

-bebé, o espaço do interdito, o espaço da exclusão e da possibilidade do desejo. Isto remete-nos para o *Édipo*:

"tudo o que poderemos dizer do amor maternal e de um ser amado, que é criador de um funcionamento mental saudável, só é verdadeiro tendo como referência um funcionamento maternal, estruturado e reformulado pelo conflito edipiano: instalando a individualização, ele confere à simbiose mãe-filho um aspecto construtivo e positivo; possuindo essa mesma simbiose, pelo contrário, num contexto pré-genital e, por conseguinte, de má diferenciação Eu/não eu, uma valência negativa e mortífera" (Jeammet, N., 1990: p. 33)

De facto, o *Édipo* não constitui o sentimento amoroso pelo progenitor do mesmo sexo, mas o *conflito*, originado por esse sentimento, face a uma terceira pessoa. É porque existe o sentimento de exclusão (a mãe também ama o pai), que é possível o trabalho de diferenciação, permitindo o estabelecimento de fronteiras eu / outro ao permitirem a ambivalência de sentimentos em vez da clivagem em bom e mau, como acontece numa relação pré-edipiana. Clivagem que dá origem à identificação projectiva maciça dos psicóticos, ou à relação especular das personalidades narcísicas, em que o outro não tem existência por si. O confronto com o interdito obriga a distinguir o desejo da realidade, permitindo a dialéctica entre fantasia e realidade.

O *Édipo* tem um valor organizador psíquico, já que obriga a um trabalho de elaboração do complexo de castração: "a renúncia em ser tudo para um outro, abre o espaço entre as personagens, no interior dos limites das identificações e das escolhas objectais, e inscreve o sujeito no seu lugar" (*op cit.* p 38). Por outro lado, aceder ao *Édipo* é ligar o ódio e o amor, aceder à ambivalência, fazer a *elaboração da posição depressiva*. Ora, a **bulímica** parece não ter acedido a esta integração, recorrendo mais a mecanismos de *clivagem*, do que a defesas neuróticas. Assim, passam a existir dois objectos: um mau, parcialmente *exteriorizado na comida*, e daí a intensa culpabilidade que a obriga a vomitar; um bom, *idealizado* (no nosso estudo a idealização surgiu como sendo o mecanismo defensivo mais utilizado), que ela preserva no interior de si mantendo a ilusão.

Nesta linha, parece-nos importante a questão da **inveja**, ligada à avidez (apropriação

e destruição do objecto), e característica de uma relação dual, pré-edipiana, que aparece no sintoma bulímico de forma clara. A inveja, segundo N. Jeammet, é um sentimento *narcisicamente inaceitável* na sua dimensão de ataque e destruição directos do outro, tendo como saída estratégias específicas: (1) idealização - "recusando tudo o que poderia ser mau, ela obriga a criar um mundo perfeito, para nele nos contemplarmos, sem cessar" (*op. cit.*, p. 50), (2) a desvalorização do objecto: se o outro não vale nada, não há nada que lhe possa invejar; (3) a desvalorização de si mesmo (se eu não valho nada, então os meus pais, como responsáveis pela minha origem, também não).

Parece-nos que **na bulimia nervosa a questão da inveja e dos mecanismos para lidar com ela são muito importantes**, já que, não só *o sintoma alimentar é veículo de exteriorização de uma avidez* (que é ligada a uma relação oral com o objecto, e portanto à inveja), como os nossos resultados indicam a *idealização (forma de evitar a inveja) como mecanismo defensivo predominantemente utilizado*. Por outro lado, podemos também levantar a hipótese de que a *vinculação precoce*, descrita por Bartholomew terá na sua origem um modelo do self e do outro desvalorizado, e a idealização verificada na nossa amostra, ser uma *estratégia, para lidar com a inveja perante um ambiente de prestação de cuidados sentido como insatisfatório*.

Quando a posição depressiva não pode ser elaborada, porque amor e ódio não podem ser integrados, mantem-se um funcionamento esquizo-paranóide, e nega-se a realidade: poderá existir uma negação da realidade exterior, e estamos no campo da psicose, do delírio, ou esta negação ser *mais subtil*, mantendo a personalidade sectorizada com diferentes registos de funcionamento. É isso que se passa nas *organizações narcísicas da personalidade*: *E é isso também que encontramos nas nossas bulímicas, as quais mantêm um lado adaptado à vida social ( estudam, têm amigos, vida familiar), e têm um outro lado de si, secreto, vivido numa relação dual, dupla, conflituosa e não integrada: a relação com a comida. Comida que não é boa e má, mas ora boa ora má.*

Esta denegação nas personalidades narcísicas, é afinal a **denegação da existência do outro**, que pode tomar várias formas, desde a negação da diferença, até à negação do

significado emocional na relação com os outros. Neste sentido são *formas psicóticas de relação*, se tomarmos *realidade* num sentido da realidade existencial do outro: "a base de qualquer posição psicótica consiste em transfigurar o mundo real dos objectos, mas utilizando-o verdadeiramente, a fim de encontrar uma solução exterior para os conflitos interiores" (*op cit* p. 43). Parece ser isso que a bulímica faz na *utilização da comida para exteriorizar conflitos incapaz de conter no seu interior*. Ou seja, aquilo que outros autores chamaram de **relação perversa narcísica**, em que o outro é utilizado para satisfação de necessidades narcísicas do sujeito, pode ser visto como uma **relação psicótica** no sentido em que existe uma negação da existência do outro enquanto ser diferente, separado, autónomo, e portador de desejos próprios.

No contexto das dificuldades de acesso à triangulação edipiana, parece-nos importante abórdar as noções de *culpabilidade e reparação*. De facto, a **culpabilidade** surge de forma intensa associada ao sintoma bulímico, e os autores psicodinâmicos revistos neste trabalho, ligam-na à não elaboração da posição depressiva, e à existência de um objecto melancólico (Chabert), ou à angústia de abandono (Jeammet, Brusset). Para Chabert, seria a questão do corpo vivido como sedutor do pai e trazendo com isso a ameaça de perda do amor materno; para Jeammet, tratar-se-ia de uma culpa depressiva, consequência de uma relação agressiva que estaria actualizada na voracidade alimentar. Para Chabert, a reparação era feita na *mortificação do corpo*, para Jeammet, na *expulsão do alimento incorporado*.

No que se refere à **reparação**, existe de facto uma reparação ligada ao ultrapassar da posição depressiva, que permite o acesso à ambivalência, porque os bons objectos superam os maus, porque a mãe permite a reparação na realidade. No entanto, quando esta reparação não é possível na realidade (a criança sente que a mãe não sobrevive aos seus ataques, ou que ameaça abandoná-la), dá-se aquilo que N. Jeammet chama de *reparação narcísica*, que é na realidade uma reparação maníaca, e que não é mais do que domínio sádico sobre o outro. Ou seja, trata-se de *reparar o objecto sem que este seja tomado em conta, para garantir a continuidade narcísica do sujeito através do controlo*

*fantasmático onnipotente do objecto*, o que, não consistindo numa reparação interna do objecto, não tem qualquer efeito sobre a culpabilidade inconsciente. Nesta linha, sugerimos que o **sintoma alimentar é um acto reparador fora de si, e que por isso mantem a culpa no interior de si, tornando a bulímica presa numa acção nunca reparadora e sempre repetitiva.**

Concluindo, deixamos aqui a hipótese de que, a ausência de um espaço potencial para ser se deveu à **ausência do pai dentro da mãe**, que não permitiu o acesso à diferença e à triangulação. Ou seja, uma parte das bulímicas não teve acesso à triangulação, mantendo-se num registo pré-edipiano, não apenas por frustração de um objecto primário não empático, mas por *ausência de um outro objecto seguro e separador, o pai, que aparece na nossa amostra sempre desvalorizado, portanto ausente*. Isto é, as dificuldades na bulimia não são necessariamente apenas consequência de uma disrupção na relação mãe-filha, mas também de uma disrupção no casal, ou ainda no equilíbrio triangular mãe-pai-filha. Note-se a propósito que nas **relações familiares** das jovens com distúrbios alimentares se observa frequentemente uma *desqualificação do pai numa cumplicidade com a mãe*. As mães são então as melhores amigas e cúmplices, enquanto o marido é claramente excluído (e desvalorizado) daquela relação.

De facto, a triangulação começa por ser um **lugar no espaço mental da mãe com o bebé**, ou seja, o elemento separador é o *reinvestimento da mãe no amor pelo pai*. Este pai no interior da mãe terá que ser um objecto valorizado (o que não acontece com o objecto paterno na nossa amostra) e respeitado, isto é, um objecto interno *portador de uma lei*, e será isso a ser inicialmente interiorizado pela criança, separando-a gradualmente do objecto materno. Ou seja, o Édipo não são identificações que se fazem com um e outro isoladamente, mas *aquilo que existe entre e no interior dos pais*. Será isto a ser interiorizado, ao qual a criança se irá identificar: a relação que os pais mantêm entre si, e da qual ela é excluída, permitindo a renúncia a esse amor proibido, o nascimento do *desejo*, e a possibilidade de mais tarde investir num objecto amoroso.

Na nossa amostra, ainda que coexistam na identidade **temáticas orais e fálicas**,

estas não estão integradas, constituindo aquilo que designámos (assim como outros autores) por "cobertura edipiana". N. Jeammet, refere aliás, que existem muitas posições edipianas que só o são na aparência, em que apesar do sujeito ter dentro de si as três personagens, "manteve o domínio de relações exclusivas com cada um dos parceiros, apoderando-se alternativamente em seu proveito dos desejos de cada um deles, deixando o problema da fixação incestuosa". Talvez por isso Chabert refere a culpabilidade bulímica como consequência da fantasia de seduzir o pai...

### *Comer para encher um espaço demasiado cheio*

Concluindo, a "nossa" bulímica será então uma jovem sem espaço para ser. Uma jovem que não conseguiu uma base interna segura, não necessariamente porque aconteceram disrupções na primeira relação de vinculação com um prestador de cuidados que não ofereceu um sentimento de protecção suficiente, mas porque **não existe vinculação à margem da triangulação**, porque ter uma base segura dentro de si, é ter um espaço seguro no seu interior, é ter um estômago para digerir afectos e digerir distâncias. Sem espaço transicional no seu interior, só resta uma *relação adesiva* com esse objecto, que mantem coladas as partes de si.

Sem a base segura / espaço contentor no interior, a **comida** oferece-se como um *veículo que apela ao ser e uma barreira protectora da identidade*. A comida é o objecto materno pré-edipiano, com o qual ela alterna uma relação colada, sem espaço, e as barreiras protectoras pele, entre a *avidez incorporativa e a reparação expulsiva*. Vista de fora, a comida parece um veículo para tapar um buraco afectivo; mas vista de dentro é a prisão de uma ausência de alternativas: não podem passar sem ela, e ela impede-as de serem. Neste sentido, a voracidade alimentar não é uma procura de se alimentarem a elas, mas alimentarem este *objecto fágico*, não são elas que têm uma relação oral com a comida, mas o objecto.

A **comida** é então simultaneamente objecto excitante e rejeitante: o *excitante*

convidando-a a uma dependência nunca alimentadora; o *rejeitante* culpabilizando-a e desvalorizando-a, obrigando-a a vomitá-lo do interior de si. A **relação com os outros**, é também ela *excitante* e insatisfatória, deixando-a na *ansiedade* e na angústia; e rejeitante, obrigando-a a um *evitamento* das relações com os outros, substituídos pelos alimentos.

A **vinculação** existe então na *confiança* aparente deste alimento ilusório, nunca digerível... A maçã envenenada que nenhum acto expulsivo consegue deitar fora, como fez Branca de Neve com a ajuda de um acto de amor...

## 2. Conclusão

Depois destas reflexões sobre o universo bulímico, resta-me agora concluir este trabalho (prestes a ficar bulímico), esperando de alguma forma ter contribuído para uma melhor compreensão desta *estranha forma de ser*. Se de facto a bulímica procura "colar" partes de si através do distúrbio alimentar, penso que este trabalho foi uma tentativa de "integrar" partes separadas de conhecimentos, modelos psicológicos diversos, metodologias diferentes mas complementares...

Assim, nesta procura de um sentido para a relação "afectiva" que a bulímica estabelece com a comida, tentei integrar duas formas de *olhar* para esta particularidade profundamente humana, e que tanto tem interessado a psicologia, que são as **relações afectivas**, seja no mundo real, da relação com os outros que existem fora de nós, seja na fantasia do mundo das relações internas. A **teoria da vinculação** interessou-se por um tipo particular de relação - a vinculação - que fornece protecção e o sentimento de uma base segura e, quanto a mim, o grande mérito desta teoria foi ter atribuído um significado evolutivo, portanto filogenético, à ligação emocional que se estabelece entre os seres humanos. Por outro lado, trata-se de uma teoria que simultaneamente se afasta da psicanálise, na utilização do método empírico de observação de comportamentos, e aproxima-se, ao enfatizar a importância das experiências relacionais infantis na formação do mundo interno, através da formação de estruturas representacionais: os modelos

internos funcionais. No entanto, as representações internas destas relações são unicamente unidades diádicas self-prestador de cuidados, e os afectos que as ligam unicamente expectativas do self relativamente à disponibilidade do prestador de cuidados. As **teorias psicodinâmicas**, particularmente as relações de objecto, ao debruçarem-se sobre a dinâmica interna inconsciente entre objectos internos, trazem um olhar mais profundo sobre este teatro altamente complexo que é o nosso mundo mental/relacional/afectivo.

Podemos talvez dizer que a vinculação partiu do *olhar exterior* sobre as relações afectivas, e a psicanálise do *olhar interior*. Mas afinal, as relações só existem no encontro entre esse fora e esse dentro, que é o único espaço *potencial*, transformador, real, o único onde existe o *verdadeiro* sentimento de existir.

Procurei também integrar uma **metodologia de auto-relato** - o Questionário de Estilos de Vinculação (cuja adaptação poderá ser útil para outros trabalhos) -, numa tentativa de fotografar a superfície do oceano relacional bulímico, com uma **metodologia projectiva** - o Rorschach (cuja categorização quantitativa poderá contribuir para outras investigações)-, com o intuito de mergulhar um pouco mais no oceano relacional inconsciente. Enfim, neste jogo entre um olhar dentro e um olhar fora, tentei compreender a dinâmica psicológica da bulímica, e o significado da sintomatologia.

Se a bulímica ilude o seu mundo interno, afastando-se da sua verdade, também a metodologia deste trabalho deixa lacunas relativamente à verdade da bulimia nervosa. De facto, as amostras têm um *tamanho limitado* e não foram escolhidas por um processo *aleatório*. Além disso, existe a lacuna de uma amostra de anoréticas restritivas, que permitiria uma compreensão mais profunda do significado da sintomatologia, e resolver a velha questão se, na anorexia e bulimia, estamos perante duas “vozes” diferentes para a mesma “dor” ou perante duas *formas realmente diferentes de ser*: diferentes problemáticas, angústias e mecanismos defensivos.

Mas, é porque existem lacunas, que esta tese deixa talvez um *espaço potencial* para serem feitas novas investigações... é assim permitir uma aproximação cada vez maior à *verdade*... que é afinal o *alimento* da ciência.

