

Maria Marta de Magalhães Battistoni

OBESIDADE FEMININA NA ADOLESCÊNCIA

REVISÃO TEÓRICA E CASOS ILUSTRATIVOS

VISÃO PSICOSSOMÁTICA

Este exemplar corresponde a versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Doutora em Saúde Mental, pela psicóloga Maria Marta de Magalhães Battistoni.

Campinas, 09 de agosto de 1.996.

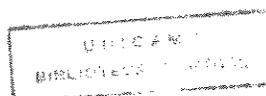


*Prof. Dra. LÍDIA STRAUS
Orientadora*

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde Mental.

Orientadora: *Prof. Dra. Lídia Straus*

Campinas, 1996



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	T/UNICAMP
	B3220
V.	E
T. ADJ. BC/	28832
PROC.	667/96
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	26/10/96
N.º CPD	

CM-00093661-6

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Battistoni, Maria Marta de Magalhães

B3220

Obesidade feminina na adolescência : revisão teórica e casos ilustrativos
visão psicossomática / Maria Marta de Magalhães Battistoni. Campinas, SP :
[s.n.], 1996

Orientador : Lidia Straus

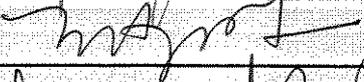
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Obesidade feminina. 2. Aspectos psicológicos. 3. Estudo psicossomático
evolutivo. I. Lidia Straus. II Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Profa. Dra. Lídia Straus

Membros:

1. 
2. 
3. 
4. 
5. 

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

*Aos meus pais, Cícero e Pérola,
pelo exemplo de vida e generosidade e
pelo incentivo e apoio constantes.*

*Ao meu marido Dorival, pela compreensão,
estímulo e carinho.*

*Aos meus queridos filhos, Matheus, Yara e Daniel,
pela bondade, afeto e alegria de viver.*

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ter sido efetuado sem a colaboração preciosa de diversas pessoas. Desejo portanto agradecer:

- de modo especial, às adolescentes que, gentilmente, aceitaram fazer parte dos estudos-de-casos;
- ao Prof. Dr. Maurício Knobel, por ter despertado meu interesse pela adolescência e contribuído, de modo significativo, para minha formação e especialização nesta área. Seu profundo conhecimento clínico e psicanalítico, associado a sua verdadeira vocação para o ensino, foram marcantes em minha vida profissional;
- à Prof. Dra. Lídia Strauss que, com sua amizade, sensibilidade clínica e competência, supervisionou e orientou este trabalho, promovendo-me sempre com suas opiniões e comentários estimulantes;
- ao Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, por suas valiosas sugestões desde o início deste projeto e pelo incentivo a levá-lo adiante;
- à Prof. Dra. Maria Adélia Jorge Mac Fadden, colega e amiga de tantos anos, sempre presente com seu apoio, disponibilidade, carinho e competência profissional. Suas opiniões e questionamentos, tão pertinentes e objetivos, foram fundamentais.
- à Prof. Dra. Regina Célia Lucizani Müller, do Ambulatório Geral de Adolescentes da Pediatria, a quem tanto admiro e estimo, pela confiança que deposita em mim e pela forma acolhedora e amiga de me receber em sua equipe, abrindo-me as portas para este trabalho e para tantos outros que temos realizado juntas. Esta integração recente de nossos serviços tem sido muito frutífera e estimulante;
- à Assistente Social, Miriam Franzoloso Santos Martins, profissional competente, dinâmica e humana, que me encaminhou as adolescentes para a pesquisa e com quem participo dos Grupos de Obesos, colhendo experiências enriquecedoras;
- aos colegas, Everardo Buoncompagno, Luzia Aparecida Martins Yoshida, Ruth Mattos de Cerqueira Leite, Vera Lúcia Lammano e todos os companheiros do Setor de Adolescentes, pelo apoio, colaboração e espírito de grupo;
- aos colegas do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Egberto Turato, Joel Sales Giglio e Sergio Luiz Saboya Arruda, pela amizade e preciosas observações e sugestões;

- à minha psicanalista Ernestina Cavalcanti de Souza, por seu trabalho na retaguarda, estimulando-me a prosseguir e acolhendo, com paciência e compreensão, minhas fases de desânimo;
- à Pérola Melillo de Magalhães, minha querida mãe, tão dedicada e amorosa, por ter compartilhado as durezas deste investimento, e por sua ajuda inestimável;
- ao meu irmão Pedro, meus sobrinhos Thomás e Lucas, por me terem ajudado na lida com o computador;
- aos primos Vicente e Tereza e às amigas Maria Lúcia Nali e Renata S.B. Maia — verdadeiros experts em informática, — pela disponibilidade e ajuda efetiva nos momentos finais da edição do texto, dando-lhe forma clara e organizada.

Sumário

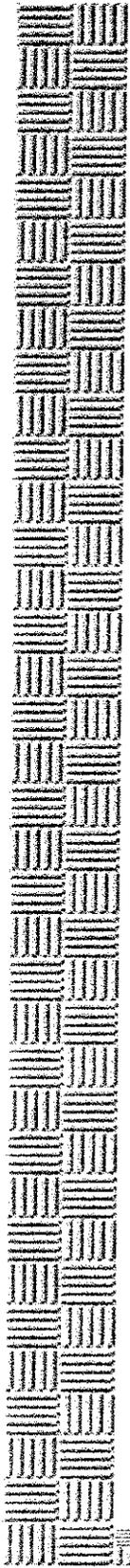
Resumo	<i>i</i>
Introdução	1
1. Justificativas Preliminares.....	2
2. Objetivos.....	3
Primeira Parte - Temas Introdutórios	6
Capítulo I - Noções de Psicossomática	7
1. Histórico.....	8
2. Conceituação.....	12
3. A medicina psicossomática e a Psicanálise.....	16
Capítulo II - A contribuição de Donald W. Winnicott	23
1. O desenvolvimento do psiquismo infantil.....	25
1.1. Processos iniciais do desenvolvimento.....	25
2. Concepção de Winnicott sobre a mente.....	32
3. Conceito de Falso-Self.....	35
3.1. Etiologia e Vicissitudes do Falso-Self.....	36
4. A noção de fenômenos e objetos transicionais.....	40
Capítulo III - A adolescência e seus conflitos básicos	44
1. Definição e Conceito.....	45
1.1. Definição do Período.....	46
2. Enfoque Psicossocial.....	47
3. Visão Psicodinâmica.....	50
3.1. A Adolescência Normal de Aberastury e Knobel.....	50
3.1.1. A noção de luto psicológico.....	50
3.1.2. O conceito de Normal e Patológico na Adolescência.....	54

3.2. Considerações sobre o Processo de Dessimbiotização.....	55
3.3. Características do Processo Adolescente no Sexo Feminino.....	60
Capítulo IV - Imagem Corporal e Identidade.....	64
1. Conceito de Imagem ou Esquema Corporal.....	65
2. Formação da Imagem Corporal e da Noção do EU.....	67
3. O corpo na adolescência.....	71
4. Imagem Corporal na adolescente obesa.....	75
Segunda Parte - Obesidade na adolescência - Revisão Teórica e Método.....	79
Capítulo V - Visão Psicossomática.....	80
1. Conceituação.....	81
1.1. Métodos de Avaliação.....	83
1.2. Críticas e Ressalvas à Definição.....	84
1.3. Conceituação Psicopatológica.....	86
2. Aspectos Clínicos da Obesidade.....	87
2.1. Epidemiologia.....	87
2.2. Fatores de risco.....	90
2.3. Diagnóstico.....	94
2.4. Classificação.....	94
2.5. Comportamento alimentar - Características.....	95
2.6. Etiopatogenia.....	97
2.7. Fisiopatogenia.....	104
3. Aspectos Psicossomáticos.....	106
3.1. Psicogênese.....	106
3.2. O significado do Alimento.....	109
3.3. O Perfil do Obeso - Traços e Características de Personalidade.....	113
3.4. Outras hipóteses psicodinâmicas da Obesidade.....	114

Capítulo VI - Método	123
1. O Método Clínico.....	124
1.1. Sobre a Técnica da Entrevista.....	126
1.2. Testes Projetivos.....	128
1.2.1. Grafismos e Linguagem simbólica.....	128
1.2.2. O conceito de Projeção nos Testes Gráficos.....	129
1.2.3. As defesas nos Testes Gráficos.....	131
1.2.4. Desenho da Figura Humana de Machover.....	133
1.2.4.1. Sua validade e Fidedignidade - Justificativa para o uso.....	136
1.2.5. Testes HTP de John N. Buck.....	138
2. Procedimentos.....	140
2.1. Estudo-Piloto: Escolhendo os Instrumentos.....	140
2.2. Sujeitos.....	141
2.3. Medidas Prévias para as Entrevistas.....	142
2.4. As Entrevistas - Particularidades.....	142
Terceira Parte - Resultados e Discussão	144
Capítulo VII - Casos Ilustrativos	145
1. Primeiro Caso - Anamnese: Entrevista.....	146
1.1. Teste do Desenho da Figura Humana.....	153
1.1.1. Relatório de Análise.....	154
Desenhos Executados	
2. Segundo Caso - Anamnese: Entrevista.....	160
2.1. Teste do Desenho da Figura Humana.....	168
2.1.1. Relatório de Análise.....	168
Desenhos Executados	
3. Terceiro Caso - Anamnese: Entrevista.....	176

3.1. Teste do Desenho da Figura Humana.....	183
3.1.1. Relatório de Análise.....	185
Desenhos Executados	
4. Quarto Caso - Anamnese: Entrevista.....	194
4.1. Teste do Desenho da Figura Humana.....	200
4.1.1. Relatório de Análise.....	200
Desenhos Executados	
5. Quinto Caso - Anamnese: Entrevista.....	210
5.1. Teste do Desenho da Figura Humana.....	218
5.1.1. Relatório de Análise.....	219
Desenhos Executados	
6. Sexto Caso - Anamnese: Entrevista.....	228
6.1. Teste do Desenho da Figura Humana.....	244
6.1.1. Relatório de Análise.....	244
Desenhos Executados	
7. Sétimo Caso - Anamnese: Entrevista.....	254
7.1. Teste do Desenho da Figura Humana.....	265
7.1.1. Relatório de Análise.....	265
Desenhos Executados	
8. Oitavo Caso - Anamnese: Entrevista.....	274
8.1. Teste do Desenho da Figura Humana.....	281
8.1.1. Relatório de Análise.....	282
Desenhos Executados	
9. Nono Caso - Anamnese: Entrevista.....	290
9.1. Teste Projetivo da Casa - Árvore - Pessoa (HTP).....	298
9.1.1. Relatório de Análise.....	299
Desenhos Executados	

10. Décimo Caso - Anamnese: Entrevista.....	312
10.1. Teste Projetivo da Casa - Árvore - Pessoa (HTP).....	321
10.1.1. Relatório de Análise.....	322
Desenhos Executados	
11. Síntese dos Resultados.....	334
11.1. Aspectos Psicossociais e História de Vida.....	334
11.2. Tabulação de alguns dados.....	335
Capítulo VIII - Discussão e Síntese Final.....	337
Summary.....	365
Referências Bibliográficas.....	368
Bibliografia Complementar.....	381
Teses Consultadas.....	382
Anexos.....	385
I- Tabelas de Peso x Altura.....	386
II- Roteiro de Entrevista.....	387



RESUMO



Esta tese tem por objetivo efetuar um estudo do processo psicossomático da obesidade feminina na adolescência. Com base em algumas teorias psicodinâmicas, procura-se compreender a origem, estruturação e dinamismos dessa enfermidade ilustrando com estudos de casos.

Após uma introdução, o trabalho é apresentado em 3 partes.

Na 1ª, abordam-se alguns temas introdutórios; na 2ª, desenvolve-se o tema da obesidade propriamente dita e discute-se sobre o método utilizado para os estudos de casos; na 3ª apresentam-se os resultados, a discussão e a síntese final.

Considerando a obesidade como uma doença psicossomática típica, busca-se, no Capítulo I rever os conceitos básicos desse enfoque no campo da medicina, ressaltando as contribuições da psicanálise e de sua tendência contemporânea de compreender as manifestações psicossomáticas à luz das teorias objetais do desenvolvimento.

O Capítulo II, trata das relevantes contribuições de WINNICOTT que, estudando as relações mãe-bebê na tenra infância, fornece subsídios para a compreensão das raízes das perturbações psicossomáticas e da obesidade infanto-juvenil.

No Capítulo III, apresenta-se a abordagem psicodinâmica da adolescência com ênfase especial no sexo feminino. Destaca-se a suscetibilidade deste período às somatizações e sustenta-se que a obesidade pode servir a propósitos homeostáticos na economia psíquica e ter relação com os conflitos desta idade.

No Capítulo, IV aborda-se o tema da Imagem Corporal e de sua importância para a formação da identidade, do auto-conceito e da estima pessoal. Discute-se sobre as vicissitudes desta Imagem, na adolescente obesa.

No Capítulo V, apresenta-se uma revisão sobre o tema da Obesidade, sua conceituação, aspectos clínicos e psicossomáticos.

O Capítulo VI aborda a escolha do método e dos procedimentos usados.

No Capítulo VII, são apresentados 10 casos de adolescentes obesas, estudados através de entrevistas e testes projetivos (grafismos).

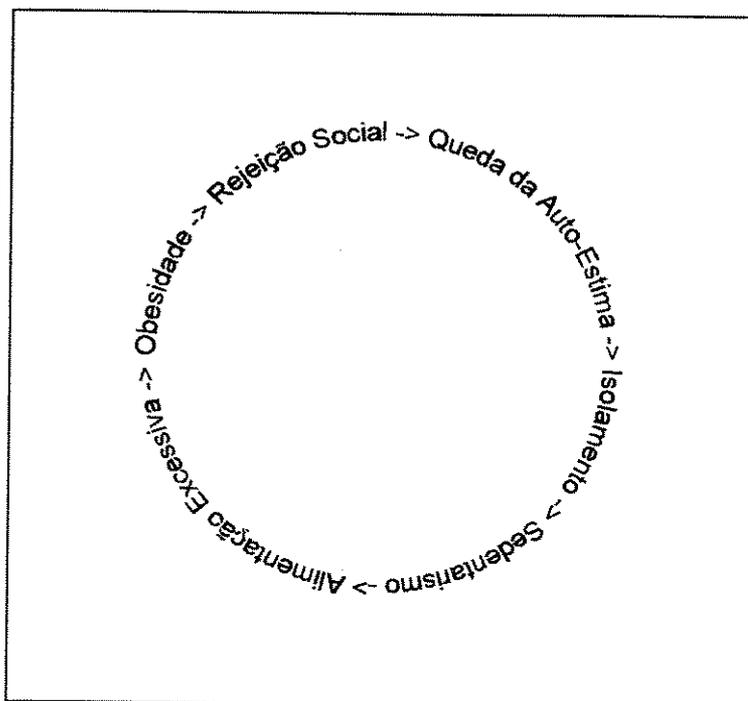
A discussão dos resultados está contida no Capítulo VIII, onde se procura organizar o material encontrado, analisando-o segundo as bases teóricas expostas nas 1ª e 2ª partes da tese.

Assim, nos casos apresentados, é possível ilustrar, entre outros, os seguintes pontos:

1. Existem muitas diferenças individuais entre garotas obesas;
2. A atitude passiva e dependente frente ao problema, com expectativas de solução mágica, é evidenciada em vários casos;
3. Distorções na percepção da realidade e da Imagem corporal são observadas em obesas que mantêm o vínculo simbiótico com a mãe;
4. A obesidade na adolescência pode estar funcionando como “cortina” ou “freio” diante do redespertar da sexualidade, mantendo a jovem regredida e infantilizada;
5. A busca voraz do alimento pode estar encobrindo sentimentos de depressão, raiva, ansiedade ou frustrações outras que não a fome;

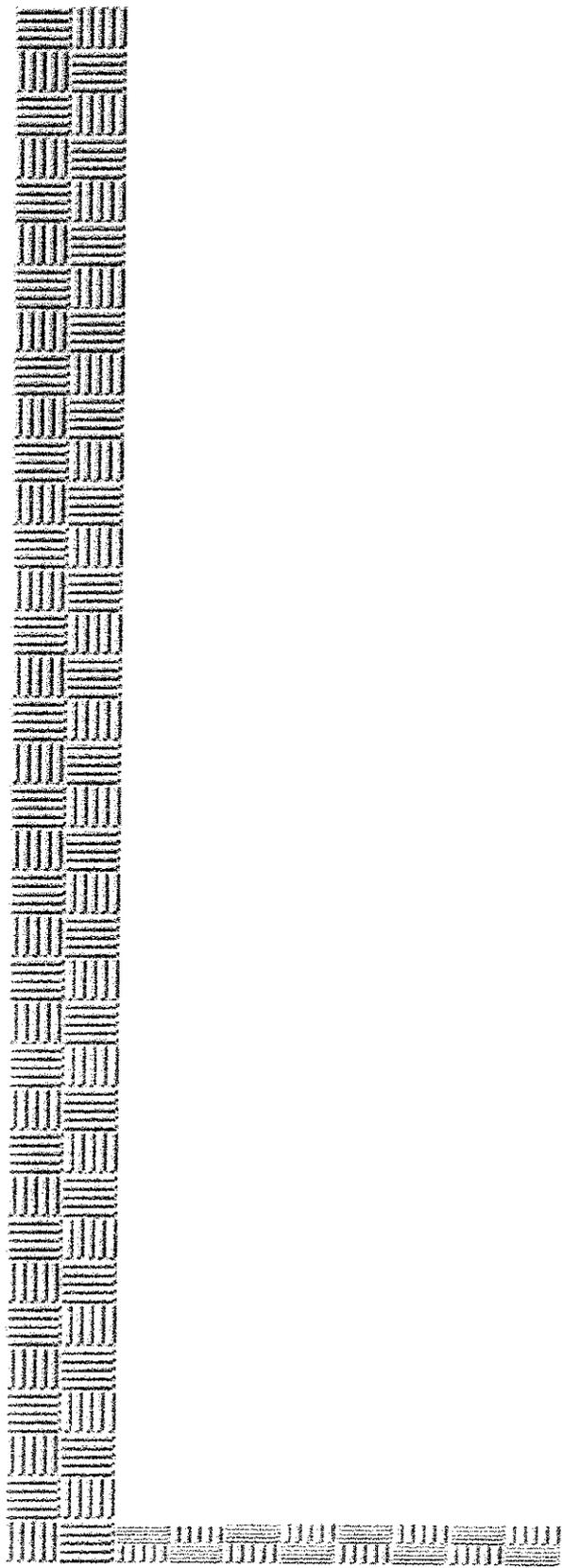
6. O círculo vicioso:

Obesidade → Rejeição Social → Queda da Auto-Estima → Isolamento → Sedentarismo → Alimentação Excessiva → Obesidade, é frequentemente observado;



7. O caráter familiar da obesidade, oriundo provavelmente da interação de fatores genéticos e ambientais, é comprovado nesta amostra.

Conclui-se, finalmente, que a obesidade simples está relacionada a múltiplos fatores sendo que, nos casos estudados, foram mais significativos os de origem psicossocial (ambientais e psicogênicos).



INTRODUÇÃO

1. Justificativas preliminares

O interesse em realizar um estudo sobre a obesidade feminina na adolescência parece ter surgido de minha experiência profissional como psicóloga clínica no Setor de Adolescentes do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-UNICAMP - onde, desde 1977 participo do atendimento multiprofissional no Ambulatório de Psiquiatria de Adolescentes.

Nestes anos de prática, tenho visto um grande número de pacientes adolescentes, alguns dos quais bastante comprometidos, por apresentarem transtornos mentais graves; a maior parte, no entanto, com os distúrbios de emoções específicos da adolescência, (CID-9/1975) por vezes agravados pela desestruturação no meio familiar e/ou social.

Como o referido ambulatório funciona no Hospital das Clínicas, um hospital geral, é frequente também receber casos de adolescentes, procedentes de outros ambulatórios ou enfermarias, portadores de enfermidades orgânicas - nas quais o componente emocional é evidente - para interconsulta ou acompanhamento psicológico complementar.

Considero pois que o fato de exercer a psicologia clínica numa instituição hospitalar, foi um fator decisivo para minha motivação e execução deste trabalho. A maior proximidade com diversos profissionais de saúde que tratam dos adolescentes no HC-UNICAMP, principalmente com a recém formada equipe multiprofissional do Ambulatório Geral de Adolescentes da Pediatria, tem facilitado o estudo e a pesquisa dos distúrbios psicossomáticos - o que acredito, acaba sempre revertendo em benefícios para o paciente.

A questão da obesidade na adolescência há muito tempo me vem preocupando. Até 1989, os adolescentes obesos que chegavam ao HC-UNICAMP, eram encaminhados à endocrinologia que apenas tratava dos casos com distúrbios endocrinológicos e/ou metabólicos e das síndromes raras.

Os casos de obesidade simples eram orientados e enviados para tratamento na atenção primária e, algumas vezes, aconselhados a procurarem uma psicoterapia, - ocasião em que se indicava o nosso ambulatório.

A partir de 1989, com a organização do Ambulatório Geral de Adolescentes, na Pediatria, os adolescentes obesos passaram a ter uma atenção mais integral e sistemática, centralizando seu tratamento neste ambulatório - onde passei também a colaborar, assessorando a equipe e organizando o primeiro grupo operativo de adolescentes obesos.

É um fato comprovado que a obesidade na adolescência assume, em geral, características bastante diversas nos dois sexos, principalmente no que tange aos aspectos psicossomáticos. Isto ocorreria basicamente pelo fato de que os fatores e conflitos associados à obesidade - sejam os que a determinam ou os que são determinados por ela - costumam diferir entre os sexos. Em nossa cultura, a preocupação com a silhueta é muito mais acentuada entre as adolescentes e, em função disso, resolvi estudar esse distúrbio com uma ênfase especial no sexo feminino. (Entre os meninos predomina mais a preocupação com estatura e a força física.)

Tenho verificado em minha prática clínica, que as adolescentes obesas apresentam maiores dificuldades do que as adolescentes normais, para superarem os conflitos típicos desse período evolutivo. Em geral, são meninas dependentes que se queixam de sentimentos de vazio, inutilidade e solidão, costumam sentir-se rejeitadas e frequentemente em sua depressão, demonstram baixa auto-estima. Apesar disso, revelam quase sempre uma forte motivação inicial para seguirem o tratamento, com esperanças de reverterem a situação pois, nessa idade, a uniformidade com o grupo manifesta-se, preferencialmente, no aspecto externo do corpo. Conta muito, para elas, poderem vestir-se conforme a moda e também é importante a opinião dos amigos sobre sua aparência física e seu corpo.

Tenho encontrado casos que parecem ser mais graves pois o emagrecimento traz, como consequência, uma piora no estado psicológico da adolescente. Concordo com

MARCELLI & BRACONNIER (1989) que são de opinião que, em tais casos, podem surgir vivências de despersonalização, estranheza, confusão de identidade ou intensa depressão; contudo, de modo geral, obesidades recentes e moderadas, os chamados 'casos benignos' são relativamente bem sucedidos no tratamento.

Desta experiência, cheguei à conclusão de que a Anamnese, como primeiro passo no enfrentamento do problema da obesidade, deve ser a mais ampla possível, para que se possa diagnosticar, de início, que chances de cura determinada paciente apresenta e que tipo de tratamento lhe é o mais indicado.

Penso que em toda enfermidade, e de modo especial nas chamadas 'perturbações psicossomáticas', como é o caso da obesidade, é muito importante termos uma visão integral do paciente, ou seja, seus aspectos clínicos, características psicológicas, condições sócio-econômico-culturais, relações familiares, etc., pois sabemos como são múltiplos os fatores envolvidos no processo do adoecer.

Nos casos de obesidade, tenho procurado sempre saber, nas entrevistas iniciais, qual a motivação da adolescente, suas expectativas quanto ao tratamento, bem como de que forma pretende colaborar. É muito útil também uma avaliação das condições de seu ambiente familiar e/ou social para que se providenciem mudanças que se tornem necessárias, tudo com o fim de ajudar a paciente a manter-se motivada e a prosseguir em seu objetivo.

A meu ver, idealmente, o tratamento para a obesidade, principalmente na fase da adolescência, deveria ser pautado numa filosofia de 'interdisciplinaridade' envolvendo uma equipe de saúde bem integrada, onde o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o nutricionista, o assistente social e o educador físico dariam suas contribuições parciais, sem prejudicar a visão de unidade do paciente. Estes profissionais, além de serem competentes em suas respectivas áreas, deveriam ter noções de psicologia do desenvolvimento e uma certa experiência e preparo para lidar com adolescentes.

Acredito que atuando assim em diversas frentes e com tal união de esforços, ter-se-ia muito mais êxito.

Neste trabalho procurei fazer uma revisão teórica do tema obesidade, coletando as contribuições mais relevantes e as pesquisas mais recentes na área, principalmente as dos últimos seis anos, incluindo também, a título de ilustração, 10 casos clínicos atendidos no Ambulatório Geral de Adolescentes do HC-UNICAMP.

2. Objetivos

Os objetivos que nortearam este trabalho podem ser expressos de forma sintética e condensada através dos seguintes enunciados:

Objetivo Geral

Efetuar um estudo do processo psicossomático evolutivo da obesidade feminina na adolescência

Objetivo Específico

Tentar compreender, à luz de algumas teorias psicodinâmicas, a origem, estruturação e dinamismos da obesidade em adolescentes do sexo feminino, ilustrando com estudos de casos.



PRIMEIRA PARTE
TEMAS INTRODUTÓRIOS



Capítulo I

NOÇÕES DE PSICOSSOMÁTICA

1. HISTÓRICO

O termo "**psicossomática**" foi introduzido em Medicina apenas em 1818, quando o clínico geral e psiquiatra alemão (JOHANN CHRISTIAN HEIROTH [1773-1843]) o empregou pela primeira vez, para designar o campo das doenças somáticas derivadas de influências mentais ou de estados emocionais. Podemos, no entanto, verificar que o conhecimento das interações mente-corpo e a idéia de um vínculo entre os estados de alma e as doenças, é muito anterior a essa data, estando presente já nas origens da própria História da Medicina.

HIPÓCRATES, (séc. IV a.C.) consagrado como o pai da Medicina, tinha uma visão holística do doente. Interessava-se não apenas pelas queixas físicas do paciente, mas também por seus hábitos, condições de vida e circunstâncias presentes no início de sua doença.

ARETEO, (séc. I a.C.) médico romano, ressaltava também "a importância de ouvir o que o paciente sente e pensa".

GALENO (130-200 d.C.) pensava que o alcoolismo, a adolescência, perturbações menstruais, fracassos amorosos e econômicos poderiam ser causas de doenças mentais. (ARETEO e GALENO apud MELLO Fo p.14)

Na Idade Média (séculos V a XV) essas idéias retrocederam e, no dizer de MELLO FILHO, "a divisão mente e corpo foi sacralizada". Conseqüentemente, as concepções e práticas médicas foram também abaladas. Assim, os fenômenos e funções mentais, com pertenciam à esfera espiritual, passaram para o domínio exclusivo dos sacerdotes naquele longo período da História. Aos médicos, cabia apenas tratarem dos males do corpo. Apesar dessa tendência, podia-se encontrar, ainda naquele tempo, quem pensasse diferente. De fato, conforme nos relatam HAYNAL e PASINI (1983) houve um cirurgião, HENRI de MONDEVILLE [1260-1320] que recomendava que o paciente cirúrgico devia manter-se alegre e rodeado de amigos. Dizia "a alegria e a tristeza são acidentes da alma (...) o corpo engorda com a alegria e emagrece com a tristeza.(...) O

doente deve ser mantido continuamente satisfeito entre amigos (...) não deve irritar-se nem entregar-se ao aborrecimento ...". Com PINEL, [1745-1826] as doenças mentais começaram a ser investigadas em sua etiologia e os doentes mentais a serem tratados com mais humanidade, ou seja, deixaram de ser vistos como seres endemoninhados. PINEL chamou a atenção para certas manifestações somáticas que surgiam após sofrimento psíquico intenso como por exemplo a erisipela. Na sua *Nosographie*, (1789) chamava de 'neuroses' os distúrbios nervosos ligados a diferentes órgãos, hoje conhecidos como distúrbios psicossomáticos.

TROUSSEAU (1801-1869) enfatizou a origem nervosa de certas diarreias e da hipertireose. Estudou em si próprio a influência de fatores emocionais nas crises de asma que sofria. Era alérgico à poeira, mas concluiu que às vezes, isso não era suficiente para explicar a proporção de sua crise. "Essa poeira sozinha não teria sido suficiente para causar-me um acidente tão violento". (PINEL e TROUSSEAU apud HAYNAL & PASINI, 1983 p.12).

O médico alemão GRODDECK [1866-1934] por muitos, considerado o pai da medicina psicossomática, pois a praticava desde 1895, acreditava na tendência inata do homem para "simbolizar" e dizia que "as doenças eram expressões corporais simbólicas" (GRODDECK - 1921).

MELLO FILHO (1979) comenta que, apesar de o termo "psicossomática" ter sido proposto no início do século XIX, foi somente a partir da criação da Associação Americana de Medicina Psicossomática em 1939, que o mesmo passou a ser realmente divulgado e empregado.

HAYNAL & PASINI (1983) mencionam que muitos médicos do século XIX não utilizavam o termo "psicossomática" em suas obras, embora muitos deles partilhassem dessa idéia e, como exemplo, citam o caso de MAUDSLEY que, em 1876, escreveu: "Se a emoção não se libera...ela vai agarrar-se aos órgãos, perturbando o seu funcionamento. O desgosto que pode ser exprimido por meio de gemidos e lágrimas é rapidamente esquecido,

enquanto que o sofrimento mudo, que fica incessantemente remoendo o coração, termina por abatê-lo”.

Na visão de MELLO FILHO, coube a FREUD [1856-1939] o mérito de ter efetuado a primeira compreensão global de uma enfermidade - a histeria de conversão - que ele admitia ter sempre uma causa e um significado primário.

Após estudos com um grande número de pacientes, FREUD (1900) conclui que: “a histeria de conversão representa a expressão simbólica substitutiva de um conflito inconsciente e envolve órgãos inervados apenas pelo sistema nervoso sensório-motor ou neuro-muscular voluntário”.

Em 1910, FERENCZI aplicou o conceito de histeria de conversão de FREUD para órgãos inervados pelo sistema nervoso autônomo. Por exemplo, uma colite ulcerativa estaria representando uma fantasia psíquica subjacente (apud KAPLAN & SADOCK, 1984).

Em 1927, o psicanalista e clínico geral vienense FELIX DEUTSCH, imigrando para os Estados Unidos, reintroduziu ali a noção de psicossomática. Em Chicago, outros dois médicos e psicanalistas, ALEXANDER e FRENCH, iniciaram estudos com hipertensos, ulcerosos e colíticos, em 1930. Nessa mesma época, DUNBAR, pesquisava, também nos EEUU, a personalidade de indivíduos traumatofílicos e cardiopatas e propunha a sua teoria dos “Perfis Psicológicos”.

Recorda-nos MELLO FILHO (1979) que foi da união dessas duas correntes - a de ALEXANDER com a de DUNBAR - que nasceu a já citada Associação Americana de Medicina Psicossomática em 1939, editando, a partir de então, uma publicação mensal. Este foi um marco importante para congregar os diversos pesquisadores da área que puderam, dessa forma, divulgar seus achados, integrar conhecimentos e reunir-se para estudos de métodos científicos na pesquisa dos fenômenos de etiologia psicossomática.

Ao lado das contribuições psicanalíticas, o progresso nas pesquisas experimentais possibilitou trabalhos como os de PAVLOV [1849 - 1936], CANNON (1929) e SELYE (1956) sobre os mecanismos neurofisiológicos da emoções.

O desenvolvimento da psicofisiologia (CANNON), bem como a noção de stress (SELYE) foram marcos decisivos para a comprovação científica das interações psicofísicas inerentes aos fenômenos humanos. A associação de métodos experimentais e clínicos possibilitou uma aproximação interdisciplinar bastante rica e produtiva. Concepções psicanalíticas e fisiológicas sobre a mesma enfermidade puderam ser reciprocamente testadas através da colaboração entre pesquisadores desses diferentes campos.

É preciso ainda fazer referência nesse histórico a dois importantes e relativamente recentes, campos de investigação em psicossomática. São eles: a psicoimunologia e a abordagem sócio-cultural.

A psico-imunologia constitui um ramo de pesquisa que vem crescendo nos últimos anos com o progresso nos terrenos da biologia molecular e da imunologia. As descobertas nessa área têm permitido demonstrar as influências psico-emocionais na gênese e/ou manutenção e agravamento de certas doenças como as auto-imunes, as de hipersensibilidade, as infecciosas e as neoplásicas. Vários trabalhos comprovam que o processo imunológico é regulado pelo sistema nervoso central e endócrino.

A abordagem sócio-cultural interessa-se especialmente pelas questões relativas às interações entre a doença e o ambiente social onde ela ocorre estudando e analisando as interferências e os impactos recíprocos de ambos os termos.

Em suma, na atualidade, podemos perceber que a pesquisa em psicossomática segue por 4 principais linhas de abordagem: a psicanalítica, a da psicofisiologia, a da psicoimunologia e a sócio-cultural. Porém, como já foi dito, em muitos trabalhos representantes destas diferentes abordagens e métodos se associam possibilitando uma integração interdisciplinar enriquecedora.

2. CONCEITUAÇÃO

GRINKER (1953) define a Psicossomática como “uma abordagem que engloba, em sua totalidade, processos integrados de transações em diversos sistemas: somático, psíquico, social e cultural”. (apud HAYNAL & PASINI 1983).

MELLO FILHO (1979) é partidário da concepção de que “toda doença humana é psicossomática, já que incide num ser sempre provido de soma e psique, inseparáveis anatômica e funcionalmente”. O autor comenta que, ao ser introduzida “a expressão **psicossomática** foi usada para referir-se a certas doenças (...) onde as correlações psicofísicas eram muito nítidas e que tal uso ainda persiste em certos meios médicos”. Exemplos de tais doenças eram: a colite ulcerativa, a asma brônquica e a hipertensão arterial. Aos poucos porém, alguns estudiosos e pesquisadores, neste campo, foram percebendo que os mesmos conceitos eram aplicáveis a toda e qualquer doença, sendo que a tendência atual é a unitária. De acordo com este autor, a expressão ‘medicina psicossomática não é a mais adequada e tem sido criticada, basicamente, por três motivos: 1) pela unidirecionalidade que sugere, ou seja, da psique para o soma; 2) por não incluir a totalidade dos fenômenos que influenciam o ser humano na saúde e na doença, como os sociais, culturais, etc. e 3) porque traz em si mesma a divisão mente-corpo.

Contudo, apesar dessas imperfeições, a maioria dos autores emprega o termo “psicossomática” que acabou impondo-se pelo uso.

A Medicina Psicossomática integra vários conhecimentos e constitui mais uma atitude e um campo de pesquisa do que uma especialidade médica. Coerente com esta visão do autor supra citado, RODRIGUES (1988) acrescenta que “a psicossomática é uma atitude de medicina integral que concebe o ser humano - tanto na saúde como na doença - como um ser bio-psico-social. É uma disciplina científica (...) que oferece caminhos para uma prática na promoção de saúde, mais voltada para o paciente, e portanto menos voltada para a doença ou o sintoma (...) A psicossomática procura abranger todo o conjunto de fenômenos relacionados com o adoecer”.

Segundo COLEMAN, (1973) a 'abordagem psicossomática diz respeito: a) ao emprego, na medicina, de um método específico - o método holístico - que considera toda a doença como uma perturbação da pessoa total e não apenas de um de seus órgãos, membros ou de sua mente b) a uma nova visão sobre a etiologia, desenvolvimento e tratamento das doenças humanas, a saber, uma visão poli-causal e globalizante que considera os fatores bioquímicos, psicológicos e sócio-culturais como determinantes ou participantes na formação, desencadeamento, manutenção, recuperação ou agravamento das moléstias que atingem o ser humano. Segundo esta visão, poder-se-ia dizer que os transtornos psicossomáticos ou os fatores psicológicos que afetam as condições físicas como são modernamente classificados pelo DSM III-R (1987) constituem as variáveis dependentes desse campo de estudo.

Já SEGUIN havia definido o método holístico - ou psicossomático - como aquele que tem por objetivo o estudo do homem como uma 'totalidade quer esteja são ou enfermo e a aplicação das conclusões desse estudo no diagnóstico, prognóstico e tratamento das doenças (apud COLEMAN, 1973).

A Psicossomática hoje tende a encarar o fenômeno da doença de forma sempre global multicausal e única, isto é, peculiar àquele indivíduo que a apresenta. (Não há doenças há doentes).

PERESTRELLO (1974) propôs a expressão **Medicina da Pessoa**, justamente para frisar este último aspecto - o da singularidade. Segundo suas palavras "deve-se ter o fito de individualizar cada caso clínico."

Ao invés de causas ou fatores, propõe que se busque a totalidade - a compreensão da situação total que permitiu aquela situação. Para esse autor, a enfermidade é a expressão máxima de uma crise existencial havendo pessoas com maior tendência para 'resolver' os impasses e conflitos da vida - dos quais, muitas vezes não têm consciência - por meio de enfermidades.

Ele caracteriza essa tendência como **vocação para o pathos** e é de opinião que tais pessoas precisam sempre encaixar-se com alguém que cuide delas.

Já para certos psicanalistas como MITSCHERLYCH, (1971) a doença será a expressão de um conflito inconsciente.

MARTINS (1989) considera que “pelo menos nos casos mais definitivamente julgados psicossomáticos, estão em jogo impulsos e repressões inconscientes que, conciliatoriamente se convertem em sintomas físicos, aliviando a angústia.

RYCROFT (apud BÉKEI, 1984) define a enfermidade psicossomática como “um transtorno orgânico com uma disfunção fisiológica manifesta que parece estar ligada com a estrutura de personalidade do paciente, com sua historia vital e com suas circunstâncias “.

GRANEL (1975) (apud MELLO FILHO, 1979) aborda a questão da intencionalidade no determinismo dos fenômenos humanos, dizendo que “a pessoa adocece com alguém, por alguém e para alguém” ou seja, seu sintoma visa algo ou alguém e surge em função de uma situação, um contexto, uma "gestalt".

TORDJMAN (1990) aconselha aos médicos interessados na linguagem dos sintomas, que façam entrevistas prolongadas com seus pacientes e que se esforcem para descobrir a quem se dirige o sintoma apresentado e que benefício secundário o doente obtém de sua enfermidade.

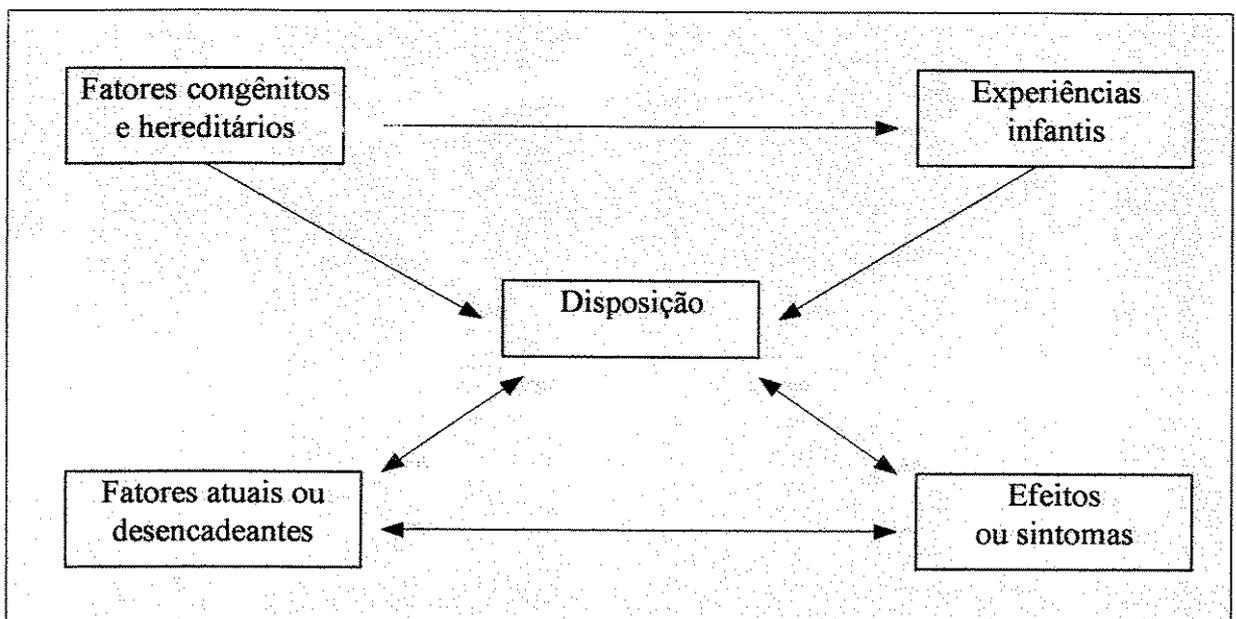
A idéia de que a doença se desencadeia e se mantém devido à satisfação que proporciona ao indivíduo é intrínseca à teoria freudiana da neurose (LAPLANCHE & PONTALIS).

FREUD (1905) empregou os termos: benefícios primários e secundários da doença, para referir-se às satisfações diretas ou indiretas que um indivíduo tira de sua doença.

Podemos perceber, também na maioria dos autores, uma tendência para incluir no conceito de **psicossomática**, a antiga noção das séries complementares de FREUD (1916/17),- teoria proposta por ele para explicar a conjugação de diversos fatores na determinação e origem das doenças e que compreende os seguintes termos:

- 1) os fatores congênitos e hereditários responsáveis pela **CONSTITUIÇÃO**;
- 2) os fatores traumáticos ocorridos na primeira infância e que, juntamente com os primeiros, dariam a **DISPOSIÇÃO** e
- 3) os fatores atuais ou **DESENCADEANTES**

Reproduzimos abaixo o diagrama elaborado por KUSNETZOFF (1982) para representar a interação desses fatores na etiologia e manutenção dos sintomas.



Em outras palavras, é a essa idéia que se refere KAPLAN & SADOCK quando mencionam que a tendência hoje é a de considerar os fenômenos e etiológicos, de forma integrada, isto é, às predisposições genéticas, deve-se acrescentar as crises da cronologia humana, bem como as crises situacionais.

Vemos portanto, como o critério de FREUD (1916/17) continua sendo um modelo útil e atual para a investigação da gênese dos sintomas e doenças.

Conclui-se dessa noção que a doença se estrutura conforme as séries complementares de cada indivíduo e que portanto, uma mesma doença assumirá características peculiares em função da pessoa que a apresenta.

3. A MEDICINA PSICOSSOMÁTICA E A PSICANÁLISE

O pensamento de FREUD sempre foi eminentemente psicossomático. Muitos dos conceitos básicos em psicanálise alteraram sobremaneira a visão que se deve ter do doente e a compreensão do fenômeno do adoecer. Destacam-se: a noção do inconsciente dinâmico, a qual abriu espaço para o entendimento de sonhos, lapsos, gênese de sintomas corporais, fenômenos histéricos, etc.; - a noção de instinto de vida (libido) e instinto de morte; os significados de fixação, regressão e normalidade e patologia, ansiedade, conflito e defesas, identificação e somatização, perda, luto e consequente enfermidade, onipotência e narcisismo, além da teoria da séries complementares como já comentado anteriormente. (MELLO FILHO, 1979)

Segundo palavras de RASCOVSKY, (1948) "... somente com o advento da psicanálise aparece uma técnica suficientemente precisa para permitir uma interpretação das bases emocionais da conduta humana, assim como das diversas formas que adotam as exigências instintivas para sua expressão" (RASCOVSKY apud MARTINS, 1989)

O já citado GRODDECK (1921) foi um dos primeiros a trabalhar individualmente, com esses conceitos psicanalíticos. Apesar de não se ter filiado a qualquer associação psicanalítica, já praticava a psicossomática, antes mesmo de tornar conhecimento das idéias de FREUD, o que, para ele, somente ocorreu em 1911. A partir dali, correspondeu-se com ele durante oito anos mas suas idéias eram discordantes. O

próprio GRODDECK considerava-se um “analista selvagem”. (TEIXEIRA COELHO, 1988).

O modo como entendia a origem e os significados dos sintomas causou impacto no pensamento médico da época, o qual se limitava apenas a determinar os fatores desencadeantes das doenças.

(Apesar disso, seu nome constitui um marco na história da Medicina Psicossomática de base analítica).

Contraopondo-se a GRODDECK, que era um médico solitário, FRANZ ALEXANDER fundou e dirigiu a Escola de Chicago, - a primeira a aplicar os conceitos psicanalíticos ao campo da Medicina. Interessou-se ele pela causalidade dos fatores emocionais em doenças de etiologia desconhecida e começou a investigá-las a partir de 1932, desenvolvendo a teoria da **especificidade dos conflitos**, segundo a qual determinada constelação conflitiva básica teria primordial importância na gênese de certas doenças, tais como: a úlcera, a hipertensão, a asma, etc. (apud MARTINS, 1989).

Esta teoria não foi porém bem aceita, havendo muita discordância entre os autores sobre a noção de que certas doenças comportariam os mesmos conflitos específicos:”...Não foi possível, até agora, prever uma doença a partir do conflito ou vice-versa” (KAPLAN & SADOCK, 1984).

Tudo isto não obstante, MIRSKY e Cols, em 1958 realizaram estudos experimentais onde puderam demonstrar uma correlação positiva entre o aumento de atividade gástrica e a mobilização de desejos orais de dependência em diversas pessoas. (apud MELLO FILHO. 1979)

O citado autor ALEXANDER (1950) procurara também sistematizar o conhecimento anterior sobre as neuroses, propondo a distinção de duas categorias de distúrbios psicogênicos: os estados conversivos e as neuroses vegetativas.

Na primeira categoria, incluía todos os sintomas somáticos de tipo histérico, medida pelo sistema nervoso central e possuindo sempre um conteúdo simbólico importante.

Na segunda categoria incluía as reações psicofisiológicas mediadas pelo sistema nervoso autônomo - chamadas de doenças psicossomáticas - que não possuíam significação simbólica mas eram determinadas e mantidas por estados de tensão emocional crônica e processos mentais inconscientes.

Dentro desta segunda categoria ALEXANDER (1950) diferenciava ainda duas modalidades de doença psicossomática: as que eram expressão de tendências hostis e agressivas bloqueadas (luta e fuga) e as que expressavam tendências inibidas à dependência.

Esta classificação, ainda que didática, tem sido igualmente muito criticada e contestada, “por ser demasiadamente simplista”, como argumenta MELLO FILHO (1979): De fato, a experiência demonstra que essas categorias não são opostas, é possível encontrar-se pacientes que apresentam, alternada ou simultaneamente os dois tipos de reações descritas (conversivas e vegetativas) o que indica não serem as mesmas de origem tão diversa. Além disso, muitos autores discordam da idéia de que os fenômenos mediados pelo sistema nervoso autônomo careçam de expressão simbólica e, para exemplificar, citam o caso da crise hipertensiva como substituição simbólica de uma explosão de raiva ou a diarreia como expressão de um desejo de expulsão de algo desagradável.

Apesar disso algumas proposições de ALEXANDER (op.cit.) são de inegável valor: pode-se constatar, por exemplo, a repetição de determinados traços psicológicos em certas doenças, muito embora as reações humanas sejam muitas elásticas e variáveis. Tais fenômenos porém, não ocorrem com a fixidez apontada pelo autor.

Uma outra corrente psicanalítica, representada por GARMA, SPERLING, KNAPP e outros, dedicou-se a explorar uma antiga concepção do pioneiro GRODDECK, (op. cit.) contemporâneo de FREUD, sobre a problemática da “linguagem dos órgãos”

tratando os fenômenos psicossomáticos como expressões simbólicas que poderiam ser interpretadas à maneira dos mecanismos de conversão histérica. (MELLO FILHO 1979 e HAYNAL & PASINI, 1983).

A escola do psicanalista de orientação Kleiniana, ANGEL GARMA, que se desenvolveu na Argentina a partir de 1940, exerce, até hoje, forte influência nos meios psicanalíticos da América Latina. “Ele trouxe uma ciência nova para um mundo novo”, comenta Martins, (1984) ao referir-se a este cientista espanhol.

Realmente, ANGEL GARMA deu importante contribuição ao estudo dos psicodinamismos da úlcera péptica, obesidade, cefaléias e outros distúrbios psicossomáticos, em seu livro: *A Psicanálise: teoria, clínica e técnica*, editado no Brasil em 1984.

Outros psicanalistas, como MARGOLIN, KUBIE e GRINKER, (apud HAYNAL e PASINI, 1983) admitem que a matriz dos distúrbios psicossomáticos instala-se nos primeiros meses de vida sendo sua manifestação posterior, uma regressão ao estágio de pouca diferenciação entre o biológico e o psicológico. O ponto de fixação destes distúrbios estaria em estágios pré-genitais precoces. Com efeito, são diversos os autores que concordam que as pessoas, sujeitas a patologias psicossomáticas graves, situam-se no limiar entre a neurose e psicose.

MENG utilizava até a expressão “psicose do órgão” para enfatizar este aspecto.

SCHUR considerava a doença psicossomática uma “ressomatização”, isto é, uma regressão à fase pré-verbal do desenvolvimento, onde os afetos (emoções) são acompanhados de modificações somáticas (MENG e SCHUR, apud HAYNAL e PASINI 1983).

JURGEN RUESCH (apud KAPLAN & SADOCK, 1984) chega a propor que: “as perturbações psicossomáticas sejam de natureza infantil, uma vez que a pessoa doente

que, por qualquer razão não pode verbalizar, expressa sua comunicação, como a criança, através de suas vísceras.”

BÉKEI (1984) concorda com esta visão de que é na infância que a maior parte dos transtornos têm origem. Fundamentada em teorias psicanalíticas do desenvolvimento, a autora comenta que é no princípio da vida que mente e corpo são verdadeiramente indivisíveis. As funções vitais são vegetativas e a resposta a qualquer estímulo, somática.

Durante muito tempo a única expressão emocional pré-verbal do nenê é a atividade motora reflexa.

MELON e BOURDOUXCHE (apud HAYNAL e PASINI, 1983) efetuaram um estudo utilizando o teste SZONDY, - teste projetivo de personalidade - com o objetivo de traçar o perfil do paciente psicossomático. Encontraram as seguintes características:

- imaturidade sexual
- pré-genitalidade
- necessidades orais e/ou anais fortes
- relação muito dependente com o objeto
- defesas rígidas baseadas no recalque
- submissão excessiva à realidade e ao grupo social
- negação e
- projeção

O grupo de psicanalistas da Escola Psicossomática de Paris, representada por MARTY, MUZAN, FAIN, MC DOUGALL e outros dedicou-se mais aos estudos sobre as características do psiquismo do doente psicossomático. Esses autores chegaram à conclusão de que os pacientes psicossomáticos diferentemente dos neuróticos, tinham dificuldade em simbolizar. Suas fantasias eram pobres ou mesmo inexistentes e seu pensamento, concreto ou “operatório”.

Essa Escola considerava que os pacientes psicossomáticos apresentam uma regressão do Ego a um nível defensivo primitivo, com fortes tendências auto-agressivas, a serviço do instinto de morte. Esta fixação a nível narcísico, onde sujeito e objeto estão fusionados, torna impossível toda relação objetal verdadeira, inclusive a transferencial. O indivíduo identifica-se totalmente com o outro. O que, clinicamente não apresenta dúvida nestes pacientes, é a existência de uma hipossimbolização dos afetos e dos conflitos pessoais (apud HAYNAL e PASINI, 1983).

VIEIRA (1993) seguidor das idéias de P. MARTY esclarece que os estudos da Escola Psicossomática de Paris se baseiam na teoria que existe uma relação direta entre a doença somática e a não elaboração mental. Em suas palavras, “o corpo padece quando a mente não elabora os problemas”. Isto, segundo ele, equivale a dizer que pessoas com “vida mental rica” estão menos sujeitas a doenças graves do que aquelas que possuem “más mentalizações” ou que reprimem as representações metais. Estas teriam maior tendência a adoecer gravemente (W. Vieira - in : Folha de S. Paulo de 14/03/93).

No pensar de HAYNAL e PASINI (1983) porém, os postulados da Escola francesa não se sustentam diante da comprovação de que doentes psicossomáticos podem melhorar com tratamento psicoterápico e/ou psicanalítico, passando a utilizar o modo de expressão afetivo. Isto fala a favor de uma modalidade defensiva, mantida por muito tempo, mas reversível em certas condições dinâmicas.

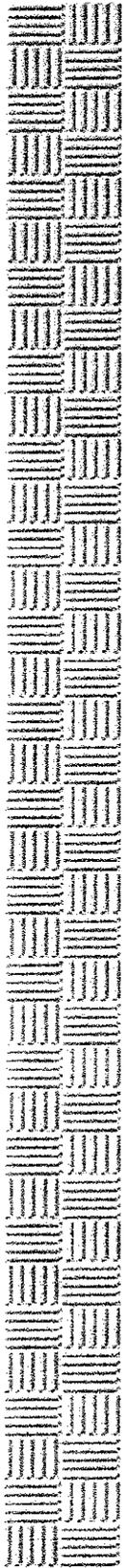
NEMIAH e SÍFNEOS (apud TAYLOR, 1989) investigaram sistematicamente o estilo comunicativo dos pacientes psicossomáticos e verificaram que muitos apresentavam ‘uma notável dificuldade em expressar verbalmente ou descrever seus sentimentos ‘e também uma falta ou diminuição da imaginação. Concluíram que tal tipo de comunicação inexpressiva e sem afeto resultava de um distúrbio que esses pacientes apresentavam em suas funções simbólicas.

SIFNEOS (1972) denominou essa característica, ou melhor, este distúrbio, de Alexitimia -que quer dizer- linguagem sem emoção (do grego a = falta, lexis = palavra, tymos = emoção).

Finalmente, uma revisão dos estudos mais recentes no campo da psicanálise, revela uma tendência contemporânea para compreender as manifestações psicossomáticas segundo uma perspectiva que privilegia as relações de objeto.

Derivada de teorias como as de M. KLEIN (1930), R. SPITZ (1954), D. WINNICOTT (1945), M. MAHLER (1975) e outros, essa visão enfatiza as primitivas relações mãe-filho como base para a construção da vida mental infantil e para a diferenciação entre psique e soma que dá ao bebê possibilidades de reconhecer e apropriar-se de seu próprio corpo. Esta linha de investigação propõe que perturbações precoces na interação dessa dupla (mãe-bebê) dificultam os processos de separação, diferenciação e individualização necessários para a constituição da identidade pessoal da criança.

Entre outras coisas, poderiam (tais perturbações) acarretar um empobrecimento da vida mental do indivíduo com prejuízo de seus recursos simbólicos. Isto teria repercussões não apenas na infância, mas em fases ulteriores do desenvolvimento assinalando uma maior vulnerabilidade do indivíduo à doença física pela tendência a usar preferencialmente a via somática como meio de expressão de diferentes estados emocionais. (TAYLOR,1987; MACFADDEN,1993)



Capítulo II

A CONTRIBUIÇÃO DE DONALDE W. WINNICOT

Os primeiros psicossomáticos de orientação psicanalítica tinham uma compreensão limitada sobre as relações mente-corpo na tenra infância, pois apoiavam-se na clássica teoria libidinal freudiana acreditando, que o recém nascido não possuía ainda vida emocional mas sim continuava orientado pelo princípio da descarga (ou redução) da tensão pulsional, dominante na etapa pré-natal.

WINNICOTT [1897-1971] foi um dos primeiros psicanalistas a enfatizar a relação mãe bebê nos primeiros estágios do desenvolvimento mental e a demonstrar que deficiências da mesma podiam resultar em defeitos psíquicos predispondo à psicose ou às patologias somáticas.(TAYLOR 1987)

Sua contribuição para o pensamento psicanalítico foi renovadora e original .

Segundo MELLO FILHO (1989) um dos méritos de WINNICOTT foi o de ter colaborado para afastar a psicanálise de sua posição fortemente “instintivista” ao ressaltar que o Ego pode controlar os impulsos do Id com a ajuda de um ambiente facilitador que vá de encontro às necessidades da criança permitindo sua adaptação à vida familiar e social sem prejuízo de sua individualidade .

Aplicando seus conhecimentos psicanalíticos à prática da Pediatria, a qual nunca abandonou, WINNICOTT elaborou uma teoria sobre o desenvolvimento infantil seguindo um método de trabalho muito pessoal. Seu esquema de desenvolvimento é o resultado das deduções teóricas que fez a partir de observações criteriosas do comportamento do bebê e de sua mãe e das relações entre eles.

Nesta tese vamos nos aprofundar em alguns conceitos de WINNICOTT visando obter maiores subsídios para a compreensão da obesidade infanto-juvenil.

1. O DESENVOLVIMENTO DO PSIQUISMO INFANTIL

Um dos postulados de WINNICOTT sobre o psiquismo infantil, é a concepção da existência de um Ego primitivo precoce, simultâneo ao Id, o qual seria indispensável para a existência do recém-nascido. Tal Ego primitivo no entanto, caracterizar-se-ia por ser ainda deficiente e frágil, estando sua força na dependência da capacidade materna em compensar essa debilidade. Nesse primeiro período do desenvolvimento, mãe e filho são inseparáveis. A criança não diferencia os limites entre si mesma e sua mãe. O desenvolvimento parte desse período inicial e segue um processo progressivo, rumo a uma diferenciação, cada vez maior, na qual WINNICOTT distingue três etapas ou processos:

- Integração
- Personalização
- Realização

Vamos tentar resumir esta interessante concepção Winnicottiana, sob o título de:

1.1. PROCESSOS INICIAIS DO DESENVOLVIMENTO

1) **INTEGRAÇÃO**: WINNICOTT parte da seguinte premissa: inicialmente não há integração entre psique e soma - a personalidade não é una. É na primeira etapa do desenvolvimento que a tendência à integração se inicia, ajudada pelas experiências da técnica do cuidado infantil e da repetição das funções sensoriais e motoras que, juntamente com a rudimentar capacidade imaginativa do bebê, conferem-lhe a sensação do existir.

Com relação à época em que isso ocorre, escreve ele: “Muitos bebês já se encontram a caminho da integração durante certos períodos de suas primeiras vinte e quatro horas de vida. Em outros, o processo é retardado ou ocorrem retrocessos (...) Existem longos espaços de tempo na vida de um bebê normal durante os quais não importa para ele ser ‘muitos pedaços’ ou ser ‘inteiro’, viver no rosto da mãe ou em seu próprio corpo, desde que, de tempos em tempos, ele se torne uno e sinta algo” (WINNICOTT, 1945) (O grifo é nosso)

Nesta etapa imperam as leis do processo primário, da identificação e do narcisismo. O bebê depende totalmente da união que estabelece com sua mãe. Havendo falhas nos cuidados maternos, ele será invadido por uma angústia de aniquilamento. Ao contrário, se houver uma dedicação adequada da mãe, a criança irá, pouco a pouco, diferenciando-se desta, integrando-se e adquirindo a personalização que é a tarefa da próxima etapa.

2) **PERSONALIZAÇÃO**: Este termo foi empregado por WINNICOTT (1945) para designar o processo de formação da existência psicossomática individual. Nessa etapa a criança desenvolve o sentimento de que está dentro do próprio corpo e começa a perceber limites entre o seu corpo e o de sua mãe. Sua pele representa para ela essa membrana limitadora que a separa de sua mãe, possibilitando a diferenciação entre Ego e Não-Ego.

A criança adquire sua realidade psíquica e as funções mentais começam a operar segundo as leis do processo secundário. É nesse período que se inicia, também a simbolização e que se integram libido e agressão.

Todas estas aquisições permitem à criança apreciar melhor a realidade e principiar o estabelecimento das noções de espaço e tempo - o que a introduz na etapa seguinte:

3) **REALIZAÇÃO**: Nesta fase, a criança começa a desenvolver a capacidade de estabelecer verdadeiras relações com os objetos da realidade externa, os quais eram até então apenas percebidos subjetivamente; agora ela já os pode reconhecer em sua forma objetiva, torna-se capaz de relacionar-se com a mãe, como pessoa separada, - e posteriormente como pessoa total, - e reconhece também o pai que passa a desempenhar importante papel em sua vida.

WINNICOTT não atribui limites cronológicos muito precisos a estas etapas, a não ser quanto à passagem da primeira para a segunda etapa - que ele assinala ocorrer por volta dos seis meses de idade, quando o bebê se torna capaz, por exemplo de, intencionalmente, deixar cair um objeto que esteja segurando. Um fato como este marca uma mudança importante: significa que a criança começou a compreender que possui um interior e que as coisas vêm de fora. Com esse jogo, o bebê mostra também que já é capaz de se desfazer de algo que não mais lhe interessa; está pronto então, para iniciar o processo de personalização, o que, em geral, se estende até os três anos de idade, aproximadamente.

Ressalta ainda WINNICOTT que esta segunda etapa pode ser subdividida em três sub-períodos ou estágios, em função do grau de independência alcançado pela criança. São eles:

- o da dependência absoluta, ou período simbiótico
- o da dependência relativa e
- o da independência.

No primeiro sub-período, o bebê não percebe sua condição nem possui capacidade de juízo. Ele, simplesmente, usufrui dos cuidados ou sofre a falta deles. Esta dependência extrema constitui a característica básica da etapa da integração, mas pode prolongar-se mais, caracterizando também o início da etapa da personalização.

No segundo sub-período, a criança já reconhece que depende da mãe para obter a satisfação de suas necessidades e no terceiro sub-período (que sugerimos chamar de independência nascente), ela - por já ter internalizado os cuidados recebidos - pode, eventualmente, arranjar-se sozinha para obter as provisões de que necessita.

Deste modo, as falhas do meio, que porventura ocorram nesta fase, serão menos traumatizantes. Convém assinalar que o período da independência não se completará na etapa da personalização mas prosseguirá por toda a seguinte, isto é, a da realização.

A essa altura, é bom lembrar que no livro “**Textos Selecionados da Pediatria à Psicanálise**” estes tres sub-períodos são vistos como três estágios da dependência infantil, na fase do “holding”, como adiante mencionarei.

Para WINNICOTT, as falhas ambientais, principalmente as da conduta materna, desempenham importante papel na produção ou condicionamento de patologias futuras, devido aos hiatos que provocam no processo de desenvolvimento. Em alguns de seus trabalhos, nosso autor dedicou-se à elaboração de uma classificação das enfermidades psiquiátricas que estariam relacionadas a determinadas alterações da função materna ou da situação ambiental, em momentos críticos do desenvolvimento infantil precoce. (WINNICOTT 1959; 1964)

BÉKEY (1984) afirma que, embora WINNICOTT não tenha explicitado a qual etapa estaria ligada a origem das enfermidades psicossomáticas, pode-se deduzir, de seus escritos que a gênese das mesmas estaria relacionada a falhas ocorridas na etapa que o Autor denominou de: “**mescla de dependência - independência**” acarretando uma dependência patológica que é o que caracteriza de forma latente ou manifesta, tais enfermidades.

Com o intuito de precisar melhor quais seriam as condições ambientais ou os atributos maternos essenciais para o transcorrer normal e sadio do desenvolvimento infantil, o Autor estabeleceu para cada etapa evolutiva do bebê, um período correspondente de desempenho materno.