## Referências

- Abraham, K. (1966). *Oeuvres complètes*. Paris: Payot.
- Abraham, N. & Torok, N. (1972). Introjecter-Incorporer. Deuil ou Mélancolie. In *Destins du cannibalisme. Nouv. Rev. Psychanalyse*, 6.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M. & Bell, S. (1969). Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. In M. Ainsworth (Ed.), *Stimulation in early infancy* (pp. 133-170). New York: Academic Press.
- Anzieu, D. (1974). *La psychanalyse du génie créateur*. Paris: Dunod.
- Anzieu, D. (1981). Quelques précurseurs du Moi-Peau chez Freud. *Revue Française de Psychanalyse*, 45 (5), 1163-1185.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- Armstrong, J. & Roth, D. (1989). Attachment and separation in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 141-155.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

- Beattie, H. (1988). Eating disorders and the mother-daughter relationship. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 453-460.
- Becker, B., Bell, M. & Billington, R. (1987). Objects relation ego deficits in bulimic college women. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 92-95.
- Bell, M., Billington, R. & Becker, B. (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 733-741.
- Berkman, J. M. (1930). Anorexia nervosa: Anorexia inanition and low basal metabolic rate. *American Journal of Medical Science*, 180, 411-424.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M. & Chevron, E. S. (1988). Dependancy and self criticism: Psychological dimensions of depression. *J. Consult. Clin. Psychology*, 150, 113-124.
- Blos, P. (1962). *Adolescência*. S. Paulo: Martins Fontes (1985).
- Blos, P. (1979). *The adolescent passage: Developmental issues*. New York: International Universities Press.
- Bond, M., Gardner, S., Christian, J. & Sigal, J. (1983). An empirical study of the relationship between diagnosis and defence styles. *Archives of General Psychiatry*, 43, 285-288.
- Boris, H. (1984). The problem of anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalysis*, 65, 315-322.
- Bowlby, J. (1973). *Apego e perda, Vol. II: Separação: Angústia e raiva*. S. Paulo: Martins e Fontes (1984).
- Bowlby, J. (1980). *Apego e perda, Vol. III: Tristeza e depressão*. S. Paulo: Martins e Fontes (1985).

- Bowlby, J. (1982, 1969). *Apego e perda, Vol. I: Apego*. S. Paulo: Martins e Fontes (1984).
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 3-35.
- Bruch, H. (1962). Perceptual confusion in eating disorders. *J. Nerv. Ment. Disease*, 133, 46-54.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books, New York.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1979). Island in the river: The anorexic adolescent in treatment. In F. C. Feinstein & p. L. Giovacchini (Eds.), *Adolescent Psychiatry, Vol. 7*, 26-40. Chicago: University of Chicago Press.
- Brusset, B. (1977). L'assiette et le miroir. *Collection Sciences de l'Homme*, 1, 273. Toulouse: Privat.
- Brusset, B. (1990). Les vicissitudes d'une déambulation addictive (essai métapsychologique). *Rev. Française Psychanal.*, 54 (3), 671-687.
- Brusset, B. (1993). Anorexie mentale et bulimie du point de vue de leur genèse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 41 (5-6), 245-249.
- Callam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. (1989). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5), 479-485.
- Carmo, I. (1998). *Contribuição para o estudo das doenças do comportamento alimentar em populações portuguesas*. Tese de Doutoramento, Lisboa.

- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R. & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127-140.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134.
- Cassidy, J. & Berlin, L. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-991.
- Casper, R. A. (1983). On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: A historical view. *International Journal of eating Disorders*, 2 (3), 3-16.
- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte*. Paris: Dunod.
- Chabert, C. (1987). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris: Dunod.
- Chabert, C. (1989). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris: Dunod
- Chabert, C. (1993). La boulimie: Perversion ou mélancolie? *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 41 (5-6), 250-253.
- Coovert, D. L., Kinder, B. N. & Thompson, J. K. (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 169-180.
- Corcos, M., Atger, F., Flament, M. & Jeammet (1995). *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 43 (9), 391-400.
- Crisp, A. H. (1967). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Personality Research*, 11, 117-131.
- Crisp, A. H. (1970). Premorbid factors in adult disorders of weight, with particular reference to primary anorexia nervosa (weight phobia). A literature review. *J. Psychosom. Res.*, 14, 1-22.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia Nervosa: Let me be*. London: Academic Press.

- DaCosta & Halmi, K. A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Questions of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305-313.
- Fairbairn, W. R. D. (1944). Estrutura endopsíquica considerada em termos de relações de objecto. *Psychoanalytic studies of the personality*. Lisboa: Editorial Vega.
- Fairbairn, W. R. D. (1946). Relações de objecto e estrutura. *Psychoanalytic studies of the personality*. Lisboa: Editorial Vega.
- Feeney, J., Noller, P. & Hanrahan, M. (1994). *Assessing adult attachment*. In M. Sperling & W. Berman (Eds.), *Attachment in Adults, Clinical and Developmental Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Fenichel, O. (1945). *La théorie psychanalytique des névroses - Tome I*. Paris: PUF (1953).
- Friedberg, N. L. & Lyddon, W. J. (1996). Self-other working models and eating disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10 (3), 193-203.
- Friedlander, M. L. & Siegal, S. M. (1990). Separation-individuation difficulties and cognitive-behavioral indicators of eating disorders among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 74-78.
- Freud, S. (1915). Deuil et mélancolie. In *Métopsiologie*, 147-174, Paris: Galimard, 1968.
- Garfinkel, P., Moldofsky, H. & Garner, D. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1040.
- Garner, D. M. (1983). *Eating Disorders Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Geist, R. (1985). Therapeutic dilemmas in the treatment of anorexia nervosa: A self-psychological perspective. *Contemporary Psychotherapy Review*, 2, 115-142

- Greenberg, J. & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses. In P. Marris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.
- Habermas, T. (1989). The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 259-273.
- Haimes, A. L. & Katz, J. L. (1988). Sexual and social maturity versus social conformity in restricting anorectic, bulimic and borderline women. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 331-341.
- Hansburg, H. G. (1986). *Adolescence separation anxiety test*. New York: Robert E. Kreiger.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C. & Shaver P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Hazan, C. & Ziefman, D. (1994). Sex and the psychological tether. *Advances in Personal Relationships*, 5, 151-177.
- Heesacker, R. S. & Neimeyer, G. J. (1990). Assessing object relations and social cognitive correlates of eating disorders. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 419-426.
- Herzog, D. B. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed? *Am. J. Psychiatry*, 141, 12, 1594-1597.
- Holmbeck, G. & Hill, J. (1986). A path-analytic approach to the relations between parental traits and acceptance and adolescence adjustment. *Sex Roles*, 14 (5-6), 315-334.

- Horowitz, M. J. (1972). Modes of representation of thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20, 739-819.
- Horowitz, M. J. (1983). *Image formation and psychotherapy* (rev. ed.). New York: Basic Books.
- Horowitz, M. J. (1988). *Introduction to psychodynamics: A new synthesis*. New York: Basic Books.
- Hudson, J. I., Pope, H. G. Jr. & Todd-Yurgelun, D. (1988). Bulimia and major affective disorder: Experience with 105 patients. *Psychiatr. et Psychobiol.*, 3 (1), 37-47.
- Humphrey, L. L. (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 395-402.
- Humphrey, L. L. (1987). Comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using structural analysis of social behavior. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 248-255.
- Jeammet, N. (1989). *La haine nécessaire*. Presses Universitaires de France.
- Jeammet, P. (1988). *Anorexias et boulimies*. Relatório hospitalar interno.
- Jeammet, P. (1993). L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 41 (5-6), 235-244.
- Jeammet, P. (1997). Comunicação pessoal.
- Johnson, C. (1995). Psychodynamic treatment of bulimia nervosa. In K. B. Brownll & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity*. New York: The Guilford Press.
- Johnson, C. & Connors, M. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspective*. New York: Basic Books.
- Jones, D. (1985). Bulimia: A false self identity. *Clinical Social Work Journal*, 13 (4), 305-316.

- Kenny, M. E. (1990). College seniors' perceptions of parental attachments: The value and stability of family ties. *Journal of College Student Development*, 31, 479-486.
- Kenny, M. E. & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 521-526.
- Kernberg, (1995). Technical Approach to eating disorders in patients with borderline personality organization. In Jerome Winer (Ed.), *Annual of Psychoanalysis*, vol. 23.
- Kestenberg, E., Kestenberg, J. & Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kobak, R., Cole, H., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S. & Gamble, W. (1993). Attachment and emotional regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231-245.
- Kobak, R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1978). Preface to *Der Falsche weg zum selbst, studien zur drogenkarriere* by Jurgen vom Scheidt. In O. Ornstein (Ed.), *The search for the self*, vol. 2, 845-849. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Laufer, M. (1972). Depression in adolescence. *Adolescence Monograph*, 4, 27-38. London: Brent Consultation Centre.
- Lavik, N., Clausen, S. & Pedersen, W. (1991). Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 387-390.
- Levine, J., Green, C. & Milton, T. (1986). The Separation-Individuation Test of Adolescence. *Journal of Personality Assessment*, 50, 123-137.

- Lippe, D. (1993). Troubles des conduites alimentaires et idéal. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 41 (5-6), 372-374.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Mahler, M. S. & McDevitt, J. B. (1982). Thoughts on the emergence of the sense of self, with particular emphasis on the body self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 827-848.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In J. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-106.
- Marcelli, D. (1994). Du lien précoce au lien d'addiction. Quelques hypothèses sur les racines de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 42 (7), 279-284.
- Marques, M. E. (1999). *A psicologia clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marta, R. (1997). *Como se "vinculam" os adultos nas relações íntimas? Adult Style Questionnaire. Descrição de um instrumento*. Trabalho da cadeira de "Avaliação Psicológica" no Mestrado de Psicologia e Psicopatologia Clínica, Ispa.
- Masterson, J. F. (1977). *Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent: An object relations view*. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline Personality Disorders*, 475-494. New York: International Universities Press.
- McDougall, J. (1974). The psychosoma and psychoanalytic process. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 437-454.
- Mikulincer, M. & Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 321-331.
- Ogden, T. (1985). On potential space. *International Journal Psycho-Anal.*, 66, 129-141.

- O'Kearney, R., Gertler, R., Conti, J. & Duff, M. (1995). Behavioural and psychological disturbances in presenters to an eating disorders clinic: A descriptive study. *European Review of Eating Disorders*, 3 (2), 80-92.
- O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (2), 115-127.
- Palazzoli, S. (1963). *L'anoressie mentale*. Milan: Feltrinelli.
- Palazzoli, S. (1974). *Self starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach in anorexia nervosa*. London: Human Context Books.
- Palazzoli, S. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Palmer, R., Oppenheimer, R. & Marshall, P. (1988). Eating-disordered patients remember their parents: A study using the Parental-Bonding Instrument. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1), 101-106.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Piaget, J. (1937). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pole, R., Waller, D., Stewart, S. & Parkin-Feigenbaum, R. (1988). Parental caring versus overprotection in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (5), 601-606.
- Rhodes, B. & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22 (4), 249-263.
- Ritvo, S. (1984). The image and uses of the body in psychic conflict: With special reference to eating disorders in adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 39, 449-469.

- Ritvo, S. (1988). *Mothers, daughters, and eating disorders*. In H. Blum, Y. Kramer, A. K. Richards, & A. D. Richards (Eds.), *Fantasy, myth, and reality: Essays in honor of Jacob A. Arlow, M. D.*, 423-434. Madison, CT: International Universities Press.
- Roiphe, H. (1968). On an early genital phase. *Psychoanalytic Study of the Child*, 23, 348-365.
- Rosenblatt, A. & Thickstun, J. (1977). *Modern psychoanalytic concepts in a general psychology*. New York: International Universities Press.
- Rosolato, G. F. (1976). Le narcissisme. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 13, 7-37.
- Russell, G. F. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. In J. H. Price (Ed.), *Modern trends in psychological medicine, Vol. 2*, 131-164. London: Butterworths
- Russell, G. F. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 9, 429-448.
- Russell, G. F. (1985). *Perturbações do comportamento alimentar*. Comunicação no IV Encontro Adolescência. Lisboa, Outubro de 1995.
- Salgueiro, E. (1991). Anorexia mental e bulimia na adolescência. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 22, 363-365.
- Salzman, J. P., (1977). Ambivalent attachment in female adolescents: Association with affective instability and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 251-259.
- Salzman, J. P., (1988). *Primary attachment in female adolescence: An extension of Bowlby's perspective*. Unpublished doctoral dissertation, Harvard University.
- Salzman, J. P. (1996). Primary attachment in female adolescence: Association with depression, self esteem and maternal identification. *Psychiatry*, 59, 20-33.
- Sandler, J. (1960). The concept of superego. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 128-163.

- Sands, S. (1989). Eating disorders and female development: A self-psychology perspective. In A. Goldberg (Ed.), *Dimensions of Self Experience. Progress in Self Psychology*, 5, 75-103. Hillsdale: The Analytic Press.
- Sands, S. (1991). *Bulimia, dissociation, and empathy: A self-psychological view*. In Craig Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W., Shisslak, C. M., Estes, L. S., Gray, N., Crago, M. & Taylor, C. B. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 39-44.
- Silverman, J. A. (1997). Anorexia nervosa: Historical perspective on treatment. In D. Garner & P. Garfinkel (Eds.) *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: The Guildford Press.
- Sours, J. (1974). The anorexia nervosa syndrome. *Intern. J. Psycho-Anal.*, 55, 567-576.
- Sours, J. (1980). *Starving to death in a sea of objects*. New York: Jason Aronson.
- Steiger, H., Van der Feen, J., Goldstein, C. & Leicher, P. (1989). Defense styles and parent bonding in eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (2), 131-140.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Vol. 1, PUF.
- Stern, S. (1991). Managing opposing currents: An interpersonal psychoanalytic technique for the treatment of eating disorders. In C. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*, 86-108. New York: Guilford Press.
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L., Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (2), 297-303.
- Strober, M. (1992). Family factors in adolescent eating disorders. In P. Cooper & A. Stein (Eds.), *Feeding problems and eating disorders in children and adolescents*, 139-146. New York: Hardwood Academic Publishers.

- Strober, M. & Hunphrey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 654-659.
- Sugarman, A. (1991). Bulimia: A displacement from psychological self to body self. In Craig Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Sugarman, A., Quinlan, D. M. & Devennis, L. (1981). Anorexia nervosa as a defense against anaclitic depression. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 1-10.
- Sugarman, A. & Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1 (4), 57-67.
- Swift, W. & Stern, S. (1982). The psychodynamic diversity of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (1), 17-36.
- Thelan, M. H., Farmer, J., McLaughlin, L. & Pruitt, J. (1990). Bulimia and interpersonal relationships: A longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 85-90.
- Tyson, P. (1986). Female psychosocial development. *Annual of Psychoanalysis*, 14, 357-373.
- Tyson, R. L. & Tyson, P. (1982). A case of "pseudonarcissistic" psychopathology: A reexamination of the developmental role of the superego. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 283-293.
- Van Deth, R. & Vandereicken, W. (1995). Was late 19th century nervous vomiting an early variant of bulimia nervosa? *History of Psychiatry*, vi, 333-347.
- Viesselman, J. O. & Roig, M. (1985). Depression and suicidality in eating disorders. *J. Clin. Psychiatry*, 46, 118-124.
- Waters, E., Posada, G., Crowell, J. & Lay, K-L. (1993). Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behavior problems? *Development and Psychopathology*, 5, 215-224.
- Weiner, I. B. (1966). *Psychodiagnosis in Schizophrenia*. New York: John Wiley and Sons.

West M. L. & Sheldon-Keller, A. E. (1994). *Patterns of relating - An adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York: Basic Books.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris: Gallimard.

# **Anexos**

## **Anexo 1**

### ***Adult Style Questionnaire***

Show how much you agree each of the following items by rating them on this scale: 1 = totally disagree; 2 = strongly disagree; 3 = slightly disagree; 4 = slightly agree; 5 = strongly agree; or 6 = totally agree.

- 
- |               |  |
|---------------|--|
| Confidence    | 1. Overall, I am a worthwhile person.  |
| Confidence    | 2. I am easier to get to know than most people.                              |
| Confidence    | 3. I feel confident that other people will be there for me when I need them. |
| Discomfort    | 4. I prefer to depend on myself rather than other people.                    |
| Discomfort    | 5. I prefer to keep to my self.  |
| R as S        | 6. To ask for help is to admit that you're a failure.                        |
| R as S        | 7. People's worth should be judged by what they achieve.                     |
| R as S        | 8. Achieving things is more important than building relationships.           |
| R as S        | 9. Doing your best is more important than getting on with others.            |
| R as S        | 10. If you've got a job to do, you should do it no matter who gets hurt.     |
| N for A       | 11. It's important to me that others like me.                                |
| N for A       | 12. It's important to me to avoid doing things that others won't like.       |
| N for A       | 13. I find it hard to make a decision unless I know what other people think. |
| R as S        | 14. My relationships with others are generally superficial.                  |
| N for A       | 15. Sometimes I think I am no good at all.                                   |
| Discomfort    | 16. I find it hard to trust other people.                                    |
| Discomfort    | 17. I find it difficult to depend on others.                                 |
| Preoccupation | 18. I find that others are reluctant to get as close as I would like.        |
| Confidence    | 19. I find it relatively easy to get close to other people.                  |
| Discomfort    | 20. I find it easy to trust others. (R)                                      |
| Discomfort    | 21. I feel comfortable depending another people. (R)                         |
| Preoccupation | 22. I worry that others won't care about me as much as I care about them.    |
| Discomfort    | 23. I worry about other people getting too close.                            |
| N for A       | 24. I worry that I won't measure up to other people.                         |
| Discomfort    | 25. I have mixed feelings about being close to others.                       |

Discomfort	26. While I want to get close to others, I feel uneasy about it.
N for A	27. I wonder why people would want to be involved with me.
Preoccupation	28. It's very important to me to have close relationships.
Preoccupation	29. I worry a lot about my relationships.
Preoccupation	30. I wonder how I would cope without someone to love me.
Confidence	31. I feel confident about relating to others.
Preoccupation	32. I often feel left out or alone.
Confidence	33. I often worry that I do not really fit in with other people. (R)
Discomfort	34. Other people have their own problems, so I don't bother them with mine.
N for A	35. When I talk over my problems with others, I generally feel ashamed or foolish.
R as S	36. I am too busy with other activities to put much time into relationships.
Confidence	37. If something is bothering me, others are generally aware and concerned.
Confidence	38. I am confident that other people will like and respect me.
Preoccupation	39. I get frustrated when others are not available when I need them.
Preoccupation	40. Other people often disappoint me.

---

*Note:* items marked (R) need to be reverse scored. R as S, Relationships as Secondary; N for A, Need for Approval; Discomfort, Discomfort with Closeness; Preoccupation, Preoccupation with Relationships.

## **Anexo 2**

### **Versão original portuguesa do Questionário de Estilos de Vinculação**









## **Anexo 3**

**Estrutura factorial da versão original do QEV  
com cinco factores**

*Estrutura Factorial da Versão Original do QEV com Cinco Factores*

Interpretação psicológica	Factores	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Necessidade de aprovação	24 - Preocupa-me não estar à altura dos outros	.72750				
	13 - Tenho dificuldade em tomar uma decisão, excepto se sei o que os outros pensam	.66592				
	26 - Embora me queira aproximar dos outros, sinto-me pouco à vontade com isso	.64772	.26606			
	15 - As vezes penso que não tenho qualquer valor	.60695				
	32 - Sinto-me frequentemente esquecida ou sozinha	.60087	.23068			
	27 - Pergunto a mim própria porque haveriam os outros de querer envolver-se comigo	.57751				
	25 - Tenho sentimentos contraditórios em relação à proximidade com os outros	.57577				
	33 - Preocupo-me frequentemente com o facto de não me ajustar realmente bem com os outros (R)	-.56884				
	22 - Preocupa-me que os outros não se interessem por mim tanto como eu me interesso por eles	.55232				
	18 - Acho que os outros evitam aproximar-se tanto como eu gostaria	.49612	.28519			
Desconforto e Falta de Confiança	1 - Globalmente, sou uma pessoa com valor	-.48744				
	35 - Quando falo com os outros sobre os meus problemas, sinto-me muitas vezes envergonhada ou ridícula	.46670				
	38 - Tenho confiança que os outros irão gostar de mim e respeitar-me	-.44309	-.22441			
	39 - Sinto-me frustrada quando os outros não estão disponíveis e eu preciso deles	.44309	-.25676	.32589		.29132
	16 - Tenho dificuldade em confiar nos outros	.82442				
	17 - Tenho dificuldade em apoiar-me nos outros	.74604				
	20 - Acho fácil acreditar nos outros (R)	.72002				
	21 - Sinto-me confortável a confiar nos outros (R)	.53021				
	31 - Sinto-me à vontade na relação com os outros	-.50174				
	19 - Acho relativamente fácil aproximar-me dos outros	-.42493				
Confiança	14 - As minhas relações com os outros são geralmente superficiais	.37093				
	37 - Se alguma coisa me está a aborrecer, os outros estão geralmente atentos e preocupam-se	-.29157				
	3 - Tenho confiança em que as pessoas estarão lá quando eu precisar	-.31603				
	40 - As outras pessoas desiludem-me frequentemente	.30534				
	5 - Prefiro isolar-me	.33583				
	4 - Prefiro contar comigo do que com as outras pessoas					

Preocupação	29 - Preocupo-me muito com as minhas relações 28 - Para mim é muito importante ter relações íntimas 30 - Pergunto-me como resistiria sem ter alguém que me amasse 10 - Se se tem uma tarefa a fazer, deve-se fazê-la mesmo que alguém saia prejudicado	.37519			.72086 .51530 .45477 .39085	-.22656 26043	-.30179
Relações como secundárias	34 - Os outros já têm os seus problemas, portanto não os incomodo com os meus 8 - Realizar coisas é mais importante do que construir relações 36 - Estou demasiado ocupada com outras actividades para ter tempo para as relações 11 - Para mim é importante que os outros gostem de mim 6 - Pedir ajuda é admitir que se é um falhado 23 - Incomoda-me que os outros se aproximem demais	.26664 .34896 .27883	.31539		-.24641	.62330 .54818 .48111 -.37503 .34170 .29285	-.23556 .25697
	9 - Fazer o nosso melhor é mais importante do que darmos-nos bem com os outros 2 - Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas 12 - Para mim é importante evitar fazer coisas que os outros não gostem 7 - O valor das pessoas devia ser julgado em função do que elas realizam			-.34001		.26318 .24117	-.55218 .47565 .39906 -.37001

Nota: Os itens marcados com (R) tiveram a sua pontuação revertida

## **Anexo 4**

**Estrutura factorial da versão original do QEV  
com três factores**

*Estrutura Factorial da Versão Original do QEV com Três Factores*

Interpretação psicológica	Factores	Factor 1	Factor 2	Factor 3
	16 - Tenho dificuldade em confiar nos outros	.71178		
	31 - Sinto-me à vontade na relação com os outros	-.69802		-.21624
	20 - Acho fácil acreditar nos outros (R)	.68652	-.21840	-.25935
	17 - Tenho dificuldade em apoiar-me nos outros	.66784		
	19 - Acho relativamente fácil aproximar-me dos outros	-.60223		
Não	14 - As minhas relações com os outros são geralmente superficiais	.58560		.31507
	21 - Sinto-me confortável a confiar nos outros (R)	.56428		.21373
Confiança	37 - Se alguma coisa me está a aborrecer, os outros estão geralmente atentos e preocupam-se	-.52995	-.25954	
	3 - Tenho confiança em que as pessoas estarão lá quando eu precisar	-.52317		
	5 - Prefiro isolar-me	.44360	.20745	.26719
	38 - Tenho confiança que os outros irão gostar de mim e respeitar-me	-.44193	-.22660	-.28211
	2 - Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas	-.42647		
	40 - As outras pessoas desiludem-me frequentemente	.41913	.25237	
	28 - Para mim é muito importante ter relações íntimas	-.32220	.21209	-.25578
	4 - Prefiro contar comigo do que com as outras pessoas	.31665	-.24008	.25821



## **Anexo 5**

### **Classificação dos protocolos das jovens bulímicas “puras”**

Note-se que algumas das respostas analisadas não foram classificadas por não integrarem as categorias de análise.

## Sujeito 1

Cartão	Análise	Classificação
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagem fálica agressiva (luta de guerreiros)</li> <li>- mas com protecção narcísica (fato do guerreiro)</li> <li>- parte a unidade em dois (D central)</li> <li>- imagem parcial (asas de morcego)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática fálica</li> <li>- corpo pele</li> <li>- corpo desdobrado (+)</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem especular: uma pessoa ao espelho / duas pessoas relação especular (frente na frente)</li> <li>- relação anaclítica (mãos pegadas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo desdobrado (+) (-): ambivalente</li> <li>- corpo anáclise</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagem especular (imagem no espelho) duas pessoas numa relação especular</li> <li>- evocação de apoio (flectida, a pegar em algo)</li> <li>- inquérito: atributos sexuais (peito, saia, saltos)</li> <li>- imagem de luta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo desdobrado (+) (-): ambivalente</li> <li>- corpo anáclise</li> <li>- temática fálica</li> <li>- temática fálica</li> </ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem de força (figura monstruosa) e símbolo sexual (cabeça de serpente)</li> <li>- inquérito: imagem de uma figura disforme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática fálica</li> <li>- corpo (des)valorizado (-), idealização (-)</li> </ul>
V	<ul style="list-style-type: none"> <li>- animais neutros (borboleta, morcego)</li> <li>- interpreta as extremidades da mancha (patas de coelho)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> <li>- isolamento</li> </ul>
VI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem da cabeça de réptil na localização com simbologia fálica</li> <li>- Idealização negativa: não consegue definir imagem, logo, está danificada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática fálica</li> <li>- corpo danificado</li> </ul>
VII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagem vaga (nuvens)</li> <li>- Imagem que evoca dependência (união entre nuvens) -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- recalçamento</li> <li>- corpo em anáclise</li> </ul>
VIII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- animal inteiro (ursos)</li> <li>- teve necessidade de apoio em imagens regressivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> <li>- temática regressiva</li> </ul>
IX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem pulsional regressiva (fogo)</li> <li>- afasta o lado pulsional (não é fogo forte, mas luz)</li> <li>- inquérito - objecto parcial agressivo (espada)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática regressiva</li> <li>- temática fálica</li> </ul>
X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evocação de uma imagem assustadora, interpretativa ("expressão má"), e fragmentada (caras, olhos)</li> <li>- em contraste, uma imagem de calma, mas sem objecto</li> <li>- inquérito: capaz de dar animais inteiros: agressivo (escorpião), neutro (cavalo marinho)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificação projectiva, corpo fragmentado</li> <li>- clivagem</li> <li>- corpo inteiro não relacional agressivo, corpo inteiro não relacional neutro</li> </ul>



## Sujeito 2

Cartão	Análise	Classificação
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- animal inteiro (traça)</li> <li>- animal agressivo (ácaro faz alergias, ênfase nas saliências)</li> <li>- imagem contaminada, o sujeito confunde-se com o objecto, e desaparece... (sufoca), ficando só uma parte do corpo (mãos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> <li>- corpo inteiro não relacional agressivo</li> <li>- corpo fragmentado</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- desorganiza-se perante o impacto do vermelho - invasão pulsional agressiva (mancha de sangue) - angústia</li> <li>- cena agressiva (pica-se no fuso)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática fálica</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pessoas numa interacção que evoca agressividade contida (pessoas de costas)</li> <li>- pessoas só com pescoço e cabeça</li> <li>- invasão em processo primário (borboleta de sangue)</li> <li>- imagem de morte (morte do sujeito)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática anal</li> <li>- corpo fragmentado</li> <li>- corpo fragmentado</li> <li>- corpo fragmentado</li> </ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem de protecção (torre do castelo)</li> <li>- imagem que dá conta de uma perda de limites (desaparece na penumbra...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo pele</li> <li>- identificação projectiva</li> </ul>
V	<ul style="list-style-type: none"> <li>- banalidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> </ul>
VI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem fálica (lagarticha), que sai da rocha (envelope protector), mas que está em erosão</li> <li>- rocha em erosão</li> <li>- ideia de diluição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática fálica</li> <li>- corpo pele</li> <li>- corpo danificado</li> <li>- identificação projectiva</li> </ul>
VII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem regressiva (buraco)</li> <li>- imagem pulsional regressiva (incêndio)</li> <li>- imagem de perda de limites, em que sujeito e objecto desaparecem (fumo a sair)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática regressiva</li> <li>- temática regressiva</li> <li>- identificação projectiva</li> </ul>
VIII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem valorizada (flor)</li> <li>- conteúdo natureza</li> <li>- ideia de protecção (rochas)</li> <li>- animais que se diluem na rocha</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo (des)valorizado (+), idealização (+)</li> <li>- temática regressiva</li> <li>- corpo pele</li> <li>- identificação projectiva</li> </ul>
IX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- natureza</li> <li>- cilindro com buracos</li> <li>- restauração narcísica (flor)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática regressiva</li> <li>- corpo danificado</li> <li>- corpo (des)valorizado (+), idealização (+)</li> </ul>
X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- movimento maníaco (festa)</li> <li>- imagens de animais (cavalos marinhos)</li> <li>- figura indefinidas (animais esquisitos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idealização (+)</li> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> </ul>



## Sujeito 3

Cartão	Análise	Classificação
I	- incapaz de dar imagem unitária: parte-a em dois e dá imagem dupla - imagem envelope (máscara)	- corpo desdobrado (+) - corpo pele
II	- animal de carapaça (lagosta, santola) - interpretação dos vermelhos	- corpo pele - isolamento
III	- figuras irreais agressivas (bonecos Dragon Ball, robots)	- corpo manipulado
IV	- imagem de força (gato com grandes botas)	- temática fálica - corpo inteiro não relacional neutro
V	- banalidade	- corpo inteiro não relacional neutro
VI	- interpreta detalhe superior e dá imagem animal com agressividade oral (lobo a uivar)	- temática oral - corpo inteiro não relacional agressivo
VII	- relação especular (dois gémeos que se olham) - imagem envelope: ideia de contorno e enfeite (cabelo)	- corpo desdobrado (+) - corpo pele
VIII	- banalidade (animais), mas numa postura defensiva - imagem vaga	
IX	- dificuldade em dar imagens - dá imagem parcial interpretativa (cara que espreita), como se algo estivesse a vê-la...	- identificação projectiva
X	- imagens inteiras dispersas	- corpo inteiro não relacional neutro



## Sujeito 4

Cartão	Análise	Classificação
I	- inicia com a banalidade (morcego) - restauração narcísica (sino de Natal) - imagem envelope (sino)	- corpo inteiro não relacional, neutro - corpo (des)valorizado (+), idealização (+) - corpo pele
II	- perante o impacto pulsional agressivo, ela isola e interpreta em D (insecto) - procura fixar: evita as figuras, evita a relação e centra-se no vermelho - animal com carapaça (escaravelho) - movimento interpretativo (cinestesia parcial - pés a saltar, que dançam) fora do conteúdo formal da mancha	- isolamento - corpo pele - corpo (des)valorizado (+), idealização (+)
III	- relação especular, sem diferenciação sexual - ideia de apoio (pessoas sentadas) - desvaloriza a imagem (figura extraterrestre)	- corpo desdobrado (+) - corpo anáclise - corpo (des)valorizado (-), idealização (-)
IV	- figura poderosa - boneco animado - vestuário protector (botas) - imagem contrastada (calçado / descalço) - faz uma retirada dando uma imagem vaga, mas que fica vaga (mapa) - reforço dos limites.	- temática fálica - corpo manipulado - corpo pele - clivagem
V	resposta banal (borboleta), mas com alguma sensação de estranheza - inquérito: figura irreal valorizada (fada) imagem fusional (dois animais pegados)	- corpo inteiro não relacional neutro - corpo (des)valorizado (+), idealização (+) - corpo anáclise
VI	- símbolo fálico (Totem no detalhe sup) - imagem regressiva (árvores) para evitar o carácter fálico	- temática fálica - temática regressiva - recalçamento
VII	- duas figuras humanas em relação especular (jogo da mímica)	- corpo desdobrado (+)
VIII	- banalidade (tursos) - rapidamente passa para o duplo (reflexo) - evocação de envelopes (vestuário)	- corpo inteiro não relacional neutro - corpo desdobrado (-) - corpo pele
IX	- imagens pulsionais regressivas	- temática regressiva
X	- imagem de continente materno para conter a dispersão (útero) - imagem regressiva, mas com valorização narcísica (flor) - imagem marítima	- corpo (des)valorizado (+); idealização (+) - temática regressiva