Assim, à etapa da não-integração corresponde a ação de sustentar; à personalização, corresponde o manejo; e à relação de objeto corresponde a conduta de apresentar objetos e de conviver com a criança. Melhor explicando:

a) A ação de sustentar ou “holding” engloba todas as funções maternas desse período que visem transmitir ao bebê a sensação de apoio, de confiabilidade e de ser amado. Não se limita pois, a simplesmente tê-lo nos braços. A base para o desenvolvimento dessas atitudes é a capacidade de empatia da mãe ou seja, a comunicação que ela pode

estabelecer com seu filho através das vivências sensoriais dele que são reativadas regressivamente nela.

É preciso também que o cuidado da mãe acompanhe e se adapte às mudanças nas necessidades da criança à medida que esta vai amadurecendo. Tal cuidado é indispensável para formação da primeira relação com o objeto parcial (o seio) e para a experiência da primeira gratificação instintiva (a sucção), ambas vivências fundamentais para a organização do Ego infantil.

Se tudo transcorre bem neste período de “holding”, ou seja, se a mãe é capaz de intuir e preencher as necessidades de seu filho que vive na ilusão de um mundo mágico, onde tudo se realiza por si só, a criança começa, gradualmente, a discriminar os limites do próprio corpo, personaliza-se e inicia uma função psíquica e mental pessoal. Nesse momento, a conduta da mãe terá que mudar, entrando em ação,

b) o manejo ou “handling” - que consiste no conjunto de atitudes que a mãe deve desenvolver, neste período, como resposta aos novos sinais que a criança fornece. Ao invés de adivinhar as necessidades do filho, a mãe busca compreendê-las.

Esta é uma fase muito importante em que a mãe precisa dar tempo ao bebê para que expresse seu pedido e depois, ter a sensibilidade para compreender o sentido do mesmo. Ela não deve continuar adivinhando ou adiantando-se aos desejos do filho pois assim procedendo, estaria prejudicando o processo de individuação, abortando o gesto criativo e, ao ignorar os pequenos sinais corporais que a criança envia, provocaria a supressão dos mesmos.

Neste caso, o rompimento da fusão mãe-filho não se realizaria e a criança continuaria como apêndice da mãe ou então desenvolveria um “falso-self”, imposto por ela.

Ao contrário, se a mãe tiver sensibilidade e atenção para os sinais que seu filho emite, este torna-se capaz de percebê-la mais objetivamente, consegue separar-se e pode estabelecer com ela uma relação de objeto real. Quando mãe e filho chegam a este ponto, a conduta da mãe terá que outra vez ajustar-se às novas aquisições e necessidade do filho. Será a:

c) Conduta de apresentar objetos e de conviver com a criança.

Neste período, a mãe é a intermediária entre o mundo circundante e a criança. É ela quem deve apresentar ao filho os novos objetos e os novos contatos. Assim, através dela, a figura do pai e de outras pessoas próximas que interessam à criança, podem começar a fazer parte de seu pequeno mundo vivencial.

A mãe deve apresentar exatamente o objeto que a criança necessita para que esta adquira confiança nos objetos do mundo real. Isto fará com que, durante algum tempo, o bebê sinta, internamente, que foi ele mesmo quem criou este mundo fantasiado e desejado. Este breve período de onipotência é necessário, pois permite experiências de satisfação e/ou frustração que contribuem para a estruturação do Ego.

O que é peculiar na teoria de WINNICOTT, é sua base ideológica otimista, ou seja, sua crença de que o ambiente no qual a criança nasce e cresce, costuma ser suficientemente bom e propício para ela.

Para este Autor, o ser humano não tem sempre que lutar contra um ambiente hostil, como postulava FREUD.

Outra peculiaridade, é o valor relativo que ele atribui à experiência de frustração no processo de dessimbiotização: enquanto, nas teorias de SPITZ (1954) e MAHLER (1975), tal processo de separação decorre de frustrações repetidas que interrompem as experiências gratificantes, na teoria que está sendo enfocada a frustração pode até nem ocorrer pois não é motivo desencadeante de separação mãe-filho.

Pelo contrário, para WINNICOTT, o que ajuda a criança a desenvolver a imaginação elaborativa das vivências físicas é quando suas necessidades corporais e egóicas são satisfeitas. (A mãe portanto deve empenhar-se, com toda sua sensibilidade, em satisfazer tais necessidades para que a criança se sinta segura e possa romper a fusão inicial).

Vê-se aí que, para ele, o reconhecimento da mãe, como pessoa separada, se processa de modo positivo e não por meio da experiência negativa da frustração.

Disso se conclui que o impacto da falta total ou parcial de uma boa relação mãe-filho é, para o Autor, uma questão ainda mais enfatizada do que nos esquemas SPITZ e MAHLER (apud BÉKEI, 1984).

Convém acrescentar que, de acordo com a mesma linha de pensamento, WINNICOTT concebe que a inserção do homem na cultura, segue os mesmos princípios do desenvolvimento da relação mãe-filho.

Assim, a condição que leva o ser humano a relacionar-se com seus semelhantes, não é a necessidade de descarregar impulsos instintivos, mas sim, a sua vulnerabilidade e seu desejo de afeto (BÉKEI, 1984).

Dentre os muitos postulados de WINNICOTT sobre o desenvolvimento da criança, faz-se necessário ainda apresentar neste trabalho, uma síntese de sua “teoria sobre a mente” e de seus conceitos de “falso-self” e de “objetos e fenômenos transicionais”.

Pensamos que estas noções oferecem subsídios úteis para a compreensão e análise das manifestações psicossomáticas e, no caso da obesidade, têm sido utilizadas para esclarecer sua gênese, desenvolvimento e psicodinamismos.

Apresentaremos pois, a seguir, os referidos conceitos, para, posteriormente, discuti-los e aplicá-los.

2. CONCEPÇÃO DE WINNICOTT SOBRE A MENTE

Em 1949, WINNICOTT formulou uma teoria sobre a mente, procurando esclarecer sua gênese e desenvolvimento, quer normal, quer patológica. Postulou que uma das raízes mais importantes da mente está na necessidade que a criança tem de contar com um ambiente perfeito para dar continuidade à sua existência e desenvolver-se de modo sadio. Esse ambiente perfeito, como esclarece, é formado pela mãe, suficientemente boa, que se adapta ativamente às necessidades de sua criança, favorecendo-lhe o aprimoramento de suas potencialidades e a conquista progressiva de um maior grau de independência. (Como já foi visto, a mãe devotada comum tem essa habilidade para ajustar-se a seu bebê e fornecer-lhe, em cada etapa, as condições necessárias a seu bom desenvolvimento).

Tal mãe é aquela que também é capaz de fornecer um fracasso gradual na adaptação à medida que seu bebê demonstre habilidade para compensar os pequenos fracassos do ambiente, por meio da atividade mental e da compreensão. Isto será fundamental para que a criança desenvolva tolerância frente a suas necessidades egóicas ou pulsionais. “A atividade mental do bebê transforma o relativo fracasso de adaptação em um sucesso adaptativo” (WINNICOTT, 1949. p.412)

Nessas condições, a mente evolui de forma normal integrando-se ao soma para constituir-se um tipo especial de funcionamento do psique-soma. Ao contrário, sempre de acordo com o mesmo Autor, se a criança não atravessa satisfatoriamente bem os estádios mais remotos do desenvolvimento, sua mente pode seguir uma tendência anormal, transformando-se numa **falsa entidade** com localização precisa em alguma parte de seu corpo ou fora dele.

Assim, por exemplo, quando a mãe tem um comportamento irregular (maternagem inconstante) e não se adapta às necessidades de seu bebê, impondo-lhe, antes, os seus comandos, a criança sente-se invadida e precisa reagir. WINNICOTT postula que, em tal situação, o bebê reagirá com uma **hiperatividade do funcionamento mental** a tal ponto que pode ocorrer uma oposição entre a mente e o psique-soma. Nessa situação, isto

é, no estado anormal do ambiente, o pensamento da criança é que assume a função do ambiente e começa a controlar e organizar os cuidados a serem dispensados ao psique-soma.

O resultado mais comum é que o funcionamento mental se torna uma coisa em si (entidade), substituindo a **mãe boa** e tornando-a desnecessária. Neste caso porém, contrariamente ao que isso sugere, a criança não consegue desprender-se da mãe real, apresentando um falso crescimento pessoal com base na submissão.

No dizer de WINNICOTT, "A psique do indivíduo se deixa atrair por essa mente, afastando-se do relacionamento íntimo que originalmente mantinha com o soma", o que resulta em uma **mente-psique que é patológica**. (WINNICOTT 1949,p.414)

Segundo ele, esse padrão distorcido de funcionamento mental afetaria os estádios posteriores do desenvolvimento, manifestando-se na tendência de o indivíduo buscar, em seus relacionamentos, pessoas dependentes que lhe permitam desempenhar o papel de "mãe protetora".

Aparentemente este indivíduo teria uma qualidade quase mágica de aliviar o sofrimento alheio, graças a sua capacidade extrema de se adaptar às necessidades primitivas. Entretanto, na prática, a falsidade dessa conduta logo se revela pois, como escreve nosso Autor, "**O indivíduo está o tempo todo precisando achar outra pessoa que torne real esse conceito de 'ambiente bom' de modo a poder retornar ao psique-soma dependente (...) único lugar a partir do qual ele pode viver. Neste caso, o estado 'sem mente' passa a ser desejado.**" (idem p. 415)

[É interessante notar que ANNA FREUD (1936) estudando a conduta de adolescentes, já havia chegado a conclusões semelhantes aos postulados de WINNICOTT. Através da comprovação científica de que as crianças órfãs - que carecem de uma figura materna estável em seus primeiros anos de vida apresenta sérias dificuldades ao entrarem no período adolescente, a Autora concluiu que " a falta de uma fixação na mãe constitui uma ameaça para toda a coerência interna da personalidade durante este período."

Verificou-se ainda que, nestes casos, a adolescência costuma ser precedida por uma busca desenfreada dessa figura materna.

Com base nesses achados, inferiu ela que **"a possessão interna e a catexia dessa figura parecem ser essenciais para a normal realização do processo seguinte, que consiste em retirar a libido dela pra transferi-la a novos objetos ..."** (ANNA FREUD 1936 p. 175)]

Desenvolvendo sua teoria sobre a mente, WINNICOTT pôde também compreender melhor a função da doença psicossomática que ele considera um outro recurso que o indivíduo pode utilizar quando sua mente se transforma numa entidade, forçando a psique a distanciar-se do soma.

Em seu enfoque, um dos objetivos da enfermidade psicossomática é atrair a psique novamente para junto do soma, neutralizando a sedução exercida pela mente.

A nosso ver, a conclusão mais importante que se pode tirar desta última idéia, é a de que:

- a raiz da doença psicossomática encontra-se também num ambiente primitivo mau que primeiramente força a dissociação entre psique e soma e, num segundo momento, cria o sintoma, como forma de buscar novamente a integração perdida.

Finalmente, para completar sua teoria da mente, WINNICOTT menciona um segundo tipo de funcionamento mental (que afirma existir mesmo antes do nascimento) no último período da vida pré-natal: Trata-se da memorização e catalogação.

Assim, quando as invasões do meio exigem reações excessivas que não podem ser compensadas, gerando confusão, a mente entraria em ação conseguindo no máximo, catalogar essas reações e memorizá-las de acordo com a ordem em que ocorreram.

Verifica-se ainda, através deste método, que o indivíduo é capaz de relatar sua experiência de nascimento na ordem cronológica em que os eventos perturbadores ocorreram.

E, continua ele, esse segundo tipo de funcionamento mental tanto pode ser um impecilho para o psique-soma, como pode ter um emprego mais saudável.

O primeiro caso se verifica quando o registro e catalogação das invasões do meio ficam retidas na mente, como um corpo estranho, sem haver possibilidade de compreensão ou predição para futuras invasões.

No segundo caso, o que foi catalogado pode ser assimilado em estádios posteriores do desenvolvimento.

3. CONCEITO DE "FALSO-SELF" *

R. GADDINI, (1984), esclarece que os termos **self-verdadeiro** e **falso-self** são empregados por WINNICOTT para diferenciar o aspecto interior, autêntico de uma pessoa - aquele que não compactua com o ambiente - do seu aspecto exterior e complacente, construído segundo as expectativas do ambiente.

Segundo WINNICOTT (1960) o falso-self é de natureza defensiva pois organiza-se com intuito de proteger e/ou ocultar o self-verdadeiro por meio da submissão às exigências ambientais.

A princípio, essa função defensiva do falso-self é positiva porém, se utilizada excessivamente, torna-se patológica, podendo provocar uma forte cisão na personalidade.

* A noção de Self em WINNICOTT decorre da concepção original de FREUD que empregou este termo para referir-se à parte mais central do ego que se relaciona com os instintos. A contribuição de WINNICOTT está em condicionar o nascimento do self no bebê, à qualidade dos cuidados maternos nos primeiros meses de vida e em estabelecer uma polarização entre o self-verdadeiro, que é espontâneo e criativo e o falso-self, que é artificial, submisso e superadaptado ao meio MELLO F° (1989)

Um certo grau de falso-self faz parte da vida normal e está presente nas atitudes amáveis e polidas das pessoas. A própria adaptação social requer o desenvolvimento de um self 'conciliador' mas, neste caso, os aspectos falsos estão integrados à personalidade e não se confundem com ela.

Entre esses dois níveis de falso-self há diferentes posições ou graus que podem ser mais normais ou mais patológicos.

3.1. ETIOLOGIA E VICISSITUDES DO FALSO-SELF

O estágio inicial do falso-self está relacionado à incapacidade da mãe em complementar a onipotência do lactente, no período de suas primeiras relações objetivas, basicamente na etapa da não-integração.

Como acima nos referimos, neste estágio os vários elementos sensorio-motores não estão coesos e não há ainda uma realidade psíquica interna. Apesar disso, periodicamente, o lactente expressa um impulso espontâneo ou alucinação sensorial, denominada por WINNICOTT de **gesto espontâneo** e que é sinal de um princípio de organização mental indicando que, potencialmente, já existe um self-verdadeiro.

"...O gesto espontâneo é o self-verdadeiro em ação." diz ele (1960)

Este self-verdadeiro se torna uma realidade viva à medida que a mãe responde, repetidamente, ao gesto espontâneo ou à alucinação sensorial do lactente, apresentando-lhe o objeto, (o seio) exatamente no momento em que ele sente vagamente sua necessidade.

Assim procedendo, ela proporciona ao bebê uma experiência de onipotência, a qual lhe é necessária para que comece a acreditar na realidade externa; depois, gradativamente, irá ele reconhecendo o elemento ilusório. Dessa experiência resultam:

- a capacidade de poder usar símbolos,
- o sentimento de existir e ser real e

- a aptidão para tolerar frustrações, o que possibilita:
- criatividade e
- o desenvolvimento pessoal.

Portanto, para que o self-verdadeiro comece a existir, a participação da mãe é fundamental pois é através da confirmação das expressões onipotentes do lactente que ela compensa aquele frágil Ego nascente, emprestando-lhe força e ajudando-o a integrar os vários elementos sensório-motores.

Se, por falta de empatia com as necessidades do filho, a mãe, nesse estágio, falhar reiteradamente em satisfazer-lhe os gestos espontâneos, substituindo-os por seus próprios gestos, pouco a pouco o bebê irá deixando de emitir seus sinais espontâneos, submetendo-se aos gestos e imposições dela.

Desse modo, progressivamente, ele passará a não acreditar mais em sua 'onipotência' e a perder a espontaneidade e criatividade, começando a desenvolver um **falso-self**.

A base do falso-self, portanto, está nesta relação invertida que se estabelece, primeiramente no vínculo da criança com a mãe (onde é o bebê que se adapta à mãe e não vice-versa) e, posteriormente, se estende à relação global da criança com o mundo externo.

Esta inversão, no entanto, não se dá sem protestos; a criança manifestará contrariedade, através de:

- distúrbios alimentares,
- irritabilidade generalizada e
- outras disfunções orgânicas

que podem surgir de forma branda neste estágio mas reaparecer de forma severa em estágio posterior. (WINNICOTT, 1960 p. 134)

Um grau acentuado de falso-self interfere com o processo que leva à capacidade de usar símbolos, impedindo-o ou interrompendo o seu curso:..."o símbolo é, de início, ao mesmo tempo, espontaneidade e alucinação e também o objeto externo criado e finalmente catexizado " (diz ele, a pg. 133).

Analizando essa definição, GADDINI (1984) comenta que nela, o Autor "**liga, implicitamente, o conceito de verdadeiro e falso-self ao de objeto transicional**". (GADDINI p. 6)

Realmente WINNICOTT (1960) assinala que a base da formação de símbolos está na possibilidade de acesso aos objetos ou fenômenos transicionais - a área intermediária entre a realidade externa e a realidade protetora interna entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido.

Esta idéia já estava presente em seu trabalho sobre os objetos e fenômenos transicionais quando afirmou que: "a saúde está intimamente ligada à capacidade do indivíduo em viver numa área que é intermediária entre o sonho e a realidade, aquela área que é chamada de vida cultural"(1952). (Esta noção de objeto transicional será vista com mais detalhes no próximo item)

Ora, o lactente com falso-self não tem acesso a esta área, já que não é permitido experimentar a ilusão de ser ao mesmo tempo indivíduo e ambiente - o que abriria um espaço potencial para o crescimento.

O fato de não ter contacto com essa área se reflete na pouca capacidade para uso de símbolos e na pobreza de vida cultural dos indivíduos de falsa existência. Realmente, o portador de um falso-self é incapaz de acreditar e de ter confiança em si mesmo; ele necessita assimilar os outros para não sentir o vazio dentro de si.

Afirma o nosso Autor que "os indivíduos falso-self carecem do elemento central da originalidade criativa e portanto, só poderão progredir no trabalho analítico quando passarem a reconhecer sua não-existência e sua falsidade".

A este respeito, GADDINI (1984) chama a atenção para os aspectos depressivos e destrutivos inconscientes da personalidade do falso-self que podem dificultar o trabalho analítico quando projetados na figura do terapeuta que, neste caso, passa a ser desvalorizado e desprestigiado pelo paciente.

Para finalizar, cabe ainda destacar dois aspectos que consideramos bem interessantes nesta visão Winnicottiana e com relação à este trabalho:

O primeiro é o que afirma ter a doença orgânica, em certos casos, uma função positiva de preservar o indivíduo das condições ambientais anormais, permitindo que seu self-verdadeiro continue existindo, através dos sintomas orgânicos-única forma de não compactuar com o ambiente.

O segundo aspecto é a advertência que faz o Autor para os casos de falso-self que se ocultam sob o disfarce de uma capacidade intelectual privilegiada.

Nestes casos, a mente se torna o lugar do falso-self, ocorrendo uma dissociação entre a atividade intelectual e o resto da personalidade, difícil de ser percebida pelo próprio indivíduo. E no entanto, a pessoa com tal estruturação, sente-se tanto mais falsa quanto maior é seu êxito intelectual.

Para nós, a questão que se levanta é se tais indivíduos teriam ou não a capacidade de usar símbolos.

(Sabemos que essa capacidade, de acordo com WINNICOTT, não está aberta aos portadores de um falso-self.)

O que nos parece é que, apesar de lidarem com conteúdos ideativos e símbolos abstratos, essas pessoas não são capazes de simbolizar experiências pessoais vivas, nem de substituir o real pela fantasia.

4. A NOÇÃO DE FENÔMENOS E OBJETOS TRANSICIONAIS

Para esclarecer esta noção é preciso situar o momento em que surgem tais fenômenos e objetos transicionais como faz R. GADDINI (1982). Sendo assim, recapitulemos com ela:

De acordo com a teoria Winnicottiana, a criança, bem no começo da vida, já possui um Ego primitivo que é o resultado da totalidade das experiências corporais que vivenciou nos últimos meses de gestação, no parto e, principalmente, nos primeiros meses de vida. É a partir destas primeiras sensações corporais que a criança elabora, progressivamente, emoções, sentimentos e pensamentos, adquirindo uma realidade interna. Somente quando adquire plena confiança no que lhe é familiar, ou seja, quando alcança um sentido de si mesma e de constância objetal, é que poderá ir-se deslocando da organização de seu Ego para relacionar-se com o mundo externo e então organizar um sentido de realidade.

É a união com a mãe, na sua função de refletir o Ego do bebê, que permite a formação dessa constância objetal.

Neste momento, no dizer de GADDINI (op cit), a criança "deve ter condições de encontrar um espaço seu, onde possa crescer. Este espaço potencial (entre o Ego e a mãe), derivado da perda e da separação que traz para a criança preocupação e luto, será ocupado por um objeto (ou área) transicional, que será usada pela criança para enfrentar a dor e a perda."

A criança agarra este objeto no momento em que vai dormir, ou seja, quando começa a se desligar da realidade externa. Tal objeto traz ao lactente a segurança que precisa ter, de que sua mãe continua existindo, apesar de seus ensaios em direção a certa autonomia e independência. (GADDINI, 1982).

Nas palavras de WINNICOTT (1951) os termos **objetos transicionais e fenômenos transicionais foram introduzidos** "para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta ..."

'Objetos transicionais' para ele são, por exemplo, a ponta de um cobertor ou de um travesseirinho, um pedaço de tecido, etc. e 'fenômenos transicionais' seriam o balbucio, sons, canções, gestos, maneirismo que o bebê repete antes de dormir.

Tanto uns como outros já não fazem mais parte do Eu - são objetos e/ou fenômenos 'não-eu' porém ainda não são plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade externa. Situam-se numa área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido; nosso Autor ainda explica que, naturalmente, não é o objeto que é transicional mas que:

"representa a transição do bebê, de um estado em que este está fundido com a mãe, para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado".

Interessou-se ele, e muito, por este momento do desenvolvimento, onde ocorre o que denominou de **a primeira possessão de objeto 'não-eu'** porque viu nesta experiência o substrato da ilusão que na vida adulta pode ter um aproveitamento enriquecedor na arte e na religião, ou pode também desviar-se para a patologia, manifestando-se de modo exacerbado na loucura.

Existe uma ampla variabilidade quanto ao período de instalação do fenômeno a que nos estamos referindo, sendo que o Autor deixou em aberto que o mesmo tanto poderia iniciar-se aos 4 meses, 6 ou 8 e até mesmo aos 12 meses.

Quanto ao término, isto é, o destino do objeto e/ou fenômeno transicional, o mais comum é que ele vá sendo descatexizado e com o passar dos anos, se torne não tanto esquecido, mas 'relegado ao limbo' com diz nosso Autor textualmente, mas, nos diversos rumos e difusões a que a relação com o objeto transicional pode seguir e se ampliar, destaca ele, inicialmente:

- o brincar,
- a criatividade e
- o sonhar,

além disso, cita também:

- o fetichismo,
- o mentir,
- o furto,
- a origem e a perda do sentimento afetivo,
- o vício em drogas,
- o talismã dos rituais obsessivos, etc.

Ora, neste sentido, SUGARMAN & KURASH (1982) propõem que o comer compulsivo de bulímicos seja também considerado como um exemplo de objeto transicional, que teve seu desenvolvimento desviado da saúde, e o que nos parece bastante plausível.

Realmente, WINNICOTT (1951) percebera que, quando a criança fazia o uso típico do objeto transicional, isto é, quando este funcionava como um 'acalmador' ou 'tranquilizador', (e não como um 'confortador') geralmente a criança tinha um desenvolvimento emocional saudável, tornava-se um adulto mais livre e independente.

Realmente, WINNICOTT (1951) percebera que, quando a criança fazia o uso típico do objeto transicional, isto é, quando este funcionava como um 'acalmador' ou 'tranquilizador', (e não como um 'confortador') geralmente a criança tinha um desenvolvimento emocional saudável, tornava-se um adulto mais livre e independente.

Relacionando com o conceito Kleiniano de objeto interno, (Vide KLEIN, 1935) enfatizou ele então que o objeto transicional não é um objeto interno mas que está muito ligado a ele, principalmente quando este objeto interno é real e suficientemente bom (não muito persecutório).

Por sua vez, o objeto interno depende da existência e vitalidade do objeto externo para ter sentido.

Se este objeto externo ou transicional falhar ou for inadequado, ambos os objetos perdem seu sentido.

O objeto transicional pode, portanto, representar o seio (externo) mas indiretamente, por ser representante de um seio 'interno'.

Nas palavras de WINNICOTT (op cit),

"Os fenômenos transicionais representam os primeiros estágios do uso da ilusão, sem os quais não existe, para o ser humano, significado na idéia de uma relação com um objeto que é por outros percebido como externo a esse ser".



.

Capítulo III
A ADOLESCÊNCIA E SEUS CONFLITOS BÁSICOS

1. DEFINIÇÃO e CONCEITO

A adolescência (do latim *adolescere* = crescer) é o período de crescimento acelerado que se situa entre a infância e idade adulta. O sentido desse 'crescimento' é bastante amplo e abrangente, pois se refere a uma série de mudanças em quase todos os aspectos da vida física, mental, social e emocional.

Do ponto de vista psicológico, a adolescência tem sido descrita como um período de extensa reorganização da personalidade, que se reflete na conduta e no ajustamento familiar e social do indivíduo.

Quem primeiro levantou a questão sobre o problema, foi STANLEY HALL (1904). Considerava ele a adolescência como "um período dramático marcado por fortes conflitos e tensões," comparando-o a um segundo nascimento, conforme cita PFROMM NETTO (1974)

SULLIVAN (1953) concebe a adolescência como um período conturbado, em virtude das dificuldades para integrar a sexualidade e as outras necessidades interpessoais como a de segurança e a de sentir-se livre da ansiedade. E ressalta ele o papel da cultura ocidental como um agravante dessas dificuldades. (Apud GALLATIN, 1978)

FRIEDENBERG (1959) define a adolescência como "o período durante o qual um jovem aprende quem ele é, e o que realmente sente. É a época durante a qual ele diferencia a si mesmo de sua cultura..."(apud GALLATIN, 1978)

ANNA FREUD (1962) considera as perturbações e transtornos do período adolescente como indícios de desenvolvimento normal que refletem ajustamentos que estão ocorrendo a nível interno.

STONE & CHURCH (1969) também se referem ao pioneiro STANLEY HALL (1904) lembrando que a adolescência foi chamada por ele de "Sturm and Drang" para significar que tal período caracteriza-se por ser um tempo de agitação interna, de "tensão, tormenta e dificuldades" as quais se manifestam externamente no comportamento, fazendo com que o adulto que convive com o adolescente participe também desses tumultos.

Descrevem estes AA o adolescente como aquele que se sente "fora de lugar" e que tem a preocupação básica de saber quem ele é e a que lugar pertence. O tema central dessa idade, segundo eles, é a descoberta de si mesmo e a reformulação e ajuste da auto-imagem.

1.1. DEFINIÇÃO DO PERÍODO

BLOS (1962) e vários autores com ele, distinguem os termos PUBERDADE e ADOLESCÊNCIA, empregando o primeiro para descrever apenas as transformações corporais e o segundo para os componentes psicológicos desse processo, o qual é sempre determinado e influenciado pela cultura e sociedade.

Segundo OUTEIRAL (1982) esta distinção é importante pois nem sempre a puberdade antecede a adolescência; algumas vezes as mudanças psicológicas iniciam-se antes das transformações físicas.

STONE & CHURCH (1969) chamam de PUBESCÊNCIA o período de aproximadamente dois anos, marcado por várias transformações físicas (aumento acelerado na estatura, alteração nas proporções corporais, início das características sexuais secundárias); e reservam o nome de PUBERDADE para designar o ponto onde as mudanças biológicas atingem seu clímax (menarca e/ou primeira ejaculação).

O termo ADOLESCÊNCIA incluiria o período completo mas aqui, tais AA ainda distinguem duas fases: a inicial e a final, esta adentrando-se na idade adulta.

A definição do período da adolescência portanto, não é simples nem tão fácil. Há disparidades entre os autores quanto ao que consideram mais relevante, não havendo definição elaborada dos limites no que se refere ao início e ao término desta fase.

Em geral o critério biológico, por ser um evento universal, é o mais adotado como início do período mas há que se considerar os aspectos psico-emocionais e os sociais que chegam de maneira mais lenta.

Por outro lado, o critério da idade cronológica seria muito falho devido às diferenças individuais, não caracterizando portanto nem a idade biológica nem a idade mental do adolescente.

A OMS (1977) sugere, para efeitos clínicos e de investigação, que se especifique, junto com a idade cronológica, o grau de desenvolvimento, com algum índice de puberdade como a menarca ou os estirões de crescimento, mas reconhece que estas definições não oferecem praticidade para efeito de estatísticas com vistas à planificação sanitária. Recomenda então que se adote uma definição cronológica suficientemente ampla, para poder ser aplicada em variados contextos sócio-culturais e que diferencie entre as primeiras e as últimas fases da adolescência.

Em suas estatísticas, a OMS considera que o período em questão corresponde à segunda década da vida, (dos 10 aos 19 anos) havendo uma subdivisão em duas fases: dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos.

Com frequência também, emprega o conceito mais amplo de juventude (dos 15 aos 24 anos) incluindo portanto a fase seguinte, (20 aos 24 anos) que, em nosso meio costumava ser denominada de 'mocidade' ou de 'idade adulta-jovem'. (OMS, 1965 e 1977).

É, realmente, um fato comprovado em nossos dias que, cada vez mais, o final da adolescência vem sendo postergado. Já não mais se distingue entre 'adolescência' e 'juventude' - os termos tendo-se tornado praticamente sinônimos - pois os adultos-jovens continuam a apresentar as características psicológicas da adolescência, com seu traço típico de 'desconformidade com o meio circundante'. (BATTISTONI & KNOBEL, 1992).

2. ENFOQUE PSICOSSOCIAL

O período adolescente só pode ser claramente compreendido e elucidado numa perspectiva holística que inclua os componentes bio-psico-sociais do indivíduo, estudados conjuntamente.

Em trabalho anterior (BATTISTONI & KNOBEL,1992) já enfatizamos essa premissa, utilizada na psicanálise, afirmando que "a dimensão psicossocial da adolescência é a visão de como o indivíduo se estrutura em seu contexto social nesta fase da vida, ou seja, a compreensão de suas características, seus conflitos intra e extra-psíquicos e suas manifestações de conduta."

Diversos autores e estudiosos da adolescência, têm trabalhado com o referencial psicanalítico, esclarecendo múltiplos aspectos da dinâmica desta etapa evolutiva.

O psicanalista ERIKSON (1963) é, sem dúvida, a figura de maior destaque nesta abordagem. Ele promoveu uma integração cognitiva realmente construtiva ao aproximar as idéias de FREUD às conquistas da Antropologia Cultural, quando elaborou sua 'Teoria do Desenvolvimento'. Postula ele que o indivíduo atravessa oito etapas ou 'idades' durante seu desenvolvimento, cada uma das quais caracterizada por um conflito básico; e que, através da resolução sucessiva de tais conflitos, é que ele vai, progressivamente, desenvolvendo sua personalidade e constituindo sua identidade de Ego. O cerne portanto desta teoria é a aquisição da identidade.

O período da adolescência é visto por ERIKSON como o momento crucial ou 'de crise' da identidade. E ele que enfocou este período em diferentes contextos sócio-culturais, define CRISE como "um ponto decisivo e necessário, quando o desenvolvimento tem que optar por uma ou outra direção, escolher este ou aquele rumo, mobilizando recursos de crescimento, recuperação e nova diferenciação" (ERIKSON, 1968). É uma CRISE NORMATIVA, diz ele, (substituindo os antigos termos 'tempestade' e 'tormenta' usados então) e afirma que o conflito da adolescência é o da Identidade vs Difusão de Papeis, pois ou o jovem estabelece uma identidade pessoal coerente e integrada ou corre o risco de difundir-se em múltiplos papéis.

O processo adolescente estará completo, segundo tal Autor, quando o indivíduo subordina a soma de todas as identificações efetuadas na infância a uma nova espécie de identificação, conseguida na socialização e na aprendizagem competitiva - com e entre seus pares - e com figuras líderes fora da família.

Outro conceito básico e inovador de ERIKSON (1968) que substitui com mais propriedade a antiga noção de 'turbilhão' da adolescência, é o que ele chamou de MORATÓRIA PSICOSSOCIAL, isto é, aquele período de espera que o jovem enfrenta antes de assumir os compromissos adultos, período este que se caracteriza por uma tolerância seletiva por parte da sociedade e uma atividade lúdica - de treino e experimentação de papéis - por parte dele.

ERIKSON (op cit) considera essa experiência desejável e benéfica para todos os adolescentes e admite que há muitas variações individuais e culturais que influenciam o tipo de moratória apresentada. São, em geral, exigências e normas estabelecidas para o reconhecimento da maturidade do jovem e para a permissão de seu engajamento na vida adulta.

Nas sociedades primitivas este reconhecimento ocorre muito mais cedo, pois, após os ritos de iniciação da puberdade, o jovem já se pode considerar um adulto. Em nossa atual sociedade o período adolescente é bastante prolongado em função da diversificação nas opções individuais e das múltiplas exigências para a participação na vida adulta.

De fato, como STONE & CHURCH (1966) já haviam assinalado, quanto mais complexa a sociedade se torna, maior é o intervalo que separa a maturidade biológica da maturidade social. Cada vez mais, várias facetas da vida adulta vêm sendo adiadas para idades mais avançadas, como por exemplo, a independência econômica, o término dos estudos, o casamento, etc.. Além disso, "a atmosfera de instabilidade social, gerada por acontecimentos mundiais e pelo progresso tecnológico, tem feito o destino do adolescente ser muito mais difícil do que nos anos passados. Ele tem não somente de encontrar-se mas encontrar-se dentro de um mundo que se recusa a permanecer o mesmo, até de uma semana para outra."

Em suma, a abordagem psicossocial procura compreender todas essas questões. Estuda o adolescente inserido em seu contexto histórico-social e cultural, interessa-se em determinar as influências complicadoras ou facilitadoras do ambiente para o processo adolescente de busca da identidade e, em contrapartida, estuda também os efeitos transformadores que a comunidade jovem exerce sobre a sociedade.

3. VISÃO PSICODINÂMICA

3.1. A ADOLESCÊNCIA NORMAL DE ARMINDA ABERASTURY E MAURÍCIO KNOBEL (1970)

Os autores acima, de cujas idéias participamos inteiramente, interessaram-se principalmente pelos psicodinamismos do processo adolescente e pelas nuances que o conceito de normalidade pode assumir nesta etapa vital. Em sua visão, a adolescência, mais do que simples transição entre a infância e a idade adulta, "é etapa decisiva de um processo de desprendimento que começou no nascimento" É um período caracterizado por instabilidades e desequilíbrios, contradições e ambivalências, angústias e atritos com o meio familiar e social. Este quadro, frequentemente confundido com estados patológicos, é fruto de uma profunda e necessária reorganização da personalidade, visando estabelecer uma identidade adulta - "objetivo fundamental desse momento da vida"

Essa reestruturação interna da personalidade é compreendida como um doloroso processo de 'luto psicológico', pela infância perdida. De fato, esclarecem eles que na base de todo o processo adolescente, existe "uma situação que obriga o indivíduo a reformular os conceitos que tem a respeito de si mesmo e que o levam a abandonar sua auto-imagem infantil para projetar-se na vida adulta".

3.1.1. A NOÇÃO DE LUTO PSICOLÓGICO

Do ponto de vista psicodinâmico, um luto psicológico possui as mesmas características do luto real sentido pela perda de um ente querido. É um processo de elaboração que demanda tempo e causa muito sofrimento. Assim, o luto psicológico pela perda de aspectos da personalidade é particularmente moroso.

E aqui abramos um parênteses para citar KUBLER-ROSS (1969) que, estudando pacientes terminais, identificou estágios no processo do "morrer" que se aplicam a toda a

vivência do luto. São eles: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e, finalmente, a aceitação.

Portanto, durante um processo de luto, é normal que o indivíduo passe por períodos de negação maníaca, idealização do objeto perdido, depressão e identificação projetiva com o mesmo para, aos poucos, ir desidealizando esse objeto e incorporando seus aspectos positivos, os quais, de certa forma, influenciarão a escolha de futuros objetos substitutivos quando o luto for superado. E nem nos esqueçamos que FREUD (1917) afirma que "quando o trabalho de luto se conclui, o Ego fica outra vez livre e desinibido".

ABERASTURY (1970) assinala ainda que a elaboração dos lutos, na adolescência, requer "permanentes ensaios e provas de perda e recuperação de ambas as idades: a infantil e a adulta".

Isto quer dizer que as flutuações extremas do adolescente, entre a dependência e a independência, entre a ânsia de crescimento e o refúgio na fantasia, entre condutas infantis e atitudes adultas, são compreensíveis e até mesmo necessárias.

Em algumas circunstâncias porém, devido a problemas anteriores no curso do desenvolvimento ou a fortes pressões criadas pelo ambiente social, o adolescente pode ter dificuldades em desprender-se da infância, vivendo os lutos básicos dessa idade de uma forma patológica. São os casos em que o adolescente mantém, por exemplo, a negação maníaca ou manifesta uma depressão melancólica, identificando-se com as partes mortas do objeto.

E nem nos esqueçamos de que FREUD (1917) ao estudar a melancolia, comparou-a com o luto patológico onde "a sombra do objeto cai sobre o Ego" e o indivíduo parece comportar-se como um morto-vivo, manifestando um forte empobrecimento de seu Ego e uma extraordinária diminuição de sua auto-estima. "No luto normal, diz ele, o mundo é que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio Ego."

São três os lutos básicos da adolescência:

1) luto pelo corpo infantil - As acentuadas e rápidas transformações corporais que ocorrem no início da adolescência são vividas pelo jovem como algo externo e invasor, por estarem fora do controle pessoal. Ele tem que assistir, passivamente, às mudanças que se vão operando em seu corpo, até vê-lo transformar-se em algo muitas vezes distante do corpo adulto que desejava ter. Além disso, perder o corpo infantil, que é por natureza pouco definido sexualmente, significa também ter que elaborar a perda da bissexualidade. As características sexuais primárias e secundárias que vão aparecendo na adolescência, conferem ao indivíduo um novo status - ser homem ou mulher- e um novo papel na união com o sexo oposto, com vistas à procriação.

No processo normal de luto pelo corpo infantil perdido, o jovem pode apresentar queixas hipocondríacas, dismorfofobias, somatizações de diversos tipos, excesso de peso, preocupações com a silhueta, etc., ou manifestar um total descuido com a saúde e a higiene do corpo. Este se torna para ele como que um 'estranho', havendo a necessidade de se fazer as pazes com ele e habitá-lo. Os mecanismos de dissociação, projeção e introjeção são frequentemente utilizados neste período e auxiliam nas discriminações importantes que devem ser efetuadas.

2) luto pela identidade e papel-de-criança - A identidade infantil caracteriza-se por ser irresponsável e dependente. Ao deixar a infância, o adolescente deve renunciar a essa dependência dos adultos que lhe providenciavam a satisfação de suas necessidades básicas e aceitar novas responsabilidades, muitas vezes desconhecidas e trabalhosas. Crescer portanto, também significa sofrer e perder partes significativas do Eu.

3) luto pelos pais da infância - Neste tempo, os pais dos adolescentes também modificam suas atitudes: tornam-se mais exigentes, esperam de seus filhos comportamentos mais responsáveis e autônomos e já não lhes oferecem tantas gratificações narcísicas. Esta mudança que é positiva - se não for drástica - auxilia por um lado o adolescente no processo de dessimbriotização da família mas por outro, acompanha-se muitas vezes de uma nostalgia do passado, embora nem sempre consciente

Tendo por base essa concepção psicodinâmica da adolescência, foi que KNOBEL (1970) introduziu e desenvolveu o conceito de "síndrome normal da adolescência" para descrever as manifestações típicas desse período evolutivo.

Concordando aliás com A.FREUD (1958) que afirma que o normal na adolescência é o desequilíbrio e a instabilidade, KNOBEL refere que, de acordo com a psicologia evolutiva, a conduta adolescente tem coerência e lógica, embora, aos olhos do mundo adulto essa conduta seja vista como algo seminormal ou semipatológico pois, neste meio, o jovem é quase sempre considerado alguém que está em desacordo e desarmonia com as normas da sociedade.

Explica ainda este Autor, que são os processos de luto que dão origem às atuações defensivas dos jovens, as quais podem assumir caráter psicopático, fóbico, maniaco ou esquizoparanóide, conforme as circunstâncias e as condições internas de cada indivíduo. E, levando em consideração tais aspectos, associou ele, deliberadamente, termos tão contraditórios como 'síndrome' e 'normal', em parte para enfatizar a discrepância da noção de normalidade nesta fase e, talvez, também para transmitir a idéia de que, embora normal, este período necessita de uma atenção especial dos pais, terapeutas e educadores, pela intensidade dos conflitos subjacentes e pelas profundas reestruturações que devem ser processadas no interior da personalidade.

Assim, em sua "síndrome normal", KNOBEL identificou 10 itens ou 'sintomas' que caracterizam o processo adolescente, a saber:

1)	a busca da identidade;
2)	a tendência grupal;
3)	a necessidade de intelectualizar e fantasiar;
4)	as crises religiosas;
5)	a deslocalização temporal;
6)	a evolução sexual para a heterossexualidade;
7)	a atitude social reivindicatória;
8)	as contradições na conduta;
9)	a separação progressiva dos pais;
10)	as flutuações no humor e estado de ânimo.

A expressão desta síndrome, a maneira como se manifesta em diferentes culturas e momentos histórico-sociais pode variar, mas seu embasamento psico-biológico lhe dá características universais, afirma o Autor, acrescentando que: "o problema da adolescência deve ser tomado como um processo universal de troca, de desprendimento, mas que será influenciado por conotações externas peculiares a cada cultura, as quais poderão favorecer ou dificultar seu andamento, segundo as circunstâncias" (KNOBEL, 1970).

3.1.2. O CONCEITO DE NORMAL E PATOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA

KNOBEL (1970) compartilha a idéia de que o conceito de normalidade se estabelece sobre as pautas de adaptação ao meio, o que não significa submissão ao mesmo, mas capacidade para usar os recursos disponíveis a fim de obter a satisfação das necessidades básicas, numa interação constante, que permita modificar certas circunstâncias desagradáveis e conseguir substituições para o indivíduo e a comunidade. Cita MERLOO, o qual afirma que a personalidade bem integrada nem sempre é a melhor adaptada, mas a que tem a força interior para julgar em que momento uma adaptação temporária ao meio ou uma mudança na conduta podem ser necessárias ou estar em conflito com a realização de certos objetivos básicos.

E é neste aspecto que o adolescente pode falhar, comenta KNOBEL pois, muitas vezes, não é ele capaz de aceitar o fato de que uma adaptação temporária por vezes se faz necessária para se atingir certo objetivo. O jovem, em geral, associa 'adaptação' a 'submetimento' e então rejeita qualquer atitude conformista.

Já a patologia na adolescência, pode ser diagnosticada quando há uma alteração ou perturbação da "síndrome normal", por fixação, regressão ou desorganização parcial ou total da personalidade. (KNOBEL, 1974)

- Ocorre fixação quando há um acentuado predomínio de um ou vários itens ou 'sintomas' dessa síndrome, sobre os demais e a conduta adolescente assume uma forma cristalizada que foge à normalidade. (Nesta fase, o normal é justamente a flexibilidade, a transitoriedade e a variabilidade das condutas).

- Outro sinal de patologia é a adolescência retardada, quando o jovem vai-se tornando cada vez mais infantil e dependente ou volta a apresentar características iniciais de adolescência (quer por regressão, quer por fixação).

- Por fim, a patologia também pode decorrer de uma desorganização da personalidade, dando origem às psicoses onde, no dizer de nosso Autor, o que predomina é "a falta de limites entre Ego e Não-Ego, a ambiguidade, a total desorientação temporal e a falta de um sentido de realidade externa consensual".

Além disso, - e neste ponto achamos muito interessante a afirmação, - salienta o Autor que toda patologia somática que se manifesta no período adolescente é uma resposta à elaboração dos processos dessa etapa, principalmente a do luto pelo corpo infantil perdido.

Portanto, a OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA, como veremos adiante, pode ser interpretada como uma tentativa inconsciente de conter o amadurecimento e a definição sexual, mantendo-se infantil, com fixações orais e apresentando um corpo roliço, disforme e sem atrativos.

3.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE DESSIMBIOTIZAÇÃO

PAZ (1978) considera que o conflito básico da adolescência é a resolução da dependência simbiótica. Apoiada no conceito de simbiose de BLEGER (1966), compartilha com este a idéia de que "os vínculos simbióticos persistem em certos níveis, mesmo no adulto, coexistindo com aspectos mais diferenciados e individualizados da personalidade".(PAZ, 1978 p.167)

De acordo com BLEGER, no início do desenvolvimento do ser humano, a personalidade apresenta uma organização sincrética em que o Ego e os objetos estão fusionados, não havendo discriminação entre mundo interno e mundo externo, nem entre corpo e mente. Através do interjogo introjeção-projeção, o indivíduo vai fazendo estas discriminações e, aos poucos, vai diferenciando-se e conquistando maior individualidade e autonomia por meio da reintrojeção de aspectos de sua personalidade que estavam projetados no outro.

Este Autor postula que uma parte dessa organização sincrética (parte psicótica da personalidade) permanece no adulto como um 'núcleo aglutinado' que fica encapsulado e clivado no resto da personalidade (parte neurótica). Este núcleo aglutinado contém experiências vitais primitivas e resquícios das primeiras relações simbióticas.

Seguindo pois esse enfoque, PAZ (1978) afirma que "na adolescência realiza-se um grande resgate das partes alienadas incluídas na primitiva organização sincrética, através de uma desorganização e reestruturação crítica..." Esclarece que isso ocorre nesse momento, em virtude das transformações que se operam nos vínculos que o indivíduo mantinha com seus objetos depositários.

Na opinião da Autora, este processo ou crise de dessimbiotização é básico para a compreensão psicodinâmica da adolescência pois, muitas das manifestações típicas dessa idade, (tais como estados de angústia, crises de despersonalização, sintomas fóbicos e obsessivos passageiros e alterações do esquema corporal), podem ser compreendidos como vicissitudes normais da elaboração da crise de dessimbiotização, também chamada de ruptura do vínculo de dependência simbiótica.

Os processos elaborativos da perda do vínculo simbiótico incluem fases onde o indivíduo busca recriar a situação simbiótica através da adesão a substitutos parentais (amigos íntimos, namorados, 'patota', ideologias) para defender-se do temor à solidão e ao abandono do objeto. Neste período pode manifestar-se também uma necessidade de proporcionar a si próprio gratificações orais e o indivíduo começa a comer demais o que pode levar à condição obesa que, neste caso, teria uma função de defesa frente à dessimbiotização.

Segundo PAZ, a boa resolução dessa crise conduz a um enriquecimento do Ego e da identidade pela discriminação e resgate de funções que estavam alienadas da própria pessoa. Contudo, a má resolução da mesma está relacionada com diversas situações patológicas da adolescência, como os distúrbios mais graves e persistentes do esquema corporal e os diversos tipos crônicos de adição, como drogadição, apego excessivo a pessoas ou a ideologias, etc..

Relacionado ao tema dessa tese, há um exemplo citado por esta Autora, de uma garota de 14,6 anos que desenvolveu obesidade e, posteriormente, adição a anfetaminas como "recursos patológicos frente à crise de dessimbiotização. Além disso, tornou-se hipocondríaca, com vivências delirantes de distorção no esquema corporal, tudo desencadeado pela ruptura patológica de um vínculo simbiótico deficientemente constituído." (PAZ, 1978, p.178)

Essa garota havia perdido repentinamente o pai -que era obeso- e que sofreu um ataque cardíaco. Sua morte foi seguida por outras perdas, decorrentes da consequente desestruturação familiar: queda econômica, casamento precoce dos irmãos e distanciamento afetivo da mãe, voltada para seus problemas pessoais.

Neste caso, a gordura e o sentimento de deformidade corporal da menina foi compreendido como sua tentativa de recriar, a nível concreto e corporal, a relação simbiótica, tanto com a mãe grávida (que quando a tinha dentro de si não se separava dela) como com o pai obeso (que, enquanto fosse 'carregado' dentro de seu corpo, não morreria e, portanto, não a abandonaria).

A Autora relata ainda que durante a terapia desse caso, foi-lhe possível observar verdadeiros fenômenos de 'engorda experimentais' com clara relação : abandono-inchação-gordura.

A nosso ver, este caso é bastante interessante porque, entre outras coisas, ilustra bem como a obesidade na adolescência precisa ser compreendida do ponto de vista psicodinâmico, já que, assim como outras patologias, pode estar relacionada a conflitos básicos dessa fase evolutiva, sendo sua elucidação importante para o respectivo diagnóstico e prognóstico.

Entre nós, CASSORLA (1991) também desenvolveu estudos sobre este tema. Ele concorda com BLOS (1962) e PAZ (1978) em que, neste período, o jovem revive e reelabora o processo de separação-indivuação da infância, estudado por MAHLER (1975)

Como sabemos, em seu esquema de desenvolvimento, MAHLER (1975) propõe um período inicial que denominou de fase normal pré-simbiótica ou autista e que dura aproximadamente dois meses, a partir do nascimento.

A seguir, inicia-se um período simbiótico em que mãe e bebê formam uma unidade interdependente, havendo uma indiscriminação entre eles, o qual termina por volta dos 6 meses, quando a criança entra na fase de separação-indivuação, cuja principal tarefa será a discriminação gradual entre ela e sua mãe e a conquista de uma consciência de sua individualidade e de uma noção mais clara de seus limites.

Esta fase, segundo a Autora, dura até mais ou menos os 3 anos de idade e compreende quatro subfases:

1)	diferenciação	dos 6 aos 10 meses
2)	exercício	dos 11 aos 15 meses
3)	reconciliação	dos 16 aos 24 meses
4)	constância do objeto	dos 25 aos 36 meses

De acordo com o que vimos expondo, é a esta última fase que o adolescente retorna, a fim de completar seu processo de indivuação. De fato, se na primeira infância a criança precisa separar-se do vínculo simbiótico com a mãe para poder reconhecer sua individualidade, na adolescência o jovem também terá que dessimbiotizar-se de sua família e de seus objetos parentais internalizados, para reformular os vínculos com eles em outro nível e ampliar seu relacionamento com pessoas fora da família.

A separação que neste período terá que ser elaborada tem muito a ver com as perdas e lutos próprios dessa idade. (CASSORLA recorda que, além dessa dessimbiotização, o adolescente também revive o reelabora o complexo de Édipo, a perda dos mecanismos onipotentes, a definição sexual, a desidealização das figuras parentais, e outros.)

Em sua experiência clínica, CASSORLA se depara com muitos adolescentes que manifestam a existência de um 'vazio' ou um 'buraco interno', por vezes sentido como 'imenso e impreenchível,' que os torna tristes e desesperançados. (Achamos muito interessante esta observação, pois coincide, "ipsis literis" com o que nos relatam alguns adolescentes obesos durante o processo terapêutico).

Embora tais sentimentos sejam reflexo da depressão pelas perdas normais da adolescência, aquele Autor os explica também como uma certa 'nostalgia' relacionada com o período simbiótico infantil, quando ligações muito intensas com as figuras parentais transmitiam um sentimento de proteção e segurança. O adolescente, ao ter que lidar com os conflitos decorrentes das perdas deste período, reage, diz ele, de várias formas. Uma delas é a negação de suas necessidades de dependência e ajuda, através de uma independência precoce que pode revelar seu caráter patológico e de sofrimento intenso por meio de somatizações ou doenças psicossomáticas clássicas como a hipertensão, úlceras, etc..

Outra forma é tentar manter a simbiose através de uma ligação infantilizada com os pais e outros adultos, o que mais cedo ou mais tarde acabará falhando em virtude do surgimento da sexualidade genital.

Este mesmo Autor esclarece ainda que, numa resolução normal, o adolescente, inicialmente, procura recriar o vínculo simbiótico com um amigo com quem se identifica e com o qual às vezes também se confunde. Essa amizade vai aos poucos permitindo a dessimbiotização e o caminho para a individuação.

Já numa resolução anormal, a nova relação "repetirá os transtornos e conflitos do desprendimento e dessimbiotização inadequados do passado" havendo indiscriminação entre os parceiros, possessividade, crises de ciúmes e pavor do abandono. (O emergir da genitalidade

tende a desfazer a relação com o amigo íntimo e a substituí-la pela relação com um parceiro do sexo oposto nos mesmos moldes simbióticos, afirma ele.)

Um elemento importante e de fácil reconhecimento nessas relações simbióticas é a baixa auto-estima dos parceiros e sua auto-desvalorização, coisa que os tornam mutuamente dependentes de elogios e demonstrações recíprocas de afeto. Tais elogios e carícias podem diminuir o sentimento de falta de auto-estima porém o 'vazio' nunca será preenchido, já que "é interno e não responde a conteúdos que vêm de fora", comenta este Autor.

A perda do par simbiótico, completa ele, é vivida como similar ao aniquilamento e à desintegração, uma vez que o outro contém partes valiosas de si próprio, por identificação projetiva. E, para defender-se dessa angústia frente à perda real ou a ameaça de perda do parceiro, o sujeito pode envolver-se em uma série de atuações de caráter auto-destrutivos e agressivos, como experiências sexuais precoces, gravidez prematura, abortos provocados e tentativas de suicídio.

Achamos oportuna esta referência ao texto de CASSORLA (1992) nesta tese pois alguns casos de obesidade por ingestão calórica na adolescência parecem estar relacionados à má resolução da dessimbiotização, onde o alimento se torna um objeto superinvestido que deve acalmar angústias de aniquilamento e desintegração e preencher o vazio interno.

3.3. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO ADOLESCENTE NO SEXO FEMININO

O processo de busca de definição de uma identidade pessoal seria o mesmo para ambos os sexos ? Alguns autores têm chamado a atenção para certas peculiaridades da identidade feminina que a tornam singular e que aqui muito nos interessam ressaltar, restringindo as coordenadas para nosso campo de estudo:

ERIKSON (1968), por exemplo, diz que as diferenças anatômicas entre rapazes e moças se traduzem em diferenças na formação da identidade pessoal durante a adolescência.

Admite ele que a identidade da jovem não é totalmente definida antes que ela se case e tenha filhos, argumentando que o fato de ter uma 'cavidade criativa interna' influencia sua maneira de relacionar-se com o mundo e suas características de personalidade, apontando o 'desvelo e a assistência', como qualidades basicamente femininas.

E a esse respeito, escreve:

"...Alguma coisa na identidade da jovem mulher deve-se manter aberta às peculiaridades do homem a quem se unirá e dos filhos que criará (...) porém a maior parte da identidade de uma jovem já está definida em um tipo de atração e na natureza seletiva de sua busca do homem (ou homens) por quem ela espera ser desejada(...)"

Baseada nestas afirmações, GALLATIN (1978) conclui que a 'moratória psicossocial' de uma adolescente pode ser menos ousada e livre do que a de um rapaz e observa que "a necessidade de permanecer 'feminina' em suas realizações, pode restringir suas oportunidades de autodescobrimento".

Na opinião de DEUTSCH (1967), as moças, mais que os rapazes conservam, no desenvolvimento de sua personalidade, certos elementos infantis que ficam isolados do processo geral de maturação.

Esta Autora chama a atenção para mais um fato que talvez explique tal diferença: a atitude de um grande número de mães que não ajudam as filhas a desenvolverem tolerância à frustração e tentam, isto sim, protegê-las contra os traumas do desenvolvimento, oferecendo-lhes sempre compensações quando tais traumas são inevitáveis.

Esse comportamento materno provocaria na filha "uma necessidade ardente de compensações passivamente recebidas", interferindo num possível desenvolvimento de mecanismos outros de defesa como o que ocorre entre os rapazes.

Assim sendo, mantém-se elas infantilizadas, fixadas ao princípio do prazer e ao narcisismo e quando, na adolescência, os laços simbióticos com a família e, particularmente com a mãe, são cortados, essas meninas tenderiam a aumentar o "acting out" em busca do prazer e de novos laços que substituíssem as satisfações perdidas.

Entende DEUTSCH que esse infantilismo que observou em muitas jovens seria um recurso do Ego para preservar sua adaptação e integridade diante da ameaça de ruptura frente à reestruturação da identidade que deve ocorrer na adolescência.

Para esta Autora, a crise de identidade que a garota enfrenta é dupla pois, além de buscar sua identidade como mulher, busca-a também como mãe.

Descreve ela que "nas jovens que apresentam esse traço de infantilismo, suas relações objetais têm um caráter 'pegajoso e aderente', mas não têm constância e reciprocidade. A oralidade mostra um caráter auto-erótico e exige formas infantis de satisfação, como chupar balas constantemente ou um desejo insaciável de doces."

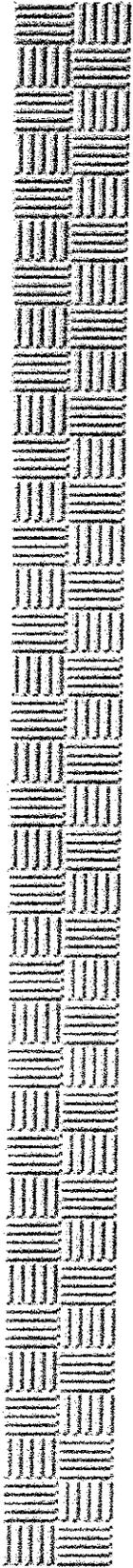
A tendência é o 'acting out' de fantasias, como fonte de prazer imediato. "Algumas adolescentes chegam a agir compulsivamente, diz ela, em busca deste prazer que lhes dá satisfação narcisista" e cita o exemplo da necessidade compulsiva de comer algo exótico. Em síntese, as principais características desta personalidade são:

- 1) dependência oral da mãe,
- 2) intolerância à frustração,
- 3) necessidade narcisista de ser amada,
- 4) tirania do princípio do prazer,
- 5) tendência a atuações (acting out) e
- 6) fantasias sexuais intensas, de caráter selvagem e romântico.

Em nosso meio, CASSORLA atrás já citado, também comprovou que a necessidade de reviver fenômenos simbióticos é mais comum e mais complexo nas jovens que nos rapazes. Para ele, isso tem a ver com as vicissitudes da feminilidade, pois a menina tem mais facilidade para regredir a aspectos orais quando se defronta com as frustrações provenientes da genitalidade, principalmente se ela cresceu num ambiente familiar em que a figura paterna foi ausente ou inadequada e a materna foi sentida como frustrante. .

Nosso Autor considera ainda a hipótese de que esta característica feminina seja determinada, em parte, por uma tendência comum entre as mães, de protegerem mais as filhas do que os filhos, dificultando a independência delas por rivalidade inconsciente..

Ao finalizar este capítulo, temos bem presente que muitos outros aspectos, também relevantes, sobre o tema "Adolescência" foram deixados de lado mas procuramos ressaltar apenas os tópicos mais relacionados com o tema central desta tese.



Capítulo IV
**IMAGEM CORPORAL E IDENTIDADE NA
ADOLESCÊNCIA**

1. CONCEITO DE IMAGEM OU ESQUEMA CORPORAL

PAUL SCHILDER contribuiu muito para ampliação do conceito de imagem corporal através de seus estudos psicanalíticos sobre o tema.

Em seu livro: *The Image and Appearance of the Human Body* (1950) ele define Imagem do Corpo como a figuração de nosso corpo formada em nossa mente.

Essa imagem é tridimensional e comporta um modelo postural.

Depreende-se dos estudos de SCHILDER que o conceito de Imagem Corporal tem bases fisiológicas, psicológicas e sociais e, para discriminar entre esses três componentes, têm-se utilizado respectivamente os termos:

- a) esquema corporal
- b) imagem do corpo e
- c) corpo social

a) O termo **esquema corporal** refere-se mais à representação mental do corpo proveniente do registro sensório-motor sobre a cortex cerebral. Sua base é neuro-fisiológica e neuro-psicológica.

b) Já o termo **imagem do corpo** tem mais a ver com o registro simbólico imaginário. Sua base é afetiva e, de acordo com SCHILDER (1950) depende, quer da evolução das pulsões libidinais e agressivas, quer dos pontos de fixação em determinada etapa.

A influência emocional altera o valor e a clareza da percepção do próprio físico. Além disso, o que acontece em uma parte do corpo pode ser transferido, simbolicamente, para outra parte.

Experiências de dor, por exemplo, provocam uma modificação na estrutura libidinal do modelo corporal, ficando este sobrecarregado de libido narcisista na parte dolorida.

(SCHILDER, 1950; MARCELLI & BRACONNIER, 1989 E CAPPISANO, 1990).

Obs.: Apesar das definições específicas destes termos, na prática utiliza-se, muitas vezes, 'Esquema Corporal e Imagem do Corpo' como sinônimos e esta será também a tendência adotada neste trabalho.

c) com o termo **corpo social** pretende-se enfatizar a influência do ambiente e das relações sociais na elaboração da imagem corporal.

SCHILDER atentou para o fato de que existe uma 'Sociologia da Imagem Corporal', ou seja, valores éticos, morais e estéticos interferem na formação desta imagem. Assim, a atitude em relação ao corpo pode ser influenciada pelo interesse e valor que outras pessoas atribuem a este corpo. (E tenha-se presente que as trocas afetivas entre as pessoas são efetuadas através do contato corporal.)

Assinalam os Autores que, ao interessarmo-nos por uma parte do corpo de outrem, interessamo-nos igualmente pela mesma parte do nosso corpo, bem como, uma anomalia em nosso físico também faz-nos voltar o interesse pela parte correspondente no físico alheio.

Partes do corpo de uma pessoa podem ainda, por exemplo, ser incorporadas à nossa imagem corporal por identificação. (SCHILDER, 1950; MARCELLI & BRACONNIER, 1989).

Nossa imagem corporal reflete igualmente as pessoas com as quais nos relacionamos e este fato pode ser comprovado pela observação de como recém-nascidos adotados vão, aos poucos, parecendo-se fisicamente com os pais adotantes ou seja, vão introjetando uma imagem corporal semelhante à dos membros dessa família.

A este respeito WINNICOTT (1967) nos fala da importância da mãe, atuando como se fora um espelho para o self da criança. Ou seja, quando a mãe tem empatia com o filho, ajuda-o a construir uma imagem pessoal cada vez mais clara e o filho passa a reconhecer-se nos olhos dela. (Veja-se também DOIN, 1989).

O Esquema Corporal porém, embora provenha dos sentidos, (impressões táteis, cenestésicas, viscerais, musculares, visuais, auditivas, olfativas e gustativas) é muito mais que simples percepção. Ao longo da vida não somos apenas receptores estáticos. Existe sempre um modo pessoal de perceber as coisas, uma vez que somos seres emocionais.

Assim, cada nova percepção incide sobre uma personalidade que tem uma história e uma experiência anteriores. Além disso, o esquema corporal (ou a imagem do corpo) tem um caráter dinâmico e plástico, muda no tempo e no espaço.

Como escreve KNOBEL,(1978) " ... *O Esquema Corporal varia sucessiva, alternada ou simultaneamente, em seus aspectos egóicos (representativos), nos corporais propriamente ditos (...) e nos sociais, ou seja, no relacional.*"

2. FORMAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E DA NOÇÃO DO EU

Desde o início da vida, é a partir do corpo e de suas sensações que o bebê vai formando uma idéia sobre si mesmo e, pouco a pouco, vai diferenciando-se de sua mãe. Portanto, existe uma íntima relação entre a identidade e os limites do corpo.