Cartão	Temas					Defesas				
	Oral	Anal	Fálico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I								Positiva		
II						Sim		Positiva		
III								Negativa		
IV			Sim				Sim			
V								Positiva		
VI			Sim	Sim	Sim					
VII										
VIII										
IX				Sim						
X				Sim				Positiva		

Cartão	Corpo										
	Inteiro					Danificado					Fragmentado
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Anáclise	Danificado	
I		Neutro		Sim				Positiva			
II				Sim				Positiva			
III			Positivo					Negativa	Sim		
IV				Sim		Sim					
V		Neutro						Positiva	Sim		
VI											
VII			Positivo								
VIII		Neutro	Negativo	Sim							
IX											
X								Positiva			

## Sujeito 5

Cartão	Análise	Classificação
I	<p>agressividade oral (monstro com a língua de fora a vomitar)</p> <p>- projecta-se e confunde-se com a mancha ("parece a minha imagem a vomitar")</p> <p>- avidez, agressividade oral (pessoa engolida)</p>	<p>- temática oral</p> <p>- identificação projectiva</p> <p>- temática oral</p>
II	<p>- imagem de dependência (mãos unidas)</p> <p>- ao mesmo tempo essa proximidade é sentida como perigosa, agressiva ("não é bom, combatem")</p> <p>- ênfase na simetria</p> <p>- interpreta o vermelho e atribui-lhe sentimentos ("não tem sentimentos bons")</p>	<p>- corpo em anáclise</p> <p>- corpo desdobrado (-)</p> <p>- identificação projectiva</p>
III	<p>- figuras humanas em situação de apoio</p> <p>- imagem do interior do corpo - confusão dentro-fora, e ideia de dano (pulmões saem do peito, deteriorados)</p>	<p>- corpo em anáclise</p> <p>- corpo fragmentado</p>
IV	<p>- braços caídos, mortos</p> <p>- cara amiga / corpo enorme</p>	<p>- corpo danificado</p> <p>- clivagem</p>
V	<p>- imagem animal desvalorizada (borboleta gorda)</p> <p>- imagem de dano corporal (asas cortadas)</p>	<p>- corpo (des)valorizado (-), idealização (-)</p> <p>- corpo danificado</p>
VI	<p>imagem fálica (bacalhau grande, rabo)</p> <p>- projecção de côr e alegria na imagem</p>	<p>- temática fálica</p> <p>- corpo (des)valorizado (+), idealização (+)</p>
VII	<p>- imagens corporais parciais com conotação sexual crua (corpo despido, nádegas, órgão sexual)</p> <p>- desvalorização do corpo (corpo deformado, pernas tortas)</p>	<p>- corpo (des)valorizado (-), idealização (-)</p>
VIII	<p>- imagem de protecção (capacete, caranguejo)</p> <p>- sentimentos contrastados (alegria / tristeza)</p>	<p>- corpo pele</p> <p>- clivagem</p>
IX	<p>- temática pulsional regressiva</p> <p>- ideia de protecção (rochedos)</p>	<p>- temática regressiva</p> <p>- corpo pele</p>
X	<p>- imagem interpretativa, perde distância em relação à mancha (monstro furioso)</p> <p>- agressividade oral (boca aberta a gritar, a espirrar)</p>	<p>- identificação projectiva</p> <p>- temática oral</p>



## Sujeito 6

Cartão	Análise	Classificação
I	- imagem de protecção (máscara) - banalidade (morcego)	- corpo pele - corpo inteiro não relacional neutro
II	- imagem especular: relação especular entre duas pessoas / reflexo de uma pessoa - inquérito: ideia de dano corporal (sangue dos joelhos) - nega a figura humana para afastar o impacto (não são pessoas, são figuras estranhas) - animal (borboleta)	- corpo desdobrado (ambivalente) - corpo danificado - corpo inteiro não relacional neutro
III	- animal couraçado (escaravelho) - inquérito - imagem com agressividade oral (agarra o adversário pelo bico) - duas figuras humanas sem relação, sem agressividade (retira o vermelho)	- corpo pele - temática oral - corpo inteiro não relacional neutro
IV	- imagens parciais, sem ligação, para evitar imagem unitária - inquérito - imagem unitária vem desvalorizada (ácaro)	- corpo (des)valorizado (-), idealização (-)
V	- banalidade	- corpo inteiro não relacional neutro
VI	- banalidade (pele) - inquérito - ideia de dano corporal (pele do focinho aberta)	- corpo danificado
VII	- imagem especular (reflexo de uma pessoa)	- corpo desdobrado (-)
VIII	- comentário valorizador - ideia de apoio não conseguido (não estão pendurados) - imagem com dano corporal (tronco sem membros)	- idealização (+) - corpo anáclise - corpo danificado
IX	- não dá qualquer resposta - postura defensiva	
X	- imagem valorizada (flores)	- corpo (des)valorizado (+), idealização (+)

Cartão	Temas				Defesas					
	Oral	Anal	Fálico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I										
II										
III	Sim									
IV								Negativa		
V										
VI										
VII										
VIII								Positiva		
IX										
X								Positiva		

Cartão	Corpo									
	Inteiro			Danificado				Fragmentado		
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado
I		Neutro		Sim						
II		Neutro	Ambivalente							Sim
III		Neutro		Sim						
IV								Negativa		
V		Neutro								
VI										Sim
VII			Negativo							
VIII									Sim	Sim
IX										
X								Positiva		

## Sujeito 7

Cartão	Análise	Classificação
I	- imagem protecção (máscara) - imagem fálica (homens com nariz grande)	- corpo pele - temática fálica
II	- figuras humanas em relação especular (gémeos) - ideia de simbiose (mãos juntas) - animal indefinido (bicho qualquer)	- corpo desdobrado (+) - corpo anáclise
III	- imagem especular (duas pessoas iguais)	- corpo desdobrado (+)
IV	- animal indefinido (bicho) - imagem para-humana não específica - figura de pernas abertas, e cu apoiado - ideia de apoio - objecto valorizado (croá)	- temáticas fálica e anal - corpo anáclise - corpo (des)valorizado (+), idealização (+)
V	- banalidade (morcego)	- corpo inteiro não relacional neutro
VI	- imagem agressiva que mostra uma dano corporal (coelho cortado)	- corpo danificado
VII	- imagem fusional (ciamezes, rabo pegado) - ideia de relação agressiva contida (de costas um para o outro) - relação especular (olham um para o outro)	- corpo anáclise - temática anal - corpo desdobrado (+)
VIII	- comentário que reenvia para a idealização ("isto é bonito") - figura animal poderosa (rei, leão) - imagens em reflexo	- idealização (+) - corpo (des)valorizado (+), idealização (+) - corpo desdobrado (-)
IX	- cena em reflexo - imagem para-humana agressiva (vespa-homem)	- corpo desdobrado (-)
X	- comentário valorizador - procura juntar as várias partes dispersas, mas acaba por dar imagem parcial (cara) - imagem animal agressiva (escorpiões) - imagem valorizada e idealizada (flores) - resposta protectora ("colunas rochosas") - ideia de apoio (colunas que seguram)	- idealização (+) - corpo inteiro não relacional agressivo - corpo (des)valorizado (+), idealização (+) - corpo pele - corpo anáclise

Cartão	Temas				Defesas					
	Oral	Anal	Fálico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I			Sim							
II										
III										
IV		Sim	Sim				Positiva			
V										
VI										
VII		Sim								
VIII							Positiva			
IX										
X							Positiva			

Cartão	Corpo										Fragmentado	
	Inteiro					Danificado						
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado		
I				Sim								
II			Positivo						Sim			
III			Positivo									
IV								Positiva	Sim			
V		Neutro										
VI										Sim		
VII			Positivo						Sim			
VIII			Negativo					Positiva				
IX			Negativo									
X		Agressivo		Sim				Positiva	Sim			

## Sujeito 8

Cartão	Análise	Classificação
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem desvalorizada (porco)</li> <li>- imagem interpretativa, o sujeito projecta características suas e identifica-se com elas (porco zangado)</li> <li>- mantem a mesma interpretação (cão zangado)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo (des)valorizado (-), idealização (-)</li> <li>- identificação projectiva</li> <li>- identificação projectiva, corpo inteiro não relacional agressivo</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem em duplo - relação especular</li> <li>- bruxa</li> <li>- imagem intelectualizada no detalhe vermelho (animal pré-histórico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo desdobrado (+)</li> <li>- corpo (des)valorizado (-)</li> <li>- idealização (-)</li> <li>- isolamento</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem humana especular (duas pessoas que se olham)</li> <li>- relação de apoio (apoiadas)</li> <li>- imagem interpretativa (coelho assustado, admirado)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo desdobrado (+)</li> <li>- corpo anáclise</li> <li>- identificação projectiva</li> </ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem corporal deformada (coelho deformado)</li> <li>- imagem interpretativa (coelho assustado, admirado)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo danificado</li> <li>- identificação projectiva</li> </ul>
V	<ul style="list-style-type: none"> <li>- banalidade (borboleta)</li> <li>- imagem parcial agressiva (cabeças de corcodilo), no Dd lat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> <li>- isolamento</li> </ul>
VI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem inteira neutra (gato)</li> <li>- imagem agressiva com dano corporal (gato esfolado)</li> <li>- resposta banal (pele)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> <li>- corpo danificado</li> </ul>
VII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem valorizada (obra de arte)</li> <li>- ideia de estátua</li> <li>- relação especular (duas raparigas que se olham)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idealização (+), corpo (des)valorizado (+)</li> <li>- corpo imobilizado</li> <li>- corpo desdobrado (+)</li> </ul>
VIII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- animais felinos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional agressivo</li> </ul>
IX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem valorizada (coral)</li> <li>- simultaneamente imagem protectora (recife)</li> <li>- animais a apanharem comida</li> <li>- pessoas de boca aberta</li> <li>- imagem interpretativa (cara de pessoa má)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo (des)valorizado (+), idealização (+)</li> <li>- corpo pele</li> <li>- temática oral</li> <li>- temática oral</li> <li>- identificação projectiva</li> </ul>
X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagens desvalorizadas (micróbios, bicho qualquer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo (des)valorizado (-), idealização (-)</li> </ul>

## Sujeito 8

Cartão	Temas				Defesas					
	Oral	Anal	Fálico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I								Negativa	Sim	
II						Sim		Negativa		
III										
IV									Sim	
V						Sim				
VI										
VII								Positiva		
VIII										
IX	Sim							Positiva	Sim	
X								Negativa		

Cartão	Corpo										Fragmentado	
	Inteiro			Danificado								
	Relacional	Não Relacional		Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise		Danificado
I		Agressivo							Negativa			
II				Positivo					Negativa			
III				Positivo						Sim		
IV											Sim	
V		Neutro										
VI		Neutro									Sim	
VII				Positivo		Sim			Positiva			
VIII		Agressivo										
IX					Sim				Positiva			
X									Negativa			

## Sujeito 9

Cartão	Análise	Classificação
I	- resposta interpretativa, com atribuição de significado emocional aos intramaculares ("meigo", "feroz" - medo do sujeito) - intencionalidades contrastadas	- identificação projectiva - clivagem
II	- evita a relação atribuindo um significado neutro (borboleta) ao vermelho - borboleta	- isolamento - corpo inteiro não relacional neutro
III	- resposta humana (banalidade), mas sem relação entre elas - dificuldade em dar imagem inteira definida (bicho esquisito)	- corpo inteiro não relacional neutro
IV	- imagem regressiva, procurando negar o carácter viril da mancha - imagem infantilizada - atribuição de características do sujeito (olhos tristes)	- temática regressiva - corpo inteiro não relacional neutro - identificação projectiva
V	- banalidade	- corpo inteiro neutro
VI	- divide o D sup e atribui-lhe um significado neutro ("cabeça de caracol") - a agressividade começa a aparecer (interpretação das saliências) - a agressividade torna-se mais expressa ("garrazinhas") - animais parciais ou indefinidos (não dá corpo inteiro)	- isolamento
VII	- imagem infantil inteira (coelhinhos)	- corpo inteiro não relacional neutro
VIII	- idealização: do afecto (alegre), do objecto (flor) - animal inteiro (ursos)	- corpo (des)valorizado (+), idealização (+) - corpo inteiro não relacional neutro
IX	- evita dar uma resposta	
X	- conteúdos regressivos, mas interpretação restritiva da mancha - imagens de animais	- temática regressiva - corpo inteiro não relacional neutro



## Sujeito 10

Cartão	Análise	Classificação
I	- imagem anatómica (parcial interna) desvitalizada (osso pélvis) - imagem com evocação do duplo (animal com dois olhos, duas mãos)	- corpo desvitalizado - corpo desdobrado (-)
II	- mantem a mesma imagem (osso pélvis), sem ter em conta o significado latente da mancha	- corpo desvitalizado - recusa
III	- figuras humanas femininas, com atributos sexuados, mas corpo deformado... - procura fixar o objecto (laço no vermelho interior) - imagem anterior (osso pélvis) sem ter em conta as diferenças de uma mancha para a outra	- corpo (des)valorizado (-), idealização (-) - recusa - corpo desvitalizado
IV	- não consegue aceder à imagem inteira (pés, cara) - mantem a resposta do cartão I (osso pélvis)	- corpo fragmentado - recusa, corpo desvitalizado
V	- dificuldade em aceder à imagem inteira (conteúdos de corpo parciais) - conteúdos orais (boca dos lobos)	- temática oral
VI	- inicia com banalidade (pele) - termina com imagem corporal danificada (gato espalmado)	- corpo danificado
VII	- imagem regressiva (urso peluche)	- temática regressiva
VIII	- imagem inteira banal, com alguma dificuldade... - imagem parcial, desvitalizada - imagem especular, referência à simetria	- corpo inteiro não relacional neutro - corpo desvitalizado - corpo desdobrado (-)
IX	- desvaloriza o impacto do material (desenhos das crianças) - imagem interpretativa ("ursos maus"), parcial, agressividade oral ("cabeças a rugir")	- idealização (-) - temática oral
X	- retracção narcísica (radiografia); imagem corporal parcial interna (pulmões) - não conseguir dar uma resposta - inquérito - desvaloriza (rabiscos)	- idealização (-)

Cartão	Temas					Defesas				
	Oral	Anal	Fállico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I										
II										Sim
III								Negativa		Sim
IV										Sim
V	Sim									
VI										
VII				Sim						
VIII										
IX	Sim							Negativa		
X								Negativa		

Cartão	Corpo										Fragmentado	
	Inteiro		Danificado					Fragmentado				
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado		
I			Negativo				Sim					
II							Sim					
III							Sim	Negativa				
IV							Sim					Sim
V												
VI											Sim	
VII												
VIII		Neutro	Negativo				Sim					
IX												
X												

## Sujeito 11

Cartão	Análise	Classificação
I	- resposta banal (borboleta) - ideia de agressividade oral (boca aberta)	- corpo inteiro não relacional neutro - temática oral
II	- imagens humanas inteiras, mas ideia de apoio e dependência (mãos unidas)	- corpo anáclise
III	- relação especular entre duas pessoas, sem qualquer conflito - imagem inteira, não relacional, fóbica (aranha) - inquérito - imagem fálica (rabo comprido)	- corpo inteiro não relacional neutro - temática fálica
IV	- imagem inteira, fálica, mas indefinida (animal com rabo comprido)	- temática fálica
V	- banalidade (borboleta) - ideia de dependência oral (bico aberto)	- corpo inteiro não relacional neutro - temática oral
VI	- imagem regressiva (monte, luz)-	- temática regressiva
VII	- imagem parcial (cara) em relação especular	- corpo desdobrado (+)
VIII	- resposta banal, mas indefinida (animal)	
IX	- imagem vaga, geográfica (mapa)	
X	- animais, sempre em duplo	- corpo desdobrado (+)