FREUD foi um dos primeiros a chamar a atenção para a íntima correlação entre mente e corpo quando descreveu o Ego acima de tudo como um Ego Corporal. Em "O Ego e o Id" (1923) ele expressou-se do seguinte modo:

"... O Ego é, primeiro e sobretudo, um Ego corporal ... deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam na superfície do corpo ... pode assim ser encarado como uma projeção mental da superfície do corpo ..."

Os estudos de SCHILDER (1950) indicam que essa imagem do Corpo vai sendo construída paulatina e continuamente, desde a mais tenra infância, em correlação com a evolução libidinal dos instintos, até tornar-se mais estável e coesa no final da adolescência, com o acesso à genitalidade, quando então o corpo pode ser percebido como uma unidade. (MARCELLI & BRACONNIER, 1989).

CAPPISANO (1990) concorda com SCHILDER em que existe uma nítida relação entre a Imagem do Corpo e as Zonas Erógenas e, embora reconheça também as bases anatômicas e fisiológicas para a formação dessa imagem, destaca que o mundo psíquico é de tal forma preponderante que é ele quem seleciona quais as partes anatômicas ou quais as funções corporais a serem utilizadas.

Afirma ele: " ... *o corpo é expressão do Ego, de uma personalidade*".

Realmente, a imagem corporal é construída a partir de um interjogo contínuo entre as tendências egóicas e as libidinais. Nesta visão, a criança vai percebendo e discriminando diferentes parte do corpo, representando-as em seu esquema corporal a medida em que sua libido passa a concentrar-se nelas.

Assim, a imagem corporal começa a desenhar-se na boca já que esta é a zona erógena que predomina no início da vida e a partir desse núcleo da imagem corporal, a criança vai discriminando progressivamente outras partes do corpo que com esta se relacionam: cabeça, mãos, braços e, posteriormente, tronco, pernas e pés. (CF.CAPPISANO, 1990).

BERNFELD (apud CAPPISANO, 1990) comenta que, ao lado desse desenvolvimento primário da imagem corporal - que se inicia na zona oral - existe um refinamento secundário que discrimina entre o Ego corporal e o mundo externo.

O mesmo CAPPISANO faz também referência ao aspecto dinâmico da imagem corporal que se altera em função do predomínio já do instinto da vida, já do instinto da morte. Assim, quando o primeiro predomina, o corpo é sentido como tendo valor e

precisando ser bem cuidado. Se porém o segundo é que é o mais forte, a atitude frente ao corpo torna-se destrutiva, com descuido e até maltrato do mesmo. E o Autor conclui que "*a vida psíquica confere mudanças contínuas nas imagens de nossos corpos.*"

Seguindo o enfoque de WINNICOTT, atrás mencionado - que privilegia mais a relação mãe-filho para explicar a formação da imagem de si mesmo, temos que, numa etapa primitiva do desenvolvimento, a criança mostra-se não-integrada e sua pele ainda não constitui uma membrana limitadora a separar seu corpo do de sua mãe, não havendo portanto diferenciação entre Ego e não-Ego.

Explicando melhor, a pele não é sentida como algo que contém os limites do próprio corpo, como já referido nesta tese. É somente a partir do contato físico e emocional estabelecido com sua mãe e da capacidade desta em fornecer-lhe sustentação adequada ("holding") que o bebê começa a sentir certa identidade física e a ter a noção de seu próprio corpo.

BICK (1967) também nos fala da importância da função materna neste período não-integrado.

Segundo esta Autora, a mãe funcionaria como uma "pele primordial" para seu bebê - um objeto continente que teria o importante papel de manter, momentaneamente, o self da criança unido e integrado. Isto dar-se-ia nos momentos de contato íntimo, por exemplo, durante a amamentação ou, simplesmente, quando a mãe carrega e aninha seu bebê no colo e ainda fala com ele, permitindo-lhe reconhecer sua voz e seu cheiro familiar.

Sintetizando as idéias aqui expostas, podemos dizer que é nos braços da mãe que o bebê começa a sentir certa identidade física e a ter noção do que pertence a seu corpo, de qual é sua aparência, em suma, delinea sua imagem corporal.

À medida em que a criança vai crescendo e desprendendo-se de sua mãe e, ao mesmo tempo, adquirindo maior confiança no mundo externo, sua imagem corporal vai aperfeiçoando-se e integrando-se num sentimento de identidade.

Como acima referido, a unidade da imagem corporal é alcançada, em parte, quando o indivíduo se torna capaz de desenvolver relações objetais totais, isto é, quando atinge a genitalidade e supera o Complexo de Édipo. (SCHILDER, 1950; MARCELLI & BRACONNIER, 1989; CAPPISANO, 1990).

Temos, portanto, dois enfoques psicanalíticos: o que segue mais a teoria da evolução dos instintos e o que se baseia numa teoria de relações objetais.

Eles porém não nos parecem conflitantes, mas sim, complementares. Acreditamos que podemos acompanhar o desenvolvimento libidinal do indivíduo - com todas as aquisições e experiências que implicam - e ao mesmo tempo, considerar a importância de suas primeiras relações objetais estabelecidas na infância.

Como diz KNOBEL (1978) " *O esquema corporal estrutura-se através do interjogo dialético entre o indivíduo e o mundo que o rodeia, especialmente as pessoas*", ao que se pode acrescentar que, entre tais pessoas, a figura da mãe é preponderante no início da vida.

Como já vimos no capítulo II a ênfase na relação mãe-bebê, a partir das teorias de KLEIN, WINNICOTT, SPITZ, MAHLER e tantos outros, representou um grande avanço nos conhecimentos sobre a psicologia e a psicopatologia do desenvolvimento. Ajudou a esclarecer a origem de muitos distúrbios como por exemplo os dos transtornos psicóticos e psicossomáticos.

Esse enfoque permitiu também que se ampliasse o conceito de imagem corporal, igualmente relevante na compreensão dos distúrbios psicossomáticos.

De fato, como afirma MELLO FILHO (1979), a maneira como estruturamos nossa imagem corporal tem significação especial "na localização e manutenção do sintomas corpóreos".

PIZZINATTO (1992) também destaca a correlação entre auto-imagem e processos corporais ao assinalar que as atitudes maternas e dos familiares para com a criança podem ser positivas e encorajadoras, rejeitantes ou indiferentes e isso irá influenciar na regulação dos processos psicofisiológicos.

Estudando crianças obesas, esta Autora verificou também que alguns problemas de sua auto-imagem pareciam estar profundamente vinculados aos planos e fantasias do respectivos pais, a respeito do que esperavam delas.

3. O CORPO NA ADOLESCÊNCIA

A entrada na adolescência, com as modificações puberais que a acompanham, alteram a imagem corporal que a criança havia construído até então:

MARCELLI & BRACONNIER (1989) consideram que o corpo está no centro da maior parte dos conflitos da adolescência pois, durante este período, o mesmo se transforma rápida, ampla e acentuadamente.

Conseqüentemente, a imagem corporal sofre sensíveis alterações, enquanto a silhueta muda, tanto para o adolescente como para as pessoas que o observam.

A. HAIM, citado por estes autores, compara o adolescente a um cego que se move em um mundo cujas dimensões foram alteradas. Sabemos que o que mudou foi apenas o corpo do adolescente, mas como este corpo era para ele seu instrumento de medida e referência com relação ao ambiente, com tal mudança tudo em torno se altera.

Acontece que o adolescente necessita de um certo tempo para acostumar-se com seu novo corpo, reformular seu esquema corporal e criar novas referências no espaço que o cerca.

LEWIS CARROLL, em "Alice nos Pais das Maravilhas" traduz, vívida e expressivamente esta situação: quando Alice, subitamente, cresce até um tamanho descomunal, na conhecida historinha, sua impressão é a de que a sala e os objetos à sua volta diminuem de tamanho.

"Se Alice tivesse crescido numa sala que também crescesse no mesmo ritmo, tudo teria ficado na mesma para ela" como comenta MINUCHIN (1980) ao citar o mesmo clássico exemplo.

Na adolescência, encontra-se particularmente aumentada a tendência a **usar o corpo como instrumento de expressão simbólica de conflitos**.

Assim, de acordo com MARCELLI & BRACONNIER (1989) a maneira como o adolescente utiliza seu corpo é sempre um dado importante a ser considerado pois, além de refletir um tipo de moda e adesão a determinado grupo social - marca que o diferencia do adulto - pode estar servindo como uma linguagem simbólica de seus conflitos internos.

Além disso, a preocupação e o interesse exagerados com o físico, refletem também o predomínio do narcisismo no funcionamento mental típico dessa fase evolutiva.

Adolescentes normais costumam passar por períodos em que se olham muito ao espelho preocupando-se com a silhueta - e períodos em que mostram um total desinteresse pelo próprio aspecto externo; ocorrem também sentimentos de estranheza e de estarem deformados, o que, em geral, vem acompanhado de insegurança quanto à sua identidade, mas tudo isto não é considerado patológico nesta idade. (ABERASTURY & KNOBEL, 1970).

Ao tratarem dos 'lutos da adolescência' estes autores, como vimos no capítulo III, chamaram a atenção para a perda do corpo infantil como uma das vivências psíquicas mais importantes deste período, a qual necessita ser elaborada e superada.

Seguindo o mesmo enfoque, OUTEIRAL (1982) afirma que o adolescente experimenta a perda de seu corpo infantil enquanto conserva ainda uma mente infantil e, ao observar que seu corpo se transforma sem o seu controle, adquirindo formas muito diversas do físico ideal que fora almejado, sente-se frustrado.

Acrescenta ainda que, ao sentir-se impotente frente às modificações puberais, o adolescente pode reagir de três maneiras diversas:

a) pode depositar suas ansiedades paranóides e confusionais em algum órgão ou parte do corpo, (apresentando então queixas hipocondríacas);

b) pode negar toda a dor psíquica que acompanha o crescimento (numa reação maníaca); ou

c) pode evitar o tomar consciência das transformações corporais, fazendo questão de nem sequer mencioná-las (numa reação fóbica).

KRAMER (1976) adverte para o fato de que na puberdade o fenômeno da conversão, isto é, a representação de conteúdos psíquicos através do corpo, é particularmente marcante, devido ao fato de que, neste período, o corpo passa a ser despertado por mudanças no esquema corporal e por uma intensificação do impulso sexual.

Segundo este Autor, o corpo, antes familiar e pacífico, torna-se estranho e inimigo, sendo que o adolescente necessita dissociar-se dele. Cita então duas frases que exemplificam a clivagem entre o self e o corpo, frases estas ditas por uma paciente com tosse nervosa:

"Não sou eu que tusso, é meu corpo !"

"Existo eu e depois há meu corpo !"

De acordo com ele, um grande número de 'conversões' é mantida sob o rótulo de Distúrbios Funcionais, como por exemplo, as dores abdominais, as cefaléias, as dores articulares, as epistaxes, etc.

Ele argumenta que a conversão permite um restabelecimento regressivo da fusão corporal que a criança tinha com a mãe e que tornou-se ameaçada pela maior autonomia corporal adquirida agora, na puberdade. Através de seus sintomas somáticos, (conversivos) o adolescente compartilha das preocupações da mãe, mantendo-se portanto ligado a ela.

Usando terminologia Winnicottiana, KRAMER acrescenta que, nestes casos, o corpo permanece exercendo a função de "objeto transicional" lugar onde a criança crê reencontrar sua mãe.

Do mesmo modo, MARCELLI & BRACONNIER (1989) também consideram que, na adolescência, o corpo poderia ser tomado como um objeto transicional, pois, situa-se a meio caminho entre o objeto externo e os objetos fantasiados internos, podendo representar tanto o Eu como o Não-Eu, isto é, o próprio adolescente ou outrem, geralmente seus pais.

Estes Autores comentam que além da comunicação e expressão de conflitos, o adolescente também visa manter certa distância de sua sexualidade, através de tais recursos. Assim, uma das formas que pode encontrar para controlar onipotentemente as modificações corporais e a definição sexual é a OBESIDADE ou a ANOREXIA NERVOSA.

Para KNOBEL (1978) muitos dos processos somáticos manifestados pelo adolescente podem ser mecanismos defensivos frente à reestruturação da personalidade. Comenta ele que uma das maneiras de determinar a formação de sintomas na adolescência é observar como o sujeito maneja as relações objetais dentro do próprio corpo. Na sua visão, há um somatizar que pode ser reestruturante e isto se dá quando o jovem 'adoece' como uma tentativa de conseguir a separação de um meio que não permite sua emancipação.

Já para OUTEIRAL (1982), a atitude que o adolescente tem frente ao próprio corpo é uma medida do grau de sua normalidade:

- quando ele não elabora bem o 'luto pelo corpo infantil' pode senti-lo como ainda pertencendo aos pais, especialmente à mãe.

- em outros casos, mais patológicos, pode sentir o corpo como algo externo a si mesmo, estranho e persecutório "que precisa ser combatido e até maltratado" .

4. IMAGEM CORPORAL NA ADOLESCENTE OBESA

Na pessoa sadia, o Ego e o Corpo formam uma dupla harmônica, onde o Ego funciona no sentido de prolongar o princípio do prazer no Corpo.

Já na pessoa com problemas emocionais, há uma quebra na unidade Ego-Corpo, os quais entram em conflito: Ego torna-se mais valorizado e domina o Corpo. (LOWEN, 1979).

Nos obesos, parece haver um desencontro entre as necessidades orgânicas e os desejos pessoais como se o Ego e o Corpo lutassem continuamente. Há também um agravante que decorre da rejeição social que todo obeso sofre. Isto atinge sua auto-imagem e colabora para acentuar a clivagem entre o corpo ideal (socialmente aceito) e o corpo real.

Tal conflito pode ser leve ou grave e estender-se às relações interpessoais, levando a uma série de distorções na percepção da realidade. (Cf. ainda PIZZINATTO, 1992).

Como já vimos anteriormente, os sentimentos maternos e os cuidados dispensados ao bebê por pessoas significativas, desde a mais tenra infância, influenciam profundamente a formação de sua imagem corporal, bem como o desenvolvimento de sua identidade.

Diversos autores têm comprovado que muitas crianças obesas são criadas para corresponderem a fantasias e desejos possessivos inconscientes de seus pais e, em função disso, apresentam distúrbios de percepção das próprias sensações corporais e uma falha no senso de identidade pessoal. É como se suas necessidades e impulsos fossem controlados pelo corpo, sem um Ego centralizador e diretor.

Tais crianças perdem a capacidade de reconhecimento da fome e saciedade pois, desde cedo, submetem-se ao controle e aos desejos dos adultos, em geral da mãe. Confundem estados de tensão emocional com a necessidade de ingerir algo, pois, muitas vezes aprenderam, com a própria mãe, que o alimento é um bom substituto para carência de afeto e para evitar o sofrimento (BRUCH, 1973; LOWEN, 1979; PIZZINATTO, 1992).

STUNKARD & MENDELSON (1961), comparando obesos de diferentes idades e também de incidência diversa da condição obesa (ocorrida na infância, na adolescência ou na idade adulta) concluíram que a hiperfagia e as alterações na imagem corporal eram os distúrbios comportamentais mais diretamente associados à obesidade.

No obeso, o distúrbio da imagem do corpo é caracterizado por um sentimento de ser grotesco e de que outros o vêem com desprezo e hostilidade. Esse sentimento, além de interferir no auto-conceito e na estima pessoal, prejudica o ajustamento social.

Nas chamadas obesas primárias, isto é, desde a infância, e nas famílias que menosprezam e hostilizam os membros gordos, o distúrbio da imagem corporal é muito forte, de tal modo que, mesmo quando ocorre uma redução do peso, isso não altera mais tal distúrbio (PIZZINATTO, 1992).

A alteração na imagem corporal vivida pela pessoa obesa, principalmente se for mulher, fica bem evidenciada no seguinte testemunho de uma senhora de 51 anos, da amostra estudada por WOODMAN (1980) e por ela citado:

"Sei que pareço uma pirâmide de cabeça para baixo mas nada posso fazer. Não tenho idéia de onde começo e onde termino. Fico tocando o meu corpo para tentar perceber onde se encontram os meus limites" (...) "Quando me olho no espelho, vejo-me com a aparência que quero ter. Tenho repulsa pelo próprio corpo. Amaldição a minha gordura"(...) "Sinto-me um ser humano numa carapaça de gordura"(...) "Quando penso em mim, penso só em minha mente."

Para alguns obesos, o corpo volumoso e inflado vem acompanhado de um sentimento de engrandecimento e força que compensa sua insegurança interna e seu Ego frágil. (MARCELLI & BRACONNIER, 1989).

Em indivíduos pouco hetero-agressivos, a gordura traria uma ilusão de força e proteção contra agressões externas. (PIZZINATTO, 1992).

Na adolescência, e mais na menina que no rapaz, a obesidade serve às vezes como defesa diante dos desejos sexuais - uma 'cortina diante da sexualidade' - como a definem MARCELLI & BRACONNIER a págs. 126-127.

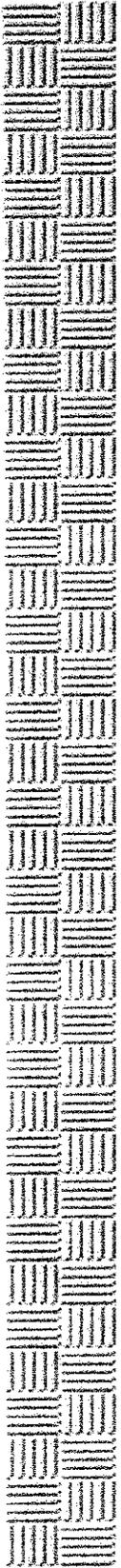
Já KNOBEL (1974) interpreta que a obesidade na adolescência, com sua típica voracidade oral, pode ter o significado de colocar uma 'barreira de banha' entre si e o mundo adulto, a fim de manter-se infantil.

Em casos patológicos, a obesidade pode estar substituindo o funcionamento psíquico e protegendo o Ego de uma desestruturação psicótica de tipo paranóide, por exemplo. Casos em que a gordura representaria a 'espessura concreta das defesas' com duplo objetivo de amortecer a agressividade retaliativa do ambiente e manter um 'sentimento hipertrofiado de si' garantindo o valor da auto-imagem.

Enfim, pode-se dizer, com segurança, que a obesidade vem sempre acompanhada de uma alteração da auto-imagem e do auto-conceito em decorrência de vários fatores como:

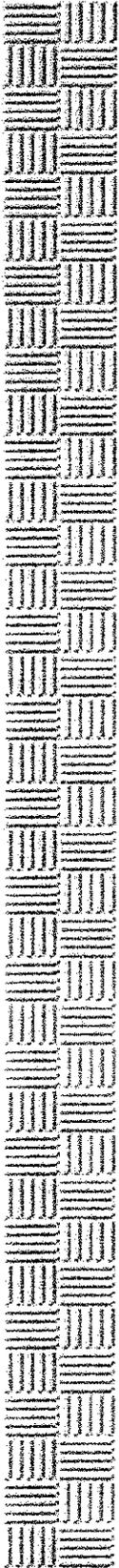
- a) conflitos intrapsíquicos inerentes ao processo evolutivo,
- b) problemas de relacionamento e adaptação no meio familiar e social ou,
- c) distúrbios psicopatológicos.

A demais, como foi visto com KNOBEL (op cit), a obesidade, (bem como qualquer outra patologia somática) na adolescência, adquire importância especial ao confrontar-se - e somar-se - aos conflitos próprios desta fase, principalmente ao 'luto pelo corpo infantil perdido'.



SEGUNDA PARTE

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA
- Revisão Teórica e Método



Capítulo V
VISÃO PSICOSSOMÁTICA

1. CONCEITUAÇÃO

O termo obesidade simples, exógena ou por ingestão calórica procede da literatura médica e tem sido empregado para identificar aquela obesidade que não apresenta causa orgânica em sua etiologia e para diferenciá-la da obesidade endógena que está associada, primariamente, a quadros orgânicos como síndromes cromossômicas ou distúrbios neuroendócrinos. (PIZZINATO, 1992).

Na obesidade por ingestão calórica fica claro que o fator aparentemente causal é o alimento, ou seja, externo ao indivíduo. Sabe-se ainda que a maior parte dos casos de obesidade, em qualquer faixa etária, cerca de 60 a 70%, pode ser classificada nesta última categoria.

Alguns autores estimam que apenas uma porcentagem mínima que varia de 1 a 10% das obesidades decorre primordialmente de síndromes orgânicas como os distúrbios glandulares ou genéticos. (COLLIP, 1977; SANTOS & MOURA, 1988; PIZZINATTO, 1992).

É a obesidade por ingestão calórica que, em geral, desperta maior interesse dos pesquisadores, em função de estarem nela implicados múltiplos fatores que precisam ser identificados e elucidados. Com o intuito de esclarecer os motivos subjacentes que levam indivíduos, organicamente normais a desenvolverem a obesidade, diversas aproximações teóricas valiosas têm sido oferecidas.

A compreensão dos fatores causais da obesidade por ingestão calórica deve incluir estudos sobre os fatores estruturais, interacionais e psicodinâmicos da personalidade e do relacionamento familiar; estudos sobre motivações internas, fatores de aprendizagem e distúrbios evolutivos da personalidade; investigações sobre o significado subjetivo, interpessoal e psicossocial do comportamento alimentar e da condição obesa, etc.

Estes diversos sistemas teóricos utilizados para a compreensão do fenômeno da obesidade refletem-se em variações de terminologia e nomenclatura.

Na literatura psicológica por exemplo, não há distinções de nomenclatura e o termo geral obesidade é empregado como sinônimo desse tipo de obesidade simples ou exógena.

PIZZINATTO (1992) prefere utilizar o termo 'obesidade por ingestão calórica' ao invés da obesidade exógena, pois considera que, em Psicologia, os termos 'endógeno e exógeno' não têm o mesmo significado que em Medicina. No contexto psico-genético, elementos endógenos e exógenos atuam conjuntamente sendo difícil delimitá-los.

No contexto psicanalítico, é comum referir-se a esse distúrbio com os termos 'obesidade neurótica' ou 'obesidade psicogênica'.

Em nosso estudo, o termo genérico 'obesidade' será freqüentemente empregado como sinônimo da obesidade por ingestão calórica.

Segundo STUNKARD (1959), a obesidade é definida por "um excesso de peso que ultrapassa 20% do peso ideal correspondente à idade e estatura do indivíduo ou por dois desvios-padrão" dessa norma.

AJURIAGUERRA (1976) apresenta a seguinte definição: (...) "pode-se considerar como obesa toda a criança cujo peso ultrapassa 15% ou dois desvios-padrão do peso médio correspondente ao tamanho e à idade da criança, com a condição de que esse excesso de peso corresponda a um acúmulo de lipídeos de reserva, o que se pode avaliar pela espessura da prega cutânea".

MAYER (1977) utiliza uma definição que enfatiza mais a adiposidade do que o peso. Esse autor é contrário ao uso de tabelas de peso e altura, pois, como argumenta, em alguns períodos do desenvolvimento como na puberdade, há diferenças significativas nas taxas de desenvolvimento muscular podendo-se encontrar dois adolescentes que apresentam o mesmo peso e a mesma altura, mas que diferem em relação ao tecido adiposo sendo um obeso e outro não. Segundo MAYER (1977) "um indivíduo obeso é demasiado gordo para o seu bem". No entanto, para determinar o grau de obesidade real, MAYER

aconselha a medida da espessura das dobras da pele principalmente as do tríceps e subescapular, através de um calibrador.

Para muitos autores, as tabelas de peso-altura continuam a ser utilizadas como parâmetro para o cálculo dos 20% ou mais de excesso de peso, apesar das falhas apontadas acima. (TANNER apud Setian, 1979; KAPLAN & SADOCK, 1984; PAREDES & AVEDAÑO, 1996).

De acordo com SAITO et cols. (1985), “a obesidade pode ser definida de maneira dinâmica, como o aumento de tecido adiposo, que se traduz por um excesso de gordura, resultante de um processo envolvendo todo o contexto do indivíduo, atuando em sua relação com o alimento”.

SANTOS & MOURA (1988) preferem uma definição operacional que relacione a obesidade ao índice de acúmulo de gordura medido pelo adipômetro ou paquímetro (um calibrador da dobra subcutânea). Definem obesidade como “um acúmulo exagerado de gordura no tecido subcutâneo”. Comparam a medida alcançada com uma tabela com os valores normais e registram o desvio.

Sintetizando, PIZZINATTO (1992) conclui que é mundialmente consensual o critério antropométrico de que são obesos os indivíduos com 15% a 20% (ou mais) acima do peso esperado para sua idade, altura e sexo, sendo este excesso resultado de acúmulo de tecido adiposo.

1.1. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

São vários os métodos para se avaliar a obesidade, mas cada um tem seu ponto fraco, sujeito a críticas, por não se adaptarem a todos os casos ou por serem muito complicados.

HALPERN (1986) que estudou bem o assunto, conclui que o mais prático é a avaliação clínica juntamente com o histórico de cada caso, mais a correlação direta entre peso e altura e a medida da prega cutânea do tríceps.

SAITO (1987) recomenda que se avalie, além da dobra tricipital, a medida do perímetro braquial nos casos de obesidade grave.

ALBRINK (1973) dá uma receita simples: considerar obesa a pessoa que ultrapassa 10 quilos do peso ideal para sua idade.

Existem tabelas para os dois sexos, com valores em milímetros das pregas do tríceps e subescapular, para indivíduos de constituição magra e pessoas fortes.

Neste trabalho utilizamos o 'Índice de Massa Corpórea' (IMC) como o que mais se adapta a indivíduos em fase de transição, como as adolescentes, assim como a Tabela de Peso Ideal de SANTOS e MOURA (1988). Comparamos também a variação do peso ideal com a Tabela de Peso/Altura da Metropolitan Life Insurance Company (em ANEXO).

O referido índice é dado pela fórmula:
$$\frac{\text{Peso (em Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (em M.)}} =$$

sendo o resultado interpretado de acordo com a seguinte tabela:

IMC	21 a 25 kg/m ² NORMAL
	25 a 30 kg/m ² PESADO (Obesidade leve)
	30 a 40 kg/m ² OBESO (Obesidade moderada)
	40 kg/m ² ou mais OBESIDADE GRAVE ou MÓRBIDA

1.2. CRÍTICAS E RESSALVAS À DEFINIÇÃO

Como vimos, a maioria dos autores toma como ponto de partida, com algumas modificações, a definição de STUNKARD (1959) que se baseia numa concepção de normalidade estatística, a qual no entanto, está também sujeita a limitações e falhas.

AJURIAGUERRA (1976) comenta que “a noção de normalidade sob o ponto de vista estatístico só é válida para o caso extremo, pois a obesidade é valorizada quanto às normas culturais, (diferentes segundo as sociedades) e variáveis conforme as épocas. (...) A sociedade e a família são os censores da modificação ponderal da criança”.

De acordo com BÉKEI (1984), a definição de STUNKARD é relativa e parcial, uma vez que varia de acordo com a época e a cultura em questão e não faz referência aos aspectos não visíveis da obesidade.

Para ZUKERFIELD (apud BÉKEI 1984), a gordura é apenas um entre os sintomas da obesidade e não sinônimo da mesma. Entre outros sintomas inclui os distúrbios na imagem corporal, na conduta e na regulação do peso.

Fazendo uma análise crítica em relação à definição convencional de obesidade, HALPERN (1986) levanta as seguintes questões: “Qual é o normal de tecido gorduroso? (...) Como mensurar esta normalidade?”. Argumenta que algumas pessoas procuram médicos para emagrecer por terem engordado muito acima de ‘seu normal’, porém, de acordo com o critério antropométrico vigente, ainda não estão obesas; neste caso, deveriam ser tratadas a fim de restaurarem sua ‘normalidade’?

Para HALPERN, questões deste tipo, refletem as limitações da definição e o caráter ambíguo do diagnóstico de obesidade. Além desses problemas, a definição de obesidade que estabelece como ‘ponto de corte’ o patamar de 20% acima do peso ideal, segundo HALPERN, pode ainda ter o inconveniente de minimizar os riscos de doenças associadas à obesidade nos indivíduos com peso um pouco abaixo deste nível.

Na opinião de SANTOS & MOURA (1988), a obesidade é uma alteração metabólica cujas repercussões - que variam de um indivíduo para outro - estão relacionadas principalmente ao grau de desconforto orgânico ou psicológico que causam, sendo de menor relevância a porcentagem do aumento de peso.

BRUCH (1957) refere-se a um “peso preferencial”, ou seja, aquele peso real e individual que o organismo na sua capacidade auto-regulatória “prefere” como seu padrão de adaptação. Assim, para essa autora, o que constitui excesso de peso e obesidade, não está bem definido. Enfatiza a importância de uma avaliação clínica cuidadosa para que a classificação da obesidade não seja apenas estatística, isto é, expressa em termos de excesso
ine também os fatores psicológicos envolvidos no desenvolvimento e manutenção do excesso de peso (BRUCH, 1957 apud ARANTES, 1980).

1.3. CONCEITUAÇÃO PSICOPATOLÓGICA

Em psicopatologia a obesidade tem sido considerada, por muitos autores, como uma enfermidade psicossomática da esfera oro-alimentar, produzida por uma perturbação peculiar na relação mãe-filho. (BÉKEI, 1984).

BRUCH (1973) estuda a obesidade dentro do grupo das Desordens Alimentares (Eating Disorders) que abrangem diversas situações onde a compulsão e/ou absorção alimentar estão a serviço de problemas adaptativos internos ou externos. Distingue ela dois componentes freqüentemente associados: - as perturbações ponderais e as perturbações dos hábitos alimentares - e afirma que, em cada caso, um dos dois predomina sobre o outro. (apud MARCELLI & BRACONNIER, 1989).

KNOBEL (1974) acha mais apropriado estudar a obesidade como um distúrbio do esquema corporal.

Na Classificação Atual dos Distúrbios Mentais (1987) a obesidade está incluída nas 'Disfunções Fisiológicas Originadas em Fatores Mentais' do sistema gastrointestinal. (DSM III-R in KAPLAN & SADOCK, 1990).

2. ASPECTOS CLÍNICOS DA OBESIDADE

2.1. EPIDEMIOLOGIA

As estatísticas têm indicado que a incidência de obesidade nos Estados Unidos é alta e vem aumentando nos últimos anos.

Diversas pesquisas confirmam que cerca de 1/3 ou de 30% a 40% da população norte-americana é obesa (ALBRINK, 1973; BRUCH, 1975; KRAUSE & MAHAN, 1989).

STEIN (1987) menciona pesquisa realizada por WAXLER e LEEF cujos dados indicam que no período de 1890 a 1965 a incidência da obesidade duplicou. Trabalhos mais recentes revelam que o aumento está sendo mais acelerado nos últimos 15 - 20 anos principalmente entre crianças e adolescentes (MELLIN, 1988).

DIETZ (1990) consultando dados epidemiológicos sobre a prevalência de obesidade entre crianças e adolescentes (definida por um excesso de 85% no índice de espessura da prega tricóptica estabelecido para idade e sexo) nos EEUU, nos períodos de 1971-74 e 1976-80, observou que entre adolescentes esta prevalência aumentou 39% e que a obesidade mórbida (percentil 95 do mesmo índice) aumentou 64%. As alterações das prevalências eram acompanhadas por um aumento do peso médio da população em cerca de 1 kg. O aumento observado entre adolescentes femininos foi maior do que entre adolescentes masculinos.

Estima-se que nos EEUU, de 5% a 15% das crianças até a idade escolar e de 10% a 35% dos adolescentes sofram de obesidade (KAPLAN & WADDEN, 1986).

Segundo KRAUSE e MAHAN (1989) a alta incidência da obesidade nos EUA têm explicações histórico-culturais e está relacionada ao avanço tecnológico e ao êxodo urbano, fatores estes responsáveis por maior abundância no suprimento de alimentos e diminuição da atividade física - o que favorece a obesidade por desequilíbrio entre ingestão e gasto energético.

Dados americanos revelam também que a obesidade é mais freqüente em pessoas de nível sócio-econômico inferior. Mesmo na infância, por volta dos 6 anos já é possível observar esta diferença pois a obesidade é mais freqüente nas crianças mais pobres do que nas mais ricas. Entre mulheres a obesidade é seis vezes mais comum nas classes menos favorecidas do que nas classes mais abastadas e, entre homens esta relação é também semelhante embora mais reduzida.

Outro fator positivamente associado à obesidade é a idade, pois, há um aumento uniforme no predomínio desse distúrbio até os 50 anos (sendo que entre os 20 e os 50 anos esse aumento é três vezes maior). Após os 50 anos esse predomínio cai rapidamente.

Estudos revelam ainda que a obesidade é mais freqüente no sexo feminino do que no masculino, sendo esta diferença mais acentuada após os 50 anos. Isto provavelmente se deve à mortalidade mais alta dos obesos masculinos após essa idade.

A obesidade também parece estar associada com instabilidade emocional pois obesos obtêm menos pontos nas medidas de saúde mental do que não-obesos de mesma idade, sexo e nível sócio-econômico.

Além desses, outros fatores como os genéticos, étnicos, a morbidade social têm influência no predomínio da obesidade. (GOLDBLATT, MOORE & STUNKARD, 1965; TZAGOURNIS, 1978; KAPLAN & SADOCK, 1984).

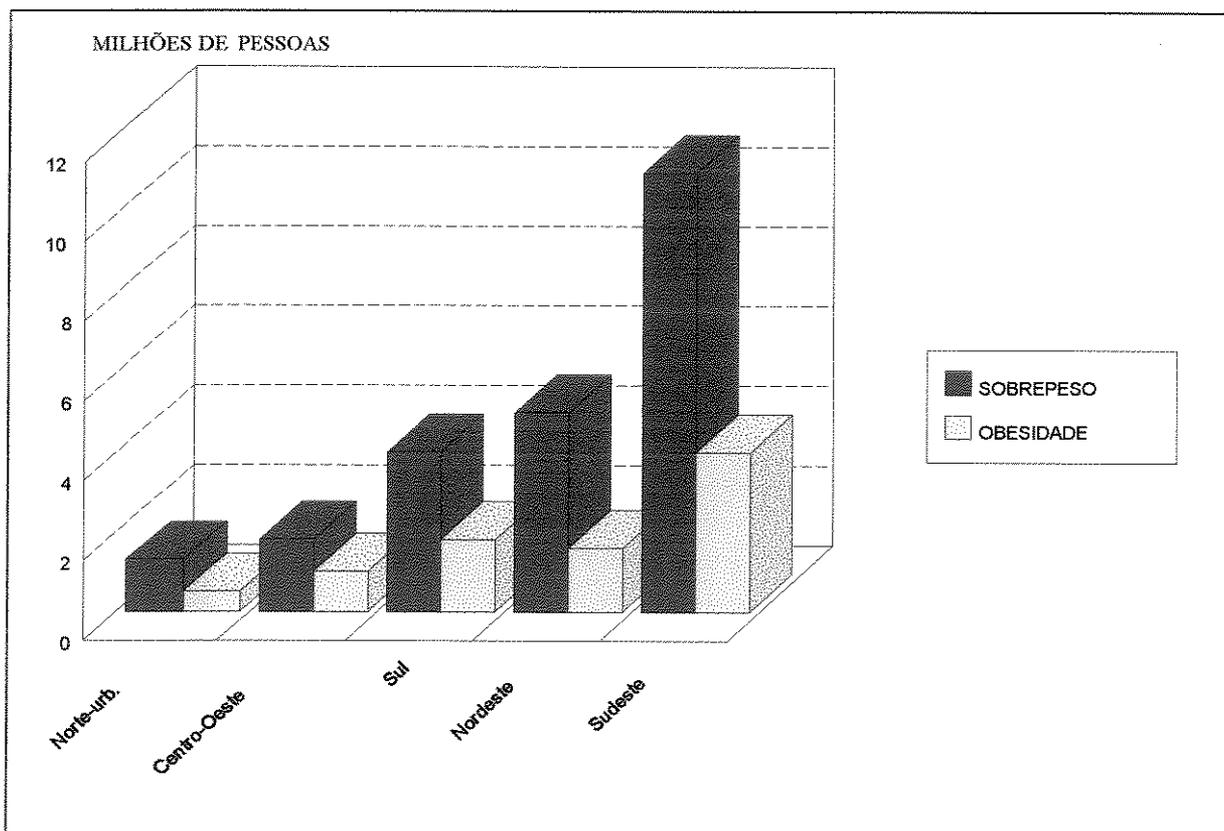
DAWSON (1988) constatou um predomínio de obesidade nas mulheres da raça negra sobre as de raça branca. No período de 1971-74 mulheres brancas e negras tinham média de estatura idêntica, mas média de peso, diferente. As negras eram aproximadamente 6,5 Kg mais pesadas que as brancas. O autor conclui que as mulheres para se avaliarem como gordas, não utilizam o padrão geral de peso ideal mas o padrão de normalidade de sua raça. Comenta que o fato de não se perceberem como gordas contribui para não se esforçarem em emagrecer.

regiões mais desenvolvidas e industrializadas não podem ser extrapoladas para os países mais atrasados e subdesenvolvidos onde o que predomina é mais a desnutrição que a obesidade.

No Brasil estes contrastes sócio-econômicos são bem evidentes. Podem ser observados entre regiões às vezes muito próximas: estados e cidades vizinhas e mesmo nas periferias das grandes cidades.

Dados do último censo realizado no Brasil em 1990 e recentemente divulgados revelam que aproximadamente 21% da população é indigente e vive em franca miséria. Segundo o IBGE, a maior parcela desta população está concentrada no nordeste, responsável por 48,67% do total de indigentes do país (Fonte: IBGE/94). Nestas regiões o que impera é a fome e a desnutrição que compromete seriamente a saúde e a própria existência do indivíduo. (Vide quadro abaixo).

POPULAÇÃO ESTIMADA COM SOBREPESO E OBESIDADE SEGUNDO REGIÕES. BRASIL, 1989.



Estão aqui mostrados os dados de sobrepeso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) por regiões no Brasil (dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição).

Contudo, nas regiões mais abastadas o problema da obesidade é também uma realidade entre nós. Convém salientar que a ocorrência de obesidade e de distúrbios alimentares como bulimia e anorexia só podem existir em áreas onde haja disponibilidade de alimentos e, portanto, condições quer para uma ingestão exagerada, quer para uma recusa sistemática (SILVA, 1985).

SAITO (1987) desenvolvendo pesquisas na grande São Paulo afirma que embora a preocupação maior seja com a desnutrição, o interesse pela obesidade se justifica pela sua “alta prevalência e morbidade atingindo todas as camadas sociais” e, principalmente pelos “múltiplos insucessos obtidos nas tentativas de seu tratamento”.

Podemos concluir disso que, tirando a parcela da população brasileira que vive em condições de absoluta miséria, um número significativo de pessoas de ambos os sexos e de diferentes classes sociais e faixas-etárias padecem de problemas por excesso de peso e obesidade.

2.2. FATORES DE RISCO

Uma das preocupações ligadas à obesidade diz respeito aos riscos de morbidade e mortalidade que acarreta.

HALPERN (1986) comentando sobre estes fatores de risco sublinha que “as estatísticas comprovam que existe uma maior incidência de morbidade (afecções cardiovasculares, dermatológicas, ortopédicas, metabólicas como Diabetes Mellitus, etc.) e de mortalidade entre obesos”. O autor menciona também, o interesse sócio-econômico em torno da obesidade como o das companhias de seguro que reconhecendo tais riscos de saúde e de vida dos obesos elaboraram tabelas de peso ideal como da “Metropolitan Life Insurance Company” com o objetivo de fazê-lo pagar mais pelo seu seguro pessoal.

De fato, a obesidade está associada a uma série de patologias que reduzem as expectativas de vida do indivíduo. Do ponto de vista metabólico há um aumento de aminoácidos, insulina e colesterol na corrente sanguínea; uma diminuição da resposta ao hormônio supra-renal e um aumento da ação da testosterona, podendo ocasionar hirsutismo nas mulheres. No aparelho respiratório pode ocorrer hiperventilação alveolar por diminuição da elasticidade da caixa torácica levando ao cansaço fácil e à falta de ar. No aparelho circulatório o risco é de arteriosclerose, hipertensão arterial, varizes e tromboembolismo. No aparelho gastrointestinal estão aumentados os riscos de calculose vesicular, colelitíase, cirrose hepática, apendicite e fígado gorduroso. Também as hérnias - abdominal e diafragmática - e a colecistite são mais comuns nos obesos que nas pessoas magras.

No aparelho locomotor há maior predisposição à osteoartrose e osteoartrite, ao “pé chato”, à hérnia de disco, aos defeitos posturais e à gota, gerando dificuldades de deambulação que, por efeito circular, ajudam a manter a obesidade, favorecendo a inatividade. No aparelho genital feminino, citam-se: o corrimento vaginal de difícil controle, a diminuição da menstruação e a toxemia gravídica. Há ainda problemas dermatológicos como as úlceras de extremidade e as dermatites intertriginosas.

O Diabetes é 4 vezes mais comum nos adultos obesos, que nos magros pois um dos produtos metabólicos secundários da obesidade é a diminuição de tolerância à glicose (ALBRINK, 1973; PUPO, 1979; ESTEVES, 1985; SAITO, 1987);

TZAGOURNIS (1978) propõe classificar as doenças que têm relação com a obesidade em 2 grupos:

a) - Doenças estreitamente relacionadas à obesidade ou decorrentes da mesma.

Síndrome de Pickwick, Diabetes Mellitus, Hiperlipidemia, Hipertensão, Doenças Cutâneas (intertrigo), Fígado Gorduroso.

b) - Doenças agravadas pela obesidade.

Cirrose Hepática, Distúrbios de Vesícula Biliar, Complicações Cirúrgicas, Nefrite, Coronariopatia, Hemorragia Cerebral, Arteriosclerose, Artrite, Insuficiência Cardíaca Congênita, Doença Pulmonar Crônica, Distúrbios Menstruais, Infertilidade, Distúrbios Emocionais, Veias Varicosas, Toxemia de Gravidez.

O autor acima chama também a atenção para o maior índice de mortalidade das pessoas obesas. Comenta que isso ocorre “por uma variedade de condições médicas e cirúrgicas associadas”. Acrescenta que “mesmo o índice de mortalidade de acidentes automobilísticos é maior no indivíduo obeso”.

As estatísticas mostram que a obesidade diminui a longevidade. KRAUSE & MAHAN (1989) citam que somente 60% dos obesos atingem a idade de 60 anos em comparação com 90% das pessoas magras.

Apenas 30% dos obesos chegam aos 70 anos (contra 50% dos magros) e aos 80 anos a proporção é de um obeso para 3 magros, ou seja, somente 10% dos obesos atingem os 80 anos enquanto 30% dos magros o alcançam.

A obesidade que inicia na adolescência ou que agrava neste período tem uma série de implicações para a saúde biopsicossocial do sujeito, dizem tais autores.

De acordo com SAITO (1987) o início da adolescência bem como o último trimestre da vida uterina e o 1º ano de vida são considerados como épocas críticas para o estabelecimento da obesidade, em vista de um aumento na gordura e no número de células que ocorre nestes períodos.

De fato, pesquisas histológicas têm demonstrado que a gordura é o resultado de uma modificação no tecido adiposo causada pelo aumento no número (hiperplasia) e no tamanho (hipertrofia) das células adiposas que o compõem. Está demonstrado que o

número dessas células é estabelecido, tanto em animais como no homem, na primeira infância ou até os 4 anos de idade.

Mais recentemente, demonstrou-se a existência de um outro período de multiplicação das células adiposas: entre os 9 e os 13 anos. O número de células adiposas uma vez estabelecido torna-se permanente só sendo possível uma redução no seu tamanho. Conclui-se disso que, principalmente nestes períodos, é fundamental que se evite a superalimentação, pois, sabe-se que pessoas com hiperplasia de células adiposas tornam-se propensas à obesidade. (ALPEROVICH, 1981 apud BÉKEI, 1984).

Segundo MELLIN (1988) as conseqüências da obesidade na adolescência são freqüentemente graves. Numa perspectiva sanitária, o maior risco é sua permanência na idade adulta. Refere ele que 70% dos adolescentes obesos tornar-se-ão adultos obesos e afirma que, mesmo se o peso se normalizar na fase adulta, o fato de terem sido obesos durante a adolescência pode aumentar o risco de hipertensão.

Além disso, a obesidade interfere no crescimento e desenvolvimento do adolescente, determinando um início mais precoce de sua puberdade e um período mais curto de crescimento ósseo. Isto resulta numa estatura adulta menor que a de seu potencial genético individual. Os problemas de saúde primariamente ligados à obesidade na adolescência incluem aumento do risco de hipertensão, hiperlipidemia, problemas ortopédicos, respiratórios e menstruais.

As conseqüências psicossociais da obesidade na adolescência não podem ser menosprezadas pois as discriminações que o obeso sofre no ambiente familiar e social comprometem seu ajustamento e desenvolvimento. Na família, sua emancipação não é incentivada e a maneira como é tratado no ambiente contribui para a formação de um auto-conceito negativo e uma auto-imagem corporal ultra-depreciativa.

2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial da obesidade exógena se faz com diversas síndromes neurológicas ou endócrinas tais como os transtornos hipotalâmicos, a síndrome de Cushing e o hipotireoidismo, que incluem a obesidade como um dos sintomas de seu quadro clínico.

Nas síndromes de Prader-Willi e de Lawrence-Moon-Biedl, além da obesidade há outras anomalias como a oligofrenia e a estatura bem inferior que a normal. No hipotireoidismo juvenil há uma deficiência na velocidade do crescimento e um retardo na maturidade óssea e dental. Na síndrome de Cushing - que se caracteriza por uma hipersecreção corticóidea - também a estatura é inferior à normal.

Considerando estes aspectos ESTEVES (1985) conclui que o obeso com estatura normal ou alta e idade óssea normal ou acelerada não sofre de obesidade orgânica ou endócrina. Adverte porém, que o obeso de baixa estatura deve ser submetido a um diagnóstico “profundo e exaustivo”.

2.4. CLASSIFICAÇÃO - Tipos

Existem muitas formas de se classificar os tipos de obesidade de acordo com o aspecto que se quer enfatizar. Neste estudo, interessa-nos, principalmente, a classificação que destaca a intensidade e os aspectos psicopatológicos da obesidade.

Assim, com relação à intensidade, podemos diferenciar 3 tipos:

- a) - Obesidade leve: de 15 a 20% acima do peso ideal.
- b) - Obesidade moderada: de 21 a 50% acima do peso ideal.
- c) - Obesidade mórbida: acima de 50%

PAREDES E AVENDAÑO (1986) fornecem outros índices para estes três graus de obesidade. Consideram **leve** o sobrepeso de 20 a 29%; **moderada** o sobrepeso de 30 a 39% e **grave** o sobrepeso de 40% ou mais.

Com relação aos aspectos psicopatológicos, BRUCH (1973) diferencia entre:

- a) - Obesidade evolutiva: distúrbio grave, Ego primitivo pouco discriminado, estrutura psicótica ou borderline.
- b) - Obesidade reativa: estrutura depressiva, Ego mais diferenciado e mais estruturado.

2.5. COMPORTAMENTO ALIMENTAR - Características

STUNKARD (apud BRUCH, 1973) em 1959 identificou, em obesos, distintos padrões de comportamento alimentar. Descreveu 2 desses padrões como mais patológicos:

- 1) - A síndrome da alimentação noturna (Night Eating Syndrome) e;
- 2) - A Binge Eating Syndrome que parece corresponder à compulsão alimentar de P. AIMEZ (apud MARCELLI & BRACONNIER, 1989).

A primeira é caracterizada por anorexia matutina seguida de hiperfagia no final da tarde e insônia, sendo mais comum em mulheres. Seria precipitada por situações de stress.

A 'Binge Eating Syndrome' ou síndrome do comer compulsivo é caracterizada pela repentina e compulsiva ingestão de enormes quantidades de comida, num tempo relativamente curto, tendendo a ser seguida por agitação e sentimentos de auto-condenação. Esta síndrome também representa uma reação ao stress, mas aqui a crise da

hiperalimentação não é periódica (como na síndrome da alimentação noturna) mas aparece estreitamente relacionada à circunstâncias precipitadoras.

Entre os obesos que apresentam hiperfagia HAMBURGER (apud BRUCH, 1973) distingue quatro tipos:

- 1) - Os que se superalimentam em resposta a tensões emocionais inespecíficas (solidão, angústia, insatisfação).
- 2) - Os que apresentam hiperfagia em reação a uma tensão crônica e à frustração, usando a comida como um substituto do prazer.
- 3) - Os que usam a superalimentação para ocultar um problema emocional subjacente, em geral a depressão.
- 4) - Os que manifestam um intenso apetite e se atiram à comida de forma compulsiva, sem aparente relação com eventos externos ou distúrbios emocionais.

MARCELLI & BRACONNIER (1989) apontam como condutas alimentares bastante freqüentes no adolescente obeso, a beliscagem e a hiperfagia. Consideram que as crises de bulimia ocorrem só raramente na obesidade sendo mais comum, na anorexia nervosa. Descrevem estas três condutas do seguinte modo:

- 1) - A beliscagem: caracteriza-se por um comer fora das refeições, às vezes, o dia todo. Acompanha as atividades do sujeito e, em geral, envolve alimentos que estão à mão e não necessitam de preparo (biscoitos, chocolates, salgadinhos, etc.).
- 2) - A hiperfagia: caracteriza-se por um excessivo aporte alimentar e está freqüentemente associada a hábitos alimentares adquiridos na família.
- 3) - A crise de bulimia: corresponde à compulsão alimentar e caracteriza-se pelo impulso repentino e irresistível de comer. Geralmente não está relacionada à sensação de fome, mas sim, de um sentido de difuso mal-estar, de vazio, de angústia ou depressão. O sujeito ao ter a crise está em geral sozinho e come o que encontrar pela frente sempre

com muita pressa e em grande quantidade, freqüentemente sem prazer. O acesso pode durar minutos ou até uma hora. Em seguida o sujeito entra num estado de prostração ou efetua manobras para vomitar. Alguns pacientes que apresentam estas crises podem não apresentar perturbações ponderais significativas como obesidade ou anorexia nervosa.

Um aspecto comum a estas diferentes condutas alimentares, observadas em pessoas obesas, é que elas dificilmente são comandadas pela fome fisiológica; parecem mais ser uma necessidade de ‘preenchimento interno’. Do mesmo modo, a sensação de saciedade não é percebida, podendo ser substituída por um sentimento de culpabilidade ou por um estado de fastio suplementar (MARCELLI & BRACONNER, 1989).

Pesquisas experimentais, realizadas em situação de laboratório, têm indicado que pessoas obesas são mais afetadas por sugestões e estímulos externos do que pessoas de peso normal. Isso tem implicações no comportamento alimentar pois, para os obesos, o motivo para comer pode ser despertado simplesmente pelo fato de estarem diante de alimento disponível o que difere de indivíduos não-obesos que, em geral, comem de acordo com determinantes introceptivos (SCHACHTER, 1968).

2.6. ETIOPATOGENIA

Desde a década de 1930 que investigadores e clínicos reconhecem que a obesidade simples ou exógena constitui a maior parte dos casos de obesidade. Neste tipo de obesidade múltiplos são os fatores que podem estar envolvidos direta ou indiretamente na etiologia e manutenção do excesso de peso.

Não se trata apenas de uma questão de excesso de ingestão calórica associada ao uma redução no gasto energético pois, mesmo quando a obesidade resulta, em última instância, dessa circunstância, é importante levar em conta os fatores que a promovem que são em geral múltiplos e variáveis e nem sempre claros e identificáveis.

A concepção geral de que os obesos são hiperfágicos (comem acima de 3000 calorias por dia) enquanto que os magros são hipofágicos (ingerem menos de 2500 calorias por dia) tem sido refutada pelas pesquisas.

MAYER et al. (apud AJURIAGUERRA, 1980) descreveu que lactentes, crianças em idade escolar e adolescentes obesos típicos caracterizavam-se mais pela inatividade que pela superalimentação.

BRUCH foi uma das primeiras a apontar que o distúrbio fundamental na obesidade não é a hiperfagia mas a inatividade. Ela estabeleceu a oposição entre polifagia - obesidade - inatividade por um lado e anorexia - magreza - hiperatividade por outro. (Apud MARCELLI & BRACONNIER, 1989).

MAYER e cols. (1956) compararam a ingestão alimentar com os graus de atividade de estudantes obesas com um grupo - controle, de peso normal. Verificaram que as obesas comiam menos que as do grupo - controle mas gastavam cerca de 2/3 a menos de seu tempo em ocupações que implicavam movimento do corpo (apud MAYER, 1977).

MELLIN (1988) verificou que as diferenças no comportamento alimentar de obesos e não-obesos não estava na hiperfagia mas na frequência do comer. Os obesos pulavam refeições e comiam menos frequentemente que os de peso normal.

CREFF e HERCHBERG (1983), analisando o comportamento alimentar de centenas de pessoas de diferentes compleições físicas nas duas últimas décadas nos EEUU, demonstraram que entre os magros 48% eram normofágicas (ingeriam de 2500 a 3000 calorias/dia); 51% eram hiperfágicas e apenas 1% era hipofágica. Entre as pessoas obesas que nunca haviam feito dieta constataram que 27% eram hipofágicas; 36% normofágicas e apenas 37% eram efetivamente hiperfágicas. Detectaram também um fato curioso: entre os obesos já tratados com dietas, 46% da amostra eram hipofágicos, mas continuavam obesos.

Com base nestes achados, GIOKOVATE (1986) conclui que as dietas para emagrecer podem ser eficazes para fazer as pessoas comerem menos porém nem sempre isso resulta num emagrecimento pois alguns obesos reagem a essa diminuição na ingestão calórica com uma equivalente diminuição em seu metabolismo, ficando tudo na mesma, ou seja, mantendo-se o excesso de peso.

O autor levanta a hipótese de que as raízes dessa diminuição no metabolismo basal são psicológicas. Acredita que no obeso - que está muito preocupado em emagrecer - mecanismos psicológicos inconscientes atuam em seu organismo fazendo-o funcionar numa “política de poupança” isto é, reduzindo o gasto calórico necessário à vida diária.

Um estudo realizado na Universidade Rockefeller (EUA) e publicado recentemente na Revista New England Journal of Medicine (jun 95) concluiu que o organismo compensa regimes alimentares com um gasto proporcionalmente menor de calorias em determinada atividade física. Após 10 anos de investigação os pesquisadores chegaram até a determinar as porcentagens dessa variação metabólica. Assim pois, se uma pessoa perde 10% do seu peso, a taxa de seu metabolismo cai em 15%, ou seja, ela queima menos calorias como uma espécie de compensação. Por outro lado, uma pessoa que aumenta seu peso em 10%, o corpo compensa o ganho, queimando 16% a mais de energia em certa atividade física (citado no jornal da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, ano 29 - abril/95).

HALPERN et alli (1988) também concordam que a obesidade nem sempre está relacionada a uma hiperfagia. Admitem que em certos casos é o gasto calórico que é ineficiente quer por diminuição da atividade física, quer por redução do metabolismo basal ou da termogênese adaptativa. Asseguram que há evidências de que o metabolismo basal de um ex-obeso é inferior a de um indivíduo previamente magro e que a termogênese adaptativa, principalmente a induzida pela alimentação, apresenta-se diminuída na maioria dos obesos.

Uma interessante experiência realizada no Canadá por BOUCHARD (apud HALPERN, 1994) concluiu que a capacidade de engordar com a mesma alimentação é determinada geneticamente e varia de uma pessoa para a outra. Após superalimentar oito pares de gêmeos univitelinos durante 6 meses, verificou ele que todos os indivíduos ganharam peso mas, enquanto alguns ganharam apenas 5 Kg outros incorporaram até 12 Kg. Reparou ainda que o ganho de peso e a distribuição da gordura foi similar entre os componentes de um mesmo par de gêmeos, o que indica que tais características também seguem uma predisposição genética.

Os fatores desencadeantes ou etiológicos da obesidade simples são geralmente classificados em duas categorias:

a) Fatores genéticos:

a1) Influência da hereditariedade: obesos tem em geral familiares diretos (pais, irmãos) também obesos. MAYER (1968) observou que apenas 10% das crianças cujos pais tem peso normal são obesos contra 40% das que tem um dos pais obesos e 80% das que possuem pai e mãe obesos;

a2) Influência étnica: a obesidade tem maior dominância na raça branca (SAITO e cols., 1985). Contudo, quando se trata da obesidade feminina, verifica-se que ela é mais freqüente na raça negra (DAWSON, 1988);

a3) Diferenças genéticas no metabolismo: alguns indivíduos são melhores armazenadores e piores dissipadores de energia (SAITO e cols., 1985).

As pesquisas que investigam o fator genético da obesidade conseguiram um grande avanço científico com a recente descoberta do gene da obesidade, abreviadamente chamado de “ob” que foi identificado em camundongos.

Esta descoberta, comunicada na revista “Nature” de 1 de Dezembro de 1994 pelo coordenador da pesquisa, Jeffrey Friedman do Howard Hughes Institute for Medical Research na Universidade Rockefeller (EUA) aponta para a grande probabilidade de um gene semelhante em seres humanos.

Este mesmo Instituto de Pesquisa revelou, em meados de julho deste ano (1995), mais outra importante comprovação científica, ou seja, novas experiências com camundongos puderam finalmente relacionar o gene da obesidade ao hormônio leptina - um regulador do metabolismo que já era conhecido por sua ação de sinalizar ao cérebro a existência de gordura em excesso no corpo, o que desencadeia a produção de substâncias que destroem esta gordura (Folha de S. Paulo, cad 5-16 de 30/07/95 e revista ISTO É, nº 1348, p. 20, de 02/08/95).

b) Fatores ambientais: aqui entram todas as variáveis que direta ou indiretamente se relacionam com hábitos alimentares inadequados. SAITO e cols. (1985) citam as seguintes:

- b1) A baixa renda familiar favorecendo a ingestão excessiva de carboidratos por serem alimentos mais baratos;
- b2) A falta de informação da família sobre a alimentação correta;
- b3) A dinâmica familiar;
- b4) A propaganda;
- b5) Os horários para as refeições;
- b6) As estações do ano (maior ingestão de alimentos na primavera e no inverno);
- b7) A geografia (em núcleos urbanos a obesidade é mais freqüente).

HALPERN (1986) cita outros fatores ambientais como: a interrupção de exercícios físicos em esportistas, com manutenção dos mesmos hábitos alimentares; o uso de certos medicamentos como neurolépticos, estrógenos, glicocorticóides, progestógenos e anti-histamínicos; mudanças ambientais, viagens prolongadas, restrição ao leite; após amidalectomia; puberdade nas meninas; gravidez; menopausa; trauma emocional; perda de entes queridos; casamento; depressão; stress psicológico associado a sedentarismo e beliscagem, no período pré-vestibular; após deixar de fumar.

PAREDES e AVENDAÑO (1986) no México verificaram que a obesidade correlacionava-se positivamente com as seguintes variáveis: familiares obesos, mães obesas, introdução de leite modificado antes dos três meses de idade, desmame precoce, início do excesso de peso antes dos 9 anos de idade, alimentação irregular e sedentarismo. Encontraram também correlação significativa entre obesidade e transtornos na dinâmica familiar.

KRAUSE & MAHAN (1989) comentam que o sedentarismo predispõe à obesidade por dois motivos: 1) porque a pessoa gasta menos energia por dia e, 2) porque o equilíbrio entre ingestão e gasto energético só pode ser conseguido quando há uma atividade moderada... “No caso de baixa atividade há surpreendentemente um aumento da ingestão alimentar e ganho de peso”.

O estudo efetuado por DIETZ (1990) sugere que é possível estabelecer uma relação causal entre o tempo de inatividade - assistindo TV - e o aumento da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes. Verificou que esta prevalência aumentava aproximadamente em 2% para cada hora adicional de assistência à TV por dia. Afirma ele ainda que, se nos últimos anos a prevalência da obesidade entre adolescentes aumentou 39%, 25% desse aumento podem ser atribuídos às horas gastas assistindo televisão. Esclarece que a TV pode contribuir para a obesidade de duas maneiras:

- 1) - aumentando o consumo alimentar (hábito de comer enquanto assiste TV; comer alimentos anunciados nos intervalos comerciais);

2) - diminuindo a energia dispendida pelo sedentarismo e pelos efeitos hipnóticos da TV que podem reduzir o metabolismo basal.

Entre os fatores psicológicos, parece que a depressão e a ansiedade são os que mais influenciam a ingestão de alimentos em excesso. Isso leva a um círculo vicioso pois o aumento de peso piora o estado emocional (ansiedade e depressão) conduzindo novamente ao alimento.

ESTEVES (1985) afirma que a ingestão alimentar exagerada pode ser uma forma de superar alguns estados emocionais como reduzir a ansiedade, aliviar o tédio ou atenuar a solidão. Cita pesquisa de WILKINSON sobre fatores relacionados com a obesidade infantil, destacando os seguintes: obesidade em um parente de primeiro grau; mãe idosa, condição de filho único e ausência de um pai. Dois ou mais destes fatores estiveram presentes em 60% das crianças obesas estudadas.

Na adolescência há uma confluência de fatores que podem predispor à obesidade.

COLLI (1979) assinalou que um aumento discreto na deposição de gorduras no início do processo puberal é normal e mais acelerado nas meninas. O fenômeno é denominado de 'repleção' e, segundo a autora, seria uma espécie de "abastecimento em vôo". É esperado que com o crescimento esta gordura se distribua melhor e o acúmulo se dissipe. Em alguns casos, porém, o excesso de ingestão e os maus hábitos alimentares adquiridos podem ser mantidos após o término do crescimento, quando as necessidades calóricas diminuem, favorecendo o desenvolvimento da obesidade. Além disso, o ambiente também pode criar um contexto desfavorável à formação da imagem corporal e do auto-conceito ao encarar o acréscimo ponderal normal da puberdade, como um sinal já de obesidade, estigmatizando o adolescente.

ESTEVEES (1985) esclarece que, ao final da puberdade, há uma alteração fisiológica na gordura corporal. Esta diminui nos rapazes de 16% antes do ponto máximo puberal, para 10% na culminação do crescimento. Nas meninas dá-se o inverso, de 16% aumenta para 24% e, às vezes, até 28% ao término da puberdade.

SAITO (1987) aponta algumas características dos adolescentes que, associadas a fatores ambientais, favorecem a obesidade nessa faixa etária. Por exemplo: os jovens são consumistas, anseiam por liberdade, por amor e sucesso. Ora, a propaganda usa isso, direcionando-se ao público jovem e sensibilizando-o, com imagens de liberdade, amor e sucesso, ao incentivarem o consumo de chocolates, refrigerantes, sorvetes, sanduíches, etc. Outro exemplo: o adolescente é muito sensível às críticas do grupo de amigos; portanto, se um adolescente é gordinho, geralmente se afasta das atividades esportivas porque teme ser criticado pelos colegas. Pode cair então no seguinte círculo vicioso: rejeição grupal => baixa auto-estima => sedentarismo => depressão/solidão => alimento em excesso => obesidade.

HARKAWAY (apud MELLIN, 1988) enfatiza o padrão das atitudes familiares na etiologia da obesidade. Trabalhando com o enfoque sistêmico, descreve as funções do sintoma de excesso de peso em famílias obesas, chegando a conclusões realmente singulares e surpreendentes. Verificou ele que em tais famílias o excesso de adiposidade pode retardar a separação e emancipação do adolescente mantendo o clã unido; pode ser um meio de desviar a atenção de problemas mais sérios ou mais dolorosos ou pode ser também uma forma de exprimir lealdade e filiação ao grupo familiar.

2.7. FISIOPATOGENIA

No campo fisiológico, diversos mecanismos têm sido sugeridos para explicar a obesidade porém, até hoje nenhum deles foi satisfatório.

Pesquisadores neste campo acreditam na existência de **um hormônio** causador da adiposidade na obesidade simples pois não se satisfazem apenas com a teoria do desequilíbrio entre ingestão e consumo calórico. Contudo, ainda não conseguiram provar essa hipótese. (Em camundongos, esta hipótese foi recentíssimamente confirmada por pesquisadores da Universidade Rockefeller, como já mencionamos). Muitos investigadores tem encontrado **uma série de anormalidades metabólicas** em pessoas muito obesas, mas ainda não se especificou se tais disfunções são causa ou consequência do estado obeso.

MILLER DE PAIVA (1966) menciona o desequilíbrio da ação dos hormônios somatotróficos, ACTH, anti-diuréticos, insulina, glucagon e do princípio mobilizador dos lipídios como mecanismo que poderia explicar a obesidade simples. Isso não invalidaria a importância da psicogênese pois, conforme argumenta, tal desequilíbrio poderia ser desencadeado por fatores psicológicos.

Relata ter observado aumento de corticóides em pessoas obesas durante crises de ansiedade com normalização após solução dos conflitos psíquicos.

Tem-se verificado que pessoas muito obesas apresentam um grande aumento na concentração pós-prandial de insulina, quantidade que alguns autores consideram excessiva em relação à glicemia.

Esse aumento de insulina faria o indivíduo continuar sentindo fome, mesmo após a refeição, tendendo a alimentar-se em excesso e a engordar. Estudos recentes têm demonstrado também em obesos uma insensibilidade dos tecidos à ação da insulina. No caso do tecido adiposo esta insensibilidade mostrou estar relacionada com hipertrofia celular pois quando o sujeito emagrece a sensibilidade à insulina é restaurada (ALBRINK, 1973; PUPO, 1979). Além de aumentar a fome, a elevação da insulina no obeso pode levá-lo ao diabetes pela sobrecarga contínua que acarreta ao pâncreas.

A experiência de CABANAC & DUCLAUX (apud HAYNAL e PASSINI, 1983) é uma comprovação de que a resposta dos obesos às soluções de glicose é diferente do indivíduo normal pois este, após ingerir certa quantidade do líquido açucarado, sente-se

enjoado enquanto que os obesos, com a mesma quantidade da substância, não apresentam tal reação de saciedade.

Experiências como as que foram relatadas mostram que existem nítidas alterações metabólicas nos obesos, algumas das quais parecem contribuir para a manutenção da obesidade. No entanto, como a maior parte dessas disfunções pode ser revertida com o emagrecimento, pensa-se que elas decorrem da própria obesidade.

Assim, por exemplo, o equilíbrio do nível de açúcar no sangue pode ser restaurado quer pelo emagrecimento, através de dieta hipocalórica, quer pela prática de exercícios físicos vigorosos que obrigam os músculos a utilizarem as gorduras e não mais os carboidratos como combustível.

Além de aumentar o metabolismo basal, os exercícios físicos têm, segundo os fisiatras, um efeito compensador para os obesos que é a redução da sensação de fome, uma vez que a elevação de insulina já não se faz necessária.

3. ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS

3.1. PSICOGÊNESE *

Ao discutir a noção de “Falso Self” vimos como WINNICOTT relaciona os distúrbios alimentares do bebê a seus protestos em ter que se adaptar aos desejos de sua mãe. O autor sugere que estes distúrbios poderiam aparecer, de forma mais grave, em estágio posterior do desenvolvimento, lançando uma hipótese plausível para a compreensão das raízes da obesidade e da anorexia nervosa.

* Reconhecemos que o termo “psicogênese” não é o mais adequado numa visão multicausal e multifatorial da obesidade; no entanto, com este termo queremos apenas relacionar algumas hipóteses compreensivas da etiologia desta enfermidade que privilegiam os fatores de origem psicológica sem excluir a participação de outras variáveis também importantes, quer sociais, culturais ou biológicas.

Seguindo esta orientação Winnicottiana, H. BRUCK apresenta uma compreensão psicodinâmica da obesidade com a qual compartilhamos. Resumindo tal concepção destacamos que a predisposição à obesidade pode ter origem nas primitivas experiências do bebê com sua mãe que, basicamente, giram em torno da amamentação. A sucção do leite constitui o veículo principal do estabelecimento do vínculo mãe-bebê após o nascimento.

As sensações de fome e saciedade não são inatas na criança; elas precisam ser diferenciadas de outras sensações e aprendidas. Para isso é fundamental a participação da mãe. É ela quem 'traduz' as sensações da criança oferecendo-lhe exatamente o que ela precisa e solicita com seus sinais como por exemplo, amamentando-a se chora de fome; aquecendo-a se mostra sinais de frio; fazendo-a adormecer se demonstra cansaço e sono, etc.

Portanto, se por insegurança, ansiedade ou outros motivos, certa mãe não é capaz de ser empática com seu bebê para captar suas necessidades e apenas lhe ofereça alimento (o leite) para todo e qualquer sinal de desconforto, tal mãe o priva das experiências necessárias para que ele possa aprender a diferenciar as fontes de seu desconforto.

Nesta situação de acordo com BÉKEI (1984) se o lactente é forte pode resistir a tal alimentação forçada, vomitando ou recusando o leite; contudo, se o bebê é mais fraco acaba resignando-se e submetendo-se à solução apresentada.

BRUCH (1977) afirma que aos poucos a criança vai ficando confusa a respeito de suas sensações, torna-se passiva, deixa de oferecer sinais à mãe e aceita o alimento que ela lhe dá. Em termos Winnicottianos, como vimos, ela adquire um falso - self funcionando segundo um controle externo. Isto teria várias implicações entre as quais, o desenvolvimento e/ou a predisposição à obesidade que, conforme esclarece BÉKEI (1984), dar-se-ia por dois motivos:

- 1) - Pela sobrecarga alimentar que provoca hiperplasia irreversível das células adiposas.
- 2) - Pelo não reconhecimento da sensação de saciedade - fundamental para a regulação fisiológica do peso.

Além disso, tal falha na conduta materna, isto é, sua falta de empatia por seu narcisismo e necessidade de manter a fusão com seu bebê, pode afetar o desenvolvimento psicológico da criança comprometendo-lhe a formação da identidade e da imagem corporal o que, por sua vez, prejudica a estruturação do Ego. A criança poderá crescer com um sentimento de não ser dona do próprio corpo e, ao ter que abortar seu “gesto espontâneo” (WINNICOTT) isto é, seus sinais incipientes de comunicação, pela indiferença da mãe que não os acolhe, a criança pode também ter dificuldades na simbolização e nos mecanismos de formação de conceitos.

Essa hipótese psicogenética explicaria certas características observadas em **obesos de longa data** tais como: a identidade confusa, as distorções da imagem corporal, a dificuldade de expressar emoção com palavras (alexitimia de SIFNEOS), a dependência, a falta de iniciativa e espontaneidade e a baixa tolerância à frustração.

BÉKEI (1984) assegura que, se a patologia materna não é muito grave e pode ser corrigida a tempo, os efeitos mais sérios da falta de empatia podem ser evitados. Contudo, diz a autora, estas primeiras experiências ficarão gravadas no psiquismo infantil como um ponto de fixação que pode ser ativado em momentos críticos da vida ulterior quando então o indivíduo recorrerá à comida ao sentir-se privado de afeto. Refere BÉKEI que os momentos críticos evolutivos mais importantes para reativar a experiência traumática primitiva, são a puberdade e a adolescência. As transformações pubertárias e o desenvolvimento sexual despertam angústia, principalmente porque acentuam a diferenciação da mãe, reativando os processos de dessimbiotização. A obesidade pode então servir como defesa frente a estas mudanças, pois, a gordura dá ao corpo um aspecto infantil e assexuado.

Além disso, como na adolescência a linguagem corporal e a somatização (de afetos, conflitos e impulsos) estão favorecidos por processos regressivos, este período é particularmente crítico para o restabelecimento de antigos manejos psicossomáticos.

3.2. O SIGNIFICADO DO ALIMENTO - Aspectos Psicossociais da Obesidade

SALZMAN (1972) discorrendo sobre o significado do alimento diz que ele representa e simboliza tudo o que é essencial à vida e que é recebido de fora. Atesta que desde tempos remotos “o alimento tem participado simbolicamente em rituais religiosos ou seculares, onde o amor, apoio e sustento de Deus estejam envolvidos e, também como substituto simbólico de manifestações físicas de carinho e amor”. (apud ARANTES, 1980).

CAMAY WOODALL (1987) sustenta que para certos obesos comuns, isto é, aqueles que não apresentam ansiedade exagerada, nem crises de bulimia e também para indivíduos normais, a comida pode representar um “objeto transicional” (WINNICOTT), ou seja, algo que não faz parte do Eu e nem é, tampouco, o prolongamento da mãe, mas que representa a suavidade e o conforto dela.

Certos indivíduos obesos buscam no alimento a compensação para problemas e dificuldades de ordem emocional. Alimentam-se em excesso, para satisfazer necessidades afetivas, compensar frustrações, combater a depressão e o sentimento de solidão, descarregar a raiva ou fugir de sentimentos desagradáveis como o tédio, a preocupação, a culpa, a vergonha, a falta de esperança que decorrem de conflitos intrapsíquicos.

KRAUSE E MAHAN (1989) afirmam que o alimento para o obeso pode representar amor, segurança, satisfação e alívio de tensão e, em função disso, muitas vezes, o comer torna-se um comportamento compulsivo. Assinalam que, após ter sido estabelecida, a obesidade pode ser usada como defesa para evitar contato interpessoal ou ser racionalizada como sinal de saúde, prosperidade e sucesso na vida.

Na verdade não é apenas para os obesos que existe essa associação entre comida e prazeres sociais. Em quase todas as culturas, famílias e grupos se reúnem para refeição e a maioria das comemorações, festividades, confraternizações fazem-se em torno de uma mesa de alimentos e de bebidas. Além disso, a comida farta é em geral sinal de status social pois, em diversas culturas, pessoas abastadas usam a fartura ou o desperdício de alimentos como forma de ostentação de seus poderes econômicos. É também comum, em quase todos os contextos sociais, a idéia de que é necessário acumular reservas alimentícias para o tempo das “vacas magras”. Poder-se-ia pensar que para o obeso essa idéia ou fantasia inconsciente o faria acumular gorduras (reservas) em seu próprio corpo com a intenção de se prevenir e se “calçar” para o tempo da penúria e da fome.

A noção de que ser gordo é sinal de saúde e até de beleza não é incomum. Pesquisas antropológicas têm demonstrado que, em diversas sociedades primitivas, tribos indígenas ou em regiões onde predomina um tipo de vida nômade, a gordura é muito valorizada sendo mesmo um padrão de beleza. (Até no Japão, os gordos participantes do Sumô são considerados pessoas saudáveis e são apreciados pelas mulheres).

Podemos observar em nossa sociedade que muitas pessoas que desaprovam a obesidade do adulto vendo-a como um defeito e um problema de saúde ainda conservam a idéia de que um bebê gorducho e rechonchudo é mais saudável e mais bonito.

Na opinião de SILVA (1985) nosso sistema social estimula a obesidade, “fabrica gordos e depois os marginaliza”. A autora relata que 70% ou mais da publicidade veiculada pela televisão dedica-se à promoção de bebidas e comidas visando principalmente os adolescentes que são os grandes consumistas. Comenta que o adolescente obeso, por ser passivo, é presa fácil da propaganda de alimentos, mas sofre a contradição da sociedade que também propaga um estilo de vida esportivo e um culto ao corpo esbelto e ágil, tão distante de sua realidade. Assinala ainda que é típica também a conduta das mães, em nosso meio, de estarem sempre insistindo para que seus filhos comam mais.

PIZZINATTO (1992) analisa que o consumismo de alimentos, bebidas, drogas ou outros prazeres imediatos podem ser explicados como **mecanismos compensatórios ou de fuga** aos problemas sociais, à crise financeira, aos processos de estagnação da sociedade que geram sentimentos internos de impotência ou alienação mental nos indivíduos.

BRUCH (1973) propõe que, para se estudar os fatores psicossociais da obesidade, distinga-se entre:

- a) - aqueles que desempenham um papel no desenvolvimento da obesidade;
- b) - aqueles que decorrem do estado obeso;
- c) - aqueles que são precipitados pelo emagrecimento.

Identifica ela três tipos de obesos, segundo sua adaptação psicológica:

- 1) - Os obesos de tipo constitucional: são em geral indivíduos ajustados e competentes. Neles o excesso de peso não está relacionado a um funcionamento psicológico anormal e não apresentam distúrbios da imagem corporal. Apesar disso, esses obesos podem vir a sofrer problemas e desajustes psicossociais em decorrência da própria obesidade, principalmente na adolescência, quando se tornam mais sensíveis à crítica e às discriminações do meio, e tendem a isolar-se.
- 2) - Os obesos evolutivos: são os que se caracterizam por apresentar, graves distúrbios emocionais e de personalidade. Sua obesidade decorre de um transtorno na etapa de separação - individuação (MAHLER, 1975) não conseguindo o sujeito desprender-se totalmente da simbiose inicial com a mãe. Para estes obesos o alimento continua significando **união**. Na adolescência, tais distúrbios podem assemelhar-se aos da personalidade pré-mórbida da esquizofrenia.

3) - Os obesos reativos: são os que iniciam a obesidade após algum trauma ou stress emocional. É um tipo de obesidade que ocorre em pessoas com estrutura egóica mais firme onde a discriminação Ego/Não-Ego pôde realizar-se mais satisfatoriamente. Geralmente desenvolve-se na idade adulta, mas também pode ocorrer na adolescência e, mais raramente, na infância. Aqui, a obesidade seria um sintoma do distúrbio nervoso, ficando no lugar da depressão ou raiva, ou servindo para combater a ansiedade.

Com relação aos problemas psicossociais precipitados pelo emagrecimento, BRUCH (1973) esclarece que obesos evolutivos correm um sério risco de desintegração psicótica quando se submetem a um regime forçado, pois, sua obesidade parece funcionar como defesa contra a confusão de identidade. Já, no caso de obesos reativos que usam a comida para combater a ansiedade e a solidão, a tendência maior é tornarem-se deprimidos com o regime.

De fato, GLUCKSMAN & HIRSCH (apud MELLO FILHO, 1979) registraram que certos obesos, ao passarem por processo de emagrecimento, relatavam vivências de despersonalização. Sonhavam ou fantasiavam estarem-se diluindo e esvaziando. Em outros casos, verificaram que o emagrecimento desencadeou reações depressivas e paranóides.

Há ainda os problemas psicossociais decorrentes da própria obesidade e de sua discriminação no meio social. BRUCH (1977) afirma que a obesidade prejudica a vida social da criança e principalmente do adolescente, pois, interfere negativamente em sua inter-relação com os demais. Lembra que as pessoas em geral não vêem a obesidade como doença, mas como um desleixo, uma fraqueza, uma falta de controle do obeso. Muitas vezes o gordo é motivo de risos e provocação em seu ambiente e isto o torna inseguro. Na experiência da autora acima, crianças e adolescentes obesos são em geral, medrosos e incapazes de defender-se frente aos que os provocam.

3.3. O PERFIL DO OBESO - Traços e características de personalidade

BRUCH (1961, 1973, 1975), estudando características perceptivas e conceituais de pacientes obesos, evidenciou **déficit na percepção e formação de conceitos** como fatores importantes de sua psicopatologia. Verificou que tais pacientes eram incapazes de perceber e interpretar certos estímulos, vindos de dentro do corpo. Assim, além de não reconhecerem a fome - o mais característico - também apresentam uma falha generalizada na percepção de outras sensações, sentimentos, preferências e opiniões. Concluiu que pessoas obesas são orientadas externamente no sentido de serem incapazes de distinguir estímulos internos e estímulos relacionados a experiência emocionais e interpessoais (consequência do que já foi explicado anteriormente sobre o lactente).

PERESTRELLO (1961) enfatizou que o obeso apresenta reações, atitudes, maneiras de ver e de sentir que são claramente orais em sua origem.

MAYER (1977) revela que estudos que buscam avaliar a personalidade dos obesos têm demonstrado que muitas das características destes pacientes assemelham-se às que são típicas de grupos minoritários étnicos e raciais submetidos a forte discriminação. Tais características são: “passividade, preocupação obsessiva com a própria imagem; expectativa de rejeição e fuga progressiva”.

Um traço característico evidenciado por diversas pesquisas é o da dependência. Tem-se comprovado que, principalmente as mulheres obesas e, em especial, as adolescentes, são mais dependentes, mais persuasíveis, mais conformistas que as mulheres de peso normal. Essa dependência mostra um padrão de inibição de expressões diretas da agressividade (FEINER, 1954; BRUCH, 1957; LEON & ROTH, 1977).

Avaliações através da prova de Rorschach também apontam estas características de dependência, passividade, imaturidade e ambivalência, como traços que distinguem os obesos das pessoas de peso normal (ARANTES, 1980).

SAITO e cols. (1985) descreveram o 'perfil do obeso voraz' que se caracteriza pelas seguintes tendências: dependência, intolerância à frustração, indecisão, agressividade mal elaborada e ansiedade.

Acreditam, tais autores, que estes pacientes em geral, não têm consciência dessas características. Eles tendem a funcionar compulsivamente frente a “todas as fomes possíveis”.

Assim como os estudos citados, muitos outros foram efetuados, objetivando traçar um perfil obeso típico. No entanto, em função de sua etiologia múltipla, a obesidade parece não se prestar a tal caracterização típica.

STUNKARD (1959) acredita não ser possível determinar características psicológicas de pessoas obesas que sejam significativamente distintas das pessoas não-obesas.

SILVERSTONE (1973) comprovou que a prevalência de distúrbios neuróticos ou psiquiátricos nos obesos não era maior que na população não-obesa. De seu estudo, pode-se concluir que comparações quantitativas entre obesos e não-obesos não permitem uma compreensão aprofundada dos fatores psíquicos da obesidade (apud PIZZINATTO, 1992).

Nessa linha de pensamento, PERESTRELLO (1961) também havia defendido a idéia de que não é possível generalizar que todos os obesos apresentam tal ou qual característica específica. Enfatizou que “não há obesidade mas sim obesos” portanto convém antes, “individualizar os casos e ponderar”.

3.4. OUTRAS HIPÓTESES PSICODINÂMICAS DA OBESIDADE

Do ponto de vista psicodinâmico diversas aproximações e hipóteses compreensivas da obesidade têm sido oferecidas ao longo dos anos.

FREUD (1895) referiu-se ao sintoma da “fome devoradora” (bulimia) como um equivalente do ataque de angústia.

Em sua teoria psicanalítica ABRAHAM (1927) propôs que a sensação de fome poderia estar ocultando intensos impulsos reprimidos.

Na concepção de ALEXANDER (1930) a obesidade poderia ser considerada como uma regressão patológica ao estágio oral do desenvolvimento. Assim, se em decorrência de conflitos emocionais, as funções genitais maduras fossem inibidas, haveria a tendência a expressar essa sexualidade reprimida através de distúrbios emocionais das funções nutritivas - ou seja - “perturbações do comer” (apud KORNHBER & KORNHABER, 1977).

Do mesmo modo FENICHEL (1945) interpreta o desejo desordenado por comida dos indivíduos obesos, como **uma substituição para satisfações dos desejos sexuais.**

RASCOVSKY (1951) chamou a atenção para a influência da organização familiar na psicogênese da obesidade. Verificou que geralmente a família do obeso era composta de um pai fraco ausente e de uma figura materna superprotetora e dominante. Esta mãe, devido à sua falta de vinculação com outros objetos, especialmente num plano genital, canalizava para seu filho uma carga de afeto exagerada. Seria um tipo de mãe que ao mesmo tempo que prolonga demasiadamente sua relação primitiva com o filho, reprime-lhe as satisfações auto-eróticas de caráter genital. Isto contribuiria para que a criança permanecesse fixada às satisfações de tipo oral-digestivo tendo dificuldade em passar para etapas seguintes (anal, fálica e genital).

Por outro lado, a ausência ou debilidade da figura paterna interferiria no processo de duas maneiras: indiretamente, por seu relacionamento insatisfatório com a mãe - contribuindo para as frustrações desta - e, diretamente, não oferecendo ao filho um bom modelo de identificação e nem impondo qualquer restrição ao seu apego excessivo à mãe.

Para introduzir sua concepção psicanalítica da obesidade e do comer compulsivo, GRINBERG (1956) inicia por sintetizar os estudos anteriores sobre os dinamismos dessa função, destacando as proposições que considera mais relevantes. Diz ter encontrado, em muitos desses estudos, uma coincidência na ênfase dada à relação entre obesidade e processos depressivos. Em sua sistematização do conhecimento anterior GRINBERG destaca que:

- 1) - Foi sugerido que o **aumento de peso** representaria, num plano simbólico, um objeto de amor equivalente ao seio materno e que a **compulsão a comer** teria o significado básico de incorporação da mãe, a fim de restabelecer a relação primitiva com ela. Isto se daria sempre após uma vivência de frustração ou abandono, como uma tentativa de superar a depressão pela recuperação do objeto perdido.
- 2) - Foi também proposto que o comer estaria vinculado à necessidade de fortalecer um Ego frágil e débil que, pelo alimento, adquiriria força e poder, não apenas no plano físico, mas, especialmente, no plano psíquico.
- 3) - Assinalou-se ainda o valor do alimento como defesa frente às ansiedades paranóides o qual se constitui num objeto bom e idealizado que aplacaria a vivência de vazio e defenderia o Ego contra as ameaças externas.
- 4) - Houve contribuições bem fundamentadas como as de RASCOVSKY e cols. (1948) que demonstraram a influência da constelação familiar constituída por um pai fraco e uma figura materna superprotetora e dominadora.
- 5) - Por último, cita que foi também estabelecida uma relação entre a obesidade e a agressividade num plano oral.

Na opinião de GRINBERG esses dinamismos, embora válidos e corretos para os diferentes casos e circunstâncias em que foram propostos, deixam de considerar uma das funções essenciais do comer compulsivo que, segundo ele, é a *“Negação implícita da*

ausência, perda ou destruição do objeto mediante o ato de incorporar repetida e continuamente o alimento que o representa”.

Esclarece que o objeto **pode ser sentido como um perseguidor** sendo então mais seguro mantê-lo retido dentro do indivíduo para melhor controlá-lo. Neste caso, a ausência do objeto é temida e o comer compulsivo visaria negar o seu desaparecimento, por meio da ingestão de seu substituto. Num segundo caso, o objeto perdido **pode ser idealizado** e, nesta circunstância, o que se visa com o mesmo sintoma é negar a angústia de abandono e o desamparo por sua perda. Finalmente, o sintoma do comer compulsivo pode estar visando **negar a culpa** gerada por fantasias de destruição do objeto.

São estes os três sentidos que a negação pode assumir.

ABADI (1971) baseado nos trabalhos apresentados no simpósio sobre Psicanálise da Obesidade

realizado na Argentina em maio de 1955 e em sua própria experiência com pacientes obesos, apresenta as conclusões a que chegou a respeito de alguns mecanismos psicogenéticos da obesidade:

- 1) - O tecido adiposo representa para o obeso: uma reserva de alimento pela internalização em seu corpo de uma mãe nutridora; uma proteção contra o frio (e carências afetivas simbolizadas pelo frio); representa a nível mais profundo, a mãe grávida que o envolve - o envoltório materno - que reedita a relação simbiótica primitiva do feto com a mãe e o papel de acolchoado defensivo do líquido amniótico.
- 2) - Esta internalização da mãe produz-se como defesa frente ao temor de destruí-la e perdê-la e como conseqüência sofrer uma morte retaliativa. Introjetando-a como tecido adiposo pode-se repará-la, recuperá-la, controlá-la e protegê-la.

- 3) - O obeso tem dois esquemas corporais básicos: o de seu próprio corpo, sem o envoltório adiposo e outro que corresponde ao esquema corporal (fantasiado) da mãe grávida e que então inclui a capa de gordura que o reveste. Um esquema corporal está dentro do outro - o magro dentro do gordo. O esquema corporal de dentro é, ponderalmente, fraco, excessivamente frágil e vulnerável. Na fantasia inconsciente do obeso, o gordo e o magro estão simbioticamente unidos como a mãe e o feto.
- 4) - O obeso faz uma regressão intra-uterina através da somatização da mãe grávida em seu tecido adiposo, mas não faz uma regressão fetal, já que apresenta muitos traços de personalidade bastante evoluídos.
- 5) - A atividade oral no obeso está mais a serviço da necessidade de reparação do objeto materno, destruído por suas fantasias inconscientes de caráter sádico-anais e fâlicas do que a serviço de seu sadismo oral.
- 6) - Fantasias e Impulsos reprimidos correspondentes à etapa sádico anal e fâlica configuram o substrato latente da personalidade obesa.
- 7) - Ao limitar os movimentos, o tecido adiposo funciona como um freio, uma “camisa de força” que o obeso usa e deseja para proteger-se de sua temida destrutividade sádico-anal e fâlica.
- 8) - O apetite voraz do obeso é interpretado como um deslocamento da atividade genital proibida. Isso explicaria a culpa e vergonha que o comilão tem de sua aparência obesa que revelaria tais impulsos
- 9) - A gordura poderia ser interpretada também como uma defesa frente à ameaça da cena primária, uma somatização de um mecanismo de isolamento que separa os pais em coito.

10) - O tecido adiposo é interpretado ainda como tendo uma atividade parasitária orientada contra o corpo do próprio sujeito que o aloja. Isso explicaria a necessidade de comer para alimentar este parasita antes que ele, faminto “descarregue sua voracidade (como um câncer) contra o próprio sujeito que o aloja”.

LIBERMAN (1971) a propósito do tratamento psicanalítico de um caso, sugeriu que a depressão, a morte interior, a castração e a homossexualidade passiva poderiam estar-se ocultando e sendo substituídos pela obesidade.

VEGA (1971) também concluiu que conflitos homossexuais reprimidos e inconscientes, negação de impulsos ativo masculino e impossibilidade de canalizar a agressão em formas socialmente aceitáveis, devido a inibições fóbicas do caráter, poderiam estar entre os fatores psicogênicos da obesidade.

GARCIA REINOSO (1971) efetua um estudo psicanalítico do personagem de Shakespeare na Obra Enrique IV, o popular obeso Falstaff. A partir disso, o autor estabelece uma estreita relação entre a obesidade e a hipomania. Sugere que a obesidade de Falstaff representa a imagem materna má e idealizada que o envolve. Sua gordura seria um mecanismo somático de defesa e atuaria tanto como capa protetora contra esse objeto, como um disfarce do mesmo. O caráter hipomaniaco e cínico corresponderia à expressão psicológica da obesidade que teria a função de negar e idealizar o objeto mau.

O grande temor de Falstaff de perder a gordura poderia ser explicado, diz o autor, pelo medo da morte ou desintegração (loucura) frente a possibilidade da aparição do objeto mau e perseguidor.

De La BALZE et alli (1971) relacionam diversos significados psíquicos da obesidade. Muitos coincidem com os já citados. Vêm também a gordura como uma defesa:

a) “...que oculta sua debilidade interior através de uma presença imponente”.

b) “...que impede converter-se em motivo de interesse sexual”.

- c) “...que substitui a insatisfação sexual, frigidez ou impotência...”.
- d) “...que compensa um sentimento de abandono”.
- e) “...que serve de ‘válvula de escape’ para uma tensão constante...”
- f) “...que camufla a agressividade profunda sob a aparência de brandura da capa gordurosa...”

Na visão de GARMA (1976), para quem as enfermidades psicossomáticas são o resultado de conflitos entre os instintos e o superego, existe, na obesidade, uma atitude de submissão à mãe ou pessoas que a substituem, ou a representações psíquicas equivalentes que impulsionam à alimentação e à engorda, rejeitando qualquer outro tipo de satisfação. (Esclarece que o reflexo dessa mãe ou de suas representações, no psiquismo, é o que constitui o superego especial do obeso).

A gordura seria o aspecto somático de seu superego “uma camisa-de-força imobilizadora, aparentemente formosa, feita de satisfações alimentícias aparentemente agradáveis, porém que constituem aceitação forçada de submissões infantis”. Afirma o autor que: a aparência externa de homem satisfeito, engana tanto o observador quanto o próprio obeso que não é capaz de captar que em suas profundezas psíquicas estão na realidade uma série de proibições instintivas.

Para GARMA (op.cit.), a gordura do obeso não é apenas algo que lhe pertence, mas é também como uma espécie de “parasita de origem materna” que o sujeito deve carregar. “É como um útero materno envolvente e dominador”.

BRUCH (1977) observou que muito frequentemente os obesos crônicos manifestam um sentimento de que são pessoas especiais ou de que precisam ser maiores ou melhores que os outros. Esse sentimento pode ser, em parte, determinado pelas demandas implícitas ou explícitas do meio, mas decorrem, sobretudo, da avaliação distorcida que a criança obesa faz de sua realidade, sentindo que precisa compensar os pais das frustrações que causa aos mesmos ao não corresponder às suas ambições e expectativas, “Nada do que

ela realiza satisfaz a imagem exageradamente inflada do que ela sente que poderia fazer ou que se espera dela que faça”.

Contudo, afirma BRUCH (op.cit.) que por trás desses “sonhos persistentes de glória existe um medo desesperado de nulidade”, de não ser nada nem ninguém. Por isso necessitam ser sempre elogiados pelos outros. Como seus desejos são irrealistas, tendem a sofrer frustrações constantes buscando conforto na comida e aumentando a obesidade. Por outro lado, diz a autora, a alimentação excessiva é também buscada com a esperança de que realize, a nível simbólico, o desejo de ser grande, mental e internamente, para evitar o sentimento de perda da identidade.

Na adolescência, podemos também reconhecer muitos dos dinamismos aqui apresentados para a compreensão da obesidade.

Já comentamos que, nesta faixa etária, a obesidade poderia estar funcionando como uma tentativa, onipotente e maniaca, de conter o processo puberal, a sexualidade genital, o desenvolvimento da identidade pessoal, a dessimbiotização dos objetos primários, enfim, todas as aquisições desse período.

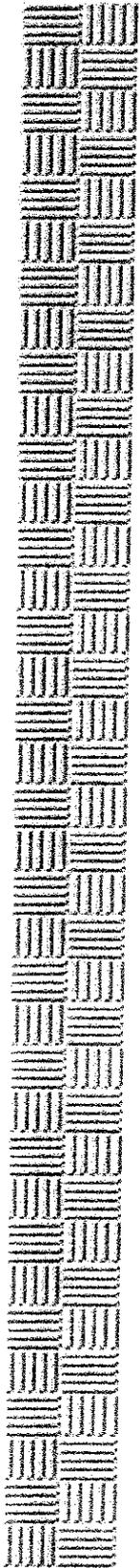
Segundo BLÓS (1962), na adolescência observa-se uma verdadeira “fome de objetos” e de incorporá-los.

Os mecanismos de introjeção e projeção são intensos neste período e essenciais no processo de formação da identidade. De fato, SPIEGEL ((1961) descreveu a personalidade do adolescente como “esponjosa” querendo referir-se a esta peculiaridade de ser permeável tanto para absorver o que vem de fora como para projetar ou expelir o que provém de seu mundo interno. Neste sentido, as funções corporais podem ser distorcidas a fim de expressar simbolicamente desejos inconscientes de incorporação, retenção, expulsão, agressão, etc. (apud ABERASTURY & KNOBEL, 1970).

BÉKEI (1984) analisa que a obesidade na adolescência serve a diferentes propósitos inconscientes em meninos e meninas. Interpreta que, no menino, a obesidade seria uma espécie de auto-castração que reforça sua identificação com a mãe e assegura sua aproximação (asexual) infantil. Na menina, pré-púbere, sua gordura encobre suas formas femininas incipientes e evita o despertar do sexo e a rivalidade com a mãe.

Finalmente, MARCELLI & BRACONNIER (1989) também comentam que, se a obesidade se inicia ou se agrava na adolescência, pode estar relacionada ao medo da sexualidade e da genitalidade. Mencionam que especialmente na menina, a obesidade é utilizada, às vezes, como defesa diante de desejos sexuais que geram sentimentos de culpa.

Fizemos neste último item um apanhado geral das opiniões de diversos analistas sobre sua compreensão do psiquismo do obeso. É bom salientar que todas as hipóteses aqui apresentadas foram suscitadas a partir de investigações sobre casos clínicos individuais, baseadas sempre na história e trabalho psicanalítico de pacientes obesos concretos. Podem, no entanto, ser úteis para outros casos, desde que devidamente testadas e comprovadas. Não devem, portanto, ser empregadas como uma verdade pronta e definida.



Capítulo VI
MÉTODO

1. O MÉTODO CLÍNICO

O método clínico tem sido considerado o método 'de escolha' em pesquisas psicossomáticas onde se busca a compreensão bio-psico-social do indivíduo.

Oriundo da prática médica e dos procedimentos efetuados 'junto ao leito do doente' como sugere a etimologia do termo, o método clínico tem hoje aplicações bem mais amplas que não se limitam à Medicina, mas se estendem pelo campo geral das Ciências Humanas. Em Psicologia, é ele indicado para aprofundar conhecimentos gerais, quer no campo da normalidade, quer no da patologia.

Segundo REUCHLIN (1979), o método clínico apoia-se na convicção de que somente um estudo aprofundado de indivíduos particulares, devidamente situados em seus contextos, permite a sua compreensão e, a partir deles, a do ser humano em geral.

Refere este Autor que o método clínico depende de uma epistemologia humanista própria das Ciências do Homem que se baseia em relações de significado e se dedicam a COMPREENDER os fenômenos. (Neste sentido, ele se opõe ao método experimental que tem por base uma epistemologia naturalista própria das Ciências da Natureza que se regem por relações de causa e efeito, buscando EXPLICAR os fatos.)

Os fenômenos da vida psíquica não são precisos nem explicáveis em termos de causa e efeito, mas podemos chegar a compreendê-los observando-os e descrevendo-os, como diz ele, "em termos de totalidades dadas na experiência vivida."

A adoção desta atitude compreensiva (e essencial em Psicologia) tem laços diretos com a fenomenologia do psiquiatra JASPERS, o que fica evidente na seguinte citação: "...Em fenomenologia, o que importa não é tanto o estudo de casos sem conta mas sim a compreensão intuitiva e profunda de alguns casos particulares". (JASPERS apud REUCHLIN, 1979)

É de se destacar também o papel fundamental da INTUIÇÃO no método clínico pois ela representa, muitas vezes, a única forma possível de se compreender outro ser humano. Tal 'intuição' deve ser compreendida no sentido proposto por BERGSON, isto é: "...a simpatia

pela qual nos transportamos para o interior de um objeto a fim de coincidir com aquilo que ele tem de único e inexprimível". (BERGSON, apud REUCHLIN, 1979)

"A fonte dessa intuição é o interesse pelo próximo, a simpatia humana", conforme ressalta PERESTRELLO (1979).

De fato, ela se baseia em conhecimentos pré-conscientes que são mobilizados e utilizados pelo psicólogo, sem que ele mesmo o perceba, numa espécie de EMPATIA, poder-se-ia dizer.

FREUD [1856-1939] contribuiu muito para o enriquecimento do método clínico nos campos da psicologia e da psicopatologia. Seu conceito de 'inconsciente dinâmico' deu nova dimensão à compreensão dos fenômenos humanos (tanto normais como patológicos), estendendo suas relações de sentido para além do conteúdo manifesto. Foi ele quem introduziu o estudo da biografia dos pacientes e procurou sempre compreendê-los de forma profundamente humana.

Estamos de acordo com LADRIÈRE (1977): "Compreender o fenômeno é, de certa maneira, efetuar o caminho da manifestação em sentido inverso, remontar o processo de vinda ao manifesto, vincular o manifesto ao seu princípio."

E LAGACHE (citado ainda por REUCHLIN) também opina: "O método psicanalítico poderia ser qualificado como 'ultraclínico', se entendermos por MÉTODO CLÍNICO o estudo aprofundado dos casos individuais."

Com opiniões tão abalizadas, sentimos-nos bastante incentivados neste trabalho em que escolhemos dez casos de adolescentes obesas para ilustrar o estudo da Obesidade Feminina na Adolescência.

Realmente, procurando compreender e ilustrar um pouco da subjetividade do processo adolescente vivido por estas moças, e buscando possíveis relações de significado entre a obesidade delas e suas histórias de vida, seus conflitos intra e extra-psíquicos, suas estruturas de personalidade e seu ambiente familiar, esperamos contribuir com algumas peças a mais para

o entendimento deste problema tão complexo,- que hoje em dia se espalha pelo mundo inteiro,- esperando, ardentemente, que muito em breve e com a contribuição de muitos outros estudiosos do assunto, possamos chegar a resultados mais positivos no combate - e na procura da tão desejada solução - a esta trágica doença.

1.1. SOBRE A TÉCNICA DA ENTREVISTA

Nas entrevistas foram utilizados os métodos mais recomendados pelos autores especializados, sendo que nos baseamos, principalmente em BLEGER, cujos pontos cardeais aqui vão resumidamente descritos:

BLEGER (1978), afirma que a teoria da entrevista tem sido influenciada por conhecimentos derivados principalmente :

- da Psicanálise, com as noções de inconsciente, transferência e contratransferência, projeção e introjeção, resistência, repressão, etc.;
- da Gestalt, enfatizando o papel do entrevistador como parte de uma totalidade, isto é, a visão da entrevista como um todo;
- da Topologia, ajudando a caracterizar o campo psicológico e suas leis e a considerar o enfoque situacional; e
- do Behaviorismo, destacando a importância da observação comportamental.

Tais conhecimentos, diz ele, têm permitido realizar a entrevista em condições metodológicas mais estritas, convertendo-a em instrumento científico, sendo portanto passível de ensino e aprendizagem.

De fato, a sistematização técnica da entrevista possibilita um estudo mais detalhado e oferece subsídios para serem empregados cientificamente.

Estabelece BLEGER que:

- a) - a entrevista deve ter seu enquadramento definido, isto é, local, tempo e objetivos bem determinados.
- b) - o sigilo deve ser garantido, ficando o cliente perfeitamente seguro a este respeito.
- c) - o entrevistador faz parte do campo de observação - é um 'observador-participante'- pois também modula o comportamento do entrevistado; daí que a escuta do entrevistado é também uma auto-escuta, levando o entrevistador a examinar e rever aspectos de sua própria vida. Está claro portanto, que a pretensa 'objetividade e neutralidade' do pesquisador não deve e nem pode aqui ocorrer. (Isto porque uma das fontes importantes do conhecimento e compreensão do outro provém da observação e análise do que ocorre com o interlocutor nesse encontro intersubjetivo.)
- d) - o pesquisador no entanto deve funcionar de modo dissociado, ou seja, enquanto em parte se envolve com o entrevistado, por outro lado controla, racionalmente, o que está ocorrendo, mantendo essa útil dissociação.
- e) - não só a comunicação verbal deve ser levada em conta mas também o conjunto da comunicação não-verbal, como gestos, expressões fisionômicas, rubores, silêncios, sorrisos, atitudes, insinuações e outros.
- f) - "Toda entrevista é ansiogênica tanto para o entrevistado como para o entrevistador", diz BLEGER, "mas esta ansiedade deve ser reconhecida e controlada, para não influir erroneamente nos resultados".

1.2. TESTES PROJETIVOS

O método clínico pode - e deve - ser complementado e ampliado por técnicas especializadas como a dos testes projetivos.

Neste trabalho escolhemos, dentre os testes já consagrados como eficientes, o teste do grafismo, para avaliação complementar da personalidade de nossas examinandas. Foram empregados: o teste do desenho da figura humana de MACHOVER e o HTP (HOUSE-TREE-PERSON) de BUCK. cuja descrição é apresentada a seguir, de modo detalhado, para justificar seus princípios e base teórica, seus alcances e aplicações, bem como sua validade e fidedignidade.

1.2.1. GRAFISMOS E LINGUAGEM SIMBÓLICA

Para EMANUEL HAMMER (1981), “cada ato, expressão ou resposta de um indivíduo - seus gestos, percepções, sentimentos, seleções, verbalizações ou atos motores - de certa maneira apresentam a marca de sua personalidade”.

Compartilha ele, com MACHOVER (1967), LEVY (1981) e outros, a idéia de que a percepção, consciente e inconsciente de si mesmo e das pessoas significativas do ambiente de um sujeito, determinam o conteúdo de seu desenho.

Portanto, as produções gráficas podem ser consideradas como um exemplo de linguagem simbólica - uma forma de comunicação e linguagem elementar que antecede à escrita. Lembre-se que as crianças desenhavam antes de saberem escrever e também, o homem primitivo, o das cavernas, expressava suas emoções, sentimentos, idéias e necessidades, através da obra artística (CALIGOR, 1960 e HAMMER, 1981).

KOPPITZ (1974) afirma que do mesmo modo como podemos analisar as manifestações verbais para determinar sua estrutura e conteúdo; podemos também analisar e interpretar os desenhos.

DI LEO (1985), partidário de que “cada desenho reflete a personalidade de seu autor e expressa tanto aspectos afetivos quanto cognitivos”, considera que a metodologia do examinador deve ser tanto intuitiva quanto analítica e acredita que a mensagem de um desenho torna-se mais aparente **quando o mesmo é visto como um todo**.

SCHILDER (apud CALIGOR, 1960) comparou a importância dos desenhos produzidos durante um processo de tratamento psicanalítico, à dos sonhos, dizendo que ambos são instrumentos que podem ser analisados da mesma forma, tendo concluído que “nos desenhos existem, aspectos estruturais relativamente persistentes, os quais refletem os elementos básicos da personalidade”.

1.2.2. O CONCEITO DE PROJEÇÃO NOS TESTES GRÁFICOS

De acordo com HAMMER (op.cit.), o processo de projeção pode ser definido como “a colocação de uma experiência interna ou de uma imagem interna, no mundo exterior”. E completa: “...a projeção é o processo psicológico de se atribuir qualidades, sentimentos, atitudes e anseios próprios, aos objetos do ambiente (pessoas, outros organismos ou coisas)”.

Diferentemente do conceito de projeção em FREUD, onde o que é projetado é sempre algo recalcado, HAMMER esclarece que “o conteúdo da projeção, no desenho, pode ou não ser conhecido pelo sujeito, como parte de si próprio”.(HAMMER, 1981,p.38).

Para este autor, uma técnica clínica pode ser um instrumento projetivo quando for constituída por estímulos ambíguos, havendo necessidade que seu significado seja explicitado pelo examinando.

Coube à psicanálise desvendar que o inconsciente **fala** através de imagens simbólicas. Dessa forma, os sonhos, mitos, folclore, fantasias e obras de arte estão impregnados de determinismo inconsciente, sendo seu estudo e interpretação, uma importante via de acesso ao inconsciente (FREUD, 1900).

De fato, no desenho de crianças, por exemplo, podemos observar que elas representam não o que vêem, mas o que sentem (HAMMER, 1981).

LOURENÇÃO VAN KOLCK (1968), comentando os testes gráficos, afirma que este material permite uma análise dos processos **adaptativo, expressivo e projetivo**, processos estes que se inter-relacionam continuamente na personalidade.

Segundo esta autora, o processo adaptativo pode ser verificado pela correspondência do desenho ao que foi solicitado, levando-se em conta, é certo, a **idade e o ambiente cultural do sujeito**.

O comportamento expressivo pode ser depreendido das qualidades gráficas, ou seja, o estilo, a organização e o tamanho do desenho.

O comportamento projetivo que em geral é inconsciente, pode ser analisado no desenho,

- pelo seu simbolismo,
- pelo seu conteúdo (tonus postural, expressão facial, ênfase de aspectos individuais) e
- pela maneira de o tema ser tratado.

“As discrepâncias encontradas no processo adaptativo podem ser interpretadas como falhas, de natureza intelectual ou afetivo-emocional.

A análise dos aspectos expressivos e projetivos fornece dados complementares sobre a personalidade do sujeito e suas interações com o ambiente”, conclui ela.

Com relação a este último aspecto - o projetivo - o Princípio Básico de Interpretação da maioria dos autores é que:

- o desenho representa o indivíduo e
- a folha de papel, o ambiente.

(MACHOVER, 1967; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1968; HAMMER, 1981 e PICCOLO, 1981):

1.2.3. AS DEFESAS NOS TESTES GRÁFICOS

O estudo dos testes gráficos tem-se diversificado e recebido muitas contribuições através de diferentes abordagens. Entre estas contribuições, é de se destacar o trabalho da argentina ELSA GRASSANO PICCOLO (1981) como uma das mais preciosas para ampliar a compreensão da dinâmica da personalidade, facilitando a identificação dos mecanismos de defesa nestes testes.

Seguindo orientação Kleiniana, PICCOLO utiliza os testes gráficos (HTP, Figura Humana, Desenho da Família e Teste das Duas Pessoas) como instrumentos psicodiagnósticos capazes de revelar as ansiedades básicas e as defesas predominantes do sujeito.

Para explicar a base teórica de seu trabalho, PICCOLO sintetiza as idéias MELANIE KLEIN sobre:

- as relações objetais e
- os conceitos de fantasia inconsciente, de ansiedade e de defesa.

Assim, refere-se ela à concepção Kleiniana de que, desde o nascimento, já existe um Ego rudimentar capaz de sentir ansiedade, utilizar defesas e estabelecer relações primitivas de objeto.

Assinala que *“as defesas são parte de processos dinâmicos, nos quais estão sempre implicados vínculos com os objetos”* (p. 205), explicando que, para controlar as ansiedades, temores ou desejos surgidos nestes vínculos, o Ego organiza e desenvolve defesas, as quais são vivenciadas internamente, como fantasias inconscientes sobre aspectos do Ego e/ou do objeto, interferindo na maneira como o sujeito percebe a si mesmo e aos outros e, conseqüentemente, no modo como ele reage e se comporta, frente aos objetos internos e externos.

Para esclarecer este ponto, PICCOLO exemplifica que, se a fantasia inconsciente do sujeito for de que sua agressão pode destruir o objeto, ele terá tendência a perceber, no objeto, apenas o que for positivo e bom e isso irá refletir-se em sua conduta exterior que, provavelmente, será marcada por uma amabilidade generalizada (o objetivo das distorções, no perceber, é sempre o de evitar o sofrimento psíquico, diminuindo a ansiedade e mantendo o equilíbrio nas relações com o objeto).

No decorrer do desenvolvimento, explica ela, algumas fantasias adquirem uma certa predominância e se estabilizam para constituir-se na forma habitual de manejar o vínculo com os objetos.

E são estas **formas estáveis de preservação do equilíbrio dos vínculos com os objetos**, que recebem o nome de Mecanismos de Defesa (PICCOLO, 1981).

Esta autora concorda com H. SEGAL (1964) quando diz que o mecanismo de defesa consiste na concretização de fantasias inconscientes (sobre como evitar um sofrimento, por exemplo), em determinada conduta interna e externa que pode ser detectada pelo observador experiente.

Ao estudar as defesas nos testes gráficos, PICCOLO procura não somente identificá-las, mas também compreendê-las. Para tanto, preocupa-se em determinar as defesas latentes e manifestas, o porquê e para que de tais defesas, as fantasias subjacentes, a sua efetividade, a variabilidade ou a fixidez e o nível evolutivo a que elas estão relacionadas.

Em suma, o trabalho desta notável autora consiste em uma análise e discussão dos mecanismos de defesa que podem ser identificados nos testes gráficos, sempre na ordem de sua seqüência evolutiva, segundo a teoria Kleiniana, ou seja:

- a) - mecanismos esquizóides (dissociação, idealização, negação, controle onipotente e identificação projetiva);

- b) - mecanismos maníacos e obsessivos (regressão, isolamento, formação reativa e anulação);
- c) - mecanismos neuróticos (inibição, deslocamento e repressão) e
- d) - mecanismos mais avançados, como a sublimação.

1.2.4. DESENHO DA FIGURA HUMANA - de MACHOVER

KAREN MACHOVER (1967) foi uma das pioneiras a sistematizar a utilização do traçado da figura humana como um método de estudo da estrutura e dinâmica da personalidade.

Através da aplicação rotineira do teste do desenho da figura humana de GOODENOUGH* (1926) - uma medida de inteligência - MACHOVER logo observou que crianças, com o mesmo QI na Escala GOODENOUGH, contavam coisas diferentes sobre seus desenhos.

(A técnica do desenho projetivo da figura humana tem suas bases no conceito de imagem corporal de PAUL SCHILDER (1950), pois se fundamenta na suposição básica de que a personalidade desenvolve-se através de um corpo específico que tem movimentos, sensações e atividades mentais).

De acordo com MACHOVER “o desenho de uma pessoa representa a expressão do eu, ou do corpo no ambiente” pois, o sujeito revela uma imagem corporal, que segundo o conceito de SCHILDER é a representação mental que cada um tem de seu próprio corpo, suas partes, seus produtos e suas necessidades, ou seja, sua auto-imagem.

* GOODENOUGH, F. Utilizou o desenho da figura humana para avaliar o nível intelectual da criança. Ela desenvolveu - e padronizou - os escores desta prova. O escore é basicamente quantitativo e analítico, com pontos atribuídos a detalhes e, em menor grau, à estrutura básica (apud: DI LEO, 1985).

Seguindo as idéias de SCHILDER, ressalta ela que a imagem corporal - ou de si mesmo - desenvolve-se gradativamente e pode sofrer alterações em situações de enfermidades, traumas, regressões emocionais e tratamento. E comenta: “Assim, pessoas jovens e em desenvolvimento, apresentam variações nas figuras humanas que desenham em diferentes etapas de suas vidas”.

E acrescenta que, além de referir-se à própria imagem, quando desenha uma pessoa, o sujeito reflete também as das outras pessoas que formou em sua mente, através das: *identificações, projeções e introjeções*.

CALIGOR (1960) já havia destacado que a noção de imagem do corpo - de SCHILDER - é mais dinâmica que estática, pois se transforma e se reorganiza constantemente nas interações do sujeito com seu ambiente. Este autor lembra que o próprio SCHILDER já havia percebido a relação entre o conceito de si mesmo, sua projeção no desenho e a potência, deste último, como instrumento para revelar dinamismos internos do desenhista.

Além disto, ao desenhar uma pessoa, o sujeito pode estar revelando não apenas uma auto-percepção, mas também um ideal de Ego ou uma compensação frente a algum defeito que sinta possuir.

A este respeito, MACHOVER expressa o seguinte:

“A imagem corporal projetada poderá referir-se aos desejos mais profundos do sujeito, à exposição franca dos defeitos, à compensação vigorosa desses defeitos ou a uma combinação dos três fatores” (MACHOVER, 1967).

Além dela, diversos outros autores como CAMPOS (1975), LEVY (1981) e DI LEO (1985) constataram que **em desenhos de pessoas obesas ocorria frequentemente um super-adelgamento da figura ou, às vezes, um encrespamento das paredes do corpo.**

Já os trabalhos de KOTKOV e GOODMAN (1953, 1954) exemplificam como os desenhos podem também expor a auto-percepção de deformidades corporais. Comparando figuras humanas desenhadas por dois grupos de mulheres - obesas e não obesas - os autores acima verificaram **que os desenhos das mulheres obesas eram mais largos ou maiores do que os do grupo-controle.**

Estes mesmos autores (1953b) verificaram, posteriormente, que alguns sinais que caracterizavam os desenhos de mulheres obesas eram correlatos a traços de personalidade. Dentre estes, destacaram que as obesas apresentavam maior grau de insegurança, regressão e dependência, supercompensação por sentimentos de inadequação e ajustamento mais pobre em relação ao corpo, do que as mulheres de peso normal.

SIDNEY LEVI (1981) através de sua larga experiência com o emprego do teste MACHOVER, trouxe-lhe valiosas contribuições para seu estudo e aprofundamento. Distinguiu ele cinco pressupostos teóricos básicos para fundamentar a técnica de interpretação do desenho da pessoa.

- a) - Os desenhos da figura humana são sobredeterminados;
- b) - A sobredeterminação é feita por fatores psicodinâmicos nucleares;
- c) - O desenho é uma projeção da imagem corporal do sujeito;
- d) - Todo o desenho tem íntima relação com as experiências de vida do testando;
- e) - As operações, entre os detalhes de um desenho e as forças que o determinam, seguem regras semelhantes à produção onírica, às criações imaginárias e aos deslocamentos somáticos.

1.2.4.1. Sua Validade e Fidedignidade - Justificativa Para o Uso

Segundo LEVY (1981), o teste do desenho da figura humana, como qualquer outra técnica psicológica, não possui validação experimental mas, mesmo assim, pode oferecer uma fonte de informação e compreensão da personalidade muito “frutífera, econômica e profunda”.

DI LEO (1985) comenta que nos testes projetivos, muitos dados da análise não podem ser mensurados, pois como lembra, “uma aproximação intuitiva ao intangível (auto-imagem, sentimentos, conflitos, co-relacionamentos) resiste à quantificação” devido a seus elementos subjetivos inerentes.

Na opinião deste autor, “os desenhos são apenas uma parte de uma avaliação mais abrangente e (funcionam como) auxiliares no diagnóstico e terapia”.

SWENSEN (apud LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1975), após extensa pesquisa para determinação da validade e precisão da técnica do desenho da figura humana, concluiu ser o teste “um recurso para classificação rudimentar e um indicador grosseiro do nível de ajustamento”.

HAMMER (1981) afirma que os desenhos projetivos têm sido validados pelo método de consistência interna com outros testes como o RORSCHACH e o TAT e pela comparação e consistência do desenho com outras fontes de informação sobre o examinando.

LOURENÇÃO VAN KOLCK (1975) procedeu à validação de conteúdo e de constructo do teste do desenho de uma pessoa (DAP = Draw a Person) para adolescentes.

Esta autora chama bem a atenção para o que MACHOVER recomenda: a análise do desenho da figura humana deve sempre ser feita por um psicólogo clínico, familiarizado com as dinâmicas da personalidade quer no desenvolvimento normal quer em seus desvios.

Realmente, MACHOVER (1967) considera que o examinador, para proceder à interpretação, possua, basicamente, as seguintes características:

- a) - vasta experiência clínica,
- b) - conhecimentos de psicopatologia, psicossomática e psicanálise,
- c) - estudos sobre movimentos expressivos da personalidade e
- d) - reflexão sobre mitos e lendas populares.

E mesmo assim, adverte ela que o método é vulnerável ao abuso, às falhas na aplicação e, principalmente, aos erros de interpretação.

Sugere pois que, para uma perfeita compreensão da personalidade e um melhor aproveitamento do teste, seria sempre útil comparar e completar os resultados da análise dos desenhos, com os dados de outros instrumentos de estabilidade comprovada.

Apesar destas ressalvas e recomendações, a autora afirma que, seguramente, a validade do teste pode ser verificada pela integração e correspondência dos resultados de diversos avaliadores, trabalhando independentemente, e também pela comprovação clínica desses resultados.

Sobre as vantagens do “desenho da pessoa” como um método de avaliação, apresenta ela os seguintes pontos:

- a) - a fácil administração,
- b) - a execução em menos de uma hora,
- c) - a interpretação direta, sem a necessidade de registros e cifras intermediárias - o que reduz as fontes de erro,
- d) - a preservação do material, como um testemunho direto da projeção do sujeito, podendo ser avaliado com vagar,
- e) - a boa receptividade,
- f) - a pouca limitação de idade, inteligência ou habilidade artística, etc.

Ressalta ela ainda que, frequentemente, o desenhar produz um efeito terapêutico - decorrente da liberação da fantasia que o acompanha - e destaca a potencialidade do instrumento como teste projetivo, já que o sujeito “escolhe” a sua figura numa ampla variedade de “padrões dinâmicos de auto-expressão” (MACHOVER, 1967).

1.2.5. O TESTE DA CASA-ÁRVORE-PESSOA (HTP), de JOHN N. BUCK

BUCK (1948) concluiu, de sua experiência clínica, que os desenhos desses objetos (casa, árvore e pessoa) podiam ser considerados como auto-retratos do desenhista. De acordo com ele, cada um dos três conceitos possui uma significação em relação à estrutura e dinâmica da personalidade. Assim:

- a Casa fornece indícios sobre a maturidade psicosssexual do sujeito;
- a Árvore revela aspectos mais inconscientes ou pré-conscientes e
- a Pessoa mostra aspectos da personalidade do sujeito, em seu relacionamento com os outros.

LOURENÇÃO VAN KOLCK (1975), em suas descrições sobre testes projetivos, relata que o HTP de BUCK foi publicado em 1948 como um teste para avaliar a personalidade em seus aspectos dinâmicos e estruturais e nas interações com o ambiente. Ela assinala, no entanto, que pesquisas com o HTP têm demonstrado que o desenho-da-árvore representa um nível de integração da personalidade mais profundo do que os desenhos-da-casa e da-pessoa. Relata ainda que, como prova de personalidade, o HTP tem sido validado através de **comparações** com o teste de RORSCHACH, com julgamento de observadores competentes e com diagnósticos clínicos.

DI LEO (1985) comenta que estudos de BOLANDER e BUCK têm confirmado a hipótese de que as três partes principais da árvore, - raiz, tronco e copa - referem-se aos três maiores campos da personalidade, ou seja:

- a vida instintiva (raízes)
- a vida emocional (tronco) e
- a vida intelectual e social (copa)

PICHON RIVIÈRE (apud HAMMER, 1981) trabalhando com crianças que construíam casas com blocos, descobriu três possibilidades no simbolismo da Casa: ela poderia estar representando **o corpo da criança, o útero materno ou a casa dos pais.**

E quando a casa simboliza o corpo da criança, as anomalias que ela apresenta costumam estar relacionadas a alterações da imagem corporal.

Comentando sobre o simbolismo inerente à tríade: Casa, Árvore, Pessoa, HAMMER (1981) relata que:

- a Casa provoca associações com a vida doméstica e com relações interfamiliares.
- a Árvore e a Pessoa investigam o auto-conceito, a imagem corporal e a percepção que o sujeito tem de seu ambiente.
- na Árvore, porém, esses aspectos estão num nível mais inconsciente.

Segundo o autor, *os sentimentos mais profundos ou mais proibidos são mais facilmente projetados na Árvore do que na Pessoa por ser aquela mais neutra enquanto auto-retrato.*

Com isso, o sujeito pode expressar-se mais livremente, sem necessidade de manobras defensivas, pois, o projetado permanece mascarado na neutralidade do desenhoda-árvore.

HAMMER (1981), pesquisando nos EE.UU, tem contribuído, sobremaneira, para o aprofundamento e divulgação do HTP de BUCK. Ele concorda com o autor do teste que ao desenhar os conceitos gráficos o sujeito comunica a visão subjetiva que tem de si mesmo e de seu ambiente. Conforme suas palavras, esses conceitos **“estão saturados de experiências emocionais e ideacionais, associadas ao desenvolvimento da personalidade e o desenho destas imagens compele à projeção por parte do desenhista”**.

O HTP é um teste que responde às exigências de uma técnica projetiva, diz ele, pois, ao se pedir ao examinando que desenhe uma casa, uma árvore e uma pessoa, não se está especificando que tipo, que tamanho, que localização, que traçado, nem outras características que o objeto gráfico deva ter.

Em outras palavras, o estímulo é pouco estruturado, explícito, e o sujeito é livre para escolher o tipo de desenho que irá fazer e como o fará. Presume-se que tal escolha seja baseada na experiência passada do sujeito, em suas necessidades e naquilo que lhe é emocionalmente significativo: “o olho interno do sujeito observa o estímulo e decide quais quadros suas necessidades deverão selecionar da galeria de coisas recordadas”, conclui ele.

2. PROCEDIMENTOS

2.1. ESTUDO PILOTO: Escolhendo os Instrumentos

Após testarmos, num estudo-piloto, a praticidade e a eficácia de diferentes técnicas, decidimos pelo emprego dos seguintes instrumentos:

- a) - a entrevista psicológica, semi-estruturada com base em um roteiro projetado para colher informações, as mais completas possíveis, sobre a história, não só da doença, mas também da vida da adolescente; (Anexo II)

- b) - os testes projetivos gráficos: da Figura Humana ou do HTP, para avaliar a estrutura e a dinâmica (inconsciente) da personalidade, com seus traços de caráter, mecanismos defensivos, nível de desenvolvimento, áreas de conflito, auto-imagem, etc..

2.2. SUJEITOS

Os casos estudados referem-se a adolescentes obesas selecionadas no Ambulatório Geral de Adolescentes da Pediatria do Hospital das Clínicas da - UNICAMP, no período de julho de 1990 a agosto de 1992.

(Este Ambulatório foi criado em 1989 e funciona duas tardes por semana, atendendo atualmente uma média de 20 casos por semana, todos eles passando por uma triagem prévia feita pelas Assistentes Sociais.)

Os critérios para a inclusão de um caso no estudo, foram:

- a) - obesidade simples ou exógena como o motivo principal da consulta;
- b) - sexo feminino e faixa etária entre 10 e 24 anos;
- c) - aceitação prévia - e livre - de participação na pesquisa.

A determinação do número de casos foi aleatória. De início pretendíamos incluir o número total dos casos que surgissem durante um ano, mas vários fatores obstaram este propósito.

{ O período foi portanto estendido, para se chegar a um número razoável.

Realizamos 14 entrevistas, mas 4 delas tiveram que ser excluídas, pois, 3 casos fizeram parte do projeto-piloto - quando estavam sendo testados os instrumentos - e o último ficou prejudicado por ausência da testanda no final.

Dos 10 casos aqui relatados, 3 se referem ao ano de 1990, 5 ao de 1991 e 2 ao de 1992.

A faixa etária da amostra oscilou entre 11 e 21 anos, sendo a idade média de 15,3 anos.

2.3. MEDIDAS PRÉVIAS PARA AS ENTREVISTAS

As candidatas à pesquisa eram convidadas, através de carta ou telefonema, a marcarem dia, hora e local para serem entrevistadas.

Procurava-se, na medida do possível, adaptar-se ao horário livre da adolescente para não prejudicar-lhe os compromissos escolares ou de trabalho. Procurava-se, outrossim, obter-se o consentimento dos pais ou responsáveis, pondo-os a par do motivo da entrevista e comunicando-lhes a intenção de, a curto prazo, oferecermos uma 'psicoterapia em grupo para adolescentes obesas', no Ambulatório-.

Todas as adolescentes convidadas deste modo compareceram ao encontro, geralmente acompanhadas por um dos pais, quase sempre pela mãe.

2.4. AS ENTREVISTAS - Particularidades

As entrevistas eram realizadas em um dos consultórios ambulatoriais do HC/UNICAMP e, com a devida permissão, eram gravadas. (Nunca houve qualquer objeção quanto a isto e nem houve recusa em participar da pesquisa, após a explicação de seus objetivos.)