## Sujeito 12

Cartão	Análise	Classificação
I	- resposta banal (morcego)	- corpo inteiro não relacional neutro
II	- resposta relacional (ursos a beijarem-se)	- temática fálica - corpo inteiro relacional libidinal
III	- corpo íntegro, mas que há recusa da relação - imagem de um animal couraça (caranguejo)	- corpo pele
IV	- comentário histérico ("que horror") a uma imagem fálica (verbalização de afectos intensos perante o simbólico sexual: o Abominável Homem das Neves)	- temática fálica
V	- resposta banal, postura defensiva	- corpo inteiro não relacional neutro
VI	- resposta banal, com reacção histeriforme perante simbólico sexual da mancha - ideia de um animal com simbólico oral (vaca dá leite)	- recalçamento - temática oral
VII	- resposta em que o sujeito e objecto se misturam (almas gémeas, siamezes) - imagem de dependência - seguida de luta contra a fusão ("rostos diferentes") - dois conteúdos parciais (rostos) numa relação especular - idealização da relação (namorados)	- corpo anáclise - corpo desdoblado (+) - idealização (+)
VIII	- imagem do interior do corpo humano (esqueleto) - no inquérito capaz de dar corpo inteiro (raposa)	- corpo desvitalizado - corpo inteiro não relacional neutro
IX	- imagem relacional inteira agressiva (escorpiões a lutarem) - acento na simetria, relação especular	- temática fálica - corpo inteiro relacional agressivo - corpo desdoblado (-)
X	- imagem regressiva (algas do mar), com desvalorização (microscópicas)	- temática regressiva - corpo (des)valorizado (-), idealização (-)

Cartão	Temas					Defesas				
	Oral	Anal	Fálico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I										
II			Sim							
III										
IV			Sim							
V										
VI	Sim			Sim						
VII								Positiva		
VIII										
IX			Sim							
X				Sim				Negativa		

Cartão	Corpo										Fragmentado	
	Inteiro		Danificado						Fragmentado			
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado		
I		Neutro										
II	Libidinal											
III				Sim								
IV												
V		Neutro										
VI												
VII			Positivo						Sim			
VIII		Neutro					Sim					
IX	Agressivo		Negativo									
X									Negativa			

## Sujeito 13

Cartão	Análise	Classificação
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem corporal parcial desvitalizada (costelas)</li> <li>- animal neutro (insecto)</li> <li>- resposta de protecção (armadura), mas com buracos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo desvitalizado</li> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> <li>- corpo pele, corpo danificado</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- defende-se do carácter relacional-pulsional do cartão dando imagens regressivas</li> <li>- paisagem idealizada (jardim, céu cor-de-rosa...)</li> <li>- imagem da natureza (buraco no interior da terra)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática regressiva</li> <li>- idealização (+)</li> <li>- temática regressiva</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- figuras femininas sem relação (exclui o vermelho que a perturba)</li> <li>- inquérito - desvaloriza as figuras (velhotas com focinho de cão)</li> <li>- ideia de apoio (sentadas)</li> <li>- procura fixar a imagem (laço no vermelho)</li> <li>- figura irreal (boneco)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> <li>- corpo (des)valorizado (-), idealização (-)</li> <li>- corpo anáclise</li> <li>- corpo manipulado</li> </ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- paisagem ameaçadora infantil: como forma de lidar com o simbólico fálico dá imagem com carácter disfórico</li> <li>- inquérito: figura irreal, assustadora (bruxa), dos desenhos animados, como forma de pôr distância</li> <li>- imagem fálica (monstro com grande pés e cauda)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática regressiva</li> <li>- corpo manipulado</li> <li>- temática fálica</li> </ul>
V	<ul style="list-style-type: none"> <li>- banalidade (morcego, borboleta)</li> <li>- animal com referências a temas orais (corvo de boca aberta)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro, não relacional, neutro</li> <li>- corpo inteiro não relacional agressivo; temática oral.</li> </ul>
VI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- animal neutro (bacalhau):</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> </ul>
VII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- paisagem marítima</li> <li>- inquérito - dá um carácter edílico à paisagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática regressiva</li> <li>- idealização (+)</li> </ul>
VIII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- banalidade, mas não dá animal concreto (animais a correr).</li> <li>- imagem que mistura o gelo com o lúdico (esquiar)</li> <li>- imagem pulsional-regressiva (céu, terra, inferno)</li> <li>- imagem idealizada (castelo no céu)</li> <li>- imagens contrastadas (céu / inferno)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática regressiva</li> <li>- idealização (+)</li> <li>- clivagem</li> </ul>
IX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem de suporte (porta para agarrar)</li> <li>- conteúdo natureza com ideia de envelope protector (tronco de árvore)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo anáclise</li> <li>- temática regressiva;</li> <li>corpo pele</li> </ul>
X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- desvaloriza o material (desenhos dos miúdos)</li> <li>- imagens humanas parciais (olhos, boca, cara): olhos (tema narcísico); boca</li> <li>- inquérito - animal indefinido (animal com antenas), imagem assustadora tornada irreal para ganhar distância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idealização (-)</li> <li>- tema oral</li> <li>- corpo manipulado</li> </ul>

Cartão	Temas				Defesas					
	Oral	Anal	Fálico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I										
II				Sim				Positiva		
III								Negativa		
IV			Sim	Sim						
V	Sim									
VI										
VII				Sim				Positiva		
VIII				Sim			Sim	Positiva		
IX				Sim						
X	Sim							Negativa		

Cartão	Inteiro				Danificado						Fragmentado
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado	
I		Neutro		Sim			Sim			Sim	
II											
III		Neutro				Sim			Negativa	Sim	
IV						Sim					
V		Neutro e Agressivo									
VI		Neutro									
VII											
VIII											
IX				Sim						Sim	
X						Sim					

## **Anexo 6**

### **Classificação dos protocolos das jovens bulímicas com história de anorexia**

Note-se que algumas das respostas analisadas não foram classificadas por  
não integrarem as categorias de análise.

## Sujeito 1

Cartão	Análise	Classificação
I	- banalidade (morcego)	- corpo inteiro não relacional neutro
II	- evita relação, interpretando a mancha global (mosca) - dá imagem humana desvalorizada (homem esquisito, monstro) - ideia de suporte (mãos a agarrar)	- corpo inteiro não relacional neutro - corpo (des)valorizado (-), idealização (-) - corpo anáclise
III	- duas pessoas numa relação especular (frente a frente) - inquérito: ideia de apoio (mãos apoiadas) - retira o carácter vivo à imagem (boneco) - animais inteiros neutros (formigas)	- desdobrado (+) - anáclise - corpo manipulado - corpo inteiro não relacional neutro
IV	- imagem fálica (urso de pernas abertas) - animal neutro (pássaro)	- temática fálica - corpo inteiro não relacional neutro
V	- animais agressivos (águias, lobos) - imagem parcial (cabeça de cão) agressivo, mas agressividade oral (uivar) - imagem dupla (divide a unidade em dois - "dois lobos")	- corpo inteiro não relacional agressivo - temática oral - corpo desdobrado (+)
VI	- imagem valorizada (ser superior, altar)	- corpo (des)valorizado (+), idealização (+)
VII	- figuras humanas, mas sem relação	- corpo inteiro não relacional neutro
VIII	- animais sem relação	- corpo inteiro não relacional neutro
IX	- cena de animais, mas sem relações pulsionais: - cuala - rinoceronte	- corpo inteiro não relacional neutro - corpo inteiro não relacional agressivo
X	- imagens animais e plantas em duplo - imagem valorizada (flor) - conteúdo ligado à natureza - imagem protectora (torre, de pedra)	- corpo desdobrado (+) - corpo (des)valorizado (+), idealização (+) - temática regressiva - corpo pele

Cartão	Temas				Defesas					
	Oral	Anal	Falico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I										
II								Negativa		
III										
IV			Sim							
V	Sim									
VI								Positiva		
VII										
VIII										
IX										
X				Sim				Positiva		

Cartão	Corpo										
	Inteiro			Danificado							
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado	Fragmentado
I		Neutro									
II		Neutro									
III		Neutro	Positivo			Sim		Negativa	Sim		
IV		Neutro							Sim		
V		Agressivo	Positivo								
VI											
VII		Neutro						Positiva			
VIII		Neutro									
IX		Neutro e Agressivo									
X			Positivo	Sim				Positiva			

## Sujeito 2

Cartão	Análise	Classificação
I	- resposta banal (morcego) - animal parcial (focinho da raposa) - imagem envelope (máscara)	- corpo inteiro não relacional neutro  - corpo pele
II	- grande impacto pulsional, incapaz de interpretar o cinza (algo que choca). Não consegue integrar o conflito agressivo na relação. - "algo a deitar sangue" - ênfase na simetria (reflexo)	- corpo danificado - desdoblado (-)
III	- figuras humanas com falta de vigor (magras) - confusão dentro/ fora (corações que saem do corpo) - ideia de morte, morte psicótica ("perderam o coração e ficaram sem vida")	- corpo danificado - corpo fragmentado - corpo fragmentado
IV	- ideia de um corpo desvalorizado (deformado, gordo) - ideia de suporte instável (sobre um pilar)	- corpo (des)valorizado (-), idealização(-) - corpo anáclise
V	- banalidade (morcego, borboleta)	- corpo inteiro não relacional neutro
VI	- imagem de desintegração corporal (algo deformado, em desintegração, em decomposição) - inquérito - desvitaliza a imagem (espantalho)	- corpo fragmentado - corpo desvitalizado
VII	- imagem especular (duas mulheres a dançarem) - imagem desvalorizada (mulheres gordas) - imagens contrastadas (mulheres gordas / mulheres magras)	- corpo desdoblado (+) - corpo (des)valorizado (-); idealização (-) - clivagem
VIII	- imagem natureza, protectora (grutas) - restauração narcísica (pedras preciosas)	- temática regressiva, corpo pele - corpo (des)valorizado (+), idealização (+)
IX	- animal com evicção de dano corporal (elefante grande aberto ao meio) - significados contrastados (imagem de força / imagem de fragilidade) - restauração narcísica (flor)	- corpo danificado - clivagem - corpo (des)valorizado (+), idealização (+)
X	- o sujeito perde a distância da mancha e confunde-se com ela (cara com expressão de angústia) - animais couraçados (escaravelhos) - imagem de coisas a cair, a esvaziar-se	- identificação projectiva - corpo pele - corpo fragmentado



## Sujeito 3

Cartão	Análise	Classificação
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- divide o D médio em dois (duas pessoas)</li> <li>- ideia de suporte (duas pessoas agarrando)</li> <li>- Imagem fálica (vespa com ferrão), mas com danificação (asas partidas)</li> <li>- imagem contrastada (força / fragilidade)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo desdobrado (+)</li> <li>- anáclise</li> <li>- temática fálica; corpo danificado</li> <li>- clivagem</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem interpretativa, em que o sujeito perde a noção da objectividade do material (borboleta mazinha)</li> <li>- imagem com dano corporal (borboleta pisada)</li> <li>- imagem onde falta parte do corpo (borboleta sem asas, sem corpo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificação projectiva</li> <li>- corpo danificado</li> <li>- corpo fragmentado</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insecto com dentes e garras</li> <li>- imagem parcial que reenvia para o dano (deita sangue)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional agressivo</li> <li>- corpo danificado</li> </ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagem de força (monstro grande)</li> <li>- animal agressivo (dinaussauro)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática fálica</li> <li>- corpo inteiro não relacional agressivo</li> </ul>
V	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conteúdo banal (morcego)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo inteiro não relacional neutro</li> </ul>
VI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- banalidade (pele de animal)</li> <li>- conteúdo ligado à natureza (árvores)</li> <li>- ausência de suporte (árvore sem raiz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática regressiva</li> <li>- corpo anáclise</li> </ul>
VII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- duas pessoas numa relação especular (olham-se, gémeas)</li> <li>- pessoas ligadas em baixo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo desdobrado (+)</li> <li>- corpo anáclise</li> </ul>
VIII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem valorizada (orquídea)</li> <li>- imagem parcial anatómica (angústia corporal)</li> <li>- animal reflectido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo (des)valorizado (+); idealização (+)</li> <li>- corpo desdobrado (-)</li> </ul>
IX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confabulação (confusão entre dois animais na mesma imagem)</li> <li>- imagem de suporte (morcegos pendurados)</li> <li>- necessidade de diferenciar dois conteúdos (mocho e árvore) - luta contra fusão sujeito-objecto</li> <li>- inquérito - imagens misturam-se (tronco que se dilui)</li> <li>- imagem de dano corporal (algo comprime o tronco)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corpo anáclise</li> <li>- Identificação projectiva</li> <li>- corpo danificado</li> </ul>
X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imagem marítima (desenho submarino)</li> <li>- animais valorizados (pássaros exóticos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temática regressiva</li> <li>- corpo (des)valorizado (+), idealização (+)</li> </ul>

Cartão	Temas				Defesas					
	Oral	Anal	Hálico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I			Sim				Sim			
II									Sim	
III										
IV			Sim							
V										
VI				Sim						
VII										
VIII								Positiva		
IX									Sim	
X				Sim				Positiva		

Cartão	Corpo										Fragmentado
	Inteiro			Danificado							
	Relacional	Não Relacional	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado		
I			Positivo						Sim	Sim	
II										Sim	Sim
III		Agressivo								Sim	
IV		Agressivo								Sim	
V		Neutro									
VI											
VII			Positivo						Sim		
VIII			Negativo				Positiva		Sim		
IX									Sim	Sim	
X							Positiva		Sim		

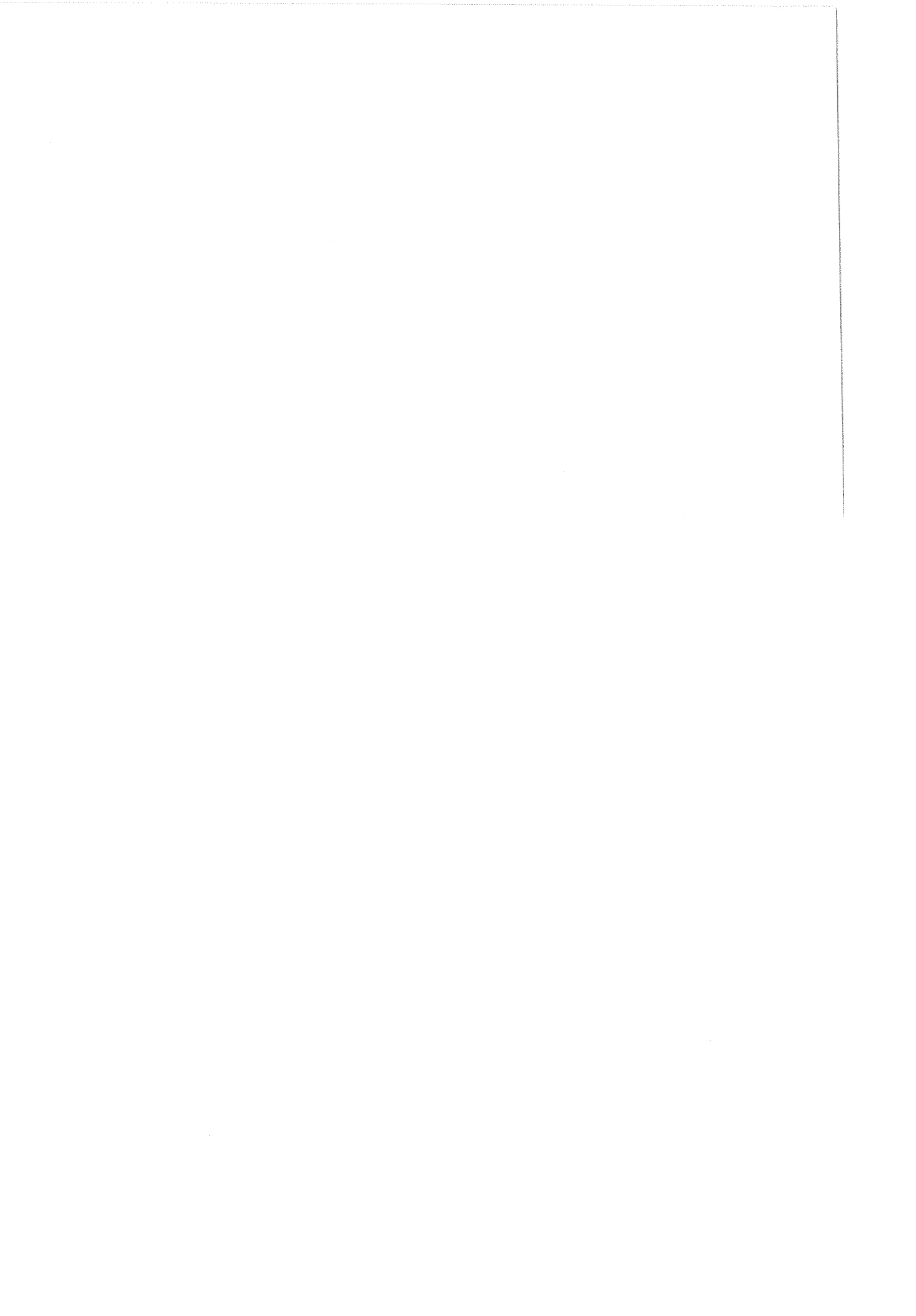
## Sujeito 4

Cartão	Análise	Classificação
I	- banalidade (morcego)	- corpo inteiro não relacional neutro
II	- imagem disfórica (monstro) perante o impacto relacional pulsional agressivo	
III	- figuras humanas sem relação	- corpo inteiro não relacional neutro
IV	- evita implicar-se - (inquérito: monstro) - retorno do recalçado aparece no inquérito	- temática fálica - recalçamento
V	- banalidade (morcego)	- corpo inteiro não relacional neutro
VI	- imagem de força (dragão) - mas dragão dos desenhos animados	- temática fálica - corpo manipulado
VII	- imagem vaga (nuvens)	- recalçamento
VIII	- evita implicar-se dando animais indefinidos	
IX	- não responde, não se implica	
X	- postura defensiva, só interpreta uma pequena parte da mancha ("aranhas" no D azul)	- corpo inteiro não relacional neutro