Visava-se, primeiramente, estabelecer um bom "rapport" com a testanda, esclarecendo-lhe qualquer dúvida e destacando a importância de sua colaboração. O roteiro portanto nem sempre era cumprido integralmente ou na sequência pré-estabelecida pois

procurávamos incentivar as comunicações espontâneas, respeitando a sequência do relato estabelecida pela entrevistada.

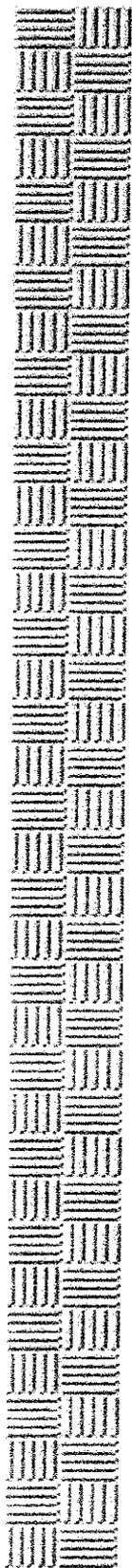
A maior parte das meninas, porém, comunicava-se melhor quando lhe eram dirigidas algumas perguntas do roteiro. (Vide roteiro em anexo).

Ao final da entrevista -que levava de 60 a 90 minutos,- propunha-se um breve intervalo antes do início do teste do desenho, mas a maioria dispensava tal proposta, preferindo fazê-lo em seguida.

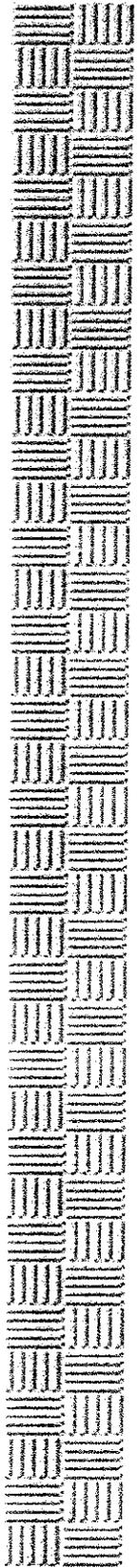
Explicávamos, de saída, para evitar acanhamentos possíveis, que não nos interessava a perfeição, mas sim o modo pessoal do desenhar.

No final, agradecíamos a valiosa contribuição da adolescente, consultando-a também sobre se estaria interessada em participar de 'um grupo de emagrecimento' a ser formado em futuro próximo.

Todas se mostraram motivadas nesse sentido e, a título de informação, podemos dizer que, meses depois, pudemos cumprir o prometido, oferecendo tais grupos operativos em dois períodos diferentes.



TERCEIRA PARTE
RESULTADOS E DISCUSSÃO



Capítulo VII
CASOS ILUSTRATIVOS

Os dez CASOS que aqui incluímos como ilustração do que até agora foi descrito e teorizado, são AUTÊNTICOS mas, obviamente, estão apresentados sob nomes FICTÍCIOS.

Trata-se de adolescentes femininas, da classe média, na faixa etária entre 11 e 21 anos.

1. PRIMEIRO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

IDENTIFICAÇÃO

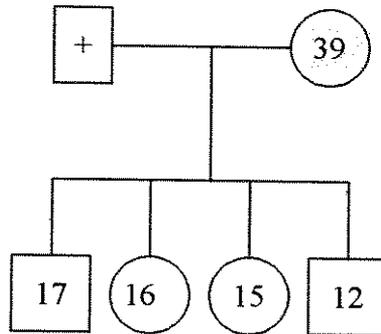
Nome.....	- MARIA
Idade.....	- 16 anos e 3 meses
Raça.....	- branca
Naturalidade.....	- Paraná
Ocupação.....	- Doméstica
Escolaridade.....	- até a 5ª série (parou de estudar)
Domicílio.....	- Campinas (há dois anos)
Religião.....	- Católica (mas frequenta os Crentes)

FILIAÇÃO

Pai - falecido aos 35 anos, de derrame cerebral, quando Maria tinha 8 anos. Era nascido no Paraná e trabalhava como pedreiro. Segundo Maria, era “alto e gordinho”. Raça branca.

Mãe - 39 anos, natural do Paraná. Católica, Empregada doméstica, com renda de 2 salários mensais. Viúva há quase 9 anos. Segundo Maria, é “bem magrinha e baixa”. Raça branca.

HEREDOGRAMA



RENDA FAMILIAR

Em casa, os únicos que trabalham são: a mãe, o irmão mais velho e Maria, mas a família recebe uma pensão pelo pai. Assim, a renda familiar é de aproximadamente, quatro salários mínimos.

HABITAÇÃO

Moram num cômodo, nos fundos da casa de uma tia, (a qual é casada com o irmão da mãe). Dormem todos no mesmo quarto, a mãe numa cama de casal com a filha de 15 anos e os outros em camas individuais.

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Estatura..... 1,55 m.
Peso..... 110 Kg.
Menarca..... aos nove anos, sem ter sido preparada.
"Não sabia de nada". (Sic)
Aspecto Físico..... Obesa por inteiro, parece inchada.
Ela porém se acha mais gorda nas pernas, barriga e quadris (obesidade em pêra ou ginóide).

$$\text{IMC} = \frac{110}{2,25} = 48,8 \text{ Kg/m}^2 \text{ ou seja, obesidade grave}$$

Peso ideal-médio: 51 Kg (de 47,5 a 55,0)
segundo tabela anexa. Fonte: SANTOS e MOURA (1988)

HISTÓRIA

QUEIXA PRINCIPAL

Pressão alta e obesidade. Foi encaminhada pelo Posto de Saúde. Fez tratamento no INAMPS durante dois anos mas não emagreceu. Frequentava o grupo de obesos, mas desanimou.

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE - Fatores Relacionados

Não soube informar o peso ao nascer, mas refere que até os 12 anos era “bem magrinha” e que começou a engordar dos 13 em diante. Passou a se preocupar com isso quando, segundo suas palavras, “teve ameaço de enfarte. Estava com 80 Kg. e a pressão chegou a 18”.

Refere que, com a morte do pai, foram morar com a avó paterna, “que era muito briguenta e implicante”. Com isso ficava irritada e comia demais. Queixava-se também de solidão e depressão. Diz que para passarem esses sentimentos, chora e dorme. Tomou moderadores de apetite (sem receita médica) durante algum tempo, atribuindo a isso a origem de sua hipertensão. Diz também que antes, brigava quando lhe davam apelidos de ‘baleia’, ‘botijão de gás’, ‘rolha de poço’, etc., mas agora não se importa mais, pois conclui: “Toda hora estão-se lembrando de mim!”.

SAÚDE ATUAL

Além da obesidade, é hipertensa e apresenta dermatopatia como consequência da gordura.

ROTINA DIÁRIA (Hábitos alimentares e de vida)

Trabalhava em duas casas de família, como arrumadeira, lavadeira e passadeira, três vezes por semana em cada casa. Anda uma hora por dia, seis vezes por semana. Fica muito tempo em pé. Dorme oito horas por dia. Não pratica esportes por falta de motivação. Diz que seu intestino funciona normalmente.

Quanto à alimentação, refere que faz 3 refeições/dia: café da manhã e almoço, no serviço, e jantar em sua casa, bem tarde da noite, por vezes até às 22 horas. Apetite moderado. Nega ingestão excessiva, mas relata que pula refeições, faz substituições inadequadas e é indisciplinada para comer. Diz que poucas vezes sente fome ou apetite, mas reconhece que certas vezes come por ansiedade. Suas preferências alimentares são:

- a) - doces (bolos recheados, sorvetes, chocolates).
- b) - salgados (massas e molhos).
- c) - frutas (todas, principalmente abacaxi e melancia)

Obs.: Tem intolerância por leite, feijão e ovos.

AUTO-IMAGEM

Descreve-se como gorda e feia, bagunceira em casa, brincalhona na rua. “Gosto de dar susto nos outros. Pego casca de cebola e falo que é barata”. (sic)

Acha que se parece fisicamente com o pai, mas, no jeito de ser, com a tia.

Quando questionada sobre se às vezes se acha diferente, responde:

“Sim, às vezes acho que estou mais magra, outros dias mais feia e mais horrorosa e aí nem gosto de me ver no espelho... às vezes aumento o volume do rádio e minha mãe acha que sou meio louca... Gosto de dançar, pular e cantar”.

Responde também que, se pudesse, mudaria tudo nela:

“queria ser bem magrinha e ter o cabelo bem compridão, até o joelho!” O que mais gosta de si, são os cabelos e adora arrumá-los. “Gostaria de ser cabeleireira!”... e acrescenta que só se olha no espelho para pentear-se e passar baton, mas que não gosta de se ver de corpo inteiro.

Perguntada sobre o que os amigos pensam dela, responde:

“Alguns gostam de mim, me adoram. Outros não, mas os meus amigos mesmo, gostam de conversar comigo. Me acham alegre, bagunceira”.

Refere que ser gorda, para ela, significa querer colocar uma certa roupa e não poder, pois não existe o número. Com os sapatos, idem: “É difícil achar o que não aperte. O que, sim, sempre serve, é camiseta!” informa.

Projetos para o futuro: “Não sei se quero casar. Não quero ser rica, mas quero melhorar de vida, ter uma casa (da gente mesmo) para morar. Sonho em ter um quarto só meu. Eu tinha um sonho que já consegui realizar: comprar um som - um aparelho três-em-um. Tenho uma poupança que herdei de meu pai e outra que eu mesma abri. Sou empolgada. Tudo o que vejo eu quero”.

TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Auto-imagem corporal: rebaixada

Temperamento (modo de ser): otimista

A entrevistada considera-se triste e extrovertida, mais ou menos dependente, mas entusiasmada, dominadora e emotiva. Acha-se também “meio calma, meio nervosa, e mais ou menos segura”. Tem alguns medos, por exemplo, de macumba, e de estar sendo seguida na rua.

AMIZADES

Tem amigos de ambos os sexos, porém, mais amigas. O único amigo íntimo é um rapaz de 22 anos. Ele é do bairro. Na sua opinião, as qualidades de um bom amigo são: “Não ter frescura, ser normal, atencioso com a gente, sincero”. Prefere os rapazes tímidos, e “amigas bagunceiras, que mexem com todo o mundo que passa na rua” (sic)

VIDA ESCOLAR

Na escola era ‘bagunceira’ não gostava de estudar, falava sem parar e sentava-se no ‘fundão’ da sala (sic). Repetiu a primeira e a segunda séries do primário. Quando teve que repetir a quinta série, parou de estudar. Achava-se muito burra; gostava de Ciências, Estudos Sociais, Geografia e Matemática, mas não de Português, História e Inglês. Não fazia Educação Física na escola porque era à tarde e ela trabalhava nesse período.

TRABALHO

Trabalha como doméstica, desde os 14 anos. Usa o salário para comprar discos, roupas, comidas e também guarda um pouco na poupança. À vezes fica aborrecida no trabalho, mas é bem tratada lá.

RELAÇÕES FAMILIARES

Acha que a família não é muito unida e ela, particularmente, prefere os parentes do lado paterno, explicando: “Do lado da minha mãe tem muita gente ignorante”. Dá-se melhor, no entanto, com uma tia que é casada com o irmão da mãe. Seu irmão mais velho e um tio bebem e fumam. Diz também que a mãe é muito implicante e que brigam a todo o momento porque ora ela a trata como criança, ora como adulta. Considera a avó materna responsável pelo seu problema de gordura, pois a deixava sempre muito nervosa.

Indagada sobre se recebe apoio familiar para seguir o regime, responde que em parte sim e em parte não: “minha mãe ajuda porque prepara as comidas especiais, mas todos são muito críticos e agressivos!” explica.

SEXUALIDADE

As mudanças corporais iniciaram-se cedo. Menarca aos 8 para 9 anos. Não é bem regulada. Às vezes precisa tomar injeção. Tem cólicas e por vezes vomita de dor. Nunca namorou, só paqueras. Já beijou na boca, mas não gostou. (sic)

ANTECEDENTES FAMILIARES

Obesidade.....	pai e uma tia materna
Diabetes.....	avó materna
Hipertensão.....	“só eu” (sic)
Problemas cardíacos.....	a irmã tem sopro.

MOTIVAÇÃO TERAPÊUTICA

Diz que gostaria de emagrecer para ficar mais bonita, comprar roupas da moda e conquistar alguém; também para ter mais saúde e controlar a pressão. Queria ser 40 Kg mais magra e pesar 45 ou 50 Kg. apenas. “Acho que vou tomar chá de sumiço”, conclui jocosa. Considera que, mais difícil que manter o peso, é emagrecer mesmo e sem remédio. Já fez regime por quatro vezes, mas só perdeu uns 4 Kg. Demonstrando um sentimento de frustração, declara: “Não consigo emagrecer! No início tenho muito interesse, mas aos poucos vou sentindo cansaço e irritação”.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Obesidade Exógena mais Hipertensão Arterial, com Repercussão Cardíaca

1.1. TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

DADOS DA APLICAÇÃO

Desenhou a figura feminina, em primeiro lugar. Depois, a pedido, fez a figura masculina. Não foi feito inquérito suplementar.

Obs. 1 - O teste foi analisado como desempenho projetivo da personalidade, segundo os pressupostos e as técnicas de SIDNEY LEVY & EMANUEL F. HAMMER e, como teste de nível mental, segundo avaliação proposta por FLORENCE GOODENOUGH (1926).

Obs. 2 - Aplicação e a análise deste caso, bem como de todos os nove outros que se seguem, foram efetuadas pela autora desta tese.

1.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

- Através do teste da figura humana, Maria demonstrou ser pessoa com bom nível de energia vital embora com certa tendência à introversão e inibição.

- Seus desenhos, primitivos e simples, sugerem um rebaixamento intelectual, o que na verdade, foi confirmado, na escala de nível mental, aplicada, que catalogou como *10 anos*. Apesar disso, a análise dos aspectos expressivos e projetivos dos desenhos acrescenta dados qualitativos interessantes que enriquecem a descrição dos traços e da dinâmica da personalidade de Maria, sugerindo que o déficit encontrado se deva mais à sua problemática emocional que a um retardamento mental. Vejamos alguns desse dados qualitativos:

- O traço forte revela agressividade.

- A não utilização da borracha indica ausência de auto-crítica.

- Entretanto, embora tenha certa dificuldade, Maria demonstra através de seus desenhos que valoriza os contatos sociais e procura manter-se adaptada ao meio, estando interessada e aberta aos estímulos exteriores.

- Manifesta um desejo de ser aceita e uma necessidade de afeto, buscando simpatia forçada.

- Existem também diversos indícios de imaturidade emocional e psicosexual.

- Identifica-se com o seu próprio sexo e com certos atributos femininos, mas demonstra exercer rígido controle aos impulsos sexuais e também aos agressivos.

- O desenho do corpo, sem os caracteres sexuais secundários, transmitem-lhe uma aparência infantil, pouco diferenciada sexualmente, que sugere a utilização dos mecanismos de defesa: da 'negação', da 'regressão' e da 'repressão sexual'. (Vide PICCOLO, 1981).

- Estas defesas parecem surgir para controlar um forte impulso sexual e tendências agressivas, sentimentos estes que se pode vislumbrar embutidos na representação do nariz e do cabelo.

- O delineado dos dedos é também sugestivo de uma agressividade reprimida. (Cf. MACHOVER, 1967 p.360; Campos, 1975, p.88; e LEVY 1981, p.83).

- Outro traço que se pode destacar, é a presença de sentimentos de inferioridade e de menos valia, com falta de confiança, tanto nos contatos sociais como na autoprodutividade, apesar de demonstrar certa dose de ambição.

- Parece tratar-se de pessoa com tendência à submissão e à passividade, demonstrando ainda, indecisão e ambivalência.

- O desenho do tronco, reto e magro, tipo 'tubinho', - uma flagrante compensação pela obesidade - parece indicar um descontentamento com o corpo que possui (HAMMER, 1971) e além disso, uma resistência a tornar-se adulta.

- A dissociação entre o tamanho do corpo e o volume dos braços, na figura feminina, parece confirmar aquele descontentamento, além de ser um sinal de leve distorção do esquema corporal, ou seja, de repente o corpo afina, mas os braços continuam gordos e distantes do tronco, como para dar-lhe o devido espaço.

- Finalmente, comparando-se as duas figuras, observa-se, primeiramente que, a feminina, apesar de ser maior e aparentar mais idade, parece mais frágil, insegura, e indecisa que a masculina: Os braços da menina estão erguidos, mas a direção das mãos e dos dedos é centrípeta, isto é voltada para o próprio corpo. Já os braços do rapaz estão apontados para o exterior, numa direção centrífuga.

- Podemos interpretar tais detalhes como sendo a maneira pessoal com que a examinanda classifica o comportamento e os papéis da mulher e do homem no seu ambiente. Assim, em sua maneira de perceber, há uma nítida superioridade masculina com

relação à adaptação e à locomoção no meio. Realmente, esta figura, mesmo parecendo mais infantil, demonstra ser mais livre e mais segura que a feminina.

- Maria parece atribuir ao sexo masculino o papel de sinalizador, aquele que tem mais estrutura de apoio na realidade e maior poder de decisão e que, além disso, possui um senso de direção, apesar de também demonstrar certa rigidez e dificuldade no controle dos impulsos e nas inter-relações sociais.

- A figura feminina é percebida com maiores dificuldades de locomoção, mais susceptibilidade, maior indecisão e ambivalência no comportamento e nas atitudes. Sua base de apoio à realidade parece ser muito tênue, o que, na fantasia, ela procura compensar, insuflando seu EGO, através da criação de um espaço vital mais amplo que seu próprio corpo.

- Os braços muito compridos, afastados do corpo, mas voltados na direção do mesmo, parecem dizer: *Eu sou deste tamanho, vejam o espaço que ocupo!*

- Contudo, o aspecto que mais nitidamente salta aos olhos, em ambas as figuras é sem dúvida a inserção dos braços ao corpo: neste ponto de junção, encontram-se transparências, superposição de linhas, estreitamento das extremidades, assimetria e desarticulação.

- Esse fracasso em desenhar braços mais harmoniosos e melhor articulados é sugestivo de um provável conflito na área das inter-relações e dos contatos afetivos. Há indícios de que a examinanda se conduz com pouca espontaneidade e leveza nas relações interpessoais, tendendo a estabelecer contatos mais superficiais que afetivos.

- Salientando os principais traços de personalidade de Maria, bem como seus mecanismos de defesa mais freqüentemente utilizados, vê-se certa predominância das seguintes defesas.

- dissociação, - regressão
- negação, - deslocamento e
- repressão, - compensação.

- Estes mecanismos, no entanto, não parecem estar sendo empregados de modo rígido ou excessivo pois, sente-se o Ego preservado e, relativamente equilibrado.

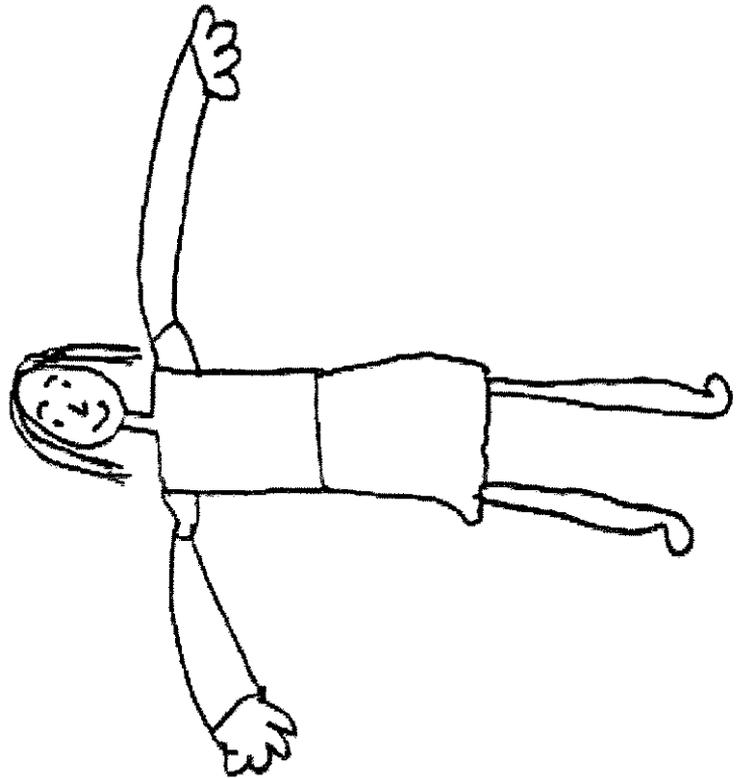
- Dentre os traços marcantes de personalidade pode-se destacar:

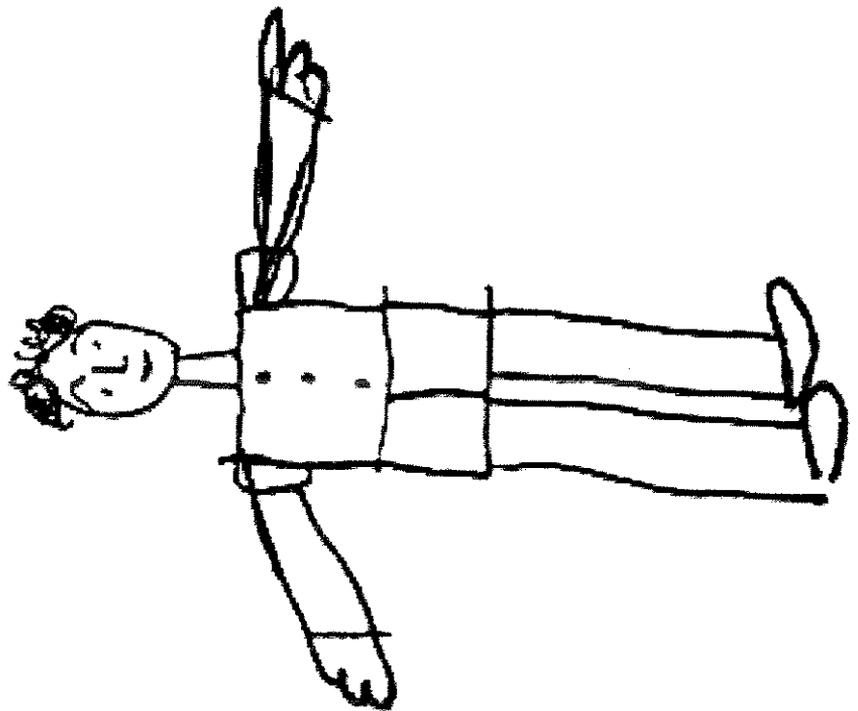
- a) - A imaturidade afetiva e psicosexual , refletindo na diminuição da capacidade intelectual.
- b) - Certa insegurança e sentimento de inferioridade
- c) - Ambivalência e indecisão
- d) - Submissão e passividade.

- Maria demonstrou ainda estar mais voltada para os estímulos exteriores e depender da aprovação social, mas nota-se também certa agressividade reprimida e uma preocupação com o controle dos impulsos sexuais (que parecem ser negados ou deslocados).

- Embora identifique-se com seu próprio sexo, parece sentir-se desvalorizada como mulher e ambivalente frente a seu corpo, procurando manter-se infantilizada sexualmente. E, ao desenhar figuras magras, revelou o descontentamento com sua obesidade.

- Uma área em que a existência de conflitos ficou bem positivada, foi a das inter-relações sociais. Neste campo, Maria demonstrou ter dificuldades e sentir-se insegura. Pelos desenhos, revelou desconfiar dos contatos sociais, tendendo a manter relações mais superficiais que afetivas com os outros.





2. SEGUNDO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

IDENTIFICAÇÃO

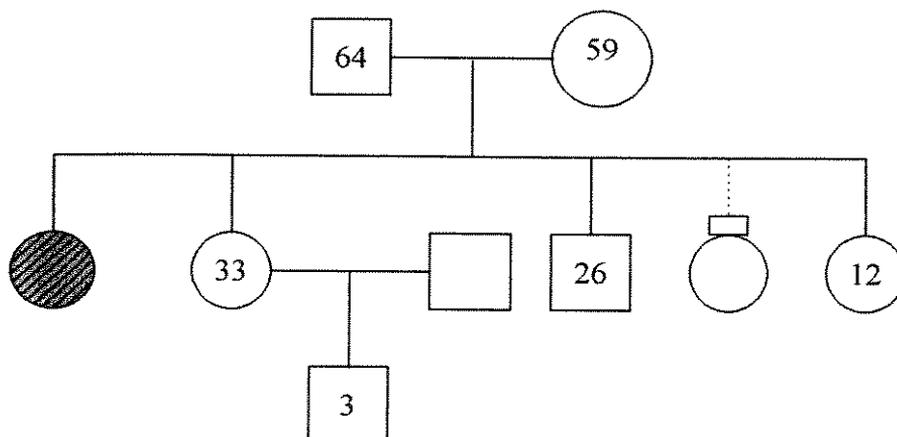
Nome ROSA
Idade..... 12,4 anos
Naturalidade..... Goiás
Escolaridade..... quinta série
Religião..... Católica
Domicílio..... Arthur Nogueira

FILIAÇÃO

Pai - 64 anos, natural do estado de São Paulo; trabalha na lavoura; católico; semi-analfabeto (2ª série primária). Alto e forte, segundo a descrição da Rosa. “Era bem gordão, mas agora está magro e não tem barriga”. (sic)

Mãe - 59 anos, de São Paulo; branca; católica; do lar, 1,67m. de altura e 88,600 Kg. de peso. Na opinião de Rosa, que não a considera gorda “a mãe é normal porque tem um corpo nem feio em bonito”.

HEREDODRAMA



RENDA FAMILIAR

O pai ganha dois salários mínimos e o cunhado, aproximadamente, três. A irmã também trabalha fora, com o que se perfaz, aproximadamente, seis salários mínimos. A entrevistada diz que estão bem e que o nível sócio-econômico da família é classe média. Têm um fusca, aparelho de som, TV, etc.

HABITAÇÃO

Moram em casa alugada, onde há dois quartos: num deles dormem a irmã com seu marido e filho e no outro, a Rosa e os pais, estes, em cama de casal e ela, em separado.

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Encontra-se na fase de aceleração do crescimento.

A menarca ainda não ocorreu;

Peso..... 89,300 Kg

Estatura..... 158 m

$$\text{IMC} = \frac{89,3}{2,49} = 35,8 \text{ Kg/m}^2 \text{ ou seja, obesidade moderada}$$

Peso ideal-médio: 53 Kg (de 48,5 a 55,0)

ASPECTO FÍSICO

Obesidade evidente. O corpo é todo roliço e a aparência infantil. Rosto corado e pele bonita. Os olhos verdes chamam a atenção e os cabelos castanhos são muito brilhantes.

As pernas são gordas e pesadas. Caminha com dificuldade e tem pés chatos.

HISTÓRIA

QUEIXA PRINCIPAL

Foi encaminhada pelo Posto de Saúde. Já fez regime três vezes, tomando remédios sob receita.

“A médica me disse que se eu vencesse, seria magra para sempre e se não, seria gorda para sempre!” (sic) E conclui: “Sem remédio não dá!”. Gostaria de ser um pouco mais magra, e ‘explica’:

“Sabe porque? Tem muitas coisas que a gente quer fazer e não dá, por exemplo, subir escadas.” (sic).

Diz ser ela própria quem escolhe as roupas que quer comprar. Sua mãe só paga. Às vezes usa roupas da moda, suas ou das amigas.

Sobre regimes anteriores, lembra-se de ter tomado moderador de apetite e que isso a fazia dormir melhor, mas não sabe dizer quantos quilos perdeu.

Diz que a sua mãe tem medo que ela seja sonâmbula, pois fala enquanto está dormindo.

Obs.: A mãe só agora observou isto. É que, conforme referido, Rosa dorme atualmente no quarto dos pais, como medida provisória.

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE - Fatores relacionados

Nasceu com 4.800 Kg e 53 cm. Parto Cesariano. Alimentada ao seio até quatro meses. Sempre foi gordinha. Comia muito danone. (sic). Quem notou o problema foi a mãe que a levou ao médico quando estava com nove para dez anos, mas ela mesma não estava ligando.

Teve reumatismo com três ou quatro anos e tomou injeções mas não sabe informar se tomou cortisona. (Em sua pasta está anotado: Benzetal durante um ano).

Também não sabe responder quais as doenças de infância que teve. “Parece que tive sarampo”, diz e ainda se refere a “crises de nervoso”, em que grita até ficar sem fôlego. Aqui onde mora ninguém a chama de gorda; só em Goiânia é que tinha apelidos maldosos.

SAÚDE ATUAL

Como consequência da obesidade, refere ter assadura na parte interna das coxas (intertrigo) e se queixa também de corrimento vaginal.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Obesidade..... mãe

Hipertensão..... mãe

Problemas cardíacos..... avó materna (que tem 92 anos!)

ROTINA DIÁRIA - (Hábitos Alimentares e de Vida)

Faz cinco refeições por dia: café da manhã, almoço, lanche, jantar e outro lanche à noite.

Atualmente não está comendo muito, pois faz regime.

Gosta mais de salgado que de doce, mas entre os doces prefere bolos. De frutas só não gosta de caqui. Sente fome. Nega crise de bulimia. Tem vida sedentária, é acomodada, gosta de ficar deitada no sofá. Antes andava de bicicleta, mas foi roubada. A única atividade física que faz é andar a pé. Diz que dorme bem e “até demais”. Depois

acrescenta que, na escola, joga queimada e vôlei às quintas feiras, durante meia hora.. (É contraditória e não informa bem. Dificuldade em se perceber, em descrever o que faz e como é, traço aliás bem típico da adolescência).

AUTO IMAGEM

Considera-se uma pessoa normal e que consegue tudo o que quer. E diz: “Eu estudo bastante, assisto TV, como, danço, sei lá, faço tudo. Sou bem alegre, mas as vezes fico meio brava e me irrita com meu sobrinho, pois morro de ciúme das minhas coisas”.

Diz ainda que gosta de ser como é, que Deus quer que ela seja assim. Ser gorda, para ela, significa ter saúde. “Tem muita gente que é magra, mas é doente. Acho que não adianta nada. A gente tem que ser mais pra gorda que pra magra, forte de saúde e não fraca!” sentencia.

Quanto ao conceito que os outros fazem dela, afirma: “Todo mundo gosta de mim na escola, principalmente as professoras!” e acrescenta que seus amigos acham-na uma boa colega.

Questionada sobre se costuma olhar-se muito ao espelho, responde que “mais ou menos” e refere perceber que seu corpo está mudando e ficando “mais estranho”.

Quanto a seu temperamento, diz que às vezes se sente solitária e triste. Acha-se tímida e um pouco insegura, ora calma, ora nervosa. Tem ‘pavio curto’ (sic). Diz ser desobediente e mais mandona que submissa. Não se considera impressionável, mas tem medo de cachorro.

AVALIAÇÃO DESTA “AUTO IMAGEM”

- A entrevistada parece que não se sente ainda dona do seu próprio corpo. É como se ele pertencesse mais a sua mãe ou a médica ou até mesmo a Deus.

- Nega o problema de obesidade, demonstrando auto-complacência e formando uma imagem positiva de si mesma, às custas de defesas como:- negação - a racionalização - a indiferença e

- a idealização.

- Por outro lado, parece identificar o corpo gordo com um Ego forte.

AMIZADES

Refere ter muitos amigos, de ambos os sexos, na mesma proporção. Tem três amigas que são mais íntimas, colegas de classe. Pensa que elas acham-na “boazinha...sei lá,... boa pinta”.

VIDA ESCOLAR

Repetiu a segunda série porque perdeu as provas do fim de ano, devido ao tratamento que fazia para emagrecer (faltava às aulas para ir ao médico). Prefere estudar com as colegas pois acha “mais gostoso”. Tem dificuldade em Matemática e História. Diz que entende o que as professoras explicam, mas seu problema é que erra os exercícios de operações com frações. Está com nota baixa só em Matemática.

RELAÇÕES FAMILIARES

“ Em casa a gente se dá bem, fora as brigas de brincadeira” . (sic)

Estão morando, provisoriamente, na casa da irmã casada. Suas coisas estão na garagem. O cunhado às vezes bebe “mas não exagera” diz, atenuando.

“Dá-se bem com os pais e acha que gostam dela. Tem dificuldades com o sobrinho e o irmão casado.

Com relação a seu problema de obesidade, acha que os familiares são muito críticos.

SEXUALIDADE

Nega ter recebido informações sexuais. Gosta de paquerar, mas nunca namorou nem teve paixões.

Já foi a um bailinho e dançou com um menino. Gostou.

Nega masturbação e excitação sexual.

É de opinião que a relação só deve ocorrer depois do casamento: “Quem nunca fez nada é abençoado por Deus! “sentencia e depois conclui: “Acho que esse ditado é bem certo”.

Questionada sobre se às vezes se acha diferente, responde que sim, tanto em relação aos outros como a si mesma. “Antes eu tinha costume de ficar sem fazer nada, agora sou mais ágil”. (sic).

LAZER

Para passar o tempo, às vezes vai à casa de uma amiga ou então, à biblioteca. Gosta também de ficar em casa assistindo televisão (novelas e filmes).

IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA E CONTRATRANSFERÊNCIA

Gostei da garota. Parecia estar de bem com a vida. Era bem gorda, mas não se sentia obesa e tanto negava que até comecei a atenuar meu julgamento. Só me convenci novamente da verdade, quando a observei caminhando pela sala: tem até dificuldade para andar, de tão roliça; além disso, tem os pés chatos.

Durante a entrevista demonstrou estar cansada e com sono (muitos bocejos) e estava também preocupada com o fato de a mãe estar esperando na ante-sala. Por essa razão, pedi-lhe, no final da entrevista, que a chamasse, o que fez incontinentemente, demonstrando contentamento e querendo mostrar-lhe os desenhos que fizera. A mãe, no entanto parecia apenas interessada em obter os resultados dos exames médicos a que a filha se submetera e também em não perder a condução de volta. Fiz então, rapidamente, um atestado (para a filha não perder a prova na escola) e nos despedimos.

DEDUÇÕES PRÉVIAS

- Este caso é um bom exemplo de distorção do esquema corporal, tão freqüente em obesos e anoréxicos.

- Outro ponto a ser destacado, aliás coisa típica dos adolescentes, é a dificuldade que teve em descrever a rotina de vida e o próprio modo de ser. Isto temos observado freqüentemente na clínica e também no convívio com jovens desta faixa etária e damos a seguinte explicação:

É que muitas das atividades dos adolescentes são coisas impostas pela família ou pela escola; eles não as executam porque assim o planejaram, nem as escolheram por livre vontade; por isso, agem como que automaticamente e 'não as assumem'.

Só mais tarde vão conseguindo ter uma identidade mais definida e consciente sobre o que fazem por obrigação e o que executam por prazer, começando então a direcionar suas vidas e organizar seus horários de acordo com suas inclinações.

2.1. TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

DADOS DA APLICAÇÃO

Após entrevista de 1:15 h, pediu-se à Rosa que desenhasse uma pessoa, numa folha em branco. Ela então fez, rapidamente, o esboço de uma figura humana, indiferenciada sexualmente, mas respondeu que era uma menina.

Dando-lhe outra folha, solicitei que fizesse agora uma figura masculina. Procedeu da mesma forma, com rapidez e pouco interesse. Nesta fase, usou a borracha logo no início, para corrigir o tamanho do círculo que representava o corpo, fazendo-o maior.

Ao terminar, ambas as figuras eram muito semelhantes: simples, sem detalhes e quase esquemáticas.

Dei início a um inquérito de oito perguntas, sobre cada figura em separado. Ela respondeu laconicamente, repetindo quase as mesmas respostas para os dois esboços e sem qualquer entusiasmo.

Não demonstrou capacidade de abstração nem tampouco de simbolização. Respondeu baseada na realidade concreta, revelando reduzida imaginação.

2.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

- Ao observar a forma primitiva e infantil das figuras produzidas, achamos de bom alvitre utilizar a avaliação de GOODENOUGH (1926) para medir o nível mental da examinanda, através dos elementos presentes nas pessoas desenhadas.

- Foi encontrado um resultado de 22 pontos, o qual corresponde, na tabela daquela Autora, à idade mental de oito anos e seis meses. Tratar-se-ia, pois, de uma inteligência limítrofe.

- A análise dos aspectos expressivos, (projetivos da personalidade) destes desenhos, seguiu basicamente a orientação dos Autores: LEVY, (1981) MACHOVER (1967) e HAMMER (1981) e revelam o seguinte:

- Pela localização na folha, verifica-se que Rosa apresenta um certo desajuste ao meio, como se sentisse que mesmo, com todo esforço, seus objetivos são inatingíveis.

- Desta forma então, tende a manter-se alheia e inacessível e a buscar a satisfação mais na fantasia do que na realidade.

- Revela também, um comportamento impulsivo, fruto de uma urgência em satisfazer suas necessidades e desejos.

- Pela pressão empregada no lápis ao desenhar, demonstra que seu tônus vital é instável com tendências à depressão e à impulsividade.

- O traçado forte, indica insegurança, medo e agressividade.

- O referido uso de defesas (retraimento e depressão), bem como um predomínio de sentimentos de vazio e de energia reduzida (apatia), pode também ser confirmado:

a) - pela ausência de detalhes das figuras,

b) - por seu aspecto pobre e movimento monótono.

(Cf. LEVY, 1981; MACHOVER, 1967; CAMPOS, 1975; LOURENÇÃO van KOLCH, 1966)

- Podem ser detectados ainda, diversos indícios de inibição da personalidade, sentimentos de inferioridade, timidez e dificuldades em enfrentar o meio. (V. Figura esquemática, movimento retraído, cabeça voltada para o lado esquerdo).

- Parece tratar-se de pessoa afetivamente imatura, que diante dos obstáculos, refugia-se na fantasia e em seu passado, apresentando comportamento regressivo. (Cf. KOPPITZ, 1974)

- Na representação da cabeça e dos cabelos, parece estar indicando como costuma ser uma pessoa aérea, com dificuldade de concentração, com uma inteligência fraca, dominada por fantasias soltas e confusas.

- Em ambas as figuras (feminina e masculina), a boca ocupa um certo destaque, além de ser relativamente grande. Isto pode ser interpretado, de acordo com LEVY, como traço de uma personalidade ambiciosa e voraz, com predomínio da oralidade.

- Pode ser, além disso, um indicativo do desejo de inter-relação social, da necessidade de ser aceita e de buscar a simpatia das pessoas. (No caso de Rosa, todas essas interpretações parecem ser válidas.)

- O nariz, representado por um ponto, pode ser interpretado como ansiedade de castração, segundo visão psicanalítica.

Neste caso porém, concordo mais com a interpretação de KOPPITZ (1974) que vê, na omissão do nariz, um sinal de retração e medo de “meter o nariz” onde não é chamada.

- Com respeito à sexualidade, a examinanda revela um controle rígido dos impulsos, através da negação do corpo e das necessidades sexuais. Apresenta uma diminuição ou repressão da libido e há indícios de dificuldades sexuais, a começar pela definição de sua identidade sexual.

- Parece haver muita ambiguidade e confusão de papéis sexuais, indicando que Rosa ainda se encontra numa fase de bissexualidade infantil.

- Isto tudo pode ser observado pela estereotipia das figuras; pela ausência de caracteres sexuais secundários; e pelo corpo de boneco, com ausência de roupas, sem representação da região pélvica, a qual é apenas denunciada pela presença de um ponto que sinaliza o umbigo, mas que, inclusive, está em posição incorreta, no baixo-ventre.

- A indicação do umbigo também revela, segundo MACHOVER, uma dependência materna.

- Assim, se por um lado fica evidente que uma das áreas de conflito é da sexualidade e do seu controle, por outro, nota-se também, nova área conflitiva: a do relacionamento interpessoal e do controle da agressividade.

- Ao representar os dedos em forma de alfinetes, Rosa está revelando que é grande sua cota de agressividade e tendências hostis.

- Os braços rígidos e curtos, inseridos na barriga, demonstram a pouca mobilidade e espontaneidade que tem nos contatos interpessoais.

- Entretanto, as mãos abertas podem ser um indicativo da necessidade de afeto e de inter-relação social. (Cf. LEVY, 1981; MACHOVER, 1968; CAMPOS, 1975; LOURENÇÃO VAN KOLCH, 1968)

- A presença de pernas e pés é um sinal positivo de locomoção e estabilidade parece ter apoio e recursos para progredir - mas a direção dos pés (voltados para a esquerda) revela que sua tendência é fugir das situações difíceis através da regressão para pontos de fixação, no passado. (Cf. MACHOVER, 1968; CAMPOS, 1975)

- Ao representar o tronco com um círculo, a examinanda pode estar demonstrando um traço de imaturidade ou debilidade mental ou mesmo de agressividade, conforme interpretação de LEVY (1981) Pode, no entanto, simplesmente estar traduzindo uma auto-imagem depreciativa, vendo-se como uma pessoa gorda.

- Cremos ser esta a melhor interpretação pois Rosa, em sendo obesa, tem uma imagem clara de que seu corpo é uma verdadeira 'bola' (o que negou quando se descreveu fisicamente, na entrevista).

ANÁLISE DO INQUÉRITO

A análise do inquérito permite acrescentar alguma coisa ao que já foi dito.

- Um dado significativo e que chama a atenção, refere-se à afirmação, feita pela examinanda, de que seus personagens são irmãos gêmeos e que têm apenas alguma diferença nos temperamentos, especificando então que o menino é mais sério e triste do que menina.

- Isto parece revelar a percepção cindida que Rosa tem de seu próprio humor e modo de ser, muito oscilantes: ora é alegre e entusiasmada, ora triste e desanimada. Por outro lado, é também uma expressão da bissexualidade não resolvida (ela é tanto menina como menino). Poderíamos pensar ainda numa reprodução do modelo de casal dos pais que são consanguíneos.

- Outro aspecto que fica evidenciado em suas respostas ao inquérito, é seu descontentamento com o próprio corpo, principalmente com a gordura da barriga.

- A atribuição aos personagens, de uma idade bem inferior à própria, demonstra a dificuldade que está enfrentando, nesta fase de adolescência, e sua 'necessidade' de continuar criança.

- Por fim, achamos importante assinalar ainda um sentimento de imobilidade e paralização, como se ela estivesse na expectativa de acontecimentos.

Tal sentimento pode ser captado pela resposta, por ela fornecida, de que “os personagens estão posando para uma fotografia”. Ora, essa passividade é incoerente com as tendências impulsivas e agressivas reveladas nos desenhos e, concluimos então, que grandes quantidades de energia estão sendo gastas ou desviadas para outras formas de descarga, a fim de manter essa aparente passividade.

- Obs. A nosso ver, esta poderia ser uma das hipóteses que explicaria o seu comer excessivo, ou seja, uma forma de controle da agressividade.

- Os mecanismos de defesa mais utilizados por Rosa foram os: - da inibição, - da regressão, da negação e da repressão.

- Estes mecanismos, no entanto, apesar de não serem muito eficazes, não pareceram estar sendo empregados de modo fixo ou abusivo pois o Ego mantém-se integrado.

- Dentre os traços de personalidade, os que mais se destacaram foram:

a) - o déficit intelectual (inteligência limítrofe)

b) - a imaginação pobre

c) - a imaturidade afetiva e psicosexual,

(fase de bissexualidade infantil)

d) - a inibição e passividade

e) - o sentimento de inferioridade e de vazio interior,

f) - a timidez e dificuldade de enfrentar o meio,

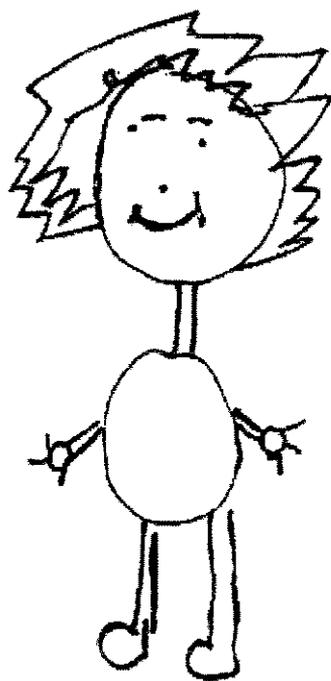
g) - o refúgio na fantasia e

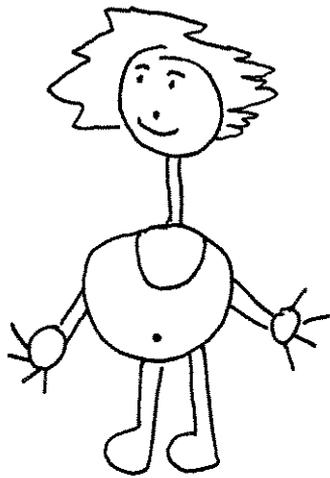
h) - a instabilidade emocional, com tendências à depressão e à apatia, mas também à impulsividade e agressividade.

Observamos ainda traços de: - voracidade - fixações orais e ambivalência sexual.

- Constatamos a presença de conflitos na área da sexualidade e do relacionamento interpessoal, havendo preocupações e dispêndio de energia com o controle dos impulsos sexuais e agressivos.

- Para concluir, pode-se acrescentar que Rosa apresenta uma auto-imagem negativa e desvalorizada (não obstante o que diz sobre si mesma), pois representa-se como uma bola e diz não gostar de seu corpo, principalmente de sua barriga.





3. TERCEIRO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

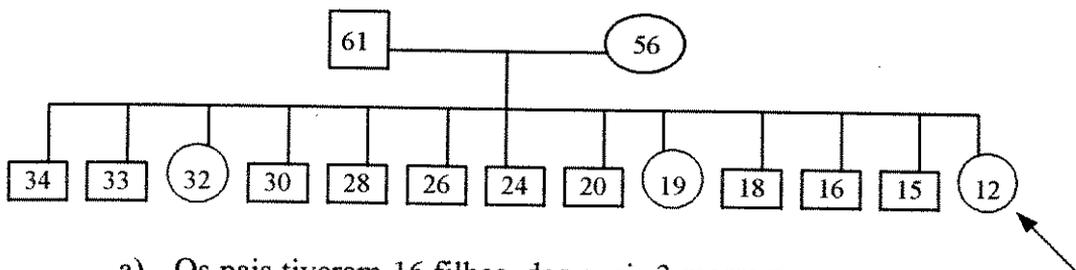
IDENTIFICAÇÃO

Nome - EMÍLIA
Idade..... - 12 anos e 4 meses
Naturalidade..... - Nova Odessa
Domicílio..... - Americana
Escolaridade..... - quinta série (repetiu a segunda série)
Religião - Católica

FILIAÇÃO

Pai	61 anos, guarda de residência, analfabeto
Natural de	Minas Gerais
Altura e peso	1,63m e 70 kg.
Avaliação da filha:	(não é gordo, só tem barriga)
Religião	Crente
Mãe	56 anos, do lar, analfabeta
Natural de	São Paulo
Altura e peso	1,61 m. e 56 kg.
Avaliação da filha:	(é normal; só tem um pouco de barriga)
Religião	Católica

HEREDOGRAMA



- Obs.:
- a) - Os pais tiveram 16 filhos, dos quais 3 morreram
 - b) - Os irmãos de Emília também são gordos.
 - c) - Na casa moram atualmente 9 pessoas.

RENDA FAMILIAR

Seis salários mínimos, sem contar os do irmão tintureiro e dos dois irmãos ajudantes de pedreiro, que devem contribuir com, pelo menos, mais 3,5 salários. Classifica-se como perto da classe média

HABITAÇÃO

Na casa alugada e com três dormitórios - moram nove pessoas: os pais e sete filhos. Emília dorme num quarto com a mãe e mais uma irmã e um irmão, em camas individuais.

(O pai dorme separado, devido à profissão de guarda noturno; repousa na parte da manhã).

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Fase de estirão; ainda não menstruou

Peso 85,0 kg

Estatura 1,51 m.

$$\text{IMC} = \frac{85,3}{2,2} = 38 \text{ Kg/m}^2 \text{ ou seja, obesidade moderada}$$

Peso ideal-médio : 49,5 kg (de 45 a 54 kg)

HISTÓRIA

QUEIXA PRINCIPAL

Veio do Posto de Saúde de sua cidade, para fazer exames de Diabetes. Como estes deram negativos, ficou no Ambulatório de Adolescentes para tratar da Obesidade.

- Há seis anos vem engordando muito.

- É bem obesa, apresentando dificuldade para andar devido à gordura. É corada mas tem fâcies triste.

Afirma que quer muito emagrecer mas que não consegue ‘passar fome’:

“Vou comendo tudo o que encontro pela frente”, declara.

Perguntada sobre o que poderia ajudar, responde que se ficasse longe de casa, por exemplo, morando com sua irmã casada, seria mais fácil, pois lá teria vergonha de ficar beliscando.

Acredita que iria emagrecer em menos de um ano, embora o início fosse difícil, pois teria que deixar de comer massas.

- Refere apresentar crises de bulimia, às vezes seguidas de vômitos. Antes de começar a comer, o que sente é desejo de comer e não fome propriamente dita.

Quanto a projetos para o futuro, responde que gostaria de ser professora primária.

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE - Fatores Relacionados

Nasceu com quatro kg. Até os 6 anos era 'um pouco magra'. Começou a engordar a partir dos 7 anos, mas só se preocupou com este problema aos 11 anos e o associa ao fato de ter tomado muito soro quando ainda bebê de meses, quando teve pneumonia. (sic)

(Em sua pasta está anotado que isto se deu quando tinha um ano e meio, ocasião em que ficou internada no hospital).

De 11 para 12 anos engordou uns 15 kg. Fez regime e começou a tomar um remédio, cujo nome não lembra, mas não foi constante: emagreceu um pouco, tornando porém a engordar. - Não consegue fazer o regime direito.

SAÚDE ATUAL

Diz ter boa saúde, embora estivesse resfriada na ocasião. Alega também ter alergia por cerveja:

'fica com o braço empipocado' (sic).

HÁBITOS ALIMENTARES E DE VIDA

Faz cinco refeições por dia: Manhã: café com leite, pão-manteiga. Na Escola: sopa, na hora do recreio. Almoço: arroz/feijão, salada, carne (3x/semana) suco e sobremesa: doces (arroz doce ou bolo ou doce de mamão) ou frutas, (manga ou banana ou ameixa ou goiaba) À tarde: pipoca, laranja, salgadinhos. Jantar: sopa, refrigerantes, e pão. (Aliás, diz que come pão o dia todo e é a mãe quem cozinha.)

AUTO-IMAGEM

Emília conta que é nervosa:

“O Fábio me enche o saco, parece um capeta; dá vontade de xingar e de bater!” (sic)

Obs.: - Pelo visto, este irmão de 16 anos é mesmo muito implicante e a faz chorar de raiva mas, na escola, conta ela que é até brincalhona.

Acha-se mais ou menos bonita, gosta mais de sua boca. Não usa maquiagem.

“Sou gorda, de estatura média, - nem alta nem baixa - tenho olhos castanhos e cabelos castanhos compridos”, completa.

Para ela, ser gorda é ruim porque...“não tem sapato nem roupa que sirvam direito! A gente sai na rua, os outros xingam, tiram sarro, chamam de `baleia`! Dói por dentro, sabia? Por isso quero emagrecer. O gordo não tem muita saúde, não consegue correr, fazer esporte, o movimento fica feio. Não posso sair de casa”, queixa-se.

Responde que gostaria de ser como a `Tininha`, da novela “Top Model”, que queria perder uns 30 kg, e conclui:

“Aí, poderia sair de casa, usar vestidos bonitos, ter mais paqueras.”

AVALIAÇÃO DESTA “AUTO-IMAGEM”

Emília descreve bem o que é sentir-se presa no próprio corpo. Sua auto-imagem é de alguém que incomoda os outros pela simples presença, e então procura isolar-se. Sente-se motivo de chacotas e sofre muito com isso. Como consequência, há uma diminuição de sua auto-estima.

TRAÇOS DA PERSONALIDADE

Acha que é um tanto insegura. Tem medo de cobra, de escuro, de ladrão, de andar sozinha, de altura, de ficar perdida. Assusta-se com pessoas nervosas e teme que os pais morram.

AMIZADES

Tem muitas amigas. Suas colegas de escola acham-na brincalhona e boa companheira, segundo diz.

VIDA ESCOLAR

Está um pouco atrasada na escola porque repetiu a segunda série. Não é muito estudiosa, relata. Está na quinta série.

RELAÇÕES FAMILIARES

Refere dar-se melhor com a mãe e com a irmã casada, de 19 anos. Como já ficou dito, não se dá bem com o Fábio. Diz que a família não é muito unida; “São mais ou menos alegres, mas muito briguentos. Brigam por qualquer coisa, como programas de televisão, tipos de músicas - que também não podem ser tocadas muito alto - etc., etc.”.

Tem um irmão alcoólatra.

A família costuma fazer visitas, mas só para os parentes.

Emília acha que sua família a considera uma ‘boa companhia’, isto é, que ‘não é chata mas que é um pouco vagabunda’ e explica: “Me chamam de folgada porque não arrumo o quarto. De vez em quando eu embirro mesmo para fazer as coisas”.

Perguntada sobre se considera alguém responsável pelo seu problema, responde: “Não, ninguém.”

SEXUALIDADE

As mudanças corporais começaram há pouco tempo. Os seios às vezes doem, mas ainda não teve a menarca. Diz que conversa sobre sexo com a irmã, mas gostaria de saber mais.

Nunca teve namorado e nega masturbação.

Não se sente diferente nem se olha muito ao espelho.

Usa desodorante, toma banho diariamente e lava a cabeça três vezes por semana.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Reumatismo a mãe

Problemas cardíacos uma tia

LAZER

Gosta de chutar bola na rua, brincar e conversar com amigos do bairro, os quais têm 12 e 13 anos.

IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA

Achei Emília uma garota triste e apática. Respondeu bem a todas as questões, demonstrando boa compreensão, mas era um pouco lenta para falar. (Estava resfriada e com muita coriza).

Senti pena, achando que é massacrada pela família muito numerosa.

(Por ser caçula, talvez todos se achem no direito de mandar nela.)

Quanto à motivação para o tratamento, demonstrou um forte desejo de emagrecer e suas expectativas não parecem estar muito acima do possível e desejável.

Parece consciente de seu problema e percebe exatamente a amplitude do excesso de peso, não apresentando distorções do esquema corporal, fatores estes todos muito positivos.

A entrevista foi bem cansativa, pois muito longa, devido a prolixidade da examinanda nos dados de identificação e também, ao fato de haver mesmo muita coisa a referir por ser a família muito numerosa.

3.1. TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

DADOS DA APLICAÇÃO:

O teste foi aplicado logo após a entrevista, a qual já durara 1:30 h. mas, mesmo assim, foi executado com interesse.

A primeira pessoa desenhada foi de sexo masculino. Após o término dos desenhos, Emília respondeu a um pequeno inquérito sobre cada figura, dizendo suas idades, o que estavam fazendo, como se sentiam e também o que mais e o que menos gostava em cada figura.

A seguir, foi-lhe dada oportunidade de dizer mais alguma coisa que quisesse ou que lhe viesse à mente ao olhar para os desenhos prontos.

PRÉVIA ANÁLISE DOS DESENHOS

Analisando aspectos gerais das duas figuras, tais como: a localização na folha, a pressão ao desenhar, o tipo de traçado, o tamanho e o movimento das figuras e também o uso da borracha, podemos fazer as seguintes interpretações:

- Com relação ao tônus, Emília nos transmite uma impressão de possuir um nível de energia que oscila entre a depressão e a tensão, entre a atividade e a apatia. Revela possuir um comportamento impulsivo, com tendência a buscar a satisfação imediata de suas necessidades e desejos.

- Demonstra também estar em desajuste com relação ao meio, e, embora lute para reagir, sente-se incapaz de fazê-lo, tornando-se alheia e inacessível e buscando satisfações na fantasia em vez de na realidade.

Obs. Estes resultados concordam com o que dizem sobre o assunto, MACHOVER (1967); LOURENÇÃO VAN KOLCK (1968); CAMPOS (1975); HAMMER (1981).

- Revela ainda medo, insegurança, agressividade dissimulada, inibição da personalidade, timidez, sentimento de inferioridade e controle fraco sobre suas reações.

- Indica estar consciente e desgostosa com tais dificuldades, e mostra uma tendência a ser severa consigo própria, criticando-se em demasia.

3.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

Analisando agora cada figura em separado, comparando-as no todo e observando os detalhes das diversas partes do corpo, podemos acrescentar outros aspectos significativos.

- Vemos, por exemplo, que a primeira figura desenhada foi a masculina. Tal dado pode ser interpretado como uma não aceitação do próprio sexo e/ou maior valorização do sexo oposto, o qual é visto como dominante. (Cf. LEVY, 1981)

- Além disso, a figura feminina, apesar de ter mais idade que a masculina, (dado fornecido no inquérito) é de tamanho menor, o que ratifica a desvalorização do próprio sexo.

- Por outro lado, desenhar primeiro a figura do sexo oposto, pode ser um indício de que a examinanda se identifica mais com esse sexo ou que o escolhe para projetar, nessa figura, aspectos seus.

- De fato, podemos interpretar o desequilíbrio corporal e o aspecto torto da figura masculina, como sendo uma representação de sua própria instabilidade psíquica e de suas dificuldades pessoais - uma auto-percepção de sua inadequação ou, em outras palavras, de seu 'defeito de fabricação'. Além disso, figuras inclinadas sugerem o uso de regressão como defesa egóica. (PICCOLO, 1979).

- Dificuldades de inter-relação social e de contato afetivo, podem ser evidenciadas pela análise do rosto e dos braços nos desenhos:

- o contorno esmaecido do rosto, na figura masculina, sugere dificuldades na sociabilidade e tendências à depressão.

- os olhos, voltados para o lado esquerdo da folha, no menino e sem pupilas, na menina, são reveladores de: - egocentrismo, - introversão, - recusa a enfrentar a realidade, ou a percebê-la, com pouca discriminação e pobreza de detalhes. Revelam também:

- a utilização da negação da realidade, como defesa egóica.

- Os braços de ambas as figuras, colocados para trás, podem denunciar:

- a falta de confiança nos contatos sociais e/ou na produtividade e a insegurança de sua participação no ambiente. (Cf. MACHOVER, 1961; CAMPOS, 1975; PICCOLO, 1979)

- A análise comparativa da representação dos cabelos, nos dois desenhos, nos dão indícios de um descontrole dos impulsos sexuais e de uma tendência egóica e apelar para o mecanismo de repressão sexual.

- a figura feminina, apresenta cabelos desordenados, lisos, bem compridos e em negrito, o que sugere sexualidade forte, agressividade, primitivismo e fantasias sexuais confusas;

- já a figura masculina apresenta cabelos grudados na cabeça e em caracol - sinais já comprovados de repressão sexual.

- Por sua vez, também a comparação do desenho do nariz, nas duas figuras, reforça a mesma observação sobre a sexualidade feita pela análise dos cabelos.

- podemos observar que, na figura masculina, o nariz é bem acentuado, o que é indício de:

- força, - sexualidade intensa, - agressividade, - impulsividade, - teimosia e comando.

- na feminina, ao contrário, o nariz está quase ausente, sendo representado por um único ponto.

- Isto pode ser interpretado como: - temor à castração, - submissão, - sentimento de inferioridade e repressão sexual. Conforme ensinam: CAMPOS (1975); LEVY (1981); MACHOVER (1967).

- A escolha da figura masculina para a projeção dos aspectos mais autônomos da personalidade, não parece ter sido aleatória nem casual. Ao proceder assim, a examinanda parece estar indicando qual é a sua maneira de conceber as funções e os papéis sociais dos dois sexos. Novamente fica bem claro aqui que, para Emília, a mulher está em desvantagem diante do homem. Ela a vê como um ser insignificante, frágil, despersonalizado, desprezado e maltratado.

- A representação da boca, em ambas as figuras, mostra tendências captativas, dependência e fixações orais, além de desejos incorporativos.

- No desenho da menina, a forma da boca, com sorriso estereotipado de 'palhaço', é sinal de imaturidade psíquica, de negação e de busca de simpatia forçada. (Veja-se CAMPOS, 1975; MACHOVER, 1967; E PICCOLO, 1981)

- O pescoço, na figura masculina, está fechado em seu limite superior por uma linha horizontal; tal detalhe parece estar expressando uma vivência de sufocamento. Poder-se-ia deduzir disto, que a examinanda sente-se sob forte pressão em seu ambiente.

- Aliás, na figura feminina, há também uma linha horizontal, iniciando-se na lateral esquerda do pescoço, o que poderia confirmar a interpretação acima - ou também ser um sinal de conflito na zona de controle dos impulsos, indicando uma preocupação com o policiamento dos desejos do corpo, por meio de controle racional.

- E poderia ainda ser - e a idéia não dever ser afastada - sinal de problema somático ou trauma no nascimento.

- A testa, muito curta e encoberta por franja, pode ser analisada como dificuldades intelectuais dissimuladas. (Veja-se a respeito, Campos, 1975).

- A representação das pernas, denota certa insegurança e instabilidade especial, uma falta de firmeza no contato com o ambiente.

No desenho da menina, (e só no dela) as pernas estão muito separadas e, aparentemente, deslocadas dos quadris e do resto do corpo.

- A nosso ver, esta pequena distorção do esquema corporal, pode ser reflexo de conflitos em relação à genitalidade ou ainda estar expressando problemas de deambulação, decorrentes da obesidade da examinanda.

Realmente, no desenho, as pernas da menina não poderiam sustentar nem conduzir o corpo, porque não se articulam corretamente com os quadris. Ora, esta pode ser a maneira que Emília encontrou para revelar que também se sente deslocada e desconjuntada com relação a seu próprio corpo e a seu ambiente.

- A posição dos pés, (um para cada lado) imprime às figuras, um movimento hesitante e, segundo vários Autores, é sinal de ambivalência, indecisão, oposição e dissimulação de conflitos. (Cf. Campos 1975)

- O tronco, magro e inclinado da figura masculina, que foi apagado e refeito por duas vezes e onde a pressão do lápis foi maior, revela que nesta parte do corpo esta projetada uma área de conflito.

- Uma das fontes desse conflito parece ser o descontentamento, da testanda, com a forma de seu próprio corpo, procurando desenhá-lo bem magro, como um mecanismo compensatório.

Já na figura feminina, Emília constrói um tronco ereto, porém ainda mais estreito que o anterior.

Aqui, cabem a nosso ver, duas interpretações:

- talvez esteja ela manifestando novamente seu desejo de ser magra - ideal do Ego -

ou contrariamente,

- talvez seja a forma que encontrou, para demonstrar que ser gorda, para ela, é uma necessidade, isso é, uma forma de sentir-se forte e valorizada - a gordura funcionando como uma expansão de seu Ego, um recheio de seu vazio interno - já que, intimamente, ela se percebe, assim como desenhou, uma figura frágil e sem vitalidade.

Somos de opinião que estas duas interpretações são válidas, dependendo do prisma pelo qual se enfoque: ou como um auto-retrato da vivência interna ou como uma projeção do ideal do Ego.

- Finalmente, o último aspecto a ser analisado antes dos comentários sobre o inquérito, diz respeito aos detalhes do vestuário: cinto, apertado com fivela, carreira de botões e bolsos na figura masculina e botões no vestido da menina.

- Tais detalhes são de dependência à figura materna e da necessidade de se manter presa para compensar o desequilíbrio e instabilidade afetiva. (Compare-se MACHOVER, 1967; LEVY, 1981 E CAMPOS, 1975).

ANÁLISE DO INQUÉRITO

As respostas ao inquérito, acrescentam ainda alguns aspectos interessantes à análise já feita.

Neste caso como em outros que temos visto, a resposta da examinanda sobre o que estariam fazendo os personagens desenhados, foi de que ambos estavam esperando por alguém.

- Por esta resposta, podemos perceber, um desejo de contato afetivo, uma certa tendência captativa e um comportamento passivo e expectante frente à realidade.

- Com relação à parte que menos gosta nas figuras, respondeu que, no menino, era o seu jeito de achar sempre que os outros estão errados e ele é quem tem razão. Na menina, disse que não gosta dos cabelos.

- Com isso, Emília demonstra o seu descontentamento com as críticas e cobranças que provavelmente lhe são feitas e também, a sensação de que seu problema é mais mental do que somático. (Os cabelos equivaleriam à cabeça e à mente).

- Ao atribuir ao menino a idade de 10 anos, pode estar querendo dizer que tem dificuldades em relacionar-se com meninos de sua idade (12 anos), preferindo os mais novos, ou então pode estar a dizer que gostaria de ainda ter 10 anos e brincar com os moleques dessa idade.

- Finalmente, quando teve a oportunidade para falar o que achou de cada figura, só fez críticas: disse que o menino ficou torto, que a menina saiu feia e que não gostou dos cabelos, pernas e braços dela.

- Com esse aparte final, demonstrou ela mais uma vez, sua tendência a auto-censurar-se e a desvalorizar-se.

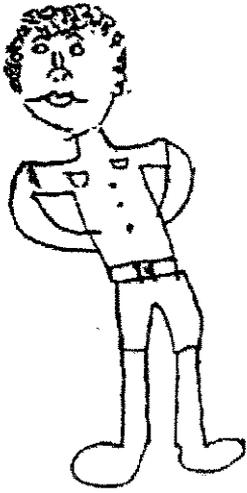
- Sintetizando, a análise feita permitiu o reconhecimento de alguns mecanismos de defesa que predominaram neste caso. Foram eles: - a negação - a repressão - a inibição do Ego - a compensação - a regressão e a anulação.

Estes mecanismos, contudo, mostraram-se insuficientes e pouco adequados para manter o Ego estruturado e em equilíbrio.

Observou-se uma fragilidade egóica, com uma estabilidade bastante precária

Foram também evidenciados os seguintes traços de personalidade e áreas de conflito:

- a) - a imaturidade psicosexual e instabilidade psíquica;
- b) - desequilíbrio e insegurança frente ao meio;
- c) - sentimento de inferioridade e auto-crítica exagerada;
- d) - busca de satisfações na fantasia;
- e) - tendências à depressão;
- f) - dificuldades de inter-relação e de contato afetivo com os outros;
- g) - egocentrismo e introversão;
- h) - conflitos gerados pela necessidade de controle da sexualidade;
- i) - conflitos entre atividade e passividade e entre domínio e submissão;
- j) - fixações orais, tendências captativas e dependência materna;
- l) - ambivalência e indecisão;
- m)- descontentamento frente ao corpo obeso com desejo de ser magra e
- n) - conflitos relativos à definição da identidade sexual.





4. QUARTO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

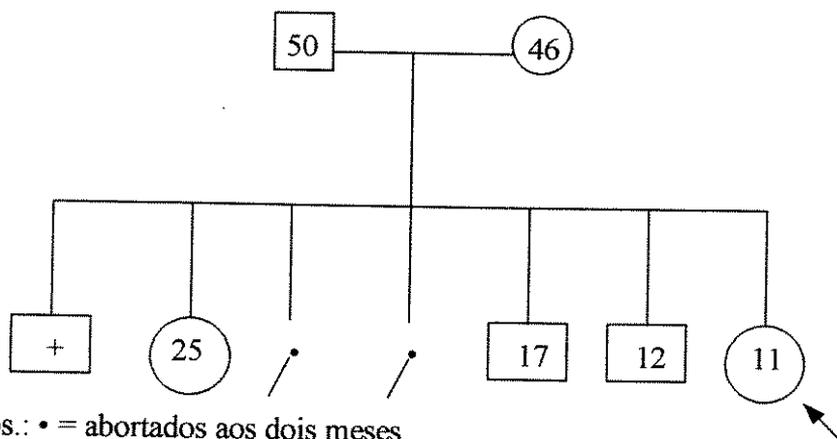
IDENTIFICAÇÃO:

Nome..(fictício).....	Laurita
Idade	11 anos
Naturalidade	Amparo, SP
Escolaridade	Quarta série
Religião	Católica
Raça	Branca

FILIAÇÃO

Pai	50 anos, mecânico (escola técnica), católico
Peso	81 kg. mais ou menos. (a filha acha que ele é `gordinho', tem barriga mas não sabe dizer a altura)
Mãe	46 anos, do lar, paulista, católica, instruída
Peso	62 Kg
Altura	1,62 m. (Na opinião da filha, é normal de corpo)

HEREDOGRAMA



RENDA FAMILIAR E NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

A Família pertence à classe média. Casa própria. Carro.

HABITAÇÃO

Casa própria, com três dormitórios: um do casal, outro para as duas filhas e o terceiro para o filho.

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Fase de aceleração do crescimento - sem menarca

Peso..... 78,6 Kg

Estatura 1,54 m

$$\text{IMC} = \frac{78,6}{2,3} = 34 \text{ Kg/m}^2 \text{ ou seja, obesidade moderada}$$

Peso ideal-médio = 50 Kg (de 46,5 a 54 Kg)

HISTÓRIA

QUEIXA PRINCIPAL

"Vim ao ambulatório porque tenho muita gordura". (sic)

Os pais quiseram trazê-la, devido à obesidade.

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE - Fatores Relacionados

Não sabe quantos Kg pesou ao nascer. Lembra que aos quatro anos já era gorda e isso passou a ser um problema aos cinco anos.

Nega doenças e cirurgias. Não correlaciona qualquer acontecimento com o início da obesidade e nega também problemas emocionais ou preocupações. Quando repetiu a segunda série foi porque não estudava mesmo; preferia ficar brincando com a prima. (sic).

ASPECTO FÍSICO

Rosto cheio, com traços finos. Olhos castanhos claros, cabelos loiros, pele com algumas sardas. Apresenta-se com calça jeans, camiseta comprida colorida e tênis. Sua gordura é homogênea, mas tem barriga volumosa, coxas e braços gordos. De trás não parece gorda.

HÁBITOS ALIMENTARES E DE VIDA

Faz cinco refeições diárias: (quando não está de regime) de manhã: 1 copo de leite com açúcar e toddy, 1 pãozinho e meio com manteiga; (às vezes come muito pão) às 10:30h, pão com manteiga; no almoço: arroz com feijão em boa quantidade e boa dose de mistura (bifes à milanesa) frituras salada e sobremesa (em geral frutas); à tarde: leite, pão com manteiga, ou sanduíche, pipoca, etc. No jantar: sopa e tudo o mais do almoço.

De modo geral alimenta-se em demasia mas nega bulimia ou ansiedade antes de comer. É apenas indisciplinada nesse setor.

Em casa, é a mãe quem prepara as refeições

Nas férias, dorme 12 horas por dia (das 21 às 9).

Anda de bicicleta. Vê televisão (gosta de novela e desenho animado), conversa e brinca com as amigas.

O intestino funciona bem. (uma vez por dia).

Na escola não frequenta a Educação Física, por vergonha.

AUTO IMAGEM

Descreve-se como gorda, alta, cabelo ralo, loura, olhos castanhos, pele branca. Não se acha bonita mas o que gosta mais em seu corpo é o rosto; não gosta da barriga e das pernas.

Acha que é ruim ser gorda "porque os outros ficam gozando".

Queria ser magra e ter o corpo como o de sua mãe.

Não cita 'modelo de beleza' com que possivelmente gostaria de se parecer, mas diz que gostaria de pesar 50 Kg como já chegou a pesar certa vez.

Seus planos profissionais para o futuro são: "ser médica ou professora".

- Mas você não disse que não gosta de estudar? pergunto-lhe. Laurita concorda e ri...

AVALIAÇÃO DESTA "AUTO-IMAGEM"

- Laurita parece ter captado uma imagem negativa sobre seu corpo a partir da avaliação dos outros. Ela mesma tem dificuldades em se descrever, como se não fosse o seu eu, ou melhor, como se ela não habitasse inteiramente o próprio corpo.

- O fato de querer assemelhar-se a figura materna parece indicar uma ligação ainda um tanto indiferenciada com ela. (Aliás, foi sua mãe quem primeiro se preocupou com o problema da gordura).

- Por outro lado, apesar de sua mente ainda infantil, nossa garota já está tendo que reformular seu esquema corporal devido às mudanças ocorrentes em seu corpo - pela puberdade - e ainda se depara com o problema da discriminação social, que sofre toda a pessoa obesa. Isso, certamente, afeta sua auto-estima.

TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Diz ser: - alegre, - meio irritada, - comportada, - acanhada e tímida, - às vezes, desobediente

- medrosa - impressionável e supersticiosa

AMIZADES

Suas amizades são com meninas da mesma idade ou mais novas. São do bairro e o que fazem juntas é conversar, brincar na rua, andar de bicicleta e visitarem-se mutuamente.

VIDA ESCOLAR

Está na quarta série mas diz que não gosta de estudar. Não se sente bem no colégio. É pior em Matemática. Prefere estudar sozinha.

RELAÇÕES FAMILIARES

Dá-se melhor com a mãe. Os pais brigam entre si. Os irmãos a xingam de 'bofe'. Laurita também revida, xingando-os de gordos ou diz palavrões. O motivo das brigas é o fato de um pegar coisas do outro.

Questionada sobre se considera alguém responsável pelo seu problema, responde que não, e que, pelo contrário, a família a ajuda quando está de regime. As tias, por exemplo, não a deixam comer coisas que engordam e não compram alimentos proibidos, só 'diet'.

De modo geral, considera a família unida: "São calmos, alegres, cantam música de Igreja, recebem e fazem visitas", explica.

SEXUALIDADE

Em casa não pergunta nada a ninguém sobre sexo. Conversa com as colegas. Brincava de médica e enfermeira quando criança.

Não se troca na frente dos homens, em casa. Nunca namorou nem beijou na boca. Nega sonhos românticos. Não se sente diferente. Nega olhar-se muito ao espelho, só o faz para pentear-se, ou para ver como está a roupa antes de sair. Sempre acha que o corpo está feio. Não usa biquini, só maiô.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Obesidade O pai, dois irmãos e uma tia materna

IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA

Laurita parece ainda bem criança. É muito dependente. sua mãe tinha a intenção de ficar junto na entrevista mas, ao ser-lhe explicado que a conversa era particular, saiu, garantindo porém à filha que estaria esperando na ante-sala (antes mesmo de a entrevista terminar, voltou novamente, parecendo ter uma preocupação exagerada.) A menina, porém não reage, dando a impressão de que gosta da presença dela.

Era também difícil colher as informações com Laurita pois sempre respondia com evasivas, precisando ser estimulada com algumas sugestões, contudo, no decorrer da entrevista foi-se soltando, falando mais, sorrindo, apesar de ser tímida. Pareceu-nos uma pré-adolescente bem educada e comportada, pois, ao final agradeceu-nos duas vezes. Era simpática, mas um tanto complexada demonstrando não ter ainda interesses sexuais.

4.1. TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

DADOS DA APLICAÇÃO

Após a entrevista de anamnese, que durou aproximadamente 60 minutos, foi aplicado o teste do desenho da figura humana, durante o qual a examinanda se manteve atenta e interessada.

Desenhou, em primeiro lugar, a figura feminina e depois a masculina. Fez uso regular da borracha e, ao final, respondeu a um pequeno inquérito sobre os desenhos.

4.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

- Pela análise dos aspectos gerais dos desenhos, tais como: a localização no papel, a pressão ao desenhar, o tipo de traçado, o tamanho da figura, o movimento e o uso da borracha, temos as seguintes características:

- A primeira vista, Laurita demonstra ser uma pré-adolescente ajustada, auto-dirigida e auto-centrada. Parece também possuir um bom nível de energia vital, além de um aparente equilíbrio mental e emocional.

- Seus desenhos grandes e de aspecto infantil, sugerem o uso de mecanismos maníacos frente a ansiedades depressivas.

Tais mecanismos seriam:

- dissociação,
- idealização,
- negação e
- controle onipotente.

A preocupação que Laurita manifesta pela simetria bilateral das figuras, denuncia a utilização de um sistema obsessivo de controle emocional. Nota-se ainda presente, um certo nível de autocrítica.

Passando-se agora à análise comparativa das duas figuras e das diferentes partes do corpo de cada uma delas, podemos acrescentar outros aspectos:

- A figura feminina, por exemplo, foi feita em primeiro lugar, o que pode significar que Laurita aceita seu próprio sexo.

- Vemos também que esta figura possui um corpo mais largo e um pouco mais disforme que a do sexo masculino. Isto parece estar indicando que a examinanda está consciente de seu problema de gordura e excesso de peso e, também, que costuma desvalorizar e depreciar o próprio sexo.

- O tamanho da cabeça nas duas figuras é grande em relação ao corpo, o que pode ser sinal de que a examinanda tende a buscar a satisfação mais na fantasia do que na realidade. Pode também ser um traço de narcisismo e egocentrismo, um sinal de dificuldades intelectuais ou ainda, estar indicando ambição e desejos de expansão. (Cf. CAMPOS, 1975 e MACHOVER, 1967).

- De acordo com LEVY, (1981) este contraste entre cabeça e corpo costuma ser um indício de sentimentos de inferioridade ou vergonha em relação a partes ou funções do corpo.

- Na representação dos olhos, que estão vazados, sem pupilas, Laurita revela que tende a negar a realidade ou a percebê-la apenas vagamente, com pobreza de detalhes, mantendo-se egocêntrica.

- A forma das pestanas e sobrancelhas denotam exibicionismo, apelações sedutoras, aspirações lamuriosas, sensualidade, superficialismo e certa indiferença afetiva, isto é, em outras palavras, traços histéricos.

(Veja-se, a respeito, CAMPOS, 1975; e MACHOVER, 1967). Também PICCOLO, (1981) se manifesta sobre tais características: "Parece haver aí um deslocamento do erotismo corporal para a região dos olhos, cabelos, nariz e boca."

- Os cabelos desenhados com cuidado, procurando conservar a simetria, na figura feminina - mas mantendo-se grudados no alto da cabeça, na masculina - são, segundo os mesmos AA e mais LEVY (1981) sinais de exibicionismo, controle onipotente, moralismo, obsessividade e repressão sexual.

- O nariz arrebitado é sugestivo de fantasias no campo sexual.

- A boca côncava e entreaberta com sorriso estereotipado (como de palhaço) bem como, o grande número de botões no vestuário, indicam, segundo ainda os mesmos AA, dependência oral, tendências captativas e introjetivas e evidenciam, mais uma vez, a utilização de mecanismos maníacos de negação, diante de ansiedades depressivas.

- As orelhas, bem abertas, associadas a olhos que não enxergam, representam, a nosso ver, o temperamento segestionável e sensível à crítica de Laurita. Ela demonstra, com esse detalhe que, provavelmente, se preocupa bastante com a opinião dos outros a seu respeito.

- Pela forma dada ao pescoço nas duas figuras e por ter usado a borracha na execução dos mesmos, a examinanda parece estar expressando suas preocupações com o controle intelectual e racional de suas forças instintivas.

- O formato do maxilar, na figura masculina, que também foi apagado e refeito, pode ser interpretado como revelador de um traço de teimosia ou de necessidade de afirmação social.

- Os braços, na figura feminina, revelam certa inibição de movimentos. Seu ponto de inserção no tronco não está correto, o que nos faz suspeitar que existam, na examinanda, dificuldades de inter-relação como ambiente.

- Além disso, os braços parecem encolhidos atrás do corpo e muito curtos para serem ágeis. Isto revela, segundo os AA especializados, timidez e pouca espontaneidade no ambiente.

- Já na figura masculina, os braços para cima denotam fantasia de ascensão e ambição, além de serem também sinais, segundo PICCOLO, do uso de defesa maníacas.

- A representação das mãos e dos dedos em forma de pétalas, é um aspecto primitivo que sugere narcisismo, agressividade reprimida, submissão, insegurança, temor ou sentimento de culpa nos contatos interpessoais, na produtividade e/ou em atividades sexuais. (Veja-se MACHOVER, 1967).

- O tronco, na figura feminina, constituído de uma única parte, sem demarcação de cintura pélvica, e encoberto por vestido tipo 'trapézio', pode estar representando a percepção e o descontentamento que Laurita sente com relação ao próprio corpo, obeso.

- Omitir ou ocultar a parte inferior do tronco, diminuindo-o sensivelmente, sugere, por outro lado, repressão da sexualidade ou problemas relativos à expressão da genitalidade, conforme opinam os mesmos AA.

Comparando-se o tronco da figura feminina com o da masculina, podemos verificar uma notável diferença: enquanto o daquela é largo e curto, o deste, é estreito e alongado.

- Talvez possamos interpretar essa diferença como uma projeção que a examinanda faz, no desenho do menino, de seu ideal de Ego, ou de como gostaria de se aparentar externamente. Seria uma forma de compensar a insatisfação que sente com sua gordura.

- Entretanto, nessa figura delgada do menino, também se pode perceber a problemática de caráter sexual, já que a região da bifurcação das pernas está mal colocada neste desenho, ficando muito abaixo do local apropriado.
- Pode-se perceber ainda, através da representação do tronco em ambos os sexos, a resistência da examinanda em tornar-se adulta, pois suas figuras só são diferenciadas sexualmente, pelo vestuário, não apresentando qualquer indicação de caracteres sexuais secundários.
- As pernas do desenho da menina, que foram apagadas e refeitas, mas que mesmo assim acabaram ficando muito separadas e deslocadas dos quadris, sem indícios de articulação, revelam conflitos nesta área. A princípio, parece que Laurita não integrou bem, em seu esquema corporal, a zona de bifurcação das pernas nem a região pélvica, por dificuldades no lidar com os impulsos genitais. Ela parece utilizar-se da negação dessa parte do corpo, como forma de defesa.
- Outra possibilidade é que seus conflitos se devam a seu descontentamento com o próprio corpo e, por isso, ao representá-lo, expressa como se sente deslocada e desconjuntada, não apenas em relação a ele, mas também frente a seu ambiente.
- Pode, por fim, ser um sinal de dificuldades reais de locomoção e deambulação decorrentes do excesso de peso e desproporção do corpo.
- Na figura masculina, há também indícios de conflitos relacionados com a sexualidade que podem ser evidenciados pela representação das pernas e pés: estes foram apagados e as pernas, além de só se separarem na extremidade inferior, terminam em pontas, não havendo tornozelos.
- Esta distorção do esquema corporal, que resulta numa integração pobre, (um dos indicadores emocionais de KOPPITZ, 1974) pode estar revelando uma falta de estabilidade no ambiente, problemas de locomoção e imaturidade psicosssexual.

- A direção dos pés, para o lado esquerdo da folha, em ambas as figuras, sugere egocentrismo e tendências regressivas.

- Finalmente, pelos detalhes na figura feminina, (lacinhas no cabelo, rendinhas na barra do vestido e carreira de botões) conclui-se que Laurita apela para a puerilidade, procura acentuar seus traços infantis, talvez, demonstrando seu desejo de ainda manter-se criança, por mais tempo.

- A carreira de botões, como já foi dito acima, é sinal de apego e dependência à figura materna.

- As rendinhas podem indicar também uma certa ocultação ou censura, frente à genitalidade e aos impulsos sexuais, segundo os AA citados.

- Pela análise do inquerito, aliás, ficou bem clara a resistência da examinanda em crescer e tornar-se adolescente, pois seus personagens foram definidos como em plena infância, obtendo gratificações imediatas através do jogo e das brincadeiras de faz-de-conta:

"A menina é feliz, está brincando de "pega-pega". O menino está jogando bola e está também feliz porque fez um gol," explica ela. Logo em seguida porém, ajunta: "ela é nervosa e faz tratamento com psicóloga, mas, ao mesmo tempo, brinca e é feliz."

- Esta verbalização contraditória é uma confirmação do uso de mecanismos maníacos de negação, para fugir à depressão e ao luto.

E mais: "O menino é chato porque é mandão e machão," diz ela.

- Com isto, Laurita pode estar revelando sua rivalidade e inveja, com relação ao sexo oposto e também sua percepção das discriminações que sofre por ser menina.

Em suma, reunindo os principais dados da análise, temos que os mecanismos de defesa predominantes, foram os maníacos, ou seja, aqueles que incluem:

- a dissociação,
- a idealização,
- a negação e
- o controle onipotente.

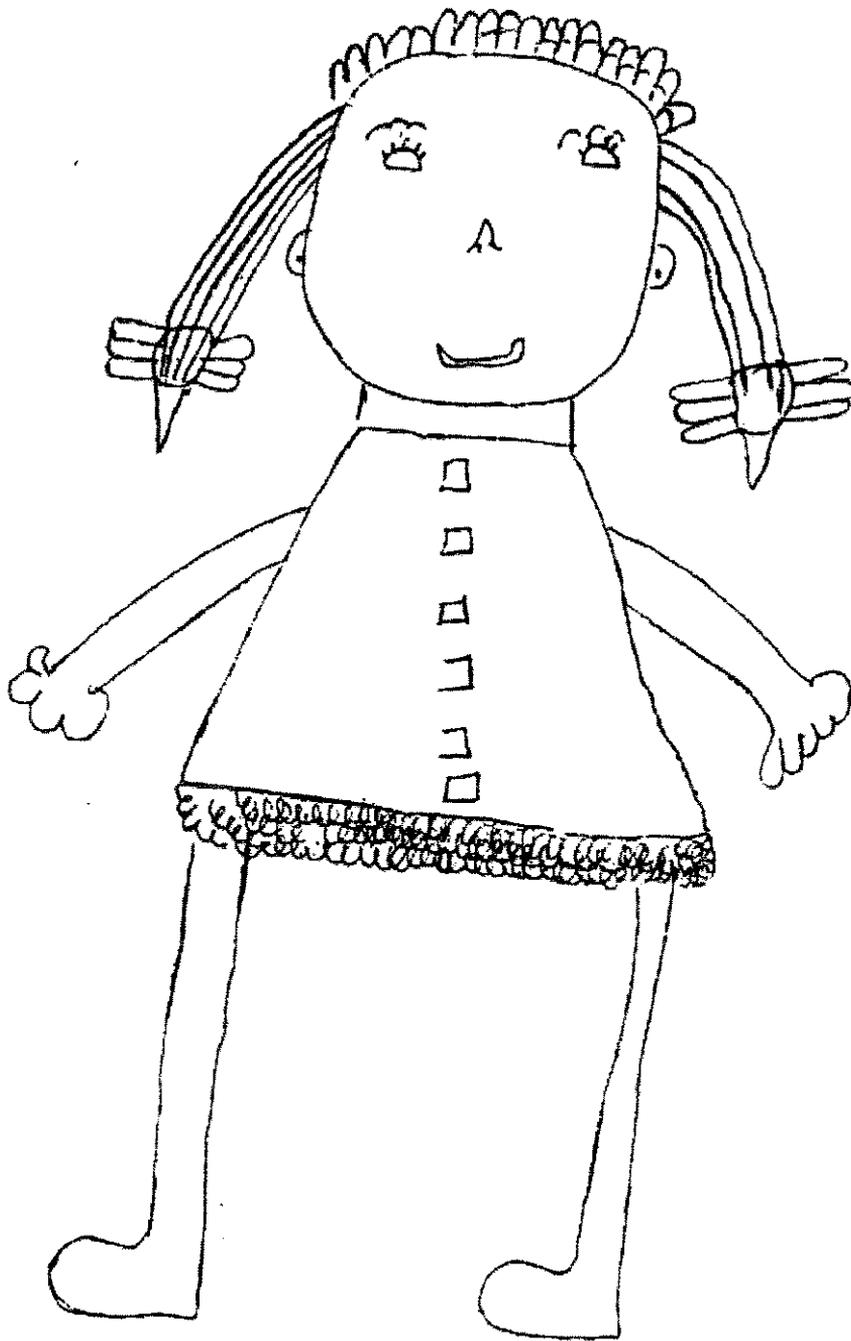
Observamos ainda o emprego:

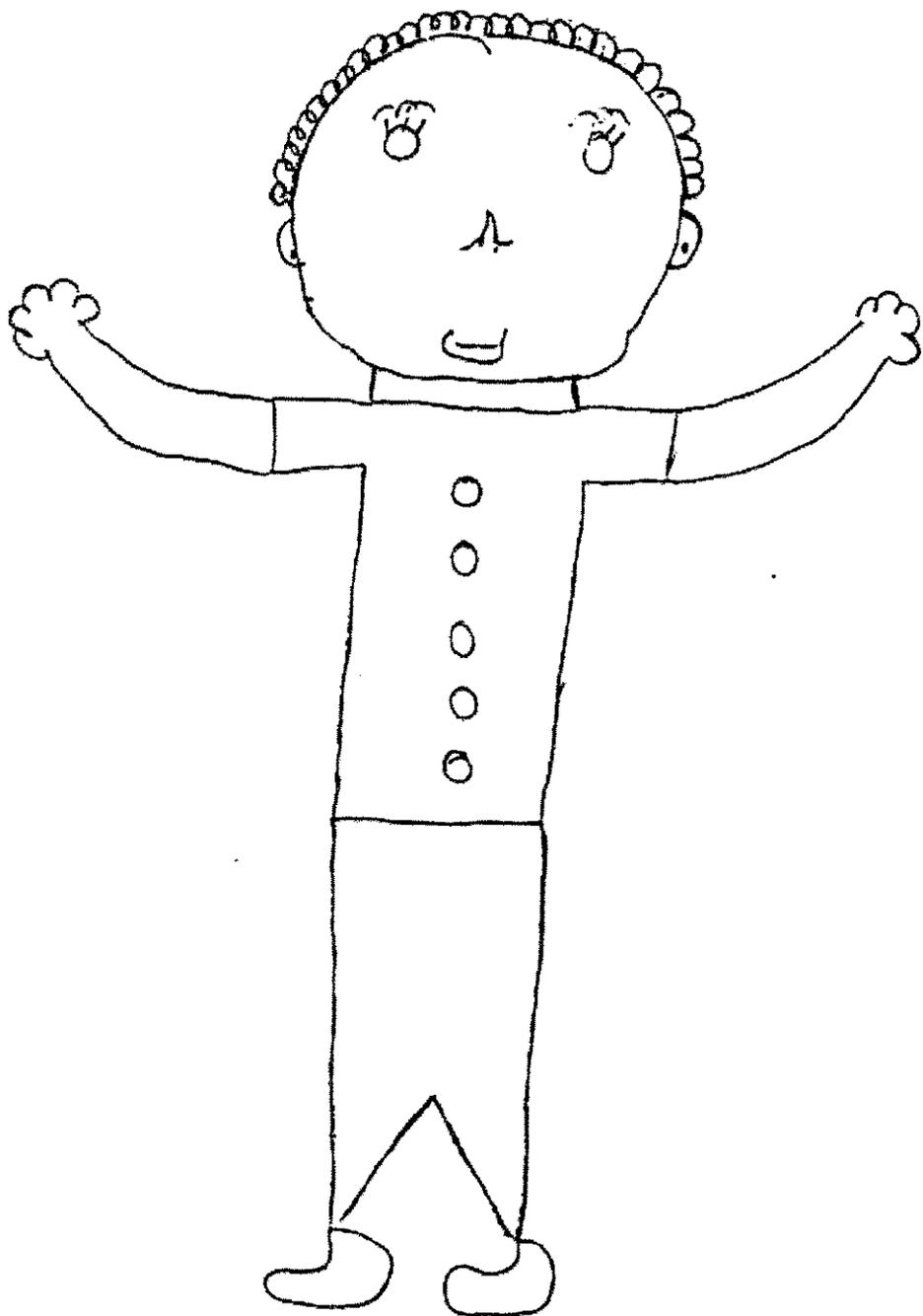
- da repressão,
 - da inibição e
 - do deslocamento, além de
 - tendências à regressão e, ocasionalmente, à utilização de controle obsessivo.
- Não foram observados sinais de desequilíbrio ou desintegração do Ego, o que indica que o emprego de tais defesas não possui caráter patológico.

- Dentre os traços de personalidade, destacam-se

- a) - o bom nível de energia vital e suficiente força egóica para combater ansiedades e tendências epressivas.
- b) - o refúgio na fantasia;
- c) - a ambição, os desejos de expansão e de ascensão;
- d) - o egocentrismo, o exibicionismo e a necessidade de auto-afirmação;
- e) - a auto-imagem depreciativa a respeito do próprio corpo, descontentamento com a obesidade e o desejo de ser magra;
- f) - a sugestionabilidade e a sensibilidade a críticas;
- g) - a teimosia e a agressividade reprimida;
- h) - a insegurança e a submissão;
- i) - a dificuldade nos contatos interpessoais e na comunicação social;

- j) - os conflitos frente à sexualidade e ao amadurecimento sexual com preocupações ligadas ao controle dos impulsos;
- i) - a resistência em desligar-se do passado e das conquistas infantis; e
- m)- a desvalorização do próprio sexo, com rivalidades e inveja do sexo oposto.





5. QUINTO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

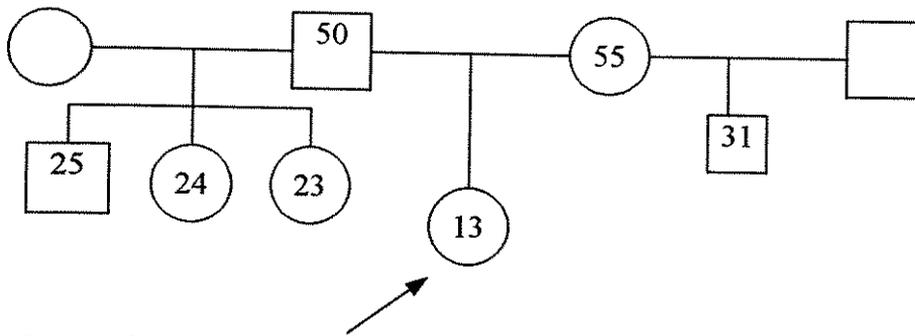
IDENTIFICAÇÃO

Nome - Dirce
Idade - 13 anos e 11 meses
Naturalidade - São Paulo
Domicílio Campinas - (há sete meses apenas, tendo morado no Rio dos 4 aos 7 anos e depois em S.Paulo)
Escolaridade - Oitava série
Religião - Católica não praticante
Ocupação - Datilografia de manhã e escola à tarde

FILIAÇÃO:

Pai - 50 anos, carioca, mecânico, aposentado, formado em curso técnico.
Estatura - 1,60m.
Peso - 80 Kg.
Avaliação da filha: - "Tem barrigão, bebe muita cerveja".
Mãe - 55 anos, desempregada, (em S. Paulo, era ascensorista), católica; 8ª série ascensorista) católica, com escolaridade de
Estatura - 1.57 m.
Peso - não soube dizer
Avaliação da filha: - "Tem corpo normal para a idade dela".

HEREDOGRAMA



Obs.: - Os pais de Dirce estão amasiados há 21 anos e ela é filha única, mas possui quatro meio-irmãos, frutos dos casamentos anteriores, tanto do pai como da mãe. Conta que se dá bem com todos os irmãos, inclusive com a mãe dos filhos de seu pai.

RENDA FAMILIAR

A renda atual é de aproximadamente seis salários mínimos e o nível sócio-econômico da família é, segundo informa, de classe média-baixa. O pai tinha carro, mas foi roubado quando moravam no Rio e, desde então, não puderam comprar outro.

HABITAÇÃO

Mora com os pais, em casa alugada com três quartos. ela tem seu quarto próprio; os pais ocupam o segundo e, no terceiro, guardam-se ferramentas.

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Menarca aos 11,3 anos, (fase de aceleração do crescimento)
Estatura 1,66m
Peso 73,5 Kg.
Aspecto físico obesidade.

IMC = 27,2 Kg/m² ou seja, obesidade leve

Peso Ideal-médio	= 61 Kg (de 54 a 68,5 Kg)
------------------	---------------------------

HISTÓRIA

QUEIXA PRINCIPAL

Procurou o ambulatório Geral de Adolescentes pela obesidade e por ter bronquite asmática e rinite devido a alergias contra pó, fumaça, mofo e penas.

Queixa nesta entrevista: Engordou 17 Kg. desde que veio para Campinas há sete meses. Antes estava com 57 Kg. (sic).

Tem rinite ao acordar e espirra bastante. "Não é todo o dia, mas tem dias que fico o dia todo resfriada" explica.

Tem também crises freqüentes de bronquite, mas nega relação com brigas na família. Estas, aliás, são freqüentes, diz ela, geralmente quando o pai começa a reclamar da comida ou a mãe de ele beber muito. Com Dirce, o pai também discute. "É que meus pais pensam muito diferente de mim e isso começou mais na adolescência".

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE - Fatores relacionados

Dirce relata: "Eu era magrinha, tinha o corpinho em cima, mas cheguei aqui e..."

Depois acrescenta que dos 6 anos até os 10 foi bem gorda, sendo até apelidada de 'bolo fofo', mas que emagreceu no estirão do crescimento.

Tinha amigos em S. Paulo e algumas 'paqueras', mas namorado, não. Sente saudades e no início comunicava-se por cartas, mas parou de escrever por falta de tempo.

Seu corpo começou a entrar em puberdade entre 10/11 anos.

A menarca foi aos 11,3 anos. Disse que estava superficialmente informada sobre menstruação. Conversa com amigas e estudava sobre assunto na aula de Ciências. Sua mãe também, às vezes, falava no assunto, "mas eu nem queria saber, não tinha curiosidade." (sic)

Diz que tem muita cólica e que não gosta de ficar menstruada. Refere ter corrimento desde pequena e que fazia tratamento com pediatra. Agora, foi orientada pela médica do ambulatório para usar um remédio durante cinco dias e depois procurar, um ginecologista.

Nega operações e uso de medicamento à base cortisona. Nega também preocupações com provas escolares. Diz ser boa aluna orgulhando-se de nunca ter ficado de recuperação.

Confessa ter momentos de solidão e tristeza: "Sinto falta de arejar, de sair um pouco de casa, de andar. Em geral não sou triste, mas às vezes fico, ao saber de algum parente que está doente".

Refere ter umas manchas roxas que aparecem repentinamente, sem saber porque, mas dá sua 'explicação': "Quando fico assim um pouco ansiosa, aparecem as manchas. Se assisto um filme, assim muito triste, em que eu choro, tenho certeza que, no dia seguinte, estou cheia de manchas".

Conta que fez um tipo de terapia com um médico homeopata, durante um ano. Em cada consulta, conversava cerca de duas horas e comenta que isso a ajudou bastante.

Fala então de sua irritabilidade, admitindo que tem 'pavio curto' e que atualmente, põe a raiva para fora: "Antes, eu ficava guardando raiva e quando me xingavam de 'bolo fofo' não respondia; agora "aprendi a não guardar raiva!"

Nega porém relação entre as crises de bronquite e essa 'raiva recolhida'.

ROTINA DIÁRIA

De manhã não tem muita fome; não toma leite 'porque dá ânsia' (sic). Só toma chá ou suco. Come pão com manteiga, bolachas e queijos. Às 11:30 come pão e às vezes almoça sanduíche. Toma muito refrigerante e sucos com açúcar.

À tarde, toma um sorvete na escola, mas quando chega em casa é que começa a beliscar para valer. Come tudo o que tem: vai à geladeira, ao fogão e às panelas. Quando tem bolo - e ela sabe fazê-lo - come um pedacinho a toda hora e fica beliscando até a hora do jantar. Só depois do jantar é que pára de comer.

"Quando fico o dia inteiro em casa e não tenho o que fazer, aí eu como o dia todo: bolacha recheada, bolo, sorvete, pão torrãozinho, pudim, manjar, torta e chocolate, suco artificial, salgadinhos, coxinha, pastel, batatinha frita, etc", confessa, acrescentando que prefere os doces. Só de vez em quando, come verduras, as quais sua mãe prepara: couve, alface e agrião. Toma, no mínimo, um sorvete por dia e come carne todos os dias.

Refere que gasta todo seu dinheiro em guloseimas e em revistas de Rock, e também 'Carícia' e 'Capricho'.

Não faz Educação Física na escola porque tem crise de bronquite quando corre. Em casa não gosta de fazer ginástica. Só às vezes. Gosta de ouvir música, mas não de dançar.

AUTO-IMAGEM

"Sou ao mesmo tempo introvertida e extrovertida. Tenho muita energia para gastar... sou muito comunicativa, mas tenho 'pavio curto', fico de cara feia, xingo, apelo. Os amigos me acham razoável. Uma amiga me disse que pensou que eu era chata, mas depois, viu que eu era legal. As pessoas me acham legal".

É como Dirce se descreve. E continha, respondendo as perguntas:

- "Ser gorda? Ah, é tão ruim, é horrível. Você tem que pôr uma roupa, a roupa não dá, ou quer ir numa praia e não pode usar biquini. Eu me sinto mal. Não ligo que reparem em mim; sou eu mesma que me sinto mal".

- "Sempre fui gorda (contradição?) Quando era pequena nunca liguei. O problema é comigo, não com os outros. 'Não tô nem aí' com os outros, se me acham gorda, magra, feia ou bonita... o importante é que eu esteja bem comigo mesma. O que conta mais na pessoa é o seu interior e não o que ela tem por fora".

- "Tem pessoa que não sabe falar, só fala de moto, de carro, só de futilidades. Eu prefiro a pessoa que tem um bonito interior" (sic)

- "Eu me olho bastante no espelho, sim. Principalmente o rosto, o cabelo e a roupa. Sem roupa não me olho muito ao espelho".

- "Eu gostaria de perder 17 Kg., mas é muito difícil seguir o regime porque vem uma tentação de abandonar tudo. Eu digo para mim mesma: "Você vai conseguir, você não vai comer!", mas sempre páro na metade porque sinto muita fome. Eu preciso fazer um regime que não sinta fome!" (sic)

Dirce diz ainda que não pretende tomar remédio para tirar a fome porque acha que isso vai fazer mal a ela, já que tem problemas de respiração e que poderá ficar como seu pai que é diabético, tem hipertensão e sofre dos rins e do coração.

AVALIAÇÃO DESTA AUTO-IMAGEM

- Parece claro que Dirce sente-se complexada com seu corpo gordo e desconfortável. Ela procura vender a idéia de que o vale é o interior, mas é a maneira que usa para ver se convence a si própria e que não liga para a opinião alheia.

- No fundo está muito aborrecida de ter engordado, principalmente porque, durante o estirão de crescimento, pôde experimentar a satisfação de ter um corpo bem proporcionado. - Deseja voltar a ter o mesmo corpo de então, o que é de certa forma positivo, pois é possível mesmo que consiga um bom emagrecimento com sua força de vontade.

- Demonstra, por outro lado, uma percepção realista de suas limitações e riscos de saúde, o que também é positivo para enfrentar o problema.

TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Acha-se mais segura que insegura e mais calma que nervosa, mas, como já disse 'tem pavio curto', descarrega o nervoso roendo unhas, xingando, estalando os dedos. Às vezes se sente tímida quando falam dela ou quando tem que falar de si mesma. Não é impressionável; adora filmes de terror. Tem medo de cachorro porque já foi mordida.

AMIZADES

Em São Paulo tinha bons amigos e aqui já começa a fazer boas amizades porque é bem comunicativa e gosta de sair com os novos conhecidos.

VIDA ESCOLAR

Sempre foi boa aluna, nunca repetiu nem ficou de recuperação. Tem melhor desempenho em algumas matérias, como Inglês e Português e é razoável em Matemática, segundo informa. É muito faladeira em classe e uma vez foi chamada à Diretoria, na quinta série, devido a uma briga.

RELAÇÕES FAMILIARES

Diz que se dá melhor com a mãe e que tem dificuldades com o pai, devido a opiniões divergentes: "A gente se indispõe quando eu quero fazer alguma coisa e ele não concorda. Mas isto começou mais agora, na adolescência; antes a gente se dava bem".

Confirma que os pais são super carinhosos com ela e inclusive entre si.

Questionada sobre se acha que alguém é responsável pelo seu problema, responde que não, que isso ninguém é... mas conta que seus pais ficam insistindo para que ela coma e se preocupam quando está fazendo regime e não querem que pule refeições.

SEXUALIDADE

Nega jogos sexuais na infância. A mãe se troca na frente dela; o pai, não. O pai não gosta que ela use shorts nem mini-blusas. Não recebeu educação sexual em casa. Começou a saber da relação sexual aos 10 anos; não ficou chocada, achou normal.

Acha também normal o sexo antes do casamento e diz que achou normal o que aconteceu com sua meio-irmã que é mãe solteira. E acrescenta, (deixando transparecer um drama familiar): "Meu pai é meio conservador, mas se tivessem comunicado a ele, certamente ele também iria compreender e apoiar a filha".

Sobre masturbação, diz: "Antes, eu ficava boiando, não sabia o que era masturbação. Hoje, acho normal. Acho que todo o mundo tem desejos sexuais e quando a gente não tem possibilidade de saciar esses desejos, é super normal a masturbação. Não sinto culpa".

Nega sonhos eróticos. Nunca namorou, só 'ficou' com garotos, isto é, não avançou além do beijo. Acha que, para avançar, é preciso conhecer mais 'o cara': "A maioria dos carinhos que eu 'fiquei" tinha em média 16/17 anos; os mais novinhos só sabem falar besteira, bola, carro, essas coisas". (sic).

Perguntada com quem se parece e como gostaria de ser ou ainda qual um modelo de corpo físico que admira, responde que puxou mais o lado da mãe, pois tem o mesmo tipo de distribuição de gordura, isto é, da cintura para baixo é mais gorda, com barriga, quadris e coxas grossas - o que aliás é típico também de suas tias maternas que tem quadril largo e cintura fina; e diz que gostaria de ter o corpo da atriz Claudia Abreu ou da Luiza Brunet (artistas da TV).

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Avó e tias paternas são diabéticas.
- Pai e tios paternos têm hipertensão e problemas cardíacos.
- Familiares do pai têm alergia.
- Primos maternos sofrem de epilepsia.

IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA

Gostei muito da Dirce, achei gostoso conversar com ela porque é uma pessoa que se comunica bem, responde todas as perguntas com inteligência e vivacidade; tem boa percepção de seu problema e uma visão crítica de sua vida bastante amadurecida para sua idade (talvez porque viva entre adultos).

Demonstrou ser livre de tabus e preconceitos com relação à sexualidade, o que já é um indício de um bom prognóstico na recuperação de sua auto-estima e na busca de um objeto amoroso com superação de suas fixações orais.

Chamou-me a atenção, contudo, a tendência para somatizar seus conflitos. Pareceu-me ainda ter ela dificuldades na expressão da agressividade e nas experiências de separação. Deu-me a impressão de ter um certo temor de vincular-se mais profundamente a pessoas, para evitar sofrer depois um possível abandono.

5.1. TESTE DE DESENHO DE FIGURA HUMANA

DADOS DA APLICAÇÃO

O teste foi aplicado logo após a entrevista de anamnese que durara, aproximadamente, 60 minutos. A primeira figura desenhada foi a feminina. Dirce demonstrou interesse e prontidão em cumprir a tarefa proposta e executou os desenhos de modo decidido e

independente. Usou a borracha por duas ou três vezes em cada desenho, especificamente, nas pernas e nos pés.

Após o término da segunda figura, realizamos o inquérito, na forma simplificada, como propõe CAMPOS (1975).

Durante toda a prova, Dirce manteve a atenção, revelando boa compreensão e comportamento adaptativo.

5.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

- Analisando aspectos gerais das figuras produzidas, segundo LEVY (1981) HAMMER (1981) e MACHOVER (1987), pudemos verificar que a examinanda apresenta um bom nível de energia vital.

- Parece tratar-se também de pessoa que se valoriza e que se coloca em posição central no ambiente. Contudo, revela que utiliza mecanismos compensatórios para combater certa insegurança e sentimento de perda afetiva.

- Pudemos notar, além disso, que trava uma difícil luta contra seus impulsos agressivos, já que parece ter os nervos à flor da pele (o traço que contorna o corpo, parece "eletrizado").

- Demonstra ainda, utilizar a negação a dissimulação e a anulação, para contornar os problemas. Em alguns aspectos de sua personalidade, mostra possuir uma auto-crítica estruturada e uma insatisfação consigo mesma.

- Sua preocupação com a simetria bilateral, denota um sistema obsessivo de controle emocional, geralmente associado com a repressão, o distanciamento emocional e a super-intelectualização. (Cf. MACHOVER, 1967).

- As figuras estáticas, quase que rígidas, acusam uma certa passividade ou uma contenção forçada dos impulsos instintivos, além de uma atitude expectante frente a vida. (Vide o mesmo MACHOVER e ainda LEVY, 1981).

- Além disso, tal rigidez e tensão corporal, segundo PICCOLO (1981) é sinal de 'uso do mecanismo de formação reativa'.

- Notamos ainda, através do tamanho das figuras, traços de um bom nível intelectual, com capacidade de abstração espacial e indícios de uma personalidade com capacidade de manter o equilíbrio emocional.

- Analisando agora as figuras em separado e os detalhes das diversas partes do corpo, devemos acrescentar outras características:

- percebe-se, por exemplo, que a examinanda identifica-se com seu próprio sexo e com a idade que tem embora, talvez, apresente certo descontentamento com a perda de seu corpo infantil pois, tanto a figura feminina como a masculina, não evidenciam traços dos caracteres sexuais secundários.

- a cabeça, relativamente grande, parece estar indicando ambição, aspirações intelectuais ou tendências à fantasia.

- os olhos, com iris sem pupilas, são indicativos de um certo egocentrismo e de uma recusa a enfrentar a realidade, a qual é percebida vagamente, com pequena discriminação de detalhes.

- pela expressão facial, tanto da figura feminina quanto da masculina, pode-se suspeitar que Dirce costuma ser sonhadora e manter um certo distanciamento da realidade, tornando-se introspectiva e voltada para seus próprios pensamentos. Realmente, a impressão é de que as pessoas desenhadas estão aéreas, "no mundo da lua" e felizes com seus pensamentos.

- Percebemos também indícios de que a desenhista tem tendência a ser dominadora e que possui capacidade de liderança; isso pelo tamanho das figuras e sua posição na folha.

- Parece possuir ainda grande vitalidade sexual, preocupando-se com o controle desses impulsos: o aspecto desordenado e sombreado dos cabelos, na figura feminina, denunciam a presença de fantasias sexuais confusas e geradoras de conflito.

- A representação de um pescoço fino e comprido no corpo da mulher, revelam os esforços da examinanda para controlar os impulsos do corpo, por meio da razão e da intelectualização.

- A presença de uma linha divisória para demarcar a cintura, também reforçam essa preocupação, com o policiamento dos impulsos sexuais (Cf. CAMPOS E MACHOVER).

- Entretanto, o aspecto que melhor acusa o conflito frente a sexualidade, está expresso no desenho das pernas e dos pés de ambas as figuras. (Aliás, foi esta a parte do corpo que Dirce teve maior dificuldade em completar: apagou-a por três vezes e, no final, produziu pernas muito unidas, utilizando uma única linha central para dividi-las). Procurou ela esconder a área genital e as pernas, na figura feminina, com uma saia comprida e, na masculina, não desenhou a zona de bifurcação das pernas.

- Isto, a nosso ver, além demonstrar as dificuldades e conflitos com a genitalidade, denota ainda a utilização de defesas como: a repressão, a inibição e o isolamento.

- Os pés, justapostos e apontados para direção opostas, revelam:

- ambivalência,

- indecisão,

- dissimulação de conflito ou oposição.

- Por outro lado, é através da postura das pernas e dos pés, que fica evidenciado que a pessoa ali representada, teria dificuldade para movimentar-se e mesmo, para manter o equilíbrio.

- Observando-se o segundo desenho, tem-se a impressão de que o menino está tentando compensar o desequilíbrio do corpo com a abertura dos braços.
- Já a menina, parece estar mais fixa e equilibrada em sua postura, porque tem também uma base maior e mais forte.
- Estas pequenas nuances entre as duas figuras podem estar revelando concepções e atitudes da examinanda sobre o sexo oposto, sobre seu próprio papel sexual e sobre seus modelos de identificação primária - figuras de pai e mãe.
- Dirce parece ter introjetado a figura da mãe forte e dominante com o qual se identifica, mas de que ainda depende e de um pai com menos estrutura psíquica e, conseqüentemente, mais frágil e dominado.
- Os contornos bem proporcionados de ambas as figuras, revelam, talvez, uma forma de compensação, por sua gordura e seu corpo obeso e sem proporção. (Vide MACHOVER e HAMMER, como acima citados).
- O vestuário simples, sem detalhes, pode ser interpretado como a maneira de Dirce lidar com o próprio corpo, não gostando de se exibir nem de chamar a atenção sobre ele, mas até procurando escondê-lo com roupas recatadas
- E este, é a nosso ver, novo sinal de seu descontentamento com a obesidade. Já para PICCOLO, (1981), é um indício do uso da formação reativa como defesa egóica que, neste caso, parece estar sendo empregada também como controle do impulso sexual.
- Contudo, apesar de não estar ligada às aparências externas, demonstra ela não ser totalmente independente das convenções e estereótipos sociais, pois, para fazer a distinção entre os sexos, utiliza-se do vestuário e do comprimento dos cabelos, - típicos padrões sócio-culturais.

- Na representação dos braços, mãos e dedos, temos ainda dados suplementares sobre sua interação social e sobre o grau de sua espontaneidade no ambiente: a direção dos braços para fora do corpo, com as mãos abertas, pode ser interpretada como uma necessidade de inter-relação e de afeto;

- nos dedos, há novamente traços de agressividade dissimulada e sentimentos de culpa relacionados a atividades auto-eróticas e/ou a contatos interpessoais.

(Observe-se os dedos irregulares, uns pontudos, outros arredondados ou dobrados)

- Contudo, manifesta uma certa confiança em sua produtividade (Vide, a respeito, CAMPOS e MACHOVER)

- Analisando as respostas ao inquérito, encontramos um dado interessante que confirma o comportamento expectante acima assinalado: é sobre o que estariam fazendo os personagens dos croquis. Dirce esclarece:

"a menina está esperando um ônibus e o rapaz está deitado, pensando".

- MACHOVER já havia notado que alguns adolescentes costumam desenhar, junto à figura humana, paradas de ônibus ou outra situação relacionada a transportes, coisas que, segundo a referida Autora, seriam expressão de seu estado mental transitório.

- Dirce expressa a mesma idéia em sua verbalização, mostrando que está na expectativa de mudanças que virão, certamente, sem o seu controle ou participação.

- Outro desejo, típico dos adolescentes, é a necessidade que têm de parar no tempo, para refletir e meditar.

- Essa necessidade, atribuída por Dirce ao rapaz, é a nosso ver, sua percepção de que suas próprias dúvidas e incertezas ainda vão continuar e que irá precisar de tempo para digerir as transformações sofridas.

- É bem interessante a maneira encontrada por ela para 'revelar' suas inquietações presentes de um futuro próximo.

Dirigindo o inquérito sutilmente, conseguimos mais esclarecedoras informações:

- deixou ela bem claro que se preocupa mais com sua vida interior, dizendo que "o que mais gosta na menina, é seu jeito de pensar e o que menos gosta é sua aparência e modo de andar". - E, com relação ao menino, diz que "ele é triste porque os outros não compreendem o seu interior".

- Donde se infere, além do acima referido, que Dirce não se sente à vontade com seu próprio corpo e nem se locomove com naturalidade em seu ambiente; daí a compensação buscada no seu mundo interior.

- Acrescentou ela no final que "costumava pensar em como as pessoas andam agitadas e nervosas..." revelando com isso, que se contagia com esse nervosismo coletivo e que anda em busca de paz e tranquilidade.

- Finalizando, é interessante notar como a examinanda projeta na figura masculina seus próprios aspectos menos aceitos: "Não gosto das coisas que ele faz porque é um menino rebelde" diz ela.

- Pelos antecedentes, quer-nos parecer que ela está atribuindo ao rapaz um aspecto que gostaria de ter - mas que nela está recalcado - e que é a expressão livre da agressividade e hostilidade ao meio.

- Reunindo os dados da análise, temos que Dirce se utiliza, basicamente, dos mecanismos de defesa, de controle obsessivo, ou seja:

- o isolamento afetivo,
- a anulação e
- a formação reativa.

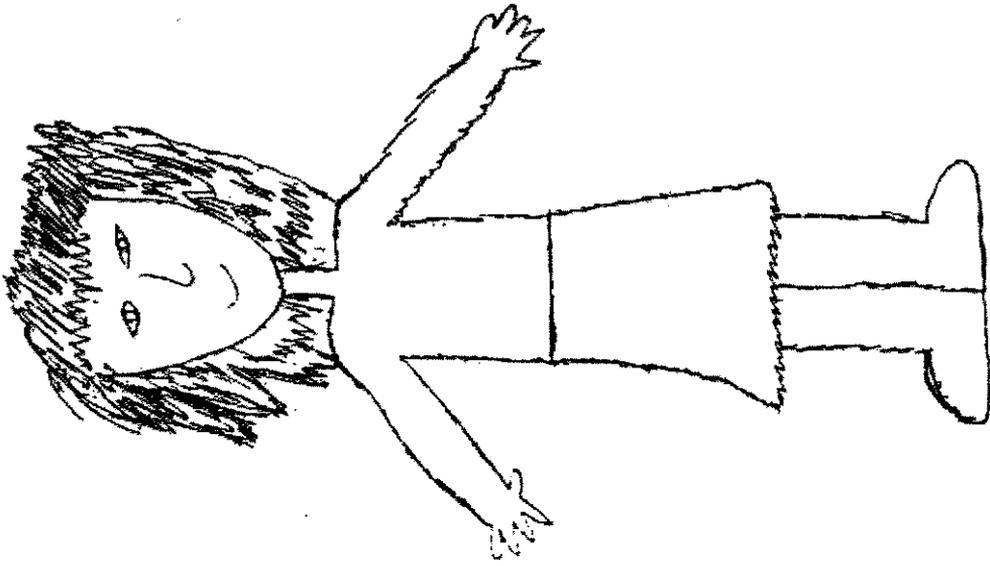
- Tais mecanismos parecem estar associados também:

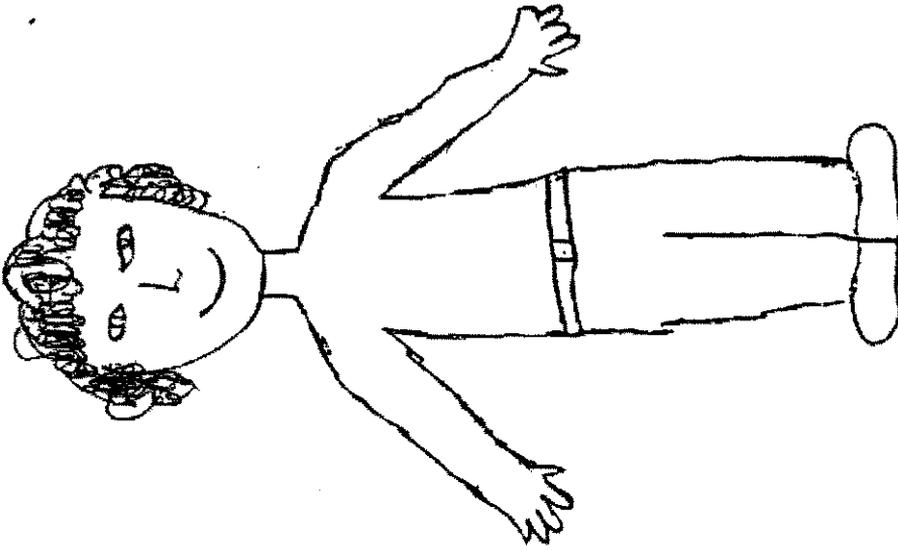
- à repressão,
- à negação,
- à inibição e
- à intelectualização.

- O uso destes mecanismos, no entanto, não demonstrou ser nem excessivo nem muito rígido, permitindo ao Ego manter-se estruturado e bem integrado.

- Entre os traços de personalidade e as áreas de conflito que puderam ser evidenciadas, destacam-se:

- a) - o bom nível intelectual com capacidade de abstração
- b) - a ambição e aspirações intelectuais;
- c) - a tendência: à fantasia, à introspecção e ao egocentrismo;
- d) - a identificação com o próprio sexo;
- e) - o forte impulso sexual e preocupação com seu controle;
- f) - as fantasias sexuais confusas e culpógenas;
- g) - os conflitos frente ao amadurecimento sexual e à genitalidade
- h) - a acentuada excitabilidade e nervosismo;
- i) - a agressividade reprimida ou dissimulada;
- j) - a ambivalência e indecisão nos sentimentos, atitudes e condutas;
- l) - o descontentamento com o corpo obeso e a preocupação com a silhueta;
- m) - o esforço por adaptar-se às normas e expectativas sociais,
- n) - a necessidade de afeto e de contato interpessoal.





6. SEXTO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

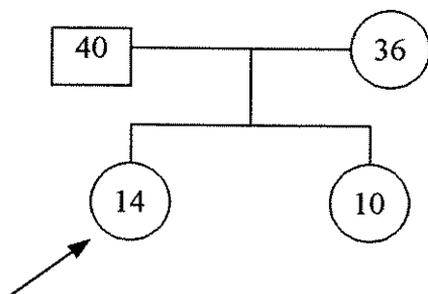
IDENTIFICAÇÃO:

Nome - Amália
Idade - 14 anos
Escolaridade - passou para a oitava série
Naturalidade - campineira
Religião - católica

FILIAÇÃO:

Pai: - 40 anos, metalúrgico, desempregado da Bendix (agora faz 'bicos') natural de Minas, católico, ginásio completo,
Peso: - 72 kg aproximadamente
Estatura: - 1,68 m
Avaliação da filha - É mais magro que a mãe, mas tem barriga e é forte.
Mãe - 36 anos, ex-caixa de supermercado, de nacionalidade italiana, mas criada no Brasil desde pequena.
Religião - Católica, estudou até a sexta série.
Peso aproximado - 78 kg
Estatura - 1,65 m
Avaliação da filha - "Acho minha mãe gordinha e eu puxei o lado dela, ao passo que minha irmã é magrinha puxou o lado do pai".
(E continua num comentário, que na família do pai 'é tudo magrinho' enquanto que na da mãe 'é tudo gordinho'.)

HEREDOGRAMA



RENDA FAMILIAR e NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

Não sabe informar quanto ganha o pai mas, pelo bairro em que mora e pelo tipo de vida que levam, devem ser de classe média.

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Peso - 92,2 kg

Estatura - 1,72 m

IMC = 31,7 Kg/m² ou seja, obesidade moderada

Peso Ideal-médio : 62 kg (de 58 a 67,5 kg)

ENTREVISTA GRAVADA

Observação: Apresento neste item o relato “ipsis literis” da entrevista onde dialoguei com Amália vários temas corolários à sua obesidade, o que dá ao contexto um cunho mais vivo e um sabor especial, não obstante certos vícios de linguagem que facilmente poderemos relevar.

Amália (A) - Aline, minha irmã, quando criança, era gordinha, bochechuda, Depois foi crescendo e emagrecendo.

Eu (MM) - E você? Você também ficou mais magra quando foi crescendo?

- A- Eu era mais magra. Às vezes eu penso que se eu tivesse feito regime àquela época, né?...
- MM- Não sei. Às vezes é só não comer demais para não engordar, porque para crescer é preciso ter um pouco de reservas.
- A- Nossa, quando eu tava fazendo regime, a professora falava: “você está em fase de crescimento, não pode fazer regime” Nossa! Eu ficava ... Eu fazia regime uma semana e faltava porque ficava doente.
- MM- Doente? Como assim?
- A- Ah, eu ficava fraca e dava dor de estômago, né? Porque foi assim, eu fiz regime duas semanas e aí começou a dar essa dor de estômago. Daí eu tratei e tudo e comecei a fazer regime de novo e começou dar esse negócio de tontura e meu pai ficou bravo. Nossa! Ele disse: “Não vai fazer mais regime, você fica doente”. Porque eu nunca fiquei doente. Nossa, eu só pegava gripe e olhe lá. Era só começar a fazer regime, começava a ficar doente.
- MM- Alguma vez você provocou vômitos após ter comido muito?
- A- Tá loco, eu não.
- M- E fazer bastante ginástica para perder calorias após ter abusado de um doce? Isso você fez?
- A- Às vezes, quando eu faço regime, eu faço ginástica em casa.
- MM- Como é esse regime que te deixa doente?
- A- Eu tiro açúcar, gordura, eu tiro tudo, mas daí eu não aguento.

MM- E quantos quilos você chega a perder?

A- Ah, não sei, eu ... eu não percebo, sabe?

MM- Mas você percebe que fica doente e fraca, né?

A- É eu preciso até faltar na aula.

MM- O que faz você sair do regime?

A- Eu vejo os outros comerem o que eu quero, aí me dá uma vontade, aí, já viu, né?

MM- Também os outros não cooperam, não é? A sua geladeira está sempre cheia das coisas?

A- Ô! Eu falo pra minha mãe que é só eu começar a fazer regime, ela começa a fazer torta italiana. Ela faz de propósito, acho que é só pra eu não fazer regime.

MM- Você me disse que desde pequena já era gordinha, você teve apelidos?

A- Quase sempre me chamavam de gorda. Eu ficava brava. Até hoje, quando vou na casa de minha avó, os meus tios - que são 11 né ? - ficam me enchendo. São os irmãos de meu pai. Às vezes eu nem vou, pra eles não ficarem me provocando. Tem dois lá que dá vontade de bater; tem um, que é baixinho, menor que eu. Eu falo, qualquer dia vou bater nele.

MM- Seu pai é o mais velho dos irmãos?

A- É. O irmão mais novo tem 19 anos, mas são tudo adolescente ainda.

MM- E você tem muitos primos e primas?

A- (confirmando com a cabeça) Tenho uma prima também que é igual eu, mas o ano passado, ela falou que ia fazer regime e fez.

Emagreceu e agora tá com um corpo!

Agora já começou a engordar de novo.

Se pára, engorda, né ? Se fala em comida ...

MM- Parece que não dá para conciliar as duas coisas, o prazer de comer e o corpo bonito, não é?

A- É mesmo, é um castigo. E pensar que tem gente que come, come e não engorda...

MM- Acho que os magros não se preocupam se estão comendo muito ou pouco e então conseguem parar de comer quando estão saciados.

O gordo quer comer tudo hoje, porque ontem estava de regime e amanhã deverá começar uma nova dieta, daí ele não obedece o sinal natural de que já está satisfeito. Você concorda?

A- É, acho que pode ser isso... (fica pensativa)

MM- Você me disse que sempre teve boa saúde, não é? Mas por acaso, você foi operada de alguma coisa, por exemplo, da garganta?

A- Quando eu era pequena, com uns 4 ou 5 anos, eu operei duas vezes de um problema que eu tinha na vagina.

MM- Na vagina? E você se lembra?