## Sujeito 5

Cartão	Análise	Classificação
I	- resposta banal (insecto), mostra atitude conformista e adaptada - Defende-se dando uma imagem de protecção (máscara)	- corpo inteiro não relacional neutro - corpo pele
II	- conteúdo sexual parcial (orgão sexual feminino)	
III	- duas pessoas sem diferenciação sexual, numa relação especular - evocação de dependência: (estendem as mãos para as aquecerem no fogo) - imagem parcial desvitalizada (esqueleto)	- corpo desdobrado (+) - corpo anáclise - corpo desvitalizado
IV	- Imagem regressiva, mas desvitalizada (árvore sem vida) - imagens contrastadas (vida / morte) - ideia de mistura e confusão (o que brota está morto)	- temática regressiva; corpo desvitalizado - clivagem - identificação projectiva
V	- imagem que dá conta de confusão entre o suj e o obj (dois animais unidos no eixo) - imagem fusional - mas esta fusão trás dano corporal (não têm pedaço do corpo)	- corpo anáclise - corpo fragmentado
VI	- oposição entre as duas partes da mancha (pessoa pequena / pessoa grande) - imagem de uma pessoa reflectida no espelho - imagem desvalorizada de si (tem uma imagem distorcida de si)	- clivagem - corpo desdobrado (-) - corpo (des)valorizado (-); idealização (-)
VII	- não consegue dar imagem	
VIII	- imagem de animais (gafanhotos, peixe) - imagem do interior da boca - mas sem separação entre o dentro e o fora (interior da boca)	- corpo inteiro não relacional neutro - temática oral - corpo fragmentado
IX	- imagem parcial interpretativa, em que o sujeito perde distância em relação ao cartão (olhos que olham para o sujeito e se riem) - imagem contrastada (alguém que se ri / alguém sério e zangado)	- identificação projectiva - clivagem
X	- paisagem marítima - imagem valorizada (flor) - imagem parcial, fragmentada (bocado de corpo), desvitalizada (esqueleto)	- temática regressiva - corpo (des)valorizado (+), idealização (+) - corpo desvitalizado e fragmentado



Cartão	Temas					Defesas				
	Oral	Anal	Fálico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I										
II										
III										
IV				Sim			Sim			
V										
VI							Sim	Negativa		
VII										
VIII	Sim									
IX							Sim		Sim	
X				Sim				Positiva		

Cartão	Corpo										Fragmentado	
	Inteiro		Danificado						Fragmentado			
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado		
I		Neutro		Sim								
II												
III			Positivo				Sim			Sim		
IV							Sim					
V										Sim		Sim
VI			Negativo						Negativa			
VII												
VIII		Neutro										Sim
IX												
X							Sim		Positiva			Sim

## Sujeito 6

Cartão	Análise	Classificação
I	- Evita implicar-se (insecto qualquer) - corpo indefinido - Anatomia esqueleto - Inquérito - animal carapaça (escaravelho)	- corpo desvitalizado - corpo pele
II	- dificuldade em dar imagem definida (bicho esquisito, estranho) - inquérito - animal com carapaça (caranguejo)	- corpo pele
III	- duas pessoas numa relação especular - animal indefinido (evita evocar a agressividade), mas acaba por fazê-lo (insecto com garras)	- corpo desdobrado (+) - corpo inteiro não relacional agressivo
IV	- monstro - evita implicar-se (bicho estranho), mas acaba por dar imagem disfórica (gigante) - inquérito (gato aberto) - imagem de força (gigante) / imagem frágil (gato aberto)	- temática fálica  - corpo danificado - clivagem
V	- banalidade (borboleta) -	- corpo inteiro não relacional neutro
VI	- imagem de dano corporal (gato estendido) - inquérito - evita evocação da mancha através de uma imagem regressiva (árvore)	- corpo danificado - temática regressiva
VII	- dois rostos numa relação especular - ideia de dano corporal (órgão aberto)	- corpo desdobrado (+) - corpo danificado
VIII	- animais numa atitude de suporte (camaleões agarrados a treparem) - imagem corporal parcial (parte do corpo humano)	- corpo em anáclise
IX	- água - no inquérito associa a água ao carácter pouco definido do material (aguado), dando conta de fronteiras mal definidas - procura unificar a mancha dando uma imagem humana, mas que está formalmente incorrecta	- Temática regressiva  - Identificação projectiva
X	- imagem parcial (olhos) a partir dos quais generaliza para a imagem desvalorizado (monstro) - objecto agressivo (tesoura no D sup) - imagens parciais humanas numa tentativa de unir as partes (olhos, nariz, boca) - inquérito: valorização narcísica (flores)	- corpo (des)valorizado (-); idealização (-) - isolamento  - corpo (des)valorizado (+); idealização (+)

## Sujeito 6

Cartão	Temas				Defesas					
	Oral	Anal	Fálico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I										
II										
III										
IV			Sim				Sim			
V										
VI				Sim						
VII										
VIII										
IX				Sim					Sim	
X						Sim		Negativa Positiva		

Cartão	Corpo										Fragmentado	
	Inteiro		Danificado						Fragmentado			
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado		
I				Sim			Sim					
II				Sim								
III		Agressivo	Positivo									
IV											Sim	
V												
VI		Neutro										
VII			Positivo								Sim	
VIII										Sim		
IX												
X										Negativa Positiva		

## Sujeito 7

Cartão	Análise	Classificação
I	- banalidade (mosca, borboleta)	- corpo inteiro não relacional neutro
II	- evita dar uma resposta concreta - acaba por dar uma resposta regressiva (paisagem) para evitar a relação agressiva (evita vermelho)	- temática regressiva
III	- pessoa ou animal reflectido	- corpo desdobrado (-)
IV	- imagem de força (monstro) com carácter disfórico (ser dos ficheiros secreto)	- temática fálica
V	- banalidade (morcego)	- corpo inteiro não relacional neutro
VI	- imagem de conteúdo anal (derramamento de óleo) - imagem dano corporal (barco que derrama, esvai-se do seu conteúdo) - imagem de perda de limites - restauração narcísica (leque)	- temática anal - corpo danificado - identificação projectiva - corpo (des)valorizado (+), idealização (+)
VII	- imagem difusa (fumo), sem continente (fumo expande-se, perde-se) - ideia de algo destruído (queimar)	- identificação projectiva - corpo danificado
VIII	- imagem ligada à natureza (monte) - imagem em reflexo	- temática regressiva - corpo desdobrado (-)
IX	- imagem pulsional regressiva	- temática regressiva
X	- imagens pulsonais (tocha, chama) - cena de jogo entre duas pessoas	- corpo inteiro relacional libidinal



## Sujeito 8

Cartão	Análise	Classificação
I	- imagem simétrica - envelopes (roupa) - ideia de apoio (homem empoleirado) - resposta envelope (caraça), com agressividade oral implícita (boca, dentes)	- corpo desdobrado (-) - corpo pele - corpo anáclise  - corpo pele, temática oral
II	- imagem simétrica - ideia de apoio (de joelhos, de cócoras) - perde distância da mancha (homem com ar triste) - imagem envelope (caraça) - perde distância da mancha (ar de espanto) - imagem reflectida no espelho	- corpo desdobrado (-) - corpo anáclise - identificação projectiva - corpo pele - identificação projectiva - corpo desdobrado (-)
III	- imagem simétrica - ideia de suporte (agarrar qualquer coisa) - ideia de fusão (corações que se juntam) - algo que sai dentro dos homens) - confusão dentro/fora - animais agressivos (tigres, leões)	- corpo desdobrado (-) - corpo anáclise - corpo anaclise  - corpo fragmentado - corpo inteiro não relacional agressivo
IV	- imagem de força (monstro) - imagem deformada, desproporcionada - ideia de suporte (braços pendurados)	- temática fálica - corpo (des)valorizado (-); idealização (-) - corpo anáclise
V	- banalidade (borboleta) - imagem de oposição (de costas)	- corpo inteiro não relacional neutro - temática anal
VI	- banalidade (pele), mas no inquérito aparece a ideia de dano corporal (coisa espalmada)	- corpo danificado
VII	- duas raparigas numa relação especular (viradas uma para a outra) - ideia de suporte (empoleiradas) - imagem desvalorizada (corpo de cão) - inquérito - imagem parcial agressiva (faca)	- corpo desdobrado (+) - corpo anáclise - corpo (des)valorizado (-), idealização(-)
VIII	- conteúdo natureza (paisagem) - imagem em duplo (reflexo no lago)	- temática regressiva - corpo desdobrado (-)
IX	- animal com carapaça (lagosta) - figura humana desvalorizada (homem gordo, bebé desproporcionado) - tudo em duplo (reflexo no lado)	- corpo pele  - corpo (des)valorizado (-), idealização (-) - corpo desdobrado (-)
X	- animal desvalorizado (barata) - figura parcial humana desvalorizada (monstro) - ideia de suporte (bichos agarrados)	- corpo (des)valorizado (-), idealização (-) - corpo (des)valorizado (-), idealização (-) - corpo anáclise

Cartão	Temas				Defesas					
	Oral	Anal	Falico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Civagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I	Sim									
II									Sim	
III										
IV			Sim					Negativa		
V		Sim								
VI										
VII								Negativa		
VIII				Sim						
IX								Negativa		
X								Negativa		

Cartão	Corpo										Fragmentad o
	Inteiro			Danificado							
	Relacional	Não Relacional		Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado
I				Negativo	Sim					Sim	
II				Negativo	Sim					Sim	
III		Agressivo		Negativo						Sim	Sim
IV									Negativa	Sim	
V		Neutro									
VI											
VII				Positivo							Sim
VIII				Negativo					Negativa	Sim	
IX				Negativo	Sim				Negativa		
X									Negativa	Sim	

## Sujeito 9

Cartão	Análise	Classificação
I	- animal agressivo (lobo) - objecto valorizado (croá) - imagem oral (boca do peixe a abrir)	- corpo inteiro não relacional agressivo - corpo (des)valorizado (+), idealização (+) - temática oral
II	- evita imagem relacional, e dá animal neutro (borboleta) - faz comentário desvalorizador ("não gosto nada deste desenho")	- corpo inteiro não relacional neutro - idealização (-)
III	- figuras humanas sem relação - imagem assustadora, disfórica ("gigante").	- corpo inteiro não relacional neutro
IV	- perante o simbolismo fálico, ela dá uma imagem desvalorizada (hipopótamo)	- corpo (des)valorizado (-), idealização (-)
V	- banalidade (morcego) - comentário simetria - imagem oral e agressiva (águia de bico aberto) - imagem fusional (dois animais fundidos), em que não se vê parte do corpo	- corpo inteiro não relacional neutro - corpo desdobrado (-) - corpo inteiro não relacional agressivo, temática oral - corpo fragmentado
VI	- animal inteiro, neutro (gato)	- corpo inteiro não relacional neutro
VII	- duas crianças numa relação especular (olham-se) - animal agressivo (leões) - imagem de agressividade oral (deitam fogo pela boca)	- corpo desdobrado (+) - corpo inteiro não relacional agressivo - temática oral
VIII	- imagem parcial desvitalizada (caveira), coberta de uma protecção (armadura) - imagens desvitalizadas parciais (ossos) - animais inteiros (doninhas) - imagem humana parcial (tronco).	- corpo desvitalizado; corpo pele - corpo desvitalizado - corpo inteiro não relacional neutro
IX	- animais inteiros neutros sem relação - ideia de protecção(máscara)	- corpo inteiro não relacional neutro - corpo pele
X	- imagem valorizada, de ferro (torre eifel) - animais inteiros neutros (cavalos marinhos) - imagem valorizada (flores) - animal couraçado (caranguejo) - imagem parcial oral agressiva ( cara pessoas que deitam coisas pela boca)	- corpo (des)valorizado (+), idealização (+), corpo pele - corpo inteiro não relacional neutro - corpo (des)valorizado (+), idealização (+) - corpo pele - temática oral

Cartão	Temas				Defesas					
	Oral	Anal	Fállico	Regressivo	Recalcamento	Isolamento	Clivagem	Idealização	Identificação Projectiva	Recusa
I	Sim							Positiva		
II								Negativa		
III										
IV								Negativa		
V	Sim									
VI										
VII	Sim									
VIII										
IX										
X	Sim							Positiva		

Cartão	Corpo										Fragmentado			
	Inteiro					Danificado								
	Relacional	Não Relacional	Desdobrado	Pele	Imobilizado	Manipulado	Desvitalizado	Desvalorizado	Análise	Danificado				
I		Agressivo									Positiva			
II		Neutro												
III		Neutro												
IV												Negativa		
V		Neutro e Agressivo	Negativo											Sim
VI		Neutro												
VII		Agressivo	Positivo											
VIII		Neutro		Sim			Sim							
IX		Neutro		Sim										
X		Neutro		Sim							Positiva			

## **Anexo 7**

**Análise das diferenças entre categorias consoante  
o significado latente dos cartões**

## Quadro I

*Análise dos Temas e por Tipo de Cartão: Médias, Desvios Padrão e Valores de F para as Diferenças Significativas*

	Oral		Anal		Fálico		Regressivo		Diferença	F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Cartões Unitários	.125	.168	.034	.088	.239	.211	.080	.119	Oral > Anal	4.67
									Fálico > Anal	20.25*
									Fálico > Regressivo	9.80*
Cartões Pastel	.091	.152	.000	.000	.030	.098	.288	.258	Oral > Anal	7.87*
									Regressivo > Oral	8.35*
									Regressivo > Anal	27.37*
									Regressivo > Fálico	23.25*
Portanto: Regressivo > Oral > Anal										
Cartões Mãe	.106	.189	.015	.071	.076	.176	.152	.224	Oral > Anal	4.11*
									Regressivo > Anal	6.83*
Cartões Pai	.045	.147	.045	.147	.409	.332	.159	.238	Fálico > Oral	23.58*
									Fálico > Anal	23.58*
									Fálico > Regressivo	8.56*

\*\* p < .001, \* p < .01, \* p < .05

Da análise do Quadro I constata-se que:

- a) nos cartões unitários os temas orais e fálicos são superiores aos temas anais e que os temas fálicos são também superiores aos temas regressivos;
- b) nos cartões pastel os temas regressivos são superiores aos orais e estes superiores aos anais; os temas regressivos são também superiores aos temas fálicos;
- c) nos cartões mãe os temas orais e regressivos são superiores aos anais;
- d) nos cartões pai os temas fálicos são superiores quer aos temas orais, quer aos anais, quer aos fálicos.

## Quadro 2

*Análise das Defesas Limite, em Geral e por Tipo de Cartão: Médias, Desvios Padrão e Valores de F para as Diferenças Significativas*

	Clivagem		Idealização		Identificação Projectiva		Diferença	F
	M	DP	M	DP	M	DP		
Geral	.591	.854	2.500	1.626	1.045	1.214	Idealização>Clivagem Idealização>Identificação Projectiva	25.58*** 11.44**
Cartões Bilaterais	.015	.071	.212	.283	.076	.143	Idealização>Clivagem	10.53**
Cartões Cor	.000	.000	.182	.329	.068	.176	Idealização>Clivagem	6.72*
Cartões Pastel	.076	.143	.394	.302	.136	.168	Idealização>Clivagem Idealização>Identificação Projectiva	18.34*** 12.62**
Cartões Mãe	.076	.176	.212	.283	.152	.199	Idealização>Clivagem	4.00*

\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

A análise do Quadro 2 permite concluir que:

- a idealização é superior à clivagem quer no RCH em geral, quer nos cartões bilaterais, cor, pastel, e mãe;
- a idealização é superior à identificação projectiva quer no RCH em geral, quer nos cartões pastel.

Note-se que, quanto às *defesas neuróticas*, não se encontraram diferenças significativas em geral. Por tipo de cartão apenas nos cartões cor o isolamento ( $M = .091$ ,  $DP = .197$ ) é superior ao recalçamento ( $M = .000$ ,  $DP = .000$ ), sendo  $F = 4.67$ ,  $p = .04$ .

Além disso, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, em geral, entre *defesas narcísicas* (idealização e clivagem) e *defesas depressivas* (idealização e identificação projectiva), apesar destas serem superiores ( $M = 1.773$ ) às narcísicas ( $M = 1.545$ ).

## Quadro 3

*Análise das Referências ao Corpo Inteiro em Geral e por Tipo de Cartão: Médias, Desvios Padrão e Valores de F para as Diferenças Significativas*

	Relacional		Não Relacional		Diferença	F
	M	DP	M	DP		
Geral	.136	.468	3.364	2.172	Não relacional > Relacional	44.61***
Cartões Unitários	.000	.000	.443	.231	Não relacional > Relacional	81.27***
Cartões Bilaterias	.015	.071	.258	.355	Não relacional > Relacional	9.27**
Cartões Cor	.023	.107	.318	.395	Não relacional > Relacional	10.53**
Cartões Pastel	.030	.098	.273	.284	Não relacional > Relacional	13.31**
Cartões Mãe	.015	.071	.258	.290	Não relacional > Relacional	14.93***
Cartões Pai	.000	.000	.182	.291	Não relacional > Relacional	8.62**

\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

A análise do Quadro 3 permite concluir que, quer no RCH em geral, quer em todo o tipo de cartões, o corpo inteiro não relacional é superior ao relacional.

## Quadro 4

*Análise das Referências ao Corpo Depressivo, em Geral e por Tipo de Cartão: Médias, Desvios Padrão e Valores de F para as Diferenças Significativas*

	Análise		Desvalorizado		Danificado		Diferenças	F
	M	DP	M	DP	M	DP		
Cartões Pastel	.091	.152	.303	.270	.061	.132	Desvalorizado > Análise	14.29**
							Desvalorizado > Danificado	23.58***
Cartões Pai	.091	.197	.227	.255	.273	.335	Desvalorizado > Análise	5.40*
							Danificado > Análise	4.67*

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

A análise do Quadro 4 permite verificar que, apesar de não existirem diferenças significativas nas várias referências ao corpo depressivo no RCH em geral, por tipo de cartão constata-se que:

a) nos cartões pastel o corpo desvalorizado é superior quer ao corpo em análise quer ao corpo danificado;

b) nos cartões pai o corpo desvalorizado e danificado são superiores ao corpo em análise.

Note-se que as referências ao *corpo depressivo* são significativamente diferentes (superiores,  $F = 7.72$ ,  $p = .01$ ) às referências ao *corpo narcísico*,  $M = 1.576$ ,  $DP = 1.045$  e  $M = 1.106$ ,  $DP = .565$ , respectivamente.

Quadro 5

Análise das Referências ao Corpo Narcísico, em Geral e por Tipo de Cartão: Médias, Desvios Padrão e Valores de F para as Diferenças Significativas

	Desdobrado		Pele		Imobilizado		Manipulado		Desvitalizado		Desvalorizado		Diferença	F
	M (DP)		M (DP)		M (DP)		M (DP)		M (DP)		M (DP)			
Geral	2.136		1.500		.045		.318		.591		2.045		Desdobrado > Imobilizado	44.08***
	(1.490)		(1.225)		(.213)		(.716)		(1.221)		(1.527)		Desdobrado > Manipulado	21.43***
													Desdobrado > Desvitalizado	12.91**
													Pele > Imobilizado	29.22***
													Pele > Manipulado	18.29***
													Pele > Desvitalizado	5.17*
													Imobilizado < Desvitalizado	4.11*
													Imobilizado < Desvalorizado	42.00***
													Manipulado < Desvalorizado	20.77***
													Desvitalizado < Desvalorizado	10.69***
Cartões	.091		.136		.000		.034		.068		.170		Desdobrado > Imobilizado	12.00***
	(.123)		(.149)		(.000)		(.088)		(.138)		(.179)		Pele > Imobilizado	18.44***
													Pele > Manipulado	10.57***
													Imobilizado < Desvitalizado	5.40*
Unitários													Imobilizado < Desvalorizado	19.94***
													Manipulado < Desvalorizado	10.22***

Cartões	.424	.106	.015	.045	.045	.152	Desdobrado > Pele	20.09***
Bilaterais	(.328)	(.189)	(.071)	(.117)	(.156)	(.224)	Desdobrado > Imobilizado	38.95***
							Desdobrado > Manipulado	22.44***
							Desdobrado > Desvalorizado	19.50***
							Desdobrado > Desvalorizado	14.54***
							Pele > Imobilizado	4.11*
							Imobilizado < Desvalorizado	10.57**
							Manipulado < Desvalorizado	4.34*
<hr/>								
Cartões	.364	.136	.000	.068	.068	.136	Desdobrado > Pele	6.18*
Cor	(.384)	(.228)	(.000)	(.176)	(.234)	(.275)	Desdobrado > Imobilizado	19.76***
							Desdobrado > Manipulado	9.31**
							Desdobrado > Desvalorizado	8.35**
							Desdobrado > Desvalorizado	5.47*
							Pele > Imobilizado	7.88**
							Imobilizado < Desvalorizado	5.40*

Cartões	.167	.212	.000	.015	.061	.303	Desdobrado > Imobilizado	12.16**
Pastel	(.224)	(.283)	(.000)	(.071)	(.132)	(.270)	Desdobrado > Manipulado	8.33**
							Desdobrado < Desvalorizado	4.46*
							Pele > Imobilizado	12.40**
							Pele > Manipulado	10.53**
							Pele > Desvalorizado	5.47*
							Imobilizado < Desvitalizado	4.67*
							Imobilizado < Desvalorizado	27.63***
							Manipulado < Desvalorizado	20.77***
							Desvitalizado < Desvalorizado	13.31**

Cartões	.303	.242	.015	.000	.045	.167	Desdobrado > Imobilizado	20.77***
Mãe	(.289)	(.234)	(.071)	(.000)	(.117)	(.286)	Desdobrado > Manipulado	24.14***
							Desdobrado > Desvitalizado	13.89***
							Pele > Imobilizado	19.94***
							Pele > Manipulado	23.58***
							Pele > Desvitalizado	14.25***
							Imobilizado < Desvalorizado	8.33**
							Manipulado < Desvalorizado	7.45**

Cartões	.023	.045	.000	.068	.068	.227	Desdobrado < Desvalorizado	14.54***
Pai	(.107)	(.147)	(.000)	(.176)	(.176)	(.255)	Pele < Desvalorizado	6.72*
							Imobilizado < Desvalorizado	17.50***
							Manipulado < Desvalorizado	4.34*
							Desvitalizado < Desvalorizado	6.91*

Uma análise condensada do Quadro 5 permite verificar que:

a) para o RCH em geral

Desdobrado Desvalorizado Pele	>	Manipulado Desvitalizado > Imobilizado
-------------------------------------	---	---

b) para os cartões unitários

Desvalorizado Pele	>	Manipulado Imobilizado
Desdobrado Desvitalizado	>	Imobilizado

c) para os cartões bilaterais

Desdobrado >	Pele Desvalorizado Manipulado Desvitalizado	>	Imobilizado
--------------	--	---	-------------

Desvalorizado > Manipulado

d) para os cartões cor

Desdobrado >	Pele Desvalorizado Manipulado Desvitalizado	>	Imobilizado
--------------	--	---	-------------

e) para os cartões pastel

Desvalorizado >	Desdobrado >	>	Manipulado Desvitalizado > Imobilizado
Desvalorizado >	Pele >	>	Manipulado Imobilizado

f) para os cartões mãe

Desdobrado Pele	>	Manipulado Desvitalizado Imobilizado
Desvalorizado >	>	Manipulado Imobilizado

g) para os cartões pai

Desvalorizado >	Desdobrado Pele Manipulado Desvitalizado Imobilizado
-----------------	--

## **Anexo 8**

**Análise das diferenças entre bulímicas “puras” e  
bulímicas com história de anorexia**

*Análise de Variância em Função da Patologia: Médias, Desvios Padrão, Valores de F para as Diferenças Significativas*

Variável	Bulimia pura		Bulimia com história de anorexia		F (1,21)
	M	D	M	D	
Cartões Unitários					
Corpo em análise	.039	.094	.167	.216	3.634*
Cartões Bilaterais					
Temas fálicos	.103	.160	.000	.000	3.634*
Isolamento	.103	.160	.000	.000	3.634*
Corpo danificado <sup>(1)</sup>	.026	.092	.222	.289	5.343**
Cartões Cor					
Temas fálicos	.154	.240	.000	.000	3.634*
Isolamento	.154	.240	.000	.000	3.634*
Cartões Mãe					
Clivagem	.026	.092	.148	.242	2.792*
Corpo danificado <sup>(1)</sup>	.051	.125	.185	.242	2.902*
Cartões Pai					
Idealização	.154	.240	.333	.250	2.874*
Corpo desvalorizado	.154	.240	.333	.250	2.874*

\*  $p < .1$ , \*\*  $p < .05$

(1) Corpo danificado = corpo danificado propriamente dito

A análise deste quadro permite constatar que:

a) nos cartões unitários o corpo em análise é superior nas jovens bulímicas com história de anorexia do que nas bulímicas;

b) nos cartões bilaterais os temas fálicos e o isolamento são superiores nas bulímicas do que nas bulímicas com história de anorexia, sendo, pelo contrário superior nestas as referências ao corpo danificado do que nas bulímicas;

c) nos cartões cor os temas fálicos e o isolamento são superiores nas bulímicas do que nas bulímicas com história de anorexia;

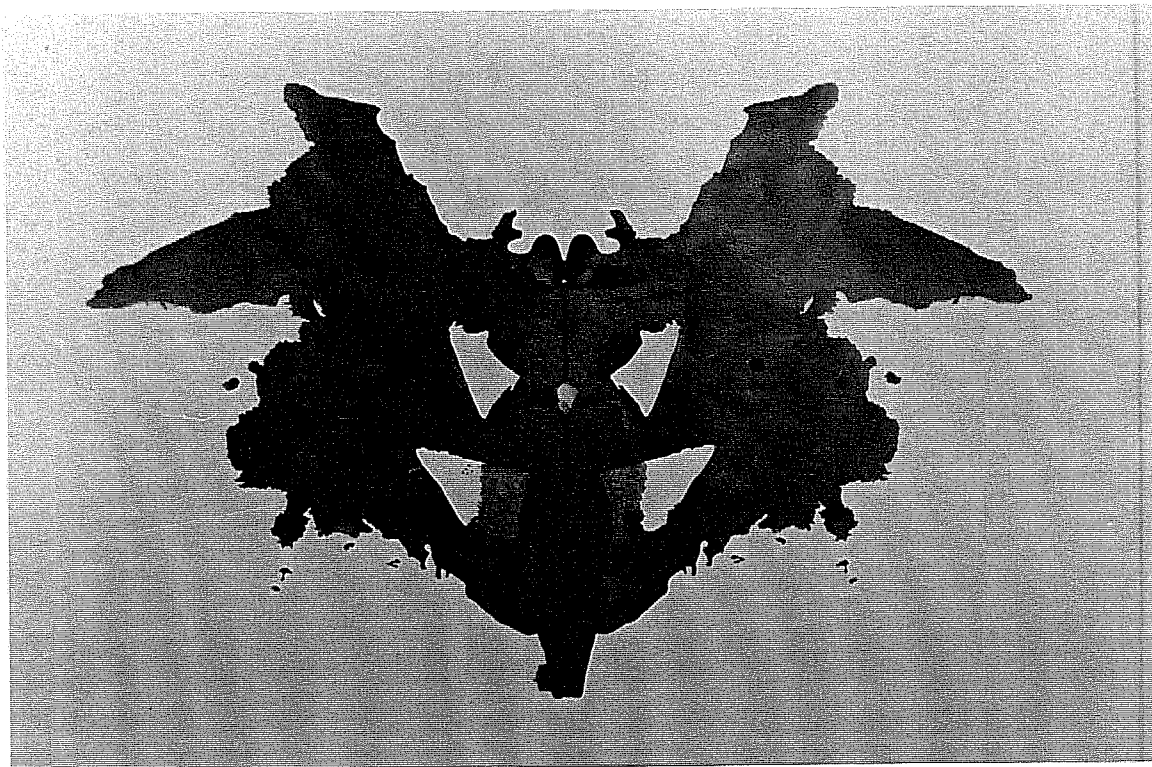
d) nos cartões mãe a clivagem e corpo danificado são superiores nas bulímicas com história de anorexia do que nas bulímicas;

e) nos cartões pai é a idealização e o corpo desvalorizado que surgem superiores nas bulímicas com história de anorexia do que nas bulímicas.