A- Lembro assim mais ou menos, sabe? Era porque eu tinha dificuldade de fazer xixi, sabe? A minha mãe explica, né? que era fechado e que eu gritava de dor, sabe? Até hoje eu tenho um ... quer dizer, dói um pouco.

MM- Para fazer xixi, não é?

A- É. O médico falou que só operando.

MM- Mas era na vagina ou era na uretra?

A- Ah, Agora eu não sei, no canalzinho, ele fala, mas era difícil pra urinar.

(Obs. Aproveito para explicar um pouco a anatomia genital feminina)

- MM- Você já tem menstruação? Como que é?
- A- Eu já, e como! Prá mim vem tanto! Nossa, se deixá eu gasto aqueles pacotes de 30! (Menarca aos 13 anos)
- MM- E você notou se engordou um pouco mais na puberdade, ou não?
- A- Engordei.
- MM- Você acha que come mais quando está nervosa?
- A- Ah! toda hora eu tô comendo... (risos) Não posso ficar sem comer.
- MM- Amália, você me falou de uma prima que era assim como você, e que fez regime e emagreceu. Você tem algum parente que é bem obeso, mesmo, não apenas gordinho?
- A- Bom gordo mesmo, tem um primo meu, filho do irmão de minha mãe. Ele tem 24 anos e tem uma filha que também é gorda.
- MM- É como você falou, não é? Do lado de sua mãe é tudo gordinho. Eles são italianos, não é mesmo? E como são os hábitos deles? Comem muita massa?
- A- Ô, quase tudo eles comem com pão. Até fruta, por exemplo, melancia com pão ! (risos).
- MM- Você sabe cozinhar, Amália ?
- A- Ô! Quando estou com fome e não tem nada, vou pra cozinha e preparo alguma coisa.
- MM- Sua mãe tem 2 nacionalidades ou é só italiana?
- A- Só italiana, e que italiana! O maior sonho dela é ir um dia para a Itália.

MM- E você também pegou essa mania de comer tudo com pão?

A- Ah, eu vou junto. Peguei essa mania de minha avó. Ela é demais! Até sorvete e chocolate ela come com pão. Todo mundo estranha.

MM- E é pão feito em casa, ou de padaria?

A- Uns ela faz em casa, mas compra também pronto.

Minha mãe fala que quando eles eram crianças, meu avô ia comprar 12 a 15 pães por dia.

O padeiro brincava, dizendo que ela tinha uma creche em casa de tanto pão que levava!

MM- E quantos filhos sua avó materna tinha? Eram muitos?

A- Minha avó teve 6 filhos, mas na verdade eram 5 porque o mais velho morreu com 4 anos.

MM- Você é mais ligada à família do seu pai ou à da sua mãe.

A- Mais da minha mãe. Os irmãos de meu pai moram um pouco longe, a gente não se vê muito.

MM- Amália, você falou que quando está fazendo regime, faz um pouco de ginástica para ajudar, não é? E quando você não está de regime, não faz nada? Nem costuma andar a pé?

A- Eu não saio de casa. Eu falo que meu maior esporte é dormir.

MM- Comer e dormir, coisas boas para acumular gordurinhas, não é? E seu intestino, funciona bem?

A- Às vezes ele é bem ressecado, às vezes ... é de lua. Vira e mexe eu tomo remédio.

MM- Algum laxante?

A- É um remédio homeopático que o meu médico receitou, não me lembro o nome.

MM- Você já tomou esse remédio com a finalidade de emagrecer?

A- Não.

MM- Ah, bom! Amália, me conte uma coisa: como é que você se comporta à mesa, com respeito à alimentação?

A- Bem, eu já faço o prato razoável ... bem grande, vamos falar sério.

Depois, se eu quero alguma coisa mais, por exemplo, mais mistura, eu pego.

Mas, fora das refeições na mesa, eu belisco bastante. Entre o almoço e o jantar por exemplo.

Depois do jantar também fico beliscando bolacha, chocolate, o que tiver, até ir dormir.

MM- Se tiver uma caixa de chocolate, você come inteira?

A- Chocolate até que eu não como tanto, mas o que eu mais como mesmo é pão, sabe? Eu vou, faço um lanche toda hora e fico comendo.

MM- E refrigerante, também?

A- Também, quando tem. Eu gosto mais de coca-cola.
Senão, tomo suco.

MM- E na escola, você toma lanche?

A- Eu tomo a merenda, não deixo passar. Não escapa nada. (risos)

MM- Como você descreveria sua forma de ser?

A- Bom, em casa, assim, eu sou extrovertida, em lugar que eu saio, assim, antes eu era extrovertida, eu falava que minha irmã era tímida, mas agora mudou, agora ela é extrovertida e eu sou tímida fora de casa.

MM- Compreendo. Em casa você fica mais solta.

A- Isso mesmo. Em casa eu fico toda hora brigando com meu pai. A gente briga o dia inteiro.

MM- Sei. Briguinha de brincadeira, não é?
Mas, você tem tendência para ficar triste? Chorar?

A- Chorar não, mas triste, sim. Não sei, fico envergonhada.
Os outros falam: “Ih, olha lá , já está de bico!”.

MM- E você escreve diário?

A- Não.

MM- O que você gosta de fazer ? Ler, assistir TV, ou o quê?

A- Gosto de ver televisão. Prefiro filme, mas gosto também de novela.
Assisto televisão desde que levanto até de tarde. Bem, primeiro tenho que ajudar minha mãe, depois fico direto. Na casa da minha avó, quando não tinha prova, ficava o dia inteiro.

(Obs. Amália mora com a avó materna, de segunda a sexta, devido à proximidade com a escola. Só vai para sua casa nos fins de semana e nas férias. Isso, desde o ano passado, quando a família se mudou para um bairro de periferia.)

MM- Que artista ou modelo você acha bonita e gostaria de se parecer com ela?

A- Brook Shields e Luiza Brunet.

MM- O que você acha que os outros pensam de você?

A- Eu acho que, às vezes, eles acham que sou gorda, mas eu acho que eles gostam de mim, que tenho um bom papo.

Pelo menos, todo mundo fala, né? que eu converso como se fosse moça de 17/18 anos.

MM- E o que significa, para você, ser gorda?

A- Eu acho que é uma coisa chata. Eu acho que todo mundo devia ser igual, pra não ter esse negócio de ficar sofrendo ...

Não é que eu 'sofro', mas de um lado, a gente fica assim meio aborrecida, né? ... porque a gente é igual, mas ... é mais gordo e tal, todo o mundo fica criticando, mandando fazer regime, porque nunca fez, porque não sabe como é difícil fazer...

Às vezes, alguém fica olhando, reparando no meu corpo, sabe?

É chato. Minha mãe fala que eu não sou gorda, que tem gente mais gorda do que eu, né?

MM- E você, concorda?

A- Ah, eu acho que eu sou gorda mesmo.

MM- Suas amigas são magras?

A- Tenho amigas gordas também, mas a maioria é magra. Na verdade eu não tenho muita amiga. Amiga mesmo, é só minha mãe e minha prima. A gente é como se fosse irmã, sabe? Ela mora 3 casas pra cima da minha. A mãe dela é irmã de minha mãe. Agora, ela arrumou namorado, vai casar.

MM- E quantos anos ela tem?

A- 17 anos

MM- E vai casar? Não é muito cedo?

- A- Eu falo pra ela que é muito cedo, mas ela quer. A gente conversa sobre tudo. Com ela e com minha mãe eu não tenho segredos.
- MM- O que você mudaria em você, se pudesse?
- A- No meu jeito de ser, nada, estou feliz como sou. No meu rosto, também não mexeria; me acho bonita, sei lá, né? Agora, o corpo ... queria ser mais magra.
- MM- Eu sei, mas onde você gostaria de ser mais magra?
- A- Ah, na barriga e aqui (mostra os ombros). Eu acho que tenho muito seio, ... tudo, né?
Bem a perna tá boa, dá pra passar. Eu tenho uma prima casada, que é magrinha e fala que queria ter as minhas pernas ... nossa, coitada, tá cega. Ela fala que perna gorda é bonito.
- MM- Está vendo? Parece que ninguém está contente consigo mesma, não é? Mas, me diga uma coisa: por que você gostaria de emagrecer? Para conquistar alguém?
- A- Não, prá conquistar, não, sei lá, porque gordo não tem vantagem, por exemplo, se você quer comprar uma roupa da moda assim, você não acha? ... um sapato - eu calço 40 - então, você imagina, né? Às vezes eu vou comprar uma roupa da moda e não tem por causa do número. Eu uso calça 50. É fogo!
Por isso é que eu queria emagrecer, porque as roupas menores são mais baratas e eu não tenho condições de ficar gastando muito em roupa.
- MM- Então, ainda haveria essa vantagem, além de você ficar mais bonita, não é?
- A- É.
- MM- E quantos quilos você acha que deveria pesar?
- A- Uns 70 kg acho que tá bom.

MM- Você está com 92 kg. Então teria que perder 22 kg. Você acredita que vai conseguir esse objetivo?

A- Acredito. Eu falei que o ano que vem vou começar a fazer regime e vou fazer o ano inteiro, se não morrer.

(Obs. Estávamos em dezembro).

MM- Muito bem! E você acha que vai conseguir MANTER o peso, após emagrecer? O que você acha que vai ser mais difícil?

A- Ah, eu vou manter, né? Se eu emagrecer, eu vou manter porque não é fácil fazer regime. Acho que o começo é mais difícil e o que vou sentir mais falta é de massas.

MM- Você já comeu pão diet, de gluten?

A- Desde que eu falei que ia fazer regime, eu mandei comprar tudo diet pra mim, mas a Dra. falou que é besteira isso aí. Ela falou que você tem que perder o vício de comer.

MM- E ela está certa, não adianta comer exageradamente, mesmo que seja tudo diet.

(Obs. Explico-lhe que o problema é a quantidade que se ingere, ou seja, o aporte calórico), e continuo:

O que você sente antes de começar a comer? Tem fome, sente fraqueza, dói o estômago, ou é apenas uma vontade de comer?

A- Às vezes é assim, às vezes eu tô com aquela fome, dá aquela dor de estômago, assim, né? Mas, às vezes é sem-vergonhice mesmo, não estou com fome, mas eu tenho que comer.

MM- E é freqüente você não conseguir parar de comer?

- A- A minha mãe segura, ela não me deixa comer toda hora não. Ela segue a fogo.
É ... mas ela come, né? Ela diz que come pra não sobrá pra mim! Vê se pode?
(risos)
- MM- Como é o seu relacionamento em casa? Você se dá melhor mesmo só com sua mãe?
- A- Com todo mundo, né? Todo mundo se dá bem.
- MM- Ninguém é nervoso? Vocês não brigam?
- A- Bem, nervoso tem minha mãe e eu. Eu e minha irmã também brigamos, a gente fica num pega, lá. Ela fica fofocando. Eu nem relo a mão nela e ela fala: Mãe a Amália me bateu!” Ai, que raiva!
- MM- Quantos anos ela tem mesmo?
- A- Dez anos. É quatro anos mais nova do que eu.
- MM- Amália, você considera alguém responsável pelo seu problema de ser gorda e comer muito?
- A- Não. Sou eu mesma.
- MM- Agora vamos falar um pouquinho das mudanças corporais da adolescência e da sexualidade, está bem? Vamos a ver: você se lembra de brincadeiras sexuais na infância?
Você brincava, por exemplo, “de médico” com algum amiguinho/a ou priminho/a?
- A- Não, não brincava dessas coisas não. Não tinha muito contato com menino.
- MM- E como foi a educação sexual que você recebeu?
Foi em casa, na escola ou não teve?
- A- Foi em casa. Minha mãe, vira e mexe, tá falando, coisa e tal.

- MM- E como você vê a masturbação? Acha que é normal e que ocorre com frequência entre rapazes e também entre moças?
- A- Ah, eu acho que isso aí é ... eu acho que falta algum parafuso, nessas coisas aí, sei lá.
Acho que é mais os rapazes. Os meus primos dizem que não podem ver menina na rua.
Acho que é a fase da puberdade que provoca isso.
- MM- E para você, isso não é problema?
- A- Pra mim ? Não.
- MM- Você conversa sobre isso com sua prima?
- A- Não, isso não. Falo mais com minha mãe.
- M- E você tem algum sonho erótico, de vez em quando?
Não sonha , por exemplo, que está beijando alguém?
- A- Ah, isso sim.
- MM- E você gosta?
- A- Ah! só é bom. Eu falo pra minha mãe. Porque você me acordou? Tava tão bom o sonho!
- MM- Você já teve algum namorado? Que contato teve com rapazes?
- A- Nunca namorei. Já dancei uma vez.
- MM- E como foi, o que você sentiu?
- A- É gostoso, o coração não pára, né? (risos)
- MM- Amália, você agora se acha diferente em alguma coisa?

- A- Bem, um dia eu tava conversando com um rapaz no telefone e senti qualquer coisa. Minha mãe falou que eu estava apaixonada. Eu disse: “não é nada disso!” Depois, conheci o cara e vi que não era nada daquilo mesmo.
- MM- Foi como se você tivesse, por um momento, se apaixonado por uma voz distante, que não tinha nada a ver com a pessoa?
- A- Não sei acho que é timidez com os rapazes.
- MM- Você sentiu uma coisa estranha mudando em você, não é?
Você acha, por exemplo, que agora, quando você fica triste, é diferente do que antes?
- A- É. Agora é uma tristeza diferente.
- MM- Você se olha muito no espelho? Acha que seu corpo está mudando muito rápido?
- A- Eu me olho e acho que meu corpo está estranho e muito gordo também.
Eu não tinha nada de seio. Comecei a ter, de um a dois anos pra cá. Achei que cresceu muito! Minha mãe fala que é assim mesmo, que quando eu emagrecer, vou perder. Ai, dá uma raiva! Antes eu não tinha nada!
- MM- Mas antes você era uma menina, agora é uma moça.
- A- Mas eu não gosto do tamanho.
- MM- Bem, sua mãe tem razão; você, emagrecendo, seus seios também vão diminuir de volume. Agora, me diga uma coisa: como é que você prefere passar o seu tempo livre?
- A- Eu fico assistindo televisão, ou leio, ou fico fazendo alguma coisa, costurando, fazendo crochê, tricô.
- MM- Você se sente carente de vez em quando?

A- Às vezes, sim.

MM- E a sua saúde, é boa?

A- De uns tempos pra cá estou ficando mais doente, porque antes, eu não tinha nada, sabe?

Agora, de vez em quando, se fico no sol, me dá tontura.

(Obs. Percebo um provável significado simbólico desta tontura, que me parece estar expressando um estado de perplexidade, confusão e estranheza, frente às mudanças incontroláveis e ameaçadoras da adolescência. Contudo, evito fazer interpretações. Procuro apenas demonstrar compreensão comentando que também achava bem desagradável isso. A seguir proponho encerrar a entrevista :)

MM- Bem, Amália, acho que você já está cansada e podemos ir parando por aqui, por hoje, está bem? Gostei muito de nossa conversa e você colaborou bastante com o meu estudo. Muito obrigada.

Nós estamos montando um grupo de jovens que fazem regime. Você gostaria de participar?

A- Gostaria sim.

MM- Então você vai receber uma cartinha, assim que tivermos o dia e o horário certos, ok?

Obrigada, mais uma vez!

A- Tchau, obrigada a você !

6.1. TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA.

DADOS DA APLICAÇÃO

Algum tempo após a entrevista acima, (que foi gravada e que durou, aproximadamente uma hora e quinze minutos) apliquei o teste do desenho da figura humana, o qual foi executado com entusiasmo e interesse pela examinanda.

Ao iniciar os primeiros traçados, pude perceber que Amália deve ter o costume de desenhar, pois já tinha desenvolvido um certo estilo.

Ela fez primeiro a figura feminina e depois a masculina.

Usou regularmente a borracha e demonstrou ter ficado relativamente satisfeita com sua produção.

6.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

- A interpretação de aspectos gerais dos dois desenhos tais como: localização no papel, tamanho das figuras, pressão manual, tipo de traçado, movimento e uso da borracha, revela que Amália é pessoa ajustada, auto-dirigida e auto-centrada, tem um bom nível de energia vital, apresenta-se equilibrada mental e emocionalmente, é possuidora de inteligência com capacidade de abstração e demonstra ter auto-crítica. (Vide MACHOVER, 1967; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1968; CAMPOS, 1975; e HAMMER, 1981).

- Pela análise comparativa das duas figuras e pela interpretação específica de cada parte delas, separadamente, pode-se acrescentar outros aspectos significativos sobre a personalidade de Amália.

- Assim, por exemplo, vemos que a primeira figura a ser desenhada foi a feminina, o que indica que Amália aceita seu próprio sexo, identificando-se com ele.

- Além disso, o tamanho da figura feminina é maior que a masculina e também Amália gastou mais tempo para executá-la, procurando caprichar na apresentação. Isso reforça a idéia de que ela tende a valorizar os atributos femininos e a sentir-se com certa vantagem com relação ao sexo oposto.

- Apesar disso porém, quando se compara as duas figuras, têm-se a impressão de que a feminina está com maiores dificuldades para se equilibrar em seu ambiente do que a masculina; esta, parece mais apoiada ao chão.

- O fato de ter demonstrado maior esmero na produção da figura feminina, pode significar também que a examinanda procurou criar uma imagem idealizada de si, ou seja, uma imagem de como gostaria de ser.

- Entretanto, de certa forma, fracassa um pouco nesta tentativa, já que produz uma pessoa contraída e tensa que parece estar tentando manter-se em equilíbrio, numa postura não muito confortável.

- Realmente, este sentido de valorização parece ser mais reativo que original. Percebe-se, por exemplo, pelo tamanho da cabeça, na figura feminina, que há um sentimento de menos valia e uma preocupação com a crítica. Isto poderia estar indicando a utilização dos mecanismos de defesa da negação e formação reativa para evitar angústias depressivas, sentimentos de inferioridade e de vazio interno. (Vide PICCOLO, 1979).

- Observando-se o contorno do rosto nas duas figuras, pode-se levantar a hipótese de que Amália apresenta dificuldades de inter-relação social.

- Já a comparação do desenho dos olhos, sugere um fraco poder de controle do meio em que vive e tendências a negar a realidade ou a percebê-la de modo vago e impreciso.

- A forma dos olhos - vesgos na mulher e vazados no homem - podem ainda ser um sinal de sentimento de culpa pela curiosidade, pelas tendências ‘voyeristas’ ou ser uma expressão de desconfiança ou dissimulação de conflitos. (Vide AA supra citados e mais LEVY, 1981)

- A representação dos cabelos na figura feminina - presos com um rabo no alto da cabeça - sugere forte sexualidade e excitabilidade, impulsos estes porém, controlados por forte resistência e policiamento.

- No rapaz, não apenas os cabelos, mas também o nariz e o bigode, confirmam tal vitalidade sexual com fantasias confusas e culpógenas no campo sexual.

- A franja, presente em ambos os sexos, pode ser interpretada como uma forma de dissimular e encobrir a problemática sexual e os conflitos gerados pelas tentativas de controle dos impulsos sexuais (Cf. os mesmos AA).

- A representação da boca, nos dois desenhos, revela tendências orais incorporativas, satisfação da libido oral, negação do sofrimento e busca da simpatia forçada. (PICCOLO, 1981).

- O formato do pescoço, fino e comprido, nas duas figuras e inclusive com gargantilha na feminina, é um conhecido sinal de forte controle intelecto-racional sobre os impulsos do corpo e de uma preocupação com o policiamento do corpo através da razão. (Vide CAMPOS, 1975).

- Os ombros largos, nas duas figuras, podem ser, segundo HAMMER, (p.44) um sinal de força egóica, segurança pessoal, impulsos de poder físico ou ainda podem ser, simplesmente, expressão de mecanismos de compensação pela carência real de tais atributos.

- Neste caso, a nosso ver, e devido aos outros indícios concordantes, a primeira interpretação é a que mais se adapta; isto é, os ombros largos significariam a força egóica desta adolescente.

- Com a representação dos braços, Amália revela sua falta de confiança nos contatos sociais e/ou produtividade e a insegurança de sua participação no ambiente (Cf. MACHOVER, 1967; LEVY, 1981).
- As pernas, no desenho feminino, muito juntas, finas e com certa distorção na localização dos joelhos, podem estar expressando também a falta de estabilidade espacial do corpo e a insegurança no contato com o ambiente.
- Sugerem, por outro lado, conflitos na esfera sexual já que houve certa dificuldade em completá-las, sendo necessário o uso da borracha para fazer as coxas e os pés. (Cf. os mesmos AA.)
- Analisando agora os pés, vemos que, além de serem pequenos, estão calçados com saltos altos (ponta-de-agulha).
- Aqui, novamente, uma expressão da dificuldade da examinanda em manter não apenas o equilíbrio corporal, mas também o ajustamento emocional e social no ambiente.
- Estes saltos são ainda sugestivos de problemática sexual e/ou de tendências agressivas.
- No desenho das pernas do rapaz, Amália faz um traço na região genital e continua com uma linha fraca para demarcar o limite interno das pernas.
- Este tipo de representação pode ser sinal de pudor sexual, excitabilidade, ou ser também um atributo de virilidade conferido por ela à figura em questão.
- Aqui, a posição das pernas e pés indica maior estabilidade, em comparação com a primeira figura; entretanto, como também foi necessário o uso da borracha, podemos suspeitar que esta é uma área de conflitos relativos à sexualidade, ao contato interpessoal a estabilidade e à locomoção no ambiente.

- A análise do tronco na figura feminina, sugere uma dissociação entre o tórax e os quadris, ou seja, enquanto aquele é bem estreito, estes ficam encobertos por uma saia bem volumosa.

- Esta representação pode ser compreendida como expressão de um descontentamento da examinanda com seu próprio corpo e uma forma de compensá-lo da gordura, desenhando-o bem delgado e elegante. Contudo, ao fazer uma saia “bufant”, pode estar revelando que, na vestimenta, percebe o seu problema de obesidade, necessitando ‘disfarçar’ o volume dos quadris com vestido armado.

- No desenho do rapaz, o tronco é ligeiramente mais largo no tórax do que nos quadris, o que determina ter a examinanda noção clara do aspecto externo da silhueta masculina. Além disso, ela lhe dá um ar de força física e agressividade, que são características viris.

- Isto sugere maturidade do desenvolvimento psicosssexual e aceitação do crescimento.

- Pelos acessórios e detalhes nas figuras, chegamos a novas conclusões:

- os brincos, colar, vestido de festa, salto alto, são indícios de feminilidade, além de demonstrarem o desejo de afirmação social, econômica e sexual.

- o laço, na cintura da moça e a cinta no rapaz, podem acusar policiamento aos impulsos do corpo e busca de estabilidade. (Cf. AA citados).

- os bolsos e o formato da fivela da cinta, no rapaz, podem ainda, de acordo com MACHOVER, ser reveladores de apego e dependência à figura materna.

ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO:

Finalmente, pela análise das respostas ao inquérito efetuado, pode-se acrescentar os seguintes dados:

- Amália verbaliza que a moça desenhada poderia ser ela mesma, porém com mais idade, 17 anos.

- Este dado, como primeira impressão, é um bom prognóstico para se vislumbrar a solução de seu problema da obesidade, já que a figura é esbelta e elegante.

- Contudo, acrescentar mais três anos à sua idade, pode estar significando que ela não se sente bem no presente e que gostaria de amadurecer mais depressa para superar os conflitos atuais.

- (E nem nos esqueçamos que ela tem a prima - a quem muito admira - e que está para se casar aos 17 anos)

- Questionada sobre o que mais gostava e o que menos apreciava na moça que desenhou, responde que o corpo está bem, mas o rosto não lhe agrada.

- Vê-se aqui, novamente, que ela valoriza o adelgaçamento da silhueta e que apresenta certa dificuldade de interação social, parecendo manter certa distância em relação aos outros.

- Suas respostas sobre “o que a garota estaria fazendo”, também são reveladoras. Fantasiou ela que “a garota está se preparando para uma festa e muito feliz”.

- Transparece aqui certa tendência para utilizar os mecanismos maníacos de negação, como uma necessidade de ‘dourar a pílula’ a fim de evitar o luto e a depressão.

- Ao dizer também que “a moça não vê a hora de chegar à festa porque lá vai ter ‘muito gato’” demonstra ela que já se definiu heterossexualmente, que tem atração pelo sexo oposto e que possui traços exibicionistas.

- Pelos seus comentários sobre a figura masculina vemos que, o homem ideal, a seu ver, deve ser independente, de boa aparência física, alegre, brincalhão e não levar nada muito a sério.

- Amália projeta, nesta figura, seus traços narcísicos - característicos da fase em que se encontra - mas também revela temor de que suas projeções sejam perigosas e destruidoras. (Diz que “o rapaz está se olhando muito no espelho e que por isso o espelho vai rachar”).

- Seu comentário final é que “o rapaz está feliz porque arranjou uma namorada”, o que aponta novamente para uma superação da fase de bissexualidade, normal na infância, com busca de um objeto heterossexual exogâmico. (Cf. ABERASTURY & KNOBEL, 1970; KALINA, 1979).

Visando sintetizar o que foi dito, citamos a seguir, os mecanismos de defesa predominantes e os principais traços de personalidade observados.

Assim, prevaleceram as defesas maníacas da :

- a dissociação,
- a negação e
- a idealização;

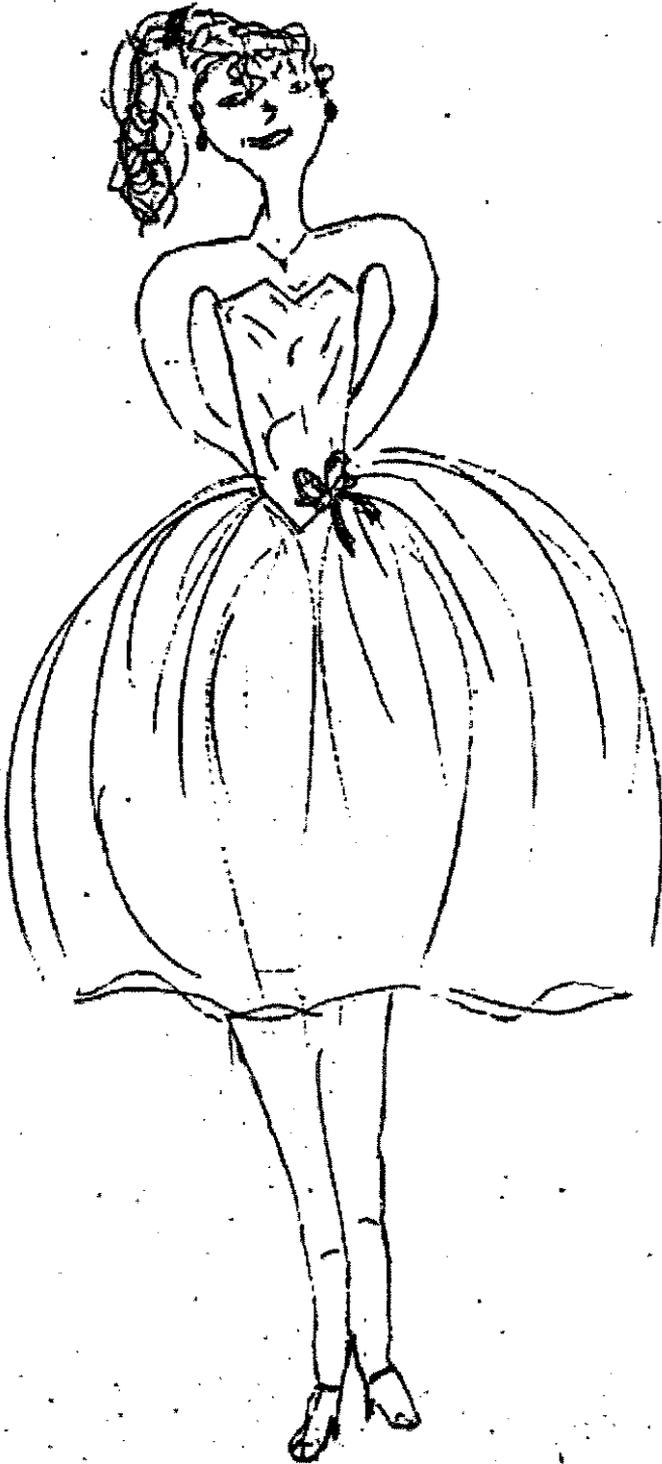
mas também transpareceram:

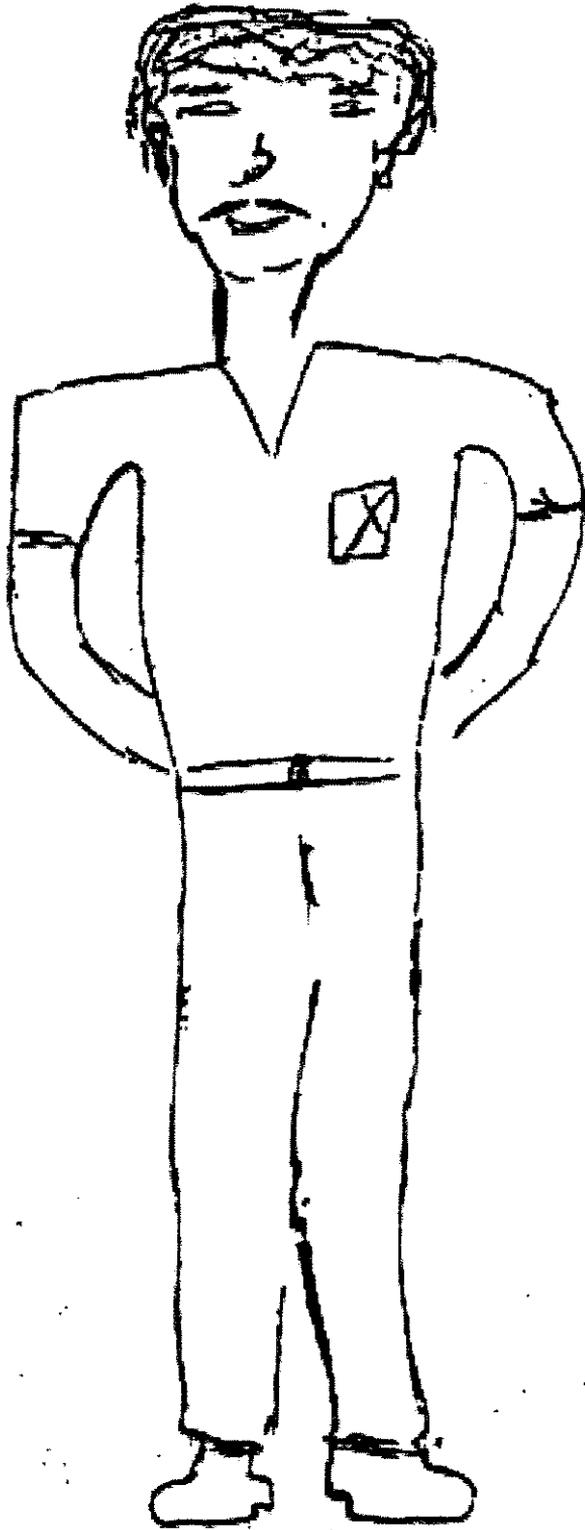
- a formação reativa,
- a compensação e
- a sublimação

- Uma apreciação da força egóica revelou que o uso de tais mecanismos não parece ser rígido ou abusivo, pois o Ego apresenta-se estruturado e bem integrado, com recursos para manter o equilíbrio.

- Dentre os traços de personalidade mais significativos e as áreas de conflito que puderam ser identificadas, temos:

- a) - o bom nível de energia vital;
- b) - o amadurecimento psicosssexual, com boa aceitação da heterossexualidade;
- c) - o bom nível de inteligência, com capacidade de abstração;
- d) - a identificação positiva com o próprio sexo;
- e)- uma tendência à depressão e auto-crítica;
- f) - o descontentamento com a gordura do corpo e as preocupações com a silhueta;
- g) - o narcisismo e o exibicionismo;
- h)- as tendências orais incorporativas;
- i)- as dificuldades de inter-relação social;
- j)- os conflitos sexuais, gerados por forte impulso sexual e as preocupações com o seu controle;
- l)- a instabilidade emocional do presente, com fantasias de realização e superação dos conflitos num futuro próximo;
- m)- os anseios de progresso e emancipação.





7. SÉTIMO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

IDENTIFICAÇÃO:

Nome - Judith
Idade - 21 anos e 2 meses
Escolaridade - Ciências Contábeis, terceiro ano noturno
Naturalidade - Campinas, SP
Raça - Branca

FILIAÇÃO:

Pai: - 50 anos, militar da reserva, técnico em culinária, mestrecuca do quartel, com um ganho mensal em torno de 4 ou 5 salários-mínimos, (Judith não sabe precisar bem.)
Natural de Piracicaba, SP - Católico praticante.

Peso: - 97 kg (É gordo e tem uma 'barrigona' sic)

Estatura: - 1,60 m

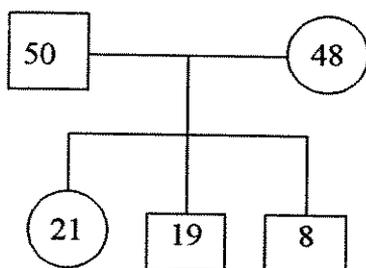
Raça: - Branca

Mãe: - 48 anos, auxiliar de enfermagem, percebendo 4 salários / mensais, filha de pai e mãe brasileira, também natural de Piracicaba e católica.

Estatura: - 1,48 m

Peso aproximado: - Não sabe dizer, mas afirma que agora a mãe está magra pois fez regime. - (Tinha problemas na coluna e precisava perder peso)

HEREDOGRAMA



RENDA FAMILIAR e NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

Aproximadamente 10 salários mínimos por mês. Judith trabalha no período diurno, (8 horas) num serviço hospitalar da cidade, como escriturária e paga a própria faculdade. O irmão de 19 anos também estuda e trabalha. Moram em casa própria - popular - num bairro de periferia. Pertencem à classe média.

HABITAÇÃO

A casa é da Cohab e tem, praticamente, 3 quartos. Os pais dormem num deles e os rapazes em outro. Num terceiro cômodo, que está sendo adaptado para quarto, dorme Judith.

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO DA ENTREVISTADA

Peso: 75,4 kg

Altura: 1,53 m

IMC = 32 Kg/m² ou seja, obesidade moderada

Peso Ideal-médio = 51 kg (de 47 a 55 kg)

Obs.: - Menarca aos 13 anos

- Estatura definida, como acima assinalada: 153,5 cm

(Ela se espanta, dizendo que então cresceu 3 cm, mas estava enganada pois confrontando este dado com o da nutricionista ele foi confirmado).

HISTÓRIA

QUEIXA PRINCIPAL

Procurou o Ambulatório porque quer emagrecer. Esta é a terceira vez que faz regime. Na última, chegou a perder 8 kg, segundo relata. Estava com tendinite e dor nas pernas e a médica, que foi então consultada, lhe disse que a dor podia ser devido à gordura e a tendinite, devido ao stress pelo excesso de trabalho em digitação e datilografia.

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE - Fatores Relacionados

Em criança, diz que foi normal, teve as doenças próprias da infância, nunca foi operada e nem tomou cortisona.

Perguntada se nasceu muito gordinha, responde que quase ‘não nasceu’, precisou de fórceps e estava ‘roxinha’, que não foi prematura mas que “estava na hora e não queria nascer”.

Conta ainda que, desde que se conhece por gente, é gordinha mas nunca teve apelidos e nega traumas relacionados com aumento de peso.

Repetiu a sétima série por “vagabundice”, diz.

Brigava muito com o irmão, mas não admitia que tinha ciúmes dele; por esse motivo, foi levada a fazer psicoterapia. Então relata:

“Agora, ainda tenho ciúmes dele, mas descobri que minha mãe é mais atenciosa e dá preferência a ele para compensar a rejeição que de início sentiu. Ela não queria ter tido o segundo filho assim tão rápido.”(sic)

Questionada sobre se sofrera algum trauma na infância, respondeu que segundo sua mãe, tomou Tilenol quando era nenen e que isso ‘mexeu com seu metabolismo nervoso’. (sic) “Eu nem me lembro, porque era recém-nascida!” conclui.

Atualmente, a única coisa estressante é a mudança de chefe no seu setor de trabalho. (Trata-se da volta da antiga chefe que estava afastada e que é muito autoritária.

ROTINA DIÁRIA

O pai, sendo cozinheiro da brigada, traz às vezes comida para casa, mas isso não é regra geral. “O mês passado inteiro, só teve aniversário e por isso engordei!” comenta.

Conta que em sua casa sempre tem doce. O irmão caçula precisa engordar e a mãe compra muita variedade de guloseimas para ele, explica.

Perguntada sobre os alimentos preferidos, enumera:

arroz e feijão, sempre gostou. Aprecia muito também lasanha, frango assado, batata frita e toma bastante refrigerante.

Gosta de verduras, mas ‘tem preguiça de lavar’.

Quanto às frutas, pêra, laranja e abacaxi são as preferidas.

Abacate, só batido com leite e banana amassada com farinha láctea.

É sócia de um clube, mas não o frequenta por vergonha. Está andando uma hora por dia, na hora do almoço. Não vai também à Academia de Ginástica porque não tem

tempo. Só poderia fazê-lo aos sábados, mas acha que um dia só não ia adiantar. Já leu livros sobre dietas e conhece bem as tabelas de calorias.

AUTO-IMAGEM

Conta que agora está mais falante. Antes não era assim. Sempre foi mais tímida - e ainda o é - mas, para que ninguém perceba, fica falando como uma tagarela. (sic)

No serviço, diz que agora está mais calma porque a chefe está de férias e explica: “a gente trabalha melhor, o serviço parece que rende, a gente conversa, brinca com todo mundo. Quando ela está lá, eu já me fecho mais.”

Diz ainda que se acha muito mandona: “Adoro mandar, mas não no meu serviço!” (sic)

Questionada sobre se está satisfeita consigo mesma, diz que mais ou menos e que está sempre tentando mudar um pouco. Gostaria de emagrecer mais na barriga e nas pernas. Por enquanto, a única coisa que gosta em si mesma são os olhos. Refere também que, de vez em quando, gosta de ficar bonita e ‘se produzir’ .

Judith acha que ser gorda é ruim porque, segundo suas palavras, “quando põe uma calça comprida não fica bem; se quer usar a blusa por dentro da calça, como todo mundo está usando, também não fica bem por causa da barriga. “E por isso é que quer emagrecer, quer perder, no mínimo 20 kg para que seu peso fique regulado com sua altura.

AVALIAÇÃO DESTA AUTO-IMAGEM

Judith deixa transparecer uma carência afetiva, parecendo sempre em busca de aprovação social ao se mostrar simpática e boazinha. Isso fala também de uma auto-estima rebaixada.

Aliás, pelo que ela diz sobre o que não gosta em si mesma, vê-se como sua auto-imagem é desvalorizada e negativa. (Trajava, na ocasião, um blusão de malha de tricô, apesar do grande calor, para esconder a barriga).

É ágil no andar e não aparenta ser tão gorda e estar com 20 kg acima do ideal.

Nota-se seu esforço para superar a rivalidade e os ciúmes dos irmãos, mas fica evidente seu fracasso nessa tentativa de intelectualizar seus sentimentos. Quando se comentou que seu irmão caçula era temporão, retrucou imediatamente: “Temporão, mas que ela quis, né?” (referindo-se à mãe).

Parece muito dependente da mãe, mas como se sente rejeitada, lhe tem hostilidade, hostilidade esta que parece transferir para sua chefe, no trabalho.

TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Acha-se muito insegura, mais nervosa do que calma, porém dominadora. Por outro lado, diz-se crédula e impressionável. (Não assiste filmes de terror para evitar más conseqüências).

AMIZADES

Questionada sobre se tem muitos amigos, responde que na escola não tem amigos mas conversa superficialmente com os colegas. Quanto a amigos mais íntimos, refere que tinha dois: um rapaz, que agora foi para o Exército e uma moça que se casou, mudando-se para longe. Com o rapaz teve um certo envolvimento (dois dias), mas depois terminaram. Atualmente tem colegas no trabalho e da faculdade; dá-se melhor com os rapazes pois ‘não são fofoqueiros como as meninas’. Com eles, conversa ‘um monte de coisas’. (sic)

VIDA ESCOLAR

Está no terceiro ano da Faculdade de Ciências Contábeis, em escola superior particular, na sua cidade. É ela quem custeia o próprio estudo e gosta muito de estudar. Diz que só repetiu o ano uma vez e que no vestibular não teve dificuldades e nem teve que estudar muito; só reclama do preço das mensalidades.

Tem sonhos para o futuro, os quais incluem viagens a outros países.

RELAÇÕES FAMILIARES

Acha que agora está se dando melhor em casa; diz que antes, brigava muito com o irmão logo abaixo dela. Quanto aos pais relata: “Nunca vi eles brigarem. Eles se dão super bem. Acho que meu pai tem muita paciência com minha mãe. É isso. Ele bem que provoca para que ela se irrite mas quando ela fica morrendo de ódio, ele diz que ela fica mais bonita quando está brava”. (sic)

SEXUALIDADE

Teve informação sexual na escola. Antes da menarca já sabia o que iria acontecer pois tivera aula sobre o assunto. Não conversa, porém, com a mãe sobre sexo pois tem vergonha.

Atualmente não tem namorado mas, as vezes, ‘fica’ com alguém sem compromisso. (‘Ficar’ significa para ela abraçar e beijar).

Acha que o sexo antes do casamento não está certo e sentencia: “Essas experiências podem ser traumatizantes.”

Questionada sobre se gosta de se olhar muito ao espelho e se às vezes se acha diferente, responde que não; nem se sente diferente ou estranha, nem se olha ao espelho. “Odeio espelhos!” diz.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Refere que o pai e um tio paterno são gordos, bem como uma tia e um tio maternos. Os primos, - filhos da irmã mais velha da mãe - são também gordos e seu irmão está começando a engordar. Tem porém, uma prima que é magra.

Nega diabetes, hipertensão e problemas cardíacos na família.

ANÁLISE GERAL

Judith gostaria de ser um pouco mais calma, compreender mais os outros. Diz que não procura imitar ninguém, mas admirava e gostava muito de duas professoras, uma de matemática e outra de inglês. É também fã do Ayrton Senna. (Esta entrevista foi feita antes da morte de Senna).

Procura manter-se informada sobre as notícias do país, mas nega participação política estudantil.

Sobre o seu problema de obesidade, além da causa psicológica acima referida, culpa remotamente o pai porque ficou sabendo que ele é quem lhe mandava dar mamadeira sempre que chorava.

Mas observemos suas (tragi-cômicas) palavras textuais:

“Minha mãe conta tanto isso, que quando nasceu o terceiro filho ela disse: ‘Este, eu é que vou educar!’ e deixou ele chorar três noites, sem mamadeira, até que na quarta noite ele não acordou mais!”

Por outro lado, refere que a família não colabora por serem muito críticos, fazendo comentários irônicos quando a vêem de biquíni ou criticando o fato de ela comer o dia todo.

Quanto à sua rivalidade com o irmão do meio, conta:

“Até os 5 anos dele, a gente se deu muito bem. Depois que comecei a freqüentar escola, mudou. Minha mãe separou um pouco a gente. Depois disso, começamos a brigar.”

Perguntada se esse irmão tem namorada:

“Tem sim e eu acho que a namorada dele está ficando um pouco inconveniente... minha mãe até deixou de ir para Piracicaba quando meu irmão não vai, porque senão a namorada vai lá pra casa...”

É a terceira vez que começa um regime. No último que fez perdeu oito kg, mas voltou a engordar. Tomava remédios: Levoid 3 e Inibex, mas depois de algum tempo, ‘como sempre acontece’ desanimou. Não notava porém alteração psíquica. “O que não tenho é persistência!” informa.

Atualmente, toma um remédio ‘que tem etiqueta preta, mas é manipulado’ (sic). Diz que o faz apenas porque a mãe fica falando que pagou caro a consulta e agora ela tem que fazer direito o que o médico mandou. “Se não fosse por isso, não tomaria.” afirma.

“A bem da verdade, não é sempre que sinto fome; o que sinto é vontade de comer... Eu penso: não estou com fome, então porque estou comendo? Aí você pára e pensa ... Ansiedade, né?”

Judith acredita que o motivo de ter engordado muito foi mais psicológico porque aconteceu quando da mudança de chefe na sessão em que trabalha. Sentiu muita pressão, pois, segundo ela, a nova chefe lhe disse, logo de saída, que ‘ia pegar no seu pé’. Eu acho que ficava muito tensa e quando chegava em casa dava aquele desespero de comer!”

- E depois de comer, você ficava mais calma?

“Não, não mudava nada. E pior: depois de comer muito, tinha que tomar rápido um ‘Sonrisal’ para ajudar a digestão pois estava com azia!”

Questionada sobre se acredita que vai conseguir emagrecer, mostrou-se descrente:

“Eu tento, mas fico cansada de fazer regime. Agora dei um tempo.” (‘Dar um tempo’, para ela, significa apenas parar de seguir a dieta proposta mas não comer demais).

Refere que, desde que parou, há um mês, engordou só um quilo e isso ela acha pouco. Diz que é muito mais difícil perder peso do que ‘manter um ligeiro controle’. “Isto é tranquilo!”, conclui.

IMPRESSÕES PRÉVIAS DA ENTREVISTADORA

- A entrevista estava se alongando muito, por isso propus-lhe encerrarmos para fazer o teste. A contra-transferência foi de interesse mas, no final, já sentia-me cansada. (Judith era prolixa) Apesar de tê-la achado bem mais esperta que as outras meninas obesas púberes até então entrevistadas, não me pareceu amadurecida o suficiente para uma estudante universitária.

Judith demonstra ter muita dependência da mãe, embora também revele grandes ressentimentos. É uma relação bastante ambivalente. Muitas vezes tinha-se a impressão de que ela é que era a ‘filha-do-meio’, tamanha a inferioridade demonstrada, bem como a inveja e os ciúmes com relação ao irmão de 19 anos que, para ela, parece o preferido e o primeiro em tudo.

- Fiquei também com a impressão de que Judith é uma pessoa muito temerosa frente aos impulsos e desejos sexuais.

DADOS COMPLEMENTARES - ESCLARECIMENTOS DA ENTREVISTADORA

Casualmente, em outra ocasião, encontrei-me com a mãe de Judith, no hospital, e mantivemos uma ligeira conversa sobre o problema da filha. (É uma senhora simpática e muito atenciosa; de baixa estatura, mas bem proporcionada de corpo). Foi-me logo dizendo que a filha não se controla e comentou apreensiva:

“Ela come só uma vez por dia, isto é, desde a manhã até a noite!”

Contou que lembrou à filha que sua formatura está próxima e que é ela quem sabe que lembrança quer ter daquele dia: pode estar bonita e elegante, se emagrecer ou então ficar gorda e feia.

“Já me aconselharam a colocar um cadeado na geladeira, mas isso não dá prá fazer, minha filha é que tem que aprender a se controlar!” continuava ela.

“Judith já provou que é capaz disso pois certa ocasião chegou a perder 8 quilos num regime que fez.” informou-me, confirmando aliás minhas anotações.

“Em parte eu tenho um pouco de culpa”, continuava ela “pois não lhe dei muita atenção quando ficou mocinha. É que eu estava para ter meu terceiro filho e este me deu muito trabalho”.

Contou então que esse caçula é muito desnutrido e precisa alimentar-se bem, razão pela qual sua geladeira está sempre bem provida ... “mas quem come é a Judith!” informa, desanimada.

Mostrou-se também descontente com o comportamento muito dependente da filha: “Ela não faz nada sozinha! Precisa preparar salada e comidas do regime, mas tem preguiça!” (Referia-se ao novo tratamento que lhe providenciara com um médico particular, o que Judith já relatara).

IMPRESSÕES DECORRENTES DESTES DADOS

As informações, embora fortuitas, desta 'conversa-de-corredor' contribuíram positivamente para o enfoque do caso em questão, por serem elucidativas.

Assim, por exemplo, ficou evidente o complexo de culpa de Dona Maria, (chamemo-la assim) e esses cuidados excessivos com a estética da filha podem até estar encobrindo ou querendo substituir algum sentimento antigo de rejeição; por outro lado, sente-se ela ofendida e frustrada, por ver que sua ajuda não é inteiramente aceita, provocando mesmo efeitos contrários.

Não pude naquela ocasião, como é óbvio, aprofundar esta análise mas, intuitivamente, aconselhei Dona Maria a confiar mais em Judith, deixando-a mais solta, sem se envolver em demasia com o problema.

(Obs. Judith não teve conhecimento desta conversa, pelo menos por mim).

7.1. TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

DADOS DE APLICAÇÃO

O teste foi aplicado após a longa entrevista de anamnese. Judith, no entanto, mostrou boa aceitação em executá-la, mas fez desenhos pequenos, quase invisíveis, no cantinho da folha. Não utilizou a borracha e não gastou mais do que cinco minutos na execução de toda a prova. Ao final, respondeu a um pequeno inquérito sobre cada personagem desenhado.

7.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

Observando-se os desenhos, a primeira coisa que chama a atenção é o seu tamanho, reduzidíssimo, bem como sua localização, no cantinho esquerdo do papel.

Ora, estas são características típicas de pessoas muito inibidas, introvertidas e tímidas, com forte sentimento de inferioridade e com problemas de ajustamento ao ambiente. (Cf. KOPPITZ, 1974).

Realmente, um dos indicadores emocionais de KOPPITZ é 'figura pequena', mais frequentemente encontrada entre crianças que são retraídas e tímidas.

A explicação tem lógica: se a folha em branco representa o mundo externo, colocar-se de forma tão pequena, num dos cantinhos dela, significa que, provavelmente, é assim que a pessoa se sente frente ao mundo, isto é, amedrontada, querendo fugir do mesmo. Indica também uma tendência à depressão e a manter um controle intelectual frente a situações difíceis.

- Percebe-se então que esta foi uma forma encontrada pela examinanda para não expor seus defeitos e suas dificuldades, acrescentando ainda que ela nem precisou utilizar-se da borracha.

Além disso, o fato de ter escolhido a parte inferior da folha, sugere uma insegurança e uma necessidade de manter-se presa, firme e solidamente, à realidade e ao concreto. (Cf. LOURENÇÃO VAN KOLCH, 1968; HAMMER, 1981; MACHOVER, 1967).

Através da pouca pressão utilizada ao desenhar, Judith revela, além da já observada tendência à depressão, sinais de um baixo nível de energia, restrições do Ego e repressão dos impulsos. Seu traçado resulta trêmulo e com superposição de linhas, o que denota insegurança, dissimulação e até mesmo algum tipo de estresse ou esgotamento nervoso. (Cf. HAMMER, 1981 e LOURENÇÃO VAN KOLCH, 1968)

- Há indícios de um bom nível intelectual, (traços rápidos, proporção mantida) embora o mesmo possa estar um pouco prejudicado ou bloqueado por problemas emocionais.

- Ao desenhar em primeiro lugar a figura de um menino - de 8 anos, seu irmão caçula - (como esclareceu no inquérito) Judith revela também que não está muito satisfeita consigo mesma, nem com sua posição na família. Ela demonstra certa idealização e inveja desse irmão e talvez, por isso, o represente em primeiro lugar, mas de forma tão diminuta a ponto de torná-lo insignificante, quase que apagado. Por outro lado, o fato de desenhá-lo primeiro pode estar indicando que, de acordo com sua percepção, este irmão é o mais amado e o mais importante em sua casa.

Analisando agora aspectos comuns das figuras e observando detalhes de cada parte do corpo, separadamente, pode-se acrescentar novos dados :

- No desenho da cabeça e do rosto, por exemplo, vê-se que a intenção foi simplificar ao máximo, apelando para representações quase esquemáticas. Este dado pode ser interpretado, primeiramente, como dissimulação de conflitos e medo de se expor mas também como sinal da utilização do mecanismo de defesa da negação.

- Ao representar os olhos simplesmente com um ponto, Judith demonstra recorrer a meios imaturos para enfrentar a vida ou, em outras palavras, revela uma imaturidade e carência afetiva, uma tendência à introversão e à não aceitação do meio. (Cf. MACHOVER, 1967; LEVY, 1981; PICCOLO,, 1981).

- Observando-se a região dos cabelos, nas duas figuras, vemos que no menino, há um boné no lugar dos mesmos enquanto que, na moça, há cabelos sombreados e com franja. Estes detalhes falam a favor de uma sexualidade infantil ou em conflito, porém com dissimulação nesta área (Cf. MACHOVER, 1967; CAMPOS, 1975; LEVY, 1981).

- A representação da boca, entreaberta e côncava no menino, mas com um único traço reto na moça, pode estar indicando a presença de tendências e necessidades orais incorporativas, satisfação da libido oral, mas também: introversão, rejeição do ambiente e negação. (vide CAMPOS, 1975).

- Os ombros, salientados na figura feminina e relativamente largos na masculina podem estar representando uma compensação pela fragilidade interna - seria uma expressão da necessidade de se munir de maior força física para "se segurar" no ambiente, percebido como muito vasto e ameaçador. (HAMMER, 1981)

- Os braços do menino, - um junto ao corpo e o outro em movimento - refletem uma tentativa positiva, de vencer as dificuldades frente ao meio. Já os braços da moça - cada um sobraçando um objeto (livro e bolsa) - indicam qual é sua maneira de enfrentar dificuldades, ou seja, Judith parece defender-se da angústia frente ao ambiente, definindo-se com um papel social, tendo um trabalho, uma ocupação e um interesse para ocupar a mente.

- A ausência de mãos, acusa falta de confiança nos contatos interpessoais e na própria produtividade. Tendo-se presente, pelos dados da anamnese, que Judith trabalha com as mãos, pois é digitadora, omiti-las no desenho é ainda mais significativo: traduz talvez que, mesmo sua defesa maníaca e de atuação, pelo trabalho, para vencer as dificuldades, pode falhar.

Esta ausência de mãos pode ainda estar revelando culpa por atividades autoeróticas, ou também agressividade reprimida, com tendências auto-punitivas, segundo MACHOVER (1967) e LEVY (1981).

- A cintura, marcada por duas linhas paralelas, parece estar indicando uma necessidade de reforço no controle dos impulsos genitais e uma censura e policiamento frente à sexualidade.

- As pernas, no desenho masculino, refletem problemas de locomoção e pouca espontaneidade no ambiente. Podem indicar, também uma confirmação da já assinalada problemática na esfera sexual. Na moça, as pernas estão ainda em pior estado: não poderiam sustentar o corpo em equilíbrio naquela posição. Este é um dado revelador da falta de adaptação e de equilíbrio da examinanda em seu ambiente, de seu isolamento e

introversão, além de denunciar, mais uma vez, conflitos e dificuldades na área sexual - uma imaturidade psicosexual.

- Os pés da figura masculina, feitos com um único traço, apoiados ao solo e apontados em direção a uma bola, revelam talvez a necessidade de Judith manter contato firme com a realidade e conhecer sempre o próximo passo, pois sente que corre perigo de se perder, ao perder estes referenciais. Este é um traço fóbico de sua personalidade, que acusa a utilização do deslocamento como defesa (PICCOLO, 1981).

Como na figura feminina os pés estão ausentes, pode-se confirmar que aí está realmente uma zona de conflito, ou melhor, existe de fato uma problemática em relação à segurança, estabilidade e locomoção no ambiente.

- A representação do tronco, é mais nítida e mais caprichada na figura feminina. Nesta, Judith procura desenhar um vestido bem talhado e elegante. Isto, de certa forma, revela seu desejo de tornar-se elegante também, e sua preocupação e vaidade em corresponder aos padrões de beleza de nossa cultura. Comparada à figura masculina, a da moça é mais elaborada, feita em duas dimensões e de modo não esquemático. Este aspecto fala a favor de uma identificação e aceitação do próprio sexo.

- Finalmente, pelos acessórios (bolsa, livro, boné e bola) Judith parece demonstrar que se defende das ansiedades fóbicas de um controle obsessivo e de atividades programadas.

Em outras palavras, ela parece estar mais segura e protegida da solidão, se estiver com seus papéis sociais bem definidos.

Pela análise do inquérito, pouca coisa pode ser acrescentada ao que já foi dito mas, apenas para reforçar, vemos que Judith demonstrou em suas respostas, uma dificuldade de se desprender do concreto e de utilizar a simbolização.

Contou ela coisas e fatos reais sobre o irmão, demonstrando ser-lhe mais fácil referir-se a alguém próximo do que a si mesma.

Expressou ainda, no inquérito, suas preocupações atuais com o término dos estudos e futura colocação profissional. Parece já ter superado o problema vocacional, mas demonstra desejos de ascensão social.

Ao dizer que a moça que desenhou tem 18 anos, pode estar revelando que esta é a idade com a qual se identifica ou que gostaria de ainda ter.

O fato de Judith só ter falado das qualidades de seus personagens, nos faz pensar no uso do mecanismo de formação reativa, como defesa frente a seus impulsos, sentimentos e desejos destrutivos e hostis.

Sintetizando o que foi dito na análise, podemos destacar, principalmente, os mecanismos de defesa que predominaram neste caso, bem como os traços de personalidade e as áreas de conflitos mais evidentes. Assim, pôde-se notar a utilização de mecanismos maníacos mesclados com as seguintes defesas:

- o deslocamento,
- a inibição,
- a repressão,
- a regressão,
- o isolamento,
- a formação reativa

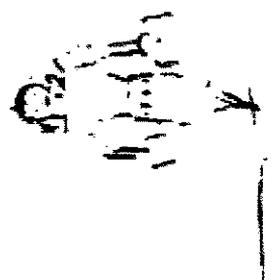
O Ego mostrou-se integrado, porém com pouca força e resistência para manter o equilíbrio, havendo risco de desintegração. As defesas empregadas parecem estar consumindo grande parte da energia psíquica, tendo pouca eficácia porém, para proteger o Ego das angústias.

Dentre os traços de personalidade observados, destacam-se basicamente:

- a) - a inteligência concreta, com dificuldades de simbolização;
- b) - o baixo nível de energia;
- c) - a tendência à depressão;
- d) - a insegurança e o sentimento de menos-valia;

- e) - a timidez, introversão e os ciúmes;
- f) - o temor e desajuste ao ambiente, com desejos de fuga;
- g) - os conflitos e dificuldades na esfera sexual;
(culpa, preocupação com o controle dos impulsos e imaturidade psicosexual);
- h) - as tendências e necessidades orais incorporativas
- i) - o descontentamento com a obesidade e o desejo de ser magra;
- j) - tendências a reter as conquistas do passado.





8. OITAVO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

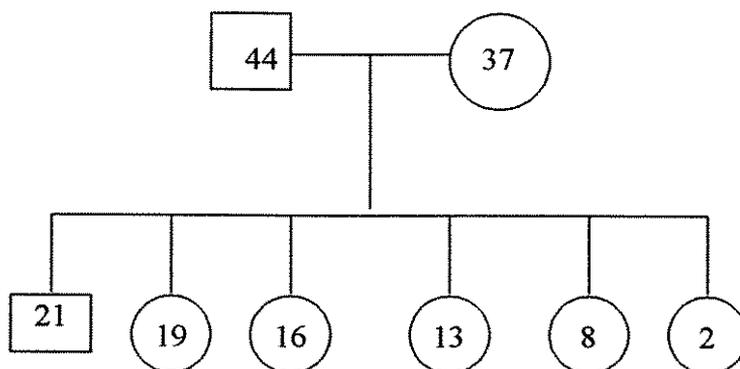
IDENTIFICAÇÃO

Nome - JÚLIA
Idade - 19,5 anos
Raça - branca
Naturalidade - campineira
Ocupação doméstica .. - segunda a sexta-feira, das 7:00 às 16:00 h
Escolaridade - parou de estudar na quinta série
Domicílio - mora com os pais nos fins de semana em Louveira
(2a. a 6a., no serviço)
Religião - católica

FILIAÇÃO

Pai - 44 anos, natural de Jundiáí, motorista, percebendo mais ou menos 5 salários mensais, terceira série
Peso - 88 kg (mais ou menos)
Estatura - 1,80 m (mais ou menos)
Avaliação da filha - “É normal, nem gordo nem magro. É forte, toma muita cerveja, tem um pouco de barriga”.
Mãe - 37 anos, campineira, do lar, alfabetizada, católica
Peso - 55 kg
Estatura - 1,50 m
Avaliação da filha - “É bem magrinha. Não puxei o lado dela. Puxei o lado do meu pai onde são todos gordos, descendentes de italianos”.

HEREDOGRAMA



RENDA FAMILIAR E NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

A renda familiar é de, aproximadamente, 10 salários mensais ou seja, 1,25 salário mínimo/mês 'per capita'. A família é, portanto, de classe média de baixa renda.

HABITAÇÃO

Casa alugada, com dois quartos: no primeiro ficam os pais com o caçula e, no segundo, as filhas, em camas-beliche.

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Peso 78 kg

Estatura 1,59 m

IMC = 31 Kg/m² ou seja, obesidade moderada

Peso ideal-médio : 54 kg (de 50 a 58 kg)

HISTÓRIA

QUEIXA PRINCIPAL

Quer emagrecer e diz que não acha ser isso um grande problema: “Se eu tivesse força de vontade, emagreceria!” afirma.

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE - Fatores relacionados

“Sempre fui gordinha”, relata. “Nunca fui magra. Comia e como bem até hoje. E não é só comidas. Fico beliscando, como doce, e ‘porcarias’ fora de hora... Quando estou nervosa, como mais ainda... como de raiva... e também quando estou sozinha... Mas, às vezes, quando estou na piscina, fico sem comer nada, não almoço nem janto, só tomo refrigerantes, daí sinto-me leve!” fala num desabafo.

Conta, então, que foi aconselhada a fazer o ‘regime das sete ervas’, mas não o fez. “Nunca tomei remédios!” Refere também que nunca teve doença grave e não sofreu qualquer operação.

HÁBITOS ALIMENTARES E DE VIDA

De manhã, em geral, só toma café; às vezes come um pedaço de pão ou também um copo de leite (o que toma mesmo, ‘o dia inteiro’, é café com açúcar).

No almoço, 4 colheres de arroz, 1 concha de feijão, carne, frango, peixe (ou linguiça, ou salsicha ou sardinha) batatas, legumes, verduras e sobremesa (em geral doce, mas, às vezes, frutas). Ainda refrigerantes ou suco de laranja.

À tarde, leite com bolachas ou pão com manteiga.

No jantar, lanches de pão com requeijão, sucos de laranja ou maracujá.

É ela quem cozinha, no serviço. Refere que quando faz massas ou pavê, come bastante. Nos fins de semana, diz que toma sorvete o dia inteiro.

AUTO-IMAGEM

Considera-se uma pessoa alegre, comunicativa, extrovertida. Diz que é muito difícil ficar de cara feia: “Por dentro, sou triste de vez em quando. Nem tudo que a gente quer dá certo... Podia não ter acontecido a briga com minha amiga... Gosto também do irmão dela; ele foi para o exército... Eu o vejo todo fim de semana, mas não conversamos... ele quer ficar por cima das pessoas... Eu não sou o tipo de pessoa com quem os outros conversam e acham que é boba e tem um papo bobo. As pessoas me acham legal, sou sincera, falo as coisas na cara. Os outros acham que eu nunca estou de baixo astral”. (sic)

Questionada sobre se gostaria de ser diferente, responde: “Eu gosto do modelo de pessoa que sou. Eu queria emagrecer um pouco, mas não muito. Vejo muita gente magra que é um horror. Gosto do jeito que sou, não tenho nenhum complexo”.