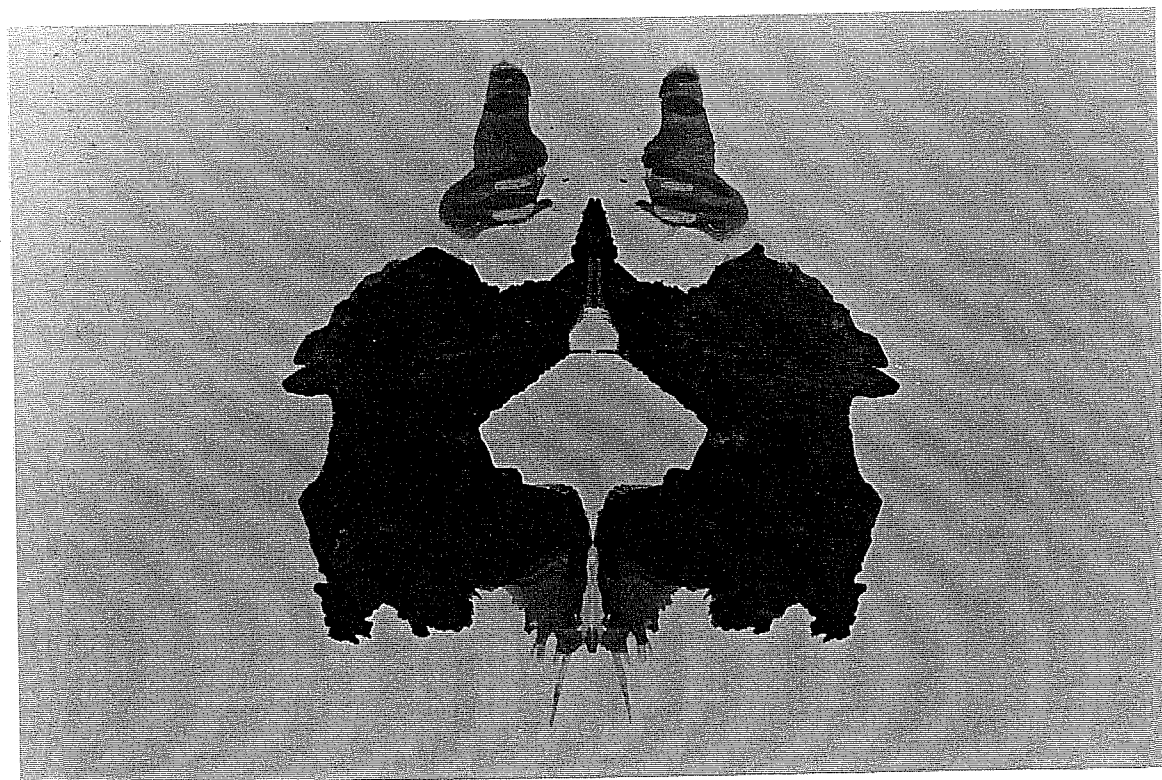
## **Anexo 9**

### **Cartões Rorschach**

I



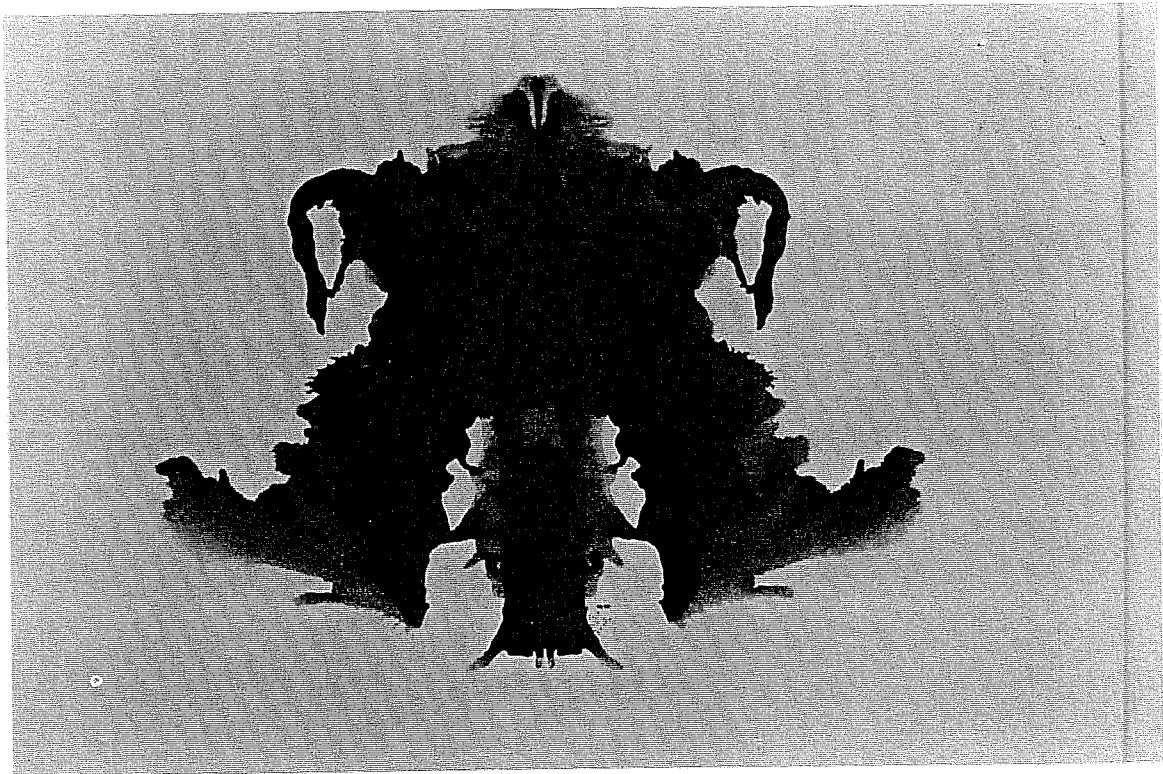
II



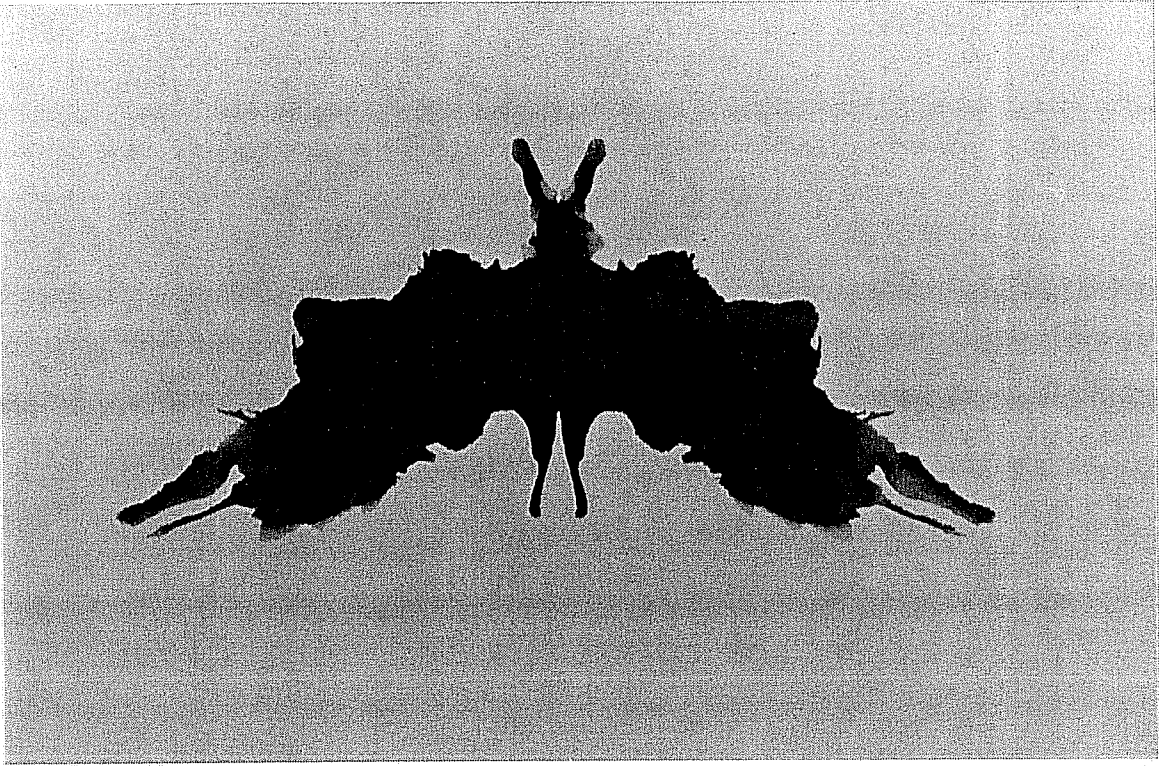
III



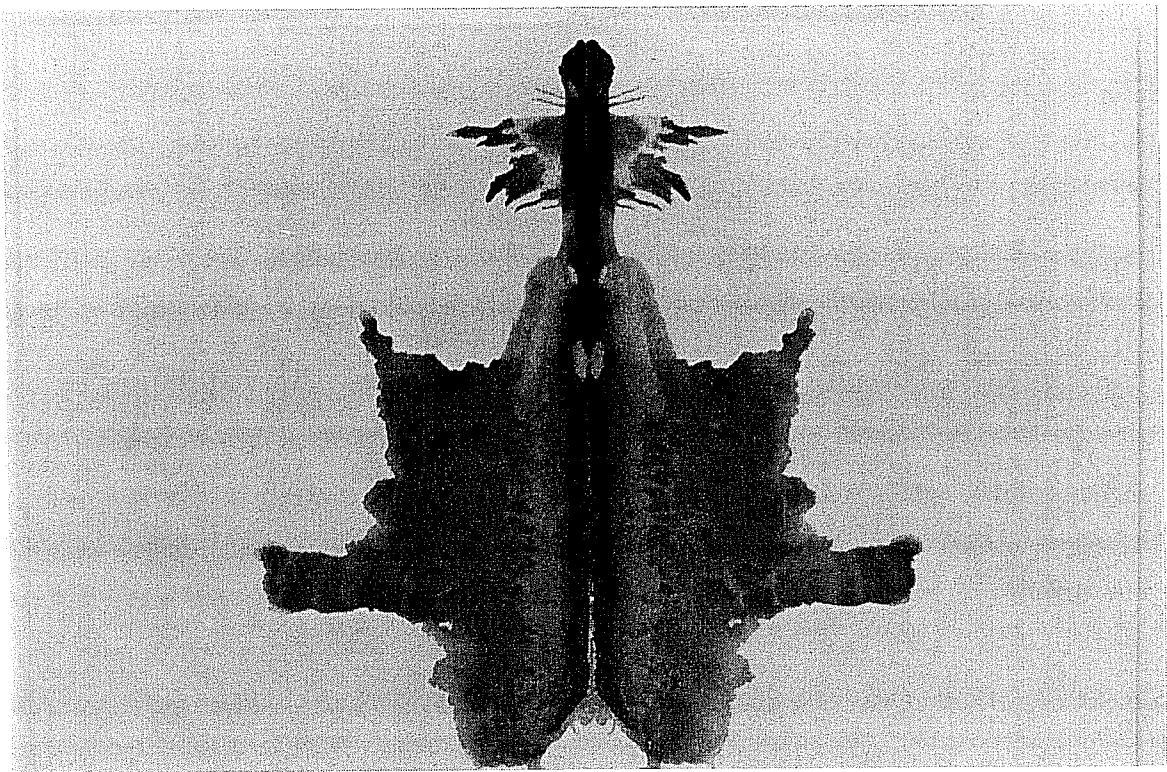
IV



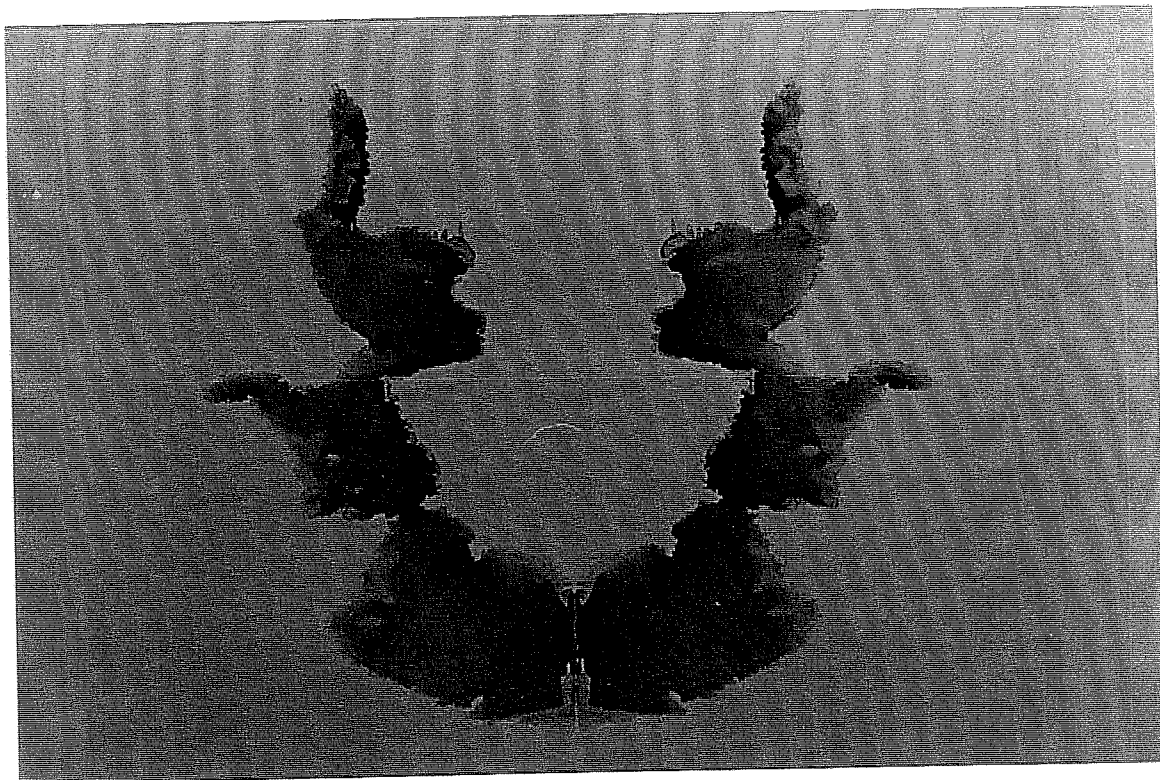
IV



VI



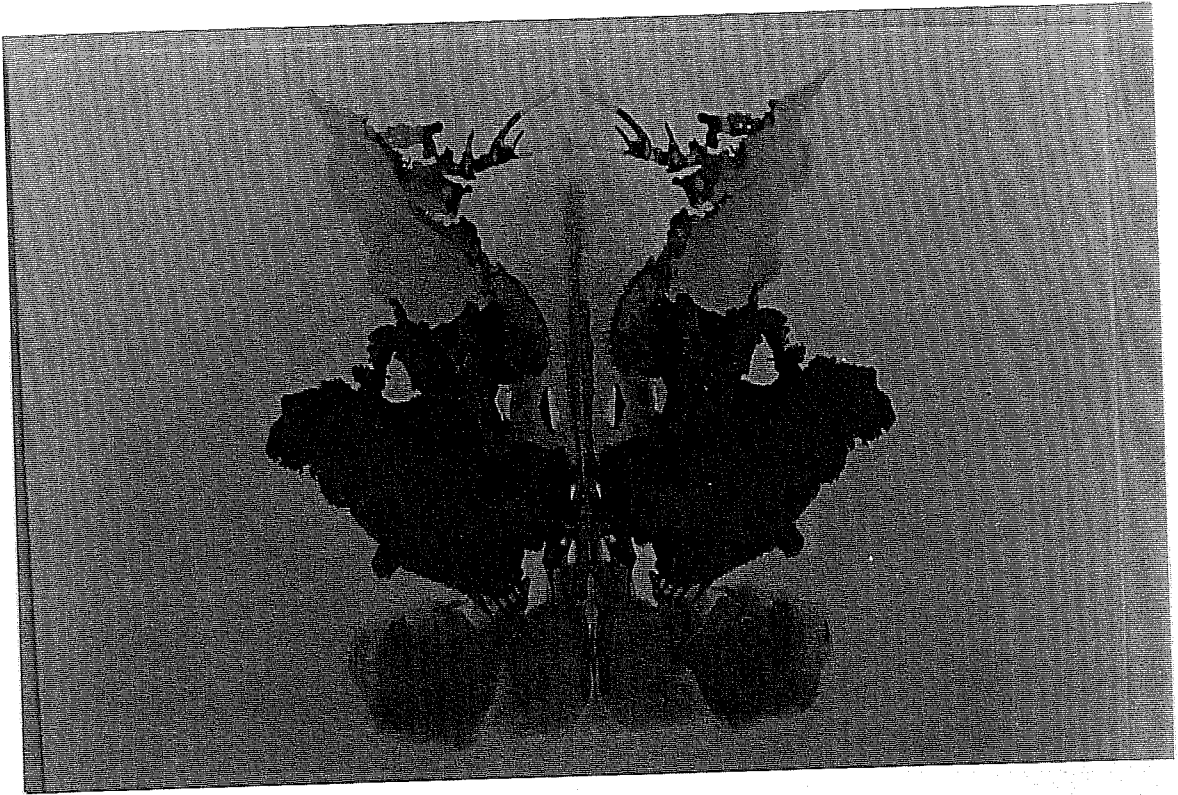
VII



VIII



IX



X