Sobre se tem apelidos ou é chamada de gorda, responde: que só em casa; que os irmãos a chamam de ‘ORCA’.

E quando indagada a respeito de suas amigas, e sobre o que significa para ela ser gorda, diz que suas companheiras são normais, mas que tem uma colega do bairro que pesa 200 kg tendo apenas 13 anos.

Acha que é triste ser gorda: “Essa menina, por exemplo, tem um rosto lindo, mas não consegue emagrecer! Eu ainda consigo, não acho que seja uma coisa que não tem jeito!” são suas palavras.

AVALIAÇÃO DESSA AUTO-IMAGEM

Estar com excesso de peso, não parece constituir um grande problema para Júlia: ela não demonstra sentir-se desvalorizada e diminuída por isso. Sua auto-imagem é positiva porque se sente querida pelos amigos. Mas, como revela que, internamente, não está tão feliz como aparenta, não está sendo sincera consigo mesma, como diz que o é, com relação aos outros.

Realmente, Júlia afirma que é sincera e que ‘fala as coisas na cara’ mas está escondendo dos outros a sua tristeza e mentindo para si mesma.

TRAÇOS DE PERSONALIDADE

É extrovertida e diz sentir-se segura, mas também é carente. Deixou escapar estas palavras: “às vezes bate uma solidão, que nossa!”

AMIZADES

Tem muitas amigas em sua cidade. Saem sempre juntas, vão ao clube e a festinhas. Recentemente, desentendeu-se com uma amiga devido a uma brincadeira, da qual aliás se arrependeu: pichara um muro, tendo recebido a desaprovação do pai dessa amiga, sendo que esta tomou o partido do pai.

RELAÇÕES FAMILIARES

Acha que a família é unida. Dá-se melhor com a mãe. Como só vai para casa nos fins de semana, sente falta de ficar em casa, assistindo televisão e comentando os programas, coisa de que gosta muito.

Questionada sobre se considera alguém responsável pelo fato de ser gorda, diz que não, que o que houve é que ela puxou a tendência da família do pai, onde “todos são gordos e de canela fina”. (sic)

SEXUALIDADE

Teve orientação da mãe a respeito de sexualidade. Gosta de ler revistas sobre sexo. A primeira relação ocorreu aos 17 anos, com um namorado. Seus pais sabem. Tomou pilula, mas agora parou “por ser muito cara”, explica. (Menarca aos 13 anos).

Tem suas opiniões formadas: “A masturbação não é uma coisa fora do normal, mas também não é uma necessidade para as mulheres, para os homens, sim, é uma necessidade”, afirma.

Terminou o namoro. É contra o sexo só por impulso e esclarece seu ponto de vista: “Não que haja necessidade de se amar a pessoa, morrer por ela, mas tem que haver alguma atração, eu acho”.

Diz também que não vive só olhando no espelho, mas que o faz só para se arrumar quando vai sair. Gosta muito de suas pernas, mas ‘detesta a barriga’.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Obesidade avó e tias paternas.

Tuberculose e problemas cardíacos uma tia materna (morta há 4 anos)

MOTIVAÇÃO TERAPÊUTICA

Diz que gostaria de pesar 63 a 65 kg (o que estaria ainda acima da faixa ideal que é de 50 a 58 kg). Júlia demonstra com isso que em seu esquema corporal não se vê obesa, mas apenas um pouco acima do peso.

Conta, por exemplo, que já fez uma semana de regime, tendo perdido 1,5 kg. Acha que vai ficar magra só com a força de vontade, sem tomar remédios para isso, coisa que aliás nunca fez, orgulha-se em dizer. E, como ficou dito, demonstra não se achar feia nem muito gorda.

Perguntamo-lhe o que sente antes de começar a comer. Respondeu que, às vezes, quando fica muito tempo em jejum, sente muita fome, mas outras vezes, come quando está com raiva ou simplesmente por vontade de se sentar à mesa. Frequentemente tem azia porque toma muito café (esclarece), e então acha que **precisa** comer, mas é raro não conseguir parar de fazê-lo.

PRIMEIRAS IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA

Gostei de conversar com Júlia. É comunicativa e expansiva. Parece possuir uma boa auto-estima, mas manifesta uma leve tendência à depressão.

A contratransferência foi positiva, senti prazer em entrevistá-la, embora a conversa tenha sido um tanto longa, tendo-lhe eu flagrado alguns bocejos (o tempo total, entre entrevista e teste, foi de uma hora e meia).

8.1. TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

DADOS DA APLICAÇÃO

O teste foi aplicado logo após a entrevista de anamnese.

A princípio, Júlia ficou meio embaraçada, dizendo que não sabia como fazer. Mesmo assim rabiscou um tronco com pescoço e ombros, apagando tudo em seguida. Perguntou se tinha que ser uma pessoa ou se poderia fazer qualquer outro tipo de desenho. Respondi-lhe que depois, se quisesse, poderia fazê-lo, mas que eu gostaria que desenhasse antes a pessoa porque só queria ver o seu modo de representar a figura humana e assegurei-lhe que não importava que saísse certo ou errado, feio ou bonito.

Após esses esclarecimentos, concordou ela em fazer a prova e começou de novo, pelo pescoço, ombros e braços, apagou um pouco e refez. Depois fez as pernas e pés, apagou e refez; desenhou a cabeça, cabelos, olhos, nariz e boca. Apagou o braço esquerdo da pessoa, tornando a fazê-lo. No final, declarou que era uma moça.

Então fez o homem, quase igual à mulher, a não ser por uma pequena diferença no comprimento dos cabelos e também porque o segundo desenho ficou mais nítido e limpo (não usou muito a borracha desta vez) e com os braços em local mais apropriado.

Notei que usava bastante pressão ao desenhar e que reforçou as linhas do pescoço e ombros no segundo desenho.

Quando terminou, procedi ao inquérito sobre cada uma das figuras e depois perguntei-lhe se gostaria então de desenhar alguma outra coisa, livremente. Preferiu deixar para outra oportunidade, pois estava com pressa.

8.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

- A primeira coisa que nos chama a atenção é a quase identidade das figuras produzidas. Vê-se também que nos dois esboços as cabeças são bem mais destacadas e que no resto do corpo não há quase detalhes. O traçado é bem inconstante e trêmulo, com linhas superpostas feitas com forte pressão.

- O uso constante da borracha produziu um efeito borrado em várias partes da figura feminina, revelando traços anais de caráter e o emprego da anulação como defesa egóica. Além disso, destacam-se os ombros, muito acentuados na moça e as solas dos sapatos muito marcadas na figura masculina.

- A inserção dos braços, sua forma e seu tamanho, no primeiro desenho apresentam também distorções, mas como foram corrigidos e melhorados no segundo, pode-se em parte atribuir algumas destas falhas à tensão emocional do início da prova ou à falta de hábito da examinanda com a expressão gráfica (cf. HAMMER, 1981, p. 45).

- Estes dados gerais falam a favor de uma indiferenciação, ambivalência ou mesmo confusão de identidade sexual. Parece que falta a Júlia um reconhecimento e aceitação de seus atributos femininos. Frente ao corpo, ela parece reagir, ora negando, ora rejeitando e desvalorizando-o.

- Há uma nítida cisão entre a cabeça e o tronco e isso pode significar que Júlia privilegia suas idéias, seu modo de pensar e mesmo seu mundo de fantasias, em detrimento de suas sensações e impulsos corporais. De fato, já pela localização dos desenhos no papel (metade superior) vê-se que a tendência dela é manter-se alheia, buscando a satisfação principalmente na fantasia (cf. LOURENÇÃO VAN KOLCH, 1968).

- O traçado e a pressão ao desenhar, sugerem tensão, insegurança, dissimulação e conflitos na área da sexualidade e da afetividade (vide HAMMER, 1981; LOURENÇÃO VAN KOLCH, 1968 e CAMPOS, 1975).

- A preocupação com o contorno do corpo e a dificuldade demonstrada ao executá-lo, pode ser interpretada como um esforço compensatório a fim de conter e delinear os limites do Ego que não parecem muito claros e bem definidos.

- A mobilização de angústias (inconscientes) de despersonalização ou confusão de identidade, pôde ser evidenciada pela relutância inicial em aceitar a prova, e depois, pela relativa dificuldade em executá-la.

- O fato de ter apagado por duas vezes todo o desenho que havia começado, parece, neste caso, menos uma auto-crítica exagerada do que o resultado de uma luta interna e de um grande esforço para conter estas fantasias de despersonalização (cf. MACHOVER, 1967).

- Os desenhos de Júlia transmitem ainda uma sensação de vazio interior e de uma energia reduzida que nos faz pensar em tendências ao retraimento e à depressão.

Há indícios de que a examinanda tende a negar sua dificuldade de adaptação ao meio, racionalizando tal dificuldade com pensamentos de desprezo em relação ao mesmo e com sentimento onipotente de prescindir da ajuda externa (localização do desenho na folha, expressão facial, braços).

- Pela análise comparativa das duas figuras e pelas características de cada uma delas em particular, pode-se verificar e depreender ainda várias hipóteses.

- Proporcionalmente, a figura feminina é maior que a masculina, o que pode significar que, para Júlia, a mulher tem um certo domínio e superioridade em relação ao homem.

- Desenhar a cabeça com muita clareza em contraste com o corpo, apenas delineado, pode ser sinal de que Júlia concentra seu auto-conceito, principalmente em seu rosto e que talvez tenha sentimentos de inferioridade ou vergonha em relação às funções ou partes de seu corpo (cf. LEVY, 1981).

- A representação dos olhos, em ambas as figuras, transmitem uma impressão de desconfiança, de ameaça e vigilância constante.

- Esta forma dada aos olhos, conforme CAMPOS (1975) e MACHOVER (1967) nos ensinam, é frequente em pessoas paranóicas e nas que apresentam problemas sexuais. Ora, se lembrarmos a relutância inicial da examinanda ao executar o teste, vemos que essa hipótese de traço paranóico não está de todo fora de questão.

- O traçado das sobrancelhas e, principalmente, o sombreado dos cabelos revelam primitivismo, forte sexualidade, conflitos na área sexual, perturbação do pensamento, fantasias confusas, descontroladas e ameaçadoras (cf. os acima citados e mais HAMMER, 1981 e LEVY, 1981).

- A boca enfatizada e em forma de arco de cupido, pode ser interpretada como reveladora de erotismo oral, dependência, agressividade oral e dificuldades na sexualidade. Além disto, esta forma dada à boca é sinal de expressões lamuriosas (CAMPOS, 1975; LEVY, 1981; MACHOVER, 1987).

- O pescoço grosso e longo e ainda reforçado, no homem, revela o esforço de Júlia para controlar suas forças instintivas (CAMPOS, 1975; LEVY, 1981; MACHOVER, 1987).

- Os ombros enfatizados, arredondados e volumosos, principalmente na figura feminina, sugerem:

- ambivalência e,

- confusão na área da sexualidade (cf. MACHOVER, 1967; LEVY, 1981).

- Os braços, mal inseridos no tronco (e um deles apagado uma vez na figura feminina) e ainda truncados em ambas as figuras, revelam uma limitação na capacidade de receber afeto, distorções no esquema corporal, problemas na inter-relação social, dificuldades de manter vínculos com as pessoas (cf. MACHOVER, 1967; LEVY, 1981).

- A ausência de mãos nos dois desenhos, é sugestiva de falta de confiança nos contatos interpessoais e/ou na produtividade, sentimento de culpa em relação a agressividade ou a atividades auto-eróticas (cf. MACHOVER, 1967; CAMPOS, 1975; LEVY, 1981).

- Os dedos mal delineados e em número reduzido, apenas presentes na figura feminina, são indicativos, segundo estes autores, de agressividade reprimida.

- As pernas apagadas, refeitas e borradas, principalmente no interior das mesmas, na figura da mulher, revelam conflito sexual e problemas na expressão da genitalidade, por outro lado, os pés, também apagadas e borrados, reforçam a existência de problemática sexual, sendo além disso, indícios de dificuldades de locomoção e de estabilidade no ambiente.

- A ampliação do tamanho dos pés na mulher, faz pensar em uma necessidade de a examinanda ter mais apoio e contato com a realidade, como se sentisse que está à beira de um desequilíbrio. Ela mostra, no entanto, que ainda possui defesas egóicas para se sustentar (cf. MACHOVER, 1967; CAMPOS, 1975; LEVY, 1981).

- No desenho do rapaz, os saltos marcando os calcanhares, como já foi assinalado, são conhecidos símbolos fálicos; indicam forte impulso sexual, mas também podem significar tendências agressivas, segundo nossos autores.

- Finalmente, a ausência de roupas, mas sem nenhuma indicação de detalhes de um corpo nu, revelam novamente problemas de vazio interno, como já foi comentado. É possível ainda que tal indiferenciação se deva a um narcisismo muito arraigado, onde fica difícil discriminar o outro (cf. MACHOVER, 1967; CAMPOS, 1975).

- Pela análise do **inquérito**, pode-se adicionar outros aspectos e confirmar muitos dos já aqui apontados. Por exemplo, fica evidente, no diálogo mantido, que Júlia reprova o fato de não ter completo domínio sobre seus impulsos agressivos. Ela projeta em sua amiga esse defeito e diz que o que admira no rapaz é sua calma e tranquilidade

- Júlia revela ainda sua tendência a comer excessivamente, como forma de preencher o tempo e, talvez, o vazio interno. Mostra uma preocupação em não se deixar levar pela fantasia e pelo sonho exagerado, procurando manter os pés no chão.

- Demonstra que, em sua visão, o homem é mais infantil e imaturo que a mulher, é mais sonhador, ilude-se à toa e não batalha pelo que quer. Em suas verbalizações, enfim, Júlia revela não ser compreendida pela família, sentir-se só e discriminada no seio de sua casa.

- Podemos sintetizar o que foi visto na análise, selecionando os dados mais significativos. Assim pois, os mecanismos de defesa predominantes foram:

- a dissociação,
- a negação,
- o controle onipotente,
- a regressão.
- a anulação

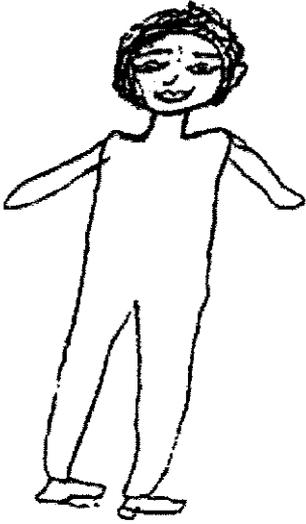
- Estas defesas, no entanto, não parecem muito eficazes para manter o equilíbrio do Ego, pois o mesmo apresenta-se precariamente estruturado, correndo o risco de uma desintegração.

- Em relação aos traços de personalidade e às áreas de conflito, podemos destacar :

- a) - os conflitos na esfera sexual, relacionados, principalmente com a identidade sexual (indiferenciação, ambivalência ou bissexualidade) e com o controle dos impulsos e fantasias sexuais;
- b) - as dificuldades no relacionamento interpessoal, principalmente no contato afetivo com os outros;
- c) - os traços anais de caráter e os conflitos frente a expressão da agressividade;

- d) - o refúgio na fantasia e o narcisismo;
- e) - a rejeição e o menosprezo ao próprio corpo;
- f) - o baixo nível de energia e a tendência ao retraimento e à depressão;
- g) - as sensações de vazio interno;
- h) - a tensão emocional e as angústias de despersonalização;
- i) - a dissimulação de conflitos;
- j) - a insegurança e a falta de mobilidade no ambiente;
- l) - a ambição e desejo de auto-afirmação e de domínio e
- m) - a oralidade acentuada.





9. NONO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

IDENTIFICAÇÃO

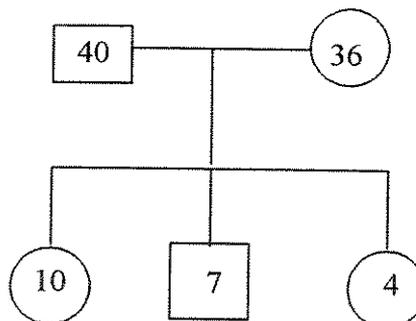
Nome - BEATRIZ
Idade - 10 anos e 11 meses
Raça - branca
Naturalidade - Amparo/SP
Escolaridade - 5a. série
Religião - Católica

FILIAÇÃO

- Pai: 40 anos, branco, católico, natural de Amparo/SP. Trabalha no supermercado de sua propriedade. Beatriz não sabe precisar quanto ele ganha por mês e nem sua altura e peso, mas afirma que é gordo e baixo, mais baixo que sua mãe, parecendo “uma oca de índio” (sic)

- Mãe: 36 anos, branca, católica (não praticante) natural de Itu/SP. Tem uma lojinha de roupas, mas Beatriz também não sabe dizer quanto ela percebe por mês, nem sua altura e peso, mas diz que “tem dia que ela é magra e tem dia que é gorda” (a título de esclarecimento, diz que, conforme a roupa que a mãe usa, parece mais gorda ou mais magra). Informa ainda que a mãe é nervosa e “tem dia que come e vomita!”

HEREDOGRAMA



RENDA FAMILIAR E NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

A família parece pertencer à classe social média alta, com boa situação financeira.

HABITAÇÃO

Casa própria com três quartos. Num deles, dormem os pais, em outro a irmã de 4 anos, sozinha, enquanto que Beatriz divide o terceiro quarto com o irmão de 7 anos. A casa é um sobrado, cuja parte térrea é usada como mercearia.

ÍNDICE DE GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Peso..... 69.600 kg

Estatura 1,50 m

Aspecto físico muito corada, aparência infantil. Corpo roliço, muito estômago e barriga, de modo a não destacar os seios. Fase de estirão. Ainda não teve a menarca.

IMC = 31 Kg/m² (obesidade moderada)

Peso Ideal-médio : 49,5 (de 45,5 a 53,5 kg)

HISTÓRIA

QUEIXA PRINCIPAL

Beatriz procurou a UNICAMP para tratar-se de um tumor na orelha e também devido a sua gordura. Relata que o tumor está 'murchando' com as aplicações que está

fazendo (foi encaminhada ao Ambulatório Geral de Adolescentes para tratar a obesidade através de um pedido de interconsulta do médico).

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE - Fatores Relacionados

Não sabe informar quanto pesou ao nascer, mas ouviu falar que era pequena e magra e que caberia numa caixa de sapato (prematura?).

Acha que é gorda desde os 4 anos. Começou a notar quando, no parquinho, as pessoas diziam: “Nossa! Vai quebrar a balança, o escorregador, tudo!” (sic).

Conta que teve e tem apelidos de ‘gorda’ e de ‘baleia’ e que até um primo que também é gordo, caçoa dela.

Relata que foi operada de hérnia quando tinha 2 meses e que correu risco de vida naquela ocasião, mas que depois cresceu bastante. Sua mãe costuma dizer brincando, que ‘nessa operação mexeram no lugar errado: no lugar do apetite’.

Realmente, Beatriz afirma que come bastante e que quando está nervosa, com ansiedade, come descontroladamente, que não costumava, porém, comer doce (‘era gorda só de comida’, diz) mas agora, que é proibido, está comendo também doces.

Na escola, frequentemente, é confundida como menina de 12 ou 13 anos, devido ao seu tamanho, relata.

SAÚDE ATUAL

Em decorrência da obesidade, refere que quando usa saia em vez de calça comprida, tem assadura na parte interna das coxas.

Está também tratando de um corrimento vaginal.

Sente ainda falta de ar e 'dor do lado' quando tem que correr na aula de Educação Física. Seu intestino é preso, preguiçoso.

Diz que vai fazer relaxamento.

ROTINA DIÁRIA

Atividade física normal. Anda de bicicleta de vez em quando, joga vôlei na escola, dança em casa (antes fazia jazz, mas parou).

Atualmente faz exercícios físicos duas vezes por semana, com duração de 2 horas por dia.

Atualmente faz 3 ou 4 refeições por dia:

- café com leite ou chá com bolacha de água e sal na 1a. refeição;
- salada, peixe assado ou frango ou carne e verduras, no almoço;
- às vezes, leite com café e torradas à tarde; e
- no jantar, o mesmo do almoço.

É sua mãe quem prepara as refeições.

Antes do regime, não tomava o café da manhã, indo em jejum para a escola, mas na volta, comia primeiro na casa da avó e depois, outra vez, em casa. Pulava refeições e fazia substituições inadequadas, comendo excessivamente.

Preferências alimentares:

- gosta de sanduíches, massas, leite, batata frita, sucos, refrigerantes e café.
- não gosta de queijo, danone e sorvete.
- todo sábado come o que chama de 'cheese-tudo', isto é:
2 hamburgers, alface, salame e pepino.

AUTO-IMAGEM - Observação Prévia da Entrevistadora

Beatriz teve dificuldade para descrever sua maneira de ser. Precisei ajudá-la porque não estava entendendo o que eu lhe pedia. Afinal, deu-me os seguintes dados:

Acha-se alegre e feliz. É tímida e meio parada, isto é, não 'conversadeira', mas seus amigos a acham alegre e boa companheira porque não briga com eles. "Brinco mais com os moleques; as meninas acham que sou tonta",

Considera-se bonita e até há pouco tempo, dançava jazz e apresentava-se no palco, jactando-se de ter sido a melhor aluna.

Sim, de vez em quando se acha diferente: "tem vez que eu converso com as pessoas, tem vez que não converso, tem vez que brinco, tem vez que não brinco!"

Fisicamente, se diz gorda, alta, morena, bonita, cabelos castanhos, lisos e curtos, olhos também castanhos.

Acha-se parecida com sua mãe.

A parte do corpo que mais gosta é o rosto, mas gostaria de ser mais magra... "assim poderia arrumar um namorado", diz sorrindo e acrescenta: "Eu me arrependo de ser gorda!"

Ser gorda, para ela, é ser feia e poder ser desprezada e não correspondida num amor. Conta então que gosta de um menino que é magro e que nem olha para ela.

AVALIAÇÃO DESTA AUTO-IMAGEM

Apesar de não gostar do próprio corpo, acha-se bonita.

É ainda muito infantil e não parece sentir falta da silhueta feminina, pois brinca despreocupadamente na rua com os meninos. Está começando a perceber, no entanto, as

consequências negativas para a auto-estima, do fato de não corresponder aos padrões estéticos de nossa sociedade. Isso, provavelmente, irá pesar-lhe mais no final da puberdade, quando começar a se interessar mais pelo sexo oposto e tornar-se mais vaidosa.

TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Contradizendo o que afirmou no tópico da auto-imagem, refere ser triste, tímida, submissa, emotiva (“choro na frente de todo o mundo se me chamam de ‘gorda!’”) e ainda impressionável e desanimada.

AMIZADES

Tem vários amigos, na faixa dos 10-12 anos. São mais meninos que meninas, do bairro e da escola. Tem uma única amiga íntima que estuda na mesma classe e mora perto de sua casa. Acha que os amigos são legais porque topam brincadeiras e a aceitam.

VIDA ESCOLAR

Gosta de estudar e nunca repetiu ano. Classifica-se, porém, como uma aluna regular e diz que se sente mal na escola, tem dor de cabeça e ânsia de vômito. Quando perguntada sobre a causa disso, diz que é devido ao regime: “Não como nada. Só tomo sopa” (sic)

Nas provas ‘passo nervoso’. Tem dificuldade para decorar “Muitas vezes fico no mundo da lua, viro para traz e fico só conversando”, fala num desafio.

Prefere estudar sozinha. Faz Educação Física e, no recreio, toma sopa ou come maçã ou bolachas. Quando tem dinheiro (que ganha semanalmente) compra balas e chicletes.

RELAÇÕES FAMILIARES

Acha que sua família é boa e sente-se bem tratada. Dá-se melhor com os pais porque com o irmão de 7 anos tem dificuldades:

“Ele mexe nas minhas coisas, me bate e me chuta e é muito chato! De vez em quando dá uma briguinha de bate-boca e falo alto” confessa.

Não considera ninguém responsável pelo seu problema de ser gorda e afirma que a família colabora na dieta.

SEXUALIDADE

Ao ser perguntada quando começou a notar mudanças corporais, como pêlos e seios, diz que estava usando um soutien pela primeira vez aquele dia porque sua mãe achara que deveria vir assim ao médico (levanta a blusa para mostrar, diz que é da sua mãe. Percebo que ela tem mamas, porém mais como resultado de gordura do que de puberdade).

- nega a menarca e afirma já ter pêlos pubianos.
- brincava de ‘médico’ com a irmãzinha.
- nega masturbação e namoro: “Só tenho paquerinhas”.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Obesidade Pai e familiares paternos.

Problemas cardíacos Avó materna (a própria Beatriz tem pressão 9/7)
(convergente?)

MOTIVAÇÃO TERAPÊUTICA

Diz que gostaria de emagrecer para conquistar alguém e para poder usar vestido de “cotton” e mini-saia. “Queria pesar 40 kg!” suspira.

Quando lhe digo que assim ficaria muito magra, responde que já pesou isso e não era magra. Faço-a entender que agora já cresceu e naquela ocasião deveria ser baixinha. Corrige então e diz que queria pesar 50 kg.

Acredita que vai conseguir emagrecer, mas desde já acha que o mais difícil será o manter-se magra. Conta então que já fez regime por três vezes, chegando, numa delas, a perder 10 kg, mas que quando a médica a liberou, engordou de novo.

Na última tentativa que durou quase um ano de regime, tendo emagrecido razoavelmente, voltou a engordar em um mês e meio. Dessa vez foi porque teve hepatite e precisou ingerir açúcar como tratamento, explica. Mas vejamos sua história:

“No ano passado, quando estava de regime, tive que tomar um remédio (que não lembro o nome!) que me fez muito mal. Foi isso que me deu hepatite! Eu caí na escola e fiz xixi cor de coca-cola e tinha que comer só doce”.

De resto diz que passa bem quando faz regime, que não se sente irritada nem impaciente e que o segue à risca, a não ser nos finais de semana e nas festas, quando volta a comer normalmente.

Seus projetos para o futuro são: fazer Faculdade, ser dona de uma boutique e ter um salão de moda para desfiles.

PRIMEIRAS IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA

- Achei Beatriz uma menina com certa dificuldade intelectual ou, simplesmente, muito infantil.

- Demonstrou fazer uso de um raciocínio transdutivo, correlacionando causas e efeitos apenas por associação de dois eventos no tempo (achou, por exemplo, que a operação da hérnia a fez engordar, o remédio do regime causou a hepatite e o mal-estar na escola é porque não come...).

- Parece também não ter uma percepção real de seu problema, passando informações confusas que ouviu sem entender e, por isso, contradiz-se frequentemente, sem no entanto aperceber-se disso.

- Seu corpo está começando a adquirir o valor de veículo social, mas parece ainda pertencer mais a sua mãe que a ela própria (lembre-se o caso do soutien e a preocupação com a aparência, por exemplos).

- Demonstra também um certo espírito de contradição e atitudes acintosas de desafio, sinais talvez de uma autonomia nascente ou um certo desejo de liberdade de ação e/ou de desvencilhar-se de tutela opressiva.

9.1. TESTE PROJETIVO DA CASA, ÁRVORE E PESSOA (HTP)

DADOS DA APLICAÇÃO

Este teste foi aplicado após a demorada entrevista de anamnese. Embora cansada, Beatriz aceitou bem a proposta e fez primeiro a Casa, depois a Árvore e, a seguir, a Pessoa.

Demonstrou certa resistência para desenhar a pessoa, tendo apresentado alguma dificuldade para elaborá-la. Ao terminar, disse que era um menino.

Não lhe foi pedido para desenhar uma figura feminina, pois observamos sua pressa e seu cansaço. Fizemos apenas um rápido inquérito sobre cada um dos desenhos.

9.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

Num exame de relance, nota-se imediatamente o caráter infantil de Beatriz. Seus desenhos, além de constarem de traços simples, têm uma peculiaridade: as árvores possuem carinhas' o que demonstra conservação do pensamento animista da infância.

A localização das figuras, na parte inferior da folha (sendo que a risca da margem foi usada como base de apoio) constitui-se de um sinal evidente de dependência e da necessidade de suporte da examinanda.

Este dado é também demonstrativo de insegurança e inadequação frente ao meio. Simboliza ainda tendências à depressão e orientações para o concreto (cf. LOURENÇÃO VAN KOLCH, 1968; CAMPOS, 1975 e HAMMER 1981).

Seu traçado contínuo, denota um medo de tomar iniciativas e/ou falta de autoconfiança.

O predomínio dos ângulos arredondados acusa um policiamento emocional, com intenção de não manifestação da agressividade, e sim, pelo contrário, procura de docilidade e obediência. (vide também MACHOVER, 1967).

O uso excessivo da borracha, no desenho da pessoa, pode ser interpretado como uma evidência de conflitos relativos à auto-imagem e auto-conceito.

A principal dificuldade nesta figura foi com relação à largura do tronco e ao ponto de inserção dos membros nele.

O mesmo problema surgiu quando da feitura da árvore junto à casa: a borracha foi novamente usada para diminuir a espessura do tronco.

Esta preocupação com a proporção e o volume, parece refletir uma problemática frente ao corpo, demonstrando o descontentamento de Beatriz com sua gordura.

Por outro lado, é também um indício de que ela tem pouca familiaridade com o próprio corpo, apresentando dificuldades em reproduzi-lo pois, talvez, tenha distorções do esquema corporal (quase não se olha no espelho).

Analisando agora as diversas partes de cada figura separadamente e comparando-as em seus significados simbólicos, apresentamos os seguintes dados :

- Beatriz demonstra limitações na capacidade intelectual e uma necessidade de controlar a fantasia, a fim de não se perder na mesma. O telhado da casa - área que representa, sabidamente, a fantasia - está subdividido em compartimentos e é bem separado das paredes que compõem a casa propriamente dita, por uma linha divisória.

Ora, se compararmos este telhado com as áreas correspondentes também à fantasia, nos outros desenhos, isto é, a copa da árvore e a cabeça da pessoa, veremos que, nesta última, Beatriz reserva pouco espaço para os cabelos e, a copa da árvore, embora ampla, está achatada no topo e possui olhos, nariz e boca, como se fosse um rosto. Tais características revelam, a nosso ver, uma limitação na capacidade de simbolizar e de compreender. Em outras palavras, ela representa, inconscientemente, seus sentimentos por símbolos, mas de maneira precária.

PICCOLO (1981) interpreta desta mesma forma, o achatamento no alto da cabeça nos desenhos por ela apresentados.

- O traçado das paredes da casa podem ser comparados com o tronco das árvores, pois, essas regiões nos dão indícios sobre a força egóica da testanda: daqui ressalta-se que Beatriz carece de defesas egóicas eficazes. Seu Ego parece necessitar de melhor ajuste à realidade.

Realmente, as paredes estão ligeiramente tortas e desequilibradas e o tronco, que tem pouca base, está apoiado na margem do papel e foi apagado e refeito com menor espessura.

- Novos detalhes, que se podem comparar nos três desenhos, são reveladores de retraimento, timidez, receios nas relações com os outros, dificuldades de intercâmbio social, sentimento de inferioridade, inibição e repressão da agressividade.

Tais detalhes são: a porta da casa, muito pequena, a figura humana também diminuta e a ausência de galhos na árvore (cf. MACHOVER, 1981; LEVY, 1981 e CAMPOS, 1975).

- O fato de a porta estar fechada, revela um traço de auto-defesa que pode ter características fóbicas, já que Beatriz precisou proteger sua casa com vegetações e uma árvore 'humana' a seu lado.

(É certo que, de modo geral, as casas estão sempre de portas fechadas - e além disso é mais fácil desenhá-las assim - mas, no caso de Beatriz e levando-se em conta as conotações aqui observadas, a interpretação procede). (cf. PICCOLO, 1981)

- A única janela, existente na casa, é muito pequena e está localizada muito acima da porta, próxima ao telhado.

Este é um detalhe que revela, novamente, o cerceamento do ambiente e a dificuldade de contato interpessoal.

A presença de cortinas pode ser um indício de narcisismo, exibicionismo ou ocultação de conflito, mas, em geral, é um sinal de que existe um controle no intercâmbio emocional com os outros. (cf. HAMMER, 1981; CAMPOS, 1975).

- A presença, em destaque, de um número na casa, pode ser interpretada como uma busca de identidade pessoal e um desejo de se individualizar (tomando-se aqui a casa como representação simbólica de si mesma e de seu auto-conceito).

- Observando o desenho da casa como um todo, percebe-se que é desproporcionada, muito fechada e vazia. Tem-se a sensação de que há pouca alegria e vida

afetiva dentro dela e, no entanto, esta alegria parece habitar fora, no jardim - veja-se a árvore 'sorridente'.

Podemos interpretar essa representação gráfica como expressão de uma dissociação interna. Beatriz parece perceber que possui dois lados: um mais exterior, que é comunicativo, alegre e cheio de vida, mas que esconde o outro, mais interior, que é retraído, fechado, pesado, triste e frio, e ela parece temer esse seu lado mais depressivo, procurando defender-se do mesmo por meio da cisão, da negação e do deslocamento.

- Analisando-se mais especificamente as árvores desenhadas, o que primeiro chama a atenção, como já destacamos, é o antropomorfismo representado na copa. Esta peculiaridade é traço comum em crianças pequenas, mas revela uma tendência a usar o humor para cativar as pessoas. Os traços fisionômicos alegres, podem estar encobrendo uma tendência à depressão, a qual é denunciada pela forma em que a copa pende para ambos os lados do tronco (cf. HAMMER, 1981).

- O tronco, aberto em ambas as extremidades, é comum em desenhos de pessoas indecisas e de comportamento flutuante. Além disso, este tronco que continua aberto quase até o meio da copa, pode ser indicativo de uma falta de adequação nas manifestações de conduta ou de um não comprometimento nas atitudes (CAMPOS, 1975).

Esta característica de personalidade apresenta um lado mais positivo que é o fato de que pessoas que não se comprometem, também estão mais abertas para novas idéias, podem desenvolver um espírito inventivo e ter uma necessidade de investigar. (CAMPOS, op cit)

- A copa esférica é, comprovadamente, sinal de puerilidade, ingenuidade, temperamento bonachão e acomodado, impressionabilidade e falta de concentração.

- A forma achatada da parte superior da copa reflete forte pressão do ambiente, resignação, obediência, sentimento de inferioridade e dificuldade em simbolizar (cf. HAMMER, 1981).

- O tamanho dessa copa, relativamente grande, é indicativo de narcisismo, exibicionismo e entusiasmo.

- Finalmente, tendo-se em mente que 'o espaço ocupado pela copa corresponde ao campo de expressão do indivíduo', esta copa sem "recheio" adequado, isto é, sem galhos, folhas, flores ou frutos, sugere uma falta de discriminação do mundo externo, um sentimento de vazio interior e, novamente, dificuldades nos contatos interpessoais (cf. CAMPOS, 1975 e HAMMER, 1981).

- Ao observarmos o desenho da figura humana, achamos importante fazer primeiramente a avaliação de nível intelectual, segundo GOODENOUGH, em função dos aspectos muito regressivos que notamos. Os resultados desta avaliação indicaram um QI em torno de 80, o que significa uma inteligência limítrofe ou pelo menos com dificuldades de compreensão (GOODENOUGH, 1926).

Acreditamos, porém, que este rebaixamento intelectual deve-se mais aos problemas emocionais da examinanda, que podem ser detectados na avaliação projetiva da figura em questão, como passamos a descrever:

AValiação da Figura Humana

- Analisando-se os aspectos projetivos e expressivos do referido desenho, percebe-se, por exemplo, pela expressão do rosto alegre, mas com olhos que nada vêem, que Beatriz faz uso do mecanismo da negação como meio de evitar o contato com realidades tristes e penosas.

A omissão do nariz pode ser interpretada como indício de medo e retraimento (KOPPITZ, 1974).

- Há evidência de propensões captativas e introjetivas e ainda de predominância da libido oral, já que as bocas desenhadas são relativamente grandes e estão abertas.

Obs.: incluímos, também, nesta avaliação as bocas desenhadas nas árvores .

- A cabeleira rala e a ausência de sobrancelhas e nariz na figura, falam a favor de uma diminuição da vitalidade sexual.

Os ombros assimétricos e desnivelados, revelam insegurança emocional.

- O fato de ter desenhado, de início a figura do sexo oposto, pode estar indicando uma pouca aceitação ou uma desvalorização do próprio sexo, ou até uma identificação com o sexo oposto (cf. CAMPOS, 1975).

- Os braços parecem estar refletindo as dificuldades de Beatriz nas interações sociais e nos vínculos afetivos. A posição em que se encontram é demonstrativa de uma falta de naturalidade e espontaneidade no ambiente (MACHOVER, 1967; LEVY, 1981).

- As mãos demonstram necessidade de afeto, mas também revelam falta de confiança nos relacionamentos e/ou na produtividade.

- Parecem expressar ainda, sentimento de culpa por agressividade ou por atividades auto-eróticas.

- O formato dos dedos - como pétalas de flor - é sinal conhecido de imaturidade psíquica, baixo nível intelectual ou regressão, mas pode ser também um indicio de agressividade reprimida (CAMPOS, 1975; MACHOVER, 1967; LEVY, 1981).

- O tronco retangular sugere primitivismo, regressão e agressividade, segundo os mesmos autores.

- As pernas, muito separadas e ultrapassando a largura do tronco, denotam uma distorção do esquema corporal, possível resultado de um retardamento mental ou de uma negação da parte inferior do tronco por repressão sexual.

- A dificuldade em desenhar as pernas, mostra que esta é, provavelmente, uma zona de conflitos ligados à sexualidade-genitalidade ou à adaptação (estabilidade e locomoção) ao ambiente (cf. MACHOVER, 1967; LEVY, 1981).

- A posição dos pés indica ambivalência e necessidade de apoio. A presença de dedos nos pés é mais um sinal de primitivismo e agressividade, segundo CAMPOS, 1975).

- Finalmente, a ausência de roupas, sem os detalhes indicativos de um corpo nu, revela sentimento de vazio, repressão da sexualidade, indiferenciação e ambivalência sexual (cf. MACHOVER, 1967; CAMPOS, 1975).

RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

Quanto às respostas dadas sobre os desenhos, podemos confirmar alguns dados e esclarecer outros: - Em relação à casa, diz Beatriz que é de sua avó e não de seus pais, e fornece detalhes: é nova, fica na cidade, mas possui um belo jardim à frente. Diz que gostaria de morar ali e que escolheria o quarto que dá para a frente.

- Com esse relato, ela talvez esteja querendo dizer que não se sente bem em sua casa, com os pais, e que gostaria de 'arejar' mais sua vida, ter mais paz, e mais contato com a natureza.

- A respeito da árvore, diz que é frutífera e que está plantada há seis anos; que está bem viva porque o avô a molha todos os dias.

- Aqui, Beatriz mostra sua necessidade de carinho, atenção e proteção e ainda sua dependência afetiva para poder desenvolver-se. Demonstra, mais uma vez, pensar que a vida seria mais garantida e fácil ao lado dos avós que lhe parecem pessoas mais carinhosas.

- No inquérito sobre a pessoa, diz ela que se trata de um menino de sete anos e que está indo para a floresta colher maçãs.

- Esclarece, então, que ele é alegre porque vive com a natureza e que o que não gosta nele é a carinha, “que ficou muito feia” (sic), mas gosta dos olhos. Depois, acrescenta que ele tem um defeito: o braço esquerdo ficou mais gordo. Concluindo, informa: “Ele tem muitos amigos e quer ser um defensor da natureza quando crescer”.

- Aqui, ressalta bem seu gosto pela natureza, talvez até como uma fuga e uma compensação por sua dificuldade de relacionamento com as pessoas.

Outra hipótese seria que este gosto pela conservação da natureza represente seu desejo de proteger também a sua ‘natureza individual’, tão ameaçada pelas transformações da adolescência.

- Percebe-se, nas três histórias, um certo isolamento, ou melhor, um egocentrismo. Tudo gira em torno do personagem central.

- Há, também, indícios de imaturidade psíquica e de tendência à regressão - um desejo de manter-se criança e ser ainda nova.

- Há anseios de liberdade, descompromissos e gratificações imediatas e contínuas. Essa liberdade porém, não parece ser sinônimo de independência mas pelo contrário, significaria poder ser passiva e manter uma dependência oral incorporativa de fases bem precoces do desenvolvimento. Observemos: a árvore recebe água todos os dias; a casa recebe luz e ar puro do jardim, pela janela aberta que fica em frente; o menino vive com a mãe-natureza e recebe os seus frutos, gratuitamente, quando deseja.

- Nestes três exemplos, há indicações de fantasias simbióticas, que talvez demonstrem como Beatriz está se sentindo amedrontada diante do início de sua adolescência e frente aos novos desprendimentos que deverá enfrentar.

- Nesta situação, ela gostaria talvez de regredir à fase simbiótica, onde suas necessidades eram prontamente satisfeitas, ou então, gostaria de poder parar na infância dos 6/7 anos.

- Por último, pode-se interpretar ainda que Beatriz parece estar vivendo um conflito diante da definição de seu papel e função sexual, já que preferiu projetar-se na figura de um moleque que não apresenta tais conflitos.

- De tudo quanto foi dito nesta análise, pode-se fazer uma síntese, relacionando os mecanismos de defesa mais frequentes, os traços de personalidade mais significativos e as prováveis áreas de conflito que puderam ser detectadas pelo teste.

Destacaram-se, pois, as seguintes defesas:

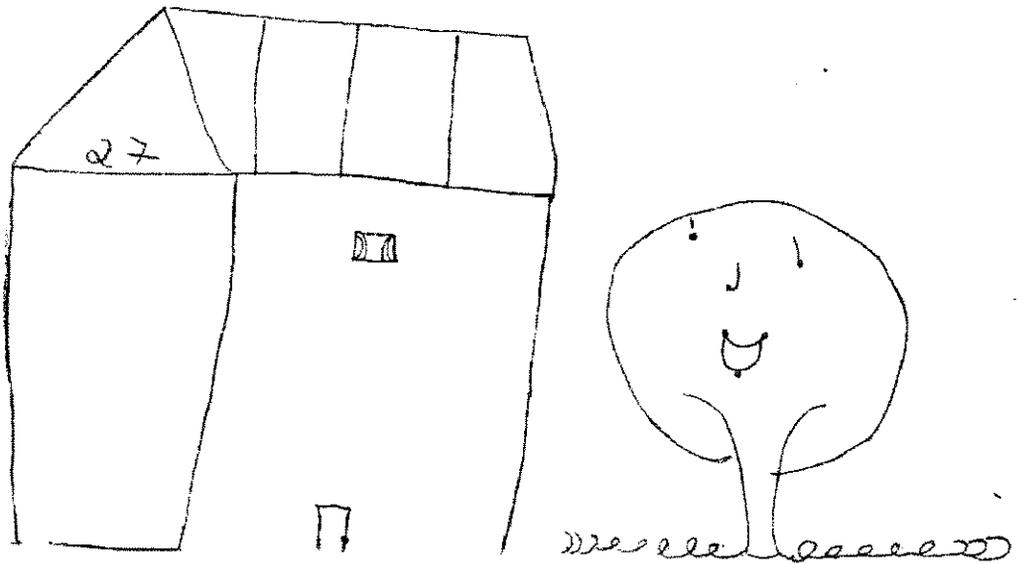
- a identificação projetiva
- a regressão
- a negação
- a inibição
- o deslocamento

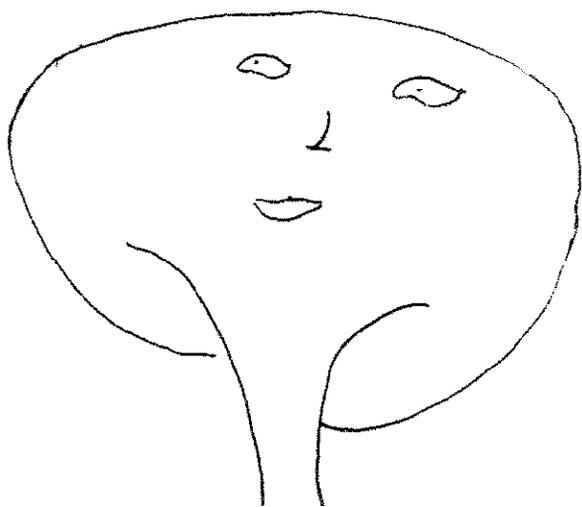
Tais defesas, no entanto, não parecem estar sendo suficientemente eficazes, pois o Ego apresenta-se fragilizado e sem muita resistência para manter o equilíbrio psíquico.

Dentre os traços de personalidade e as zonas de conflito que puderam ser evidenciadas, podemos relacionar os seguintes:

- a) - o nível intelectual rebaixado, voltado mais para o concreto e com limitações na capacidade de simbolizar e compreender;
- b) - o pensamento animista e a tendência a fantasiar;
- c) - a puerilidade e o primitivismo;
- d) - a dependência afetiva e a necessidade de suporte e de afirmação;
- e) - a inadequação e insegurança frente ao ambiente;
- f) - as tendências à depressão;
- g) - o retraimento e o sentimento de inferioridade;

- h) - o receio nas relações afetivas com os outros e as dificuldades de intercâmbio social;
- i) - o narcisismo e o exibicionismo;
- j) - o sentimento de vazio interior;
- k) - a dissimulação de conflitos;
- l) - as tendências orais incorporativas;
- m)- os conflitos na esfera sexual, a saber: o problema da identidade sexual, a desvalorização do próprio sexo, a bissexualidade, a repressão sexual ou inibição da libido.
- n) - as tendências agressivas reprimidas.







10. DÉCIMO CASO - ANAMNESE - Entrevista colhida com a adolescente

IDENTIFICAÇÃO

Nome - RITA
Idade - 13 anos e 2 meses
Escolaridade - 7a. série
Naturalidade - Campineira
Religião - Católica

FILIAÇÃO

Pai - 40 anos, branco, católico, campineiro, gerente de uma fábrica de cerâmica (viaja todos os dias) percebendo oito salários mensais.

Peso - 75 kg

Estatura - 1,75 m

Avaliação da filha - “Corpo normal”.

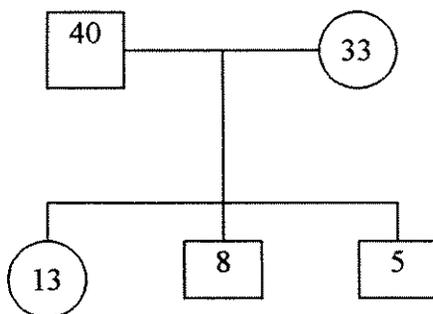
Mãe - 33 anos, branca, campineira, católica, do lar (parecendo irmã da filha)

Peso - 98 kg

Estatura - 170 cm

Avaliação da filha - “Gorda, mas está fazendo regime, com remédio”.

HEREDOGRAMA



RENDA FAMILIAR E NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

A família vive às custas do salário do pai, em torno de oito salários mensais. Pertencem à classe média.

HABITAÇÃO

Moram em casa própria, na periferia. Estão agora reformando, para ampliá-la, pois, só tem 2 quartos. Rita dorme em cama individual, no quarto com os irmãos. Seus pais, no outro quarto, em cama de casal.

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Peso - 68,300 kg

Estatura - 1,60 m

Obs.: Menarca aos 12 anos e 4 meses. Tem ligeiras cólicas, não é muito regulada e o fluxo dura de 4 a 5 dias. Recebeu bem.

Aspecto físico: gordinha e bonita. Parece ter mais gordura no estômago, barriga e coxas. Usa calças Jeans, com camiseta dentro da calça e cinto. Tem um rosto bonito, tez corada, cabelos lisos, brilhantes e longos, olhos vivos. É sorridente e simpática.

IMC = 27 Kg/m² ou seja, obesidade leve

Peso ideal-médio : 54 kg (de 50 a 58 kg)

HISTÓRIA

QUEIXA PRINCIPAL

Veio porque quer emagrecer. Faz tratamento contra febre reumática, desde os 8 ou 10 anos (não lembra bem) e toma Benzetacil de 21 em 21 dias, há mais ou menos cinco anos. Sofre também de asma, no inverno.

INÍCIO E DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE - Fatores Relacionados

Refere não saber o peso que tinha ao nascer, mas acha que era gordinha. Durante a infância, também, acha que sempre foi gordinha e diz que vê isso pelas fotos. Começou, porém, a notar, e então se preocupar, o ano passado, quando estava na sexta série: os colegas e os irmãos e chamam de 'gorda'.

Nega relação com o tratamento da febre reumática. Atribui sua gordura mais ao fato de não estar sabendo controlar-se na ingestão de doces e refrigerantes.

SAÚDE ATUAL

Quando tem crise de asma precisa fazer inalação.

Afirma ser briguenta: “Brigo com meu irmão, berro com ele. Brigo também muito, com os meus pais”, relata e, acrescenta, que reclama muito por ser gorda.

ROTINA DIÁRIA - Hábitos Alimentares e de Vida

Atividade Física:

Anda todos os dias 20 ou 30 minutos, faz educação física duas vezes por semana e joga vôlei na rua.

Diz que vai começar ginástica no clube. Dorme 8 horas por dia.

O funcionamento intestinal é normal.

Faz 3 ou 4 refeições por dia.

- De manhã, café com leite, pão com manteiga.

- No almoço, come bem e na escola não come nada, mas, quando volta para casa, antes do jantar, lambisca muito, comendo bolachas, frutas e muito pão. Isso, lá pelas 18 horas.

- Às vezes janta, às vezes não.

Geralmente é sua mãe quem prepara as refeições, mas ela também sabe lidar na cozinha: faz bolos, pães, etc., porém, quando está de regime, não come o que faz. Prefere comer um sanduíche.

Seus hábitos alimentares são, portanto, caracterizados por ingestão excessiva, omissões e substituições inadequadas.

Questionada sobre o que sente antes das refeições, responde que na volta da escola, por exemplo, sente dor de cabeça e fraqueza. Às vezes, come por desejo de comer e

não por fome. Refere que quando exagera, sente-se culpada por não estar sabendo se controlar. Diz que não pode ingerir coisas extravagantes, pois lhe atacam o fígado, como por exemplo, linguiça e peixe. Os adoçantes, também lhe causam esse efeito.

Não gosta de feijão nem nada de nada que contenha gelatina. Toma sal de frutas ou 'Engove' quando ingere alimentos pesados.

Suas preferências são por doces, chocolates, sorvetes, sanduiches, bolachas, salgadinhos, massas, batata frita, frutas e refrigerantes (corrige, em seguida, dizendo que nem gosta muito de refrigerante mas toma por 'vício').

REGIME ATUAL

De manhã: Um copo de café com leite, meio pãozinho com um pouco de margarina ou maionese (açúcar, só no café).

No almoço: Duas colheres (das de sopa) de arroz, bife ou carne de panela, tomate, verdura, legumes e suco sem açúcar.

À tarde: Meio copo de leite com café e meio pãozinho.

O jantar é igual ao almoço e não toma nada antes de dormir.

Obs.: Diz que é muito difícil de seguir esse regime porque chega esfomeada da escola.

AUTO-IMAGEM

Descreve-se como pessoa que tem bastante amigos, que conversa com todo mundo e que é comunicativa na escola. Agora, em casa, é diferente porque briga com os irmãos.

Fisicamente, acha-se parecida “um pouco com a mãe e um pouco com o pai” e esclarece: “do meu pai puxei os ombros largos e as sobrancelhas”.

No temperamento, diz que é um pouco nervosa, como a mãe, mas, nas brigas, age como o pai, isto é, não guarda raiva: “logo depois da briga já vou conversar e fico fazendo palhaçada”, explica.

Questionada se, às vezes, se acha diferente, responde que sim, ‘que acha que está engordando’. Depois, ao explicar-lhe melhor a pergunta, concorda que também está mudando seu modo de ver a vida.

Se pudesse mudar alguma coisa em si, iria tentar ser mais delicada e... “emagrecer, principalmente na barriga e na coxa, que é muito grossa” (sic). Diz ainda que, tirando a gordura, está contente consigo mesma, e gosta de seu rosto e de seus cabelos.

Questionada sobre o que seus amigos acham dela, comenta:

“Todo mundo me diz que eu sou legal. Agora, não sei se é verdade”.

Conta que em casa há um espelho grande: “sempre que passo em frente, dou uma espiada, ou quando ponho uma roupa também vou olhar como ficou, mas não sou como minha prima que a toda hora está na frente do espelho!” conclui criticamente.

Quando lhe perguntamos o que significa para ela ser gorda, responde que não tem significado.

Depois esclarece que não quer ficar gorda, como alguns parentes que tem, não porque ache feio, mas porque é diferente (sic) e conclui: “Não se pode usar roupas da moda e, além disso, sendo gorda não arranjo namorado”.

AVALIAÇÃO DESSA AUTO-IMAGEM

Rita demonstra gostar de si própria. Está um pouco frustrada com seu corpo e sua falta de auto-controle, mas parece ter tendências ascéticas e mania de perfeição. Consegue porém enxergar suas qualidades. Pela maneira como se arruma e se cuida, demonstra valorização de seu Ego e uma boa auto-estima.

AUTO-AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE

Acha-se alegre, tímida, dependente dos pais, mais ou menos animada, mandona com os irmãos, um pouco nervosa, segura e impressionável. Para explicar este último traço, conclui: “Não posso ver filme de guerra e de gente morrendo!”.

AMIZADES

Tem vários amigos, mas não lhes dá muito valor: “São todos palhaços, só falam abobrinha” opina. São, em geral, um pouco mais velhos que ela, - de 14 anos para cima - e estão espalhados em diferentes bairros, pois sua família mudou-se várias vezes de casa.

VIDA ESCOLAR

Diz que se sente bem na escola, mas que, às vezes, têm desânimo nas segundas e sextas-feiras (parece que, segundo a lei da inércia, não gosta de começar, mas depois não quer parar...).

Seu aproveitamento é bom, nunca repetiu ano. A matéria mais difícil para ela é a Matemática, mas prefere estudar sozinha.

Faz três aulas de Educação Física por semana e - dado importante - não come nada no período escolar!

TRABALHO

Nunca trabalhou, ganha mesada da mãe. Compra alguma coisa para si mesma, roupas, camisetas, etc. Relata que no mês passado ajudou a pagar a bola de vôlei que ‘ganhou’ da mãe.

RELAÇÕES FAMILIARES

Gostaria que, na família, as pessoas fossem diferentes. Os pais brigam muito entre si, relata, porque a mãe tem muita desconfiança e ciúmes do marido. Rita se dá bem com eles, mas tem dificuldades com o irmão de 8 anos: “Ele é muito pentelho! Fica provocando!” (sic)

Pergunto-lhe se tem alguém que bebe na família: “Sim, o avô, mas... já morreu”.

O pai a deixa sair, ir à domingueira no clube e também deixou-a visitar o Playcenter, uma vez. A mãe não gosta que saia, mas... “eu sempre acabo indo onde quero!” (sic)

Questionada sobre se considera alguém responsável por seu problema, nega, dizendo que é ela mesma que não se controla.

Diz que a família colabora mais ou menos com sua dieta, mas não lhe é feita comida especial. E explica: “Em casa, fazem doce porque os outros não precisam fazer regime, mas sou sempre avisada antes: ‘você não deve comer tal coisa!’ me falam”.

SEXUALIDADE

Conta que começou a ter pêlos pubianos com 11 anos, menarca aos 12 anos e diz ter gostado das mudanças.

Nega jogos sexuais na infância, confirma que já sentiu prazer no corpo, mas nega práticas masturbatórias.

Nunca namorou nem trocou carícias com o sexo oposto.

Sobre a relação sexual, diz: “Isso agora é normal, mas acho que se tem que conhecer bem o cara, ter bastante amor e só de 18 anos para cima”.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Obesidade Mãe, 3 primos, 3 tios (sendo um paterno e duas maternas)
Diabetes Avó paterna, bisavó materna.
Hipertensão Pai
Alcoolismo Avô paterno (suicidou-se há dois anos)

MOTIVAÇÃO TERAPÊUTICA

Refere que gostaria de emagrecer para ficar mais bonita e para que a roupa ‘caia melhor’. Gostaria de pesar, no máximo, 50 kg, diz, demonstrando com isso não ter boa noção sobre o peso ideal para sua estatura e sua estrutura óssea (50 kg seria o peso mínimo).

Acha que o mais difícil vai ser perder peso e não o manter-se magra. Refere que já perdeu até a conta de quantas vezes fez regime. Começa e pára. O último durou só um mês, relata. Perdeu dois kg, mas voltou a engordar em três meses. Conta que o máximo que agüenta é uma semana. Não costuma tomar remédio para tirar a fome.

Comenta ainda que quando está de regime, fica alegre ao perceber que está perdendo peso, mas, nos fins de semana, quando vai passear com as primas, esquece tudo e não segue mais as prescrições.

Profissionalmente, diz que gostaria de ser veterinária no futuro.

PRIMEIRAS IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA

Contra-transferencialmente, senti interesse por Rita e pelo lirismo de sua história, por vezes tragicômica. Ela é uma pessoa vivaz, com aparência de bem esperta e inteligente. É bonita e não aparenta ser obesa.

Cansou-se um pouco da entrevista, mas era espontânea e ficou à vontade, a maior parte do tempo... (uma observação a se fazer é que quando se apresentou junto com sua mãe, pareciam, a meu ver, duas irmãs).

10.1. TESTE PROJETIVO DA “CASA, ÁRVORE E PESSOA” (HTP)

DADOS DA APLICAÇÃO - Observações da Entrevistadora

Após a entrevista de anamnese - que durara cerca de uma hora - apliquei-lhe o teste HTP, optando por sua forma simplificada, isto é, com apenas uma árvore e uma figura humana para não prolongar demasiado o exame.

Rita já mostrava sinais de cansaço, como acima referido, mas aceitou bem a prova porque disse que gostava de desenhar.

Na execução da casa e da árvore, quase não usou a borracha e desenhou-as rapidamente. Já no esboço da pessoa, demonstrou insatisfação com o que ia produzindo. Dizia que estava feio ou que a moça estava gorda e refez, por diversas vezes, o corpo, a cabeça, os braços e os pés.

Ao terminar, respondeu a uma pequena enquete sobre cada figura do papel.

10.1.1. RELATÓRIO DA ANÁLISE

ANÁLISE INTERPRETATIVA - I

- O que primeiro nos chama a atenção no aspecto geral dos três desenhos é a pressão crescente dos traçados, que partem de uma tonalidade cinza claro (na casa), chegando a uma cor quase negra (na figura humana).

Realmente, segundo HAMMER, é esperado que haja uma progressão gradual da dificuldade psicológica dos testandos em efetuar os desenhos, na medida em que eles vão deixando de ser mais ou menos neutros e passam a provocar associações mais conscientes com a auto-imagem. Assim, sentimentos proibidos e aspectos mais inconscientes da personalidade, são, em geral, projetados, com menos ameaça para o sujeito, nas figuras da casa e da árvore do que na da figura humana (cf. HAMMER, 1981, p. 122).

Ora, nos desenhos de Rita, nota-se nitidamente essa progressão de ansiedade, num grau da evidência, o que nos fez concluir por um indicativo de falha nas defesas egóicas.

Frente à conscientização de seus conflitos, Rita parece apelar principalmente para os mecanismos de defesa da Regressão (pela acentuação crescente da pressão referida) e da Anulação (pelo apagar, borrar, sujar e riscar a figura humana, bem como pelo hachureio na árvore (cf. PICCOLO, 1981; HAMMER, 1981 e CAMPOS, 1975).

- A anulação teria o intuito de reforçar a dissociação, para evitar a reintrojeção de seus aspectos maus e destrutivos, projetados no exterior. Visaria, ainda, segundo a citada autora, PICCOLO, reparar o objeto danificado.

- Quanto à localização dos desenhos na folha, pode-se observar também uma progressão que vai da metade superior esquerda para o centro da metade inferior.

Este dado permite levantar a hipótese de que diante de seus conflitos internos, Rita procura orientar-se para o concreto (objetivismo) e fixar-se no real (pés no chão) para não se perder em fantasias como é sua tendência (cf. LOURENÇÃO VAN KOLCH, 1968; HAMMER, 1981).

- Pode-se interpretar, também, que esta tendência descendente dos desenhos, revela certa inclinação para a depressão.

- A pressão, ao desenhar, sugere agressividade, tensão interna e necessidade de reassegurar-se na realidade. No entanto, o tamanho das figuras, sua posição ereta, a firmeza do traçado, a busca de centralização, mostram que há uma predominância dos recursos adaptativos do Ego, indicando que Rita tende a ser pessoa auto-dirigida, auto-centrada, decidida, com bom nível de ajustamento, de inteligência e de energia vital (cf. LOURENÇÃO VAN KOLCH, 1968; HAMMER, 1981).

- O uso frequente da borracha no desenho da figura humana, além de denunciar a utilização do mecanismo de defesa da anulação, sugere, ainda, conflitos em relação a auto-imagem e uma insatisfação consigo mesma.

- Estas rasuras falam a favor de conflitos mais conscientes e periféricos. Representam o desejo de tornar perfeito o desenho.

- São, por outro lado, sinais de analidade ou de uma organização anal de caráter que se caracteriza por agressividade, ambivalência, oposição, obstinação, perfeccionismo, etc. (cf. PICCOLO, 1981; HAMMER, 1981 e CAMPOS, 1975).

ANÁLISE INTERPRETATIVA - II

Interpretando agora cada figura separadamente e comparando-as naquilo que têm em comum e em seus significados simbólicos, podemos acrescentar os seguintes dados:

- Rita parece revelar conflitos na área da fantasia, os quais podem ser evidenciados pela observação das características do telhado, da copa e da cabeça - regiões que se equivalem simbolicamente. Assim, pode-se suspeitar que a examinanda perturba-se com fantasias confusas de caráter sexual.

- A conformação do telhado, com ponta descendente que avança sobre as paredes, pode ser interpretada como simbolismo sexual - sinônimo de forte sexualidade - contudo, esse detalhe pode ser, também, um sinal de que as fantasias ultrapassam, às vezes, seus limites de contenção, 'derramando-se' na vida real.

- As paredes, firmes e retas, no entanto, bem como seu equivalente simbólico, o tronco da árvore (também ereto, sólido e firme), apontam para um Ego forte e uma personalidade em equilíbrio e com recursos para se defender das angústias (cf. PICCOLO, 1981; HAMMER, 1981 e CAMPOS, 1975).

- A porta, relativamente pequena e fechada, sugere dificuldades no relacionamento interpessoal - ou uma certa precaução frente ao ambiente - o que coincide com o significado simbólico dos braços juntos ao corpo, com as mãos para trás, na figura humana.

- Entretanto, pela representação das janelas como também dos galhos e do rosto, pode-se inferir que Rita deseja comunicar-se com o meio, mas tende a agir no mesmo de forma controlada, espreitando-o primeiro a certa distância.

- A janelinha, meio escondida na frente da casa e as cortinas semi-abertas, podem estar revelando tendência "voyeurista", curiosidade em observar sem ser vista, ou ainda ocultação ou dissimulação de conflitos.

- A representação do carro, encaixado no interior da casa como se estivesse numa vitrine, sem espaço para se movimentar, pode estar simbolizando, a nosso ver, a necessidade e o desejo de locomoção, autonomia e liberdade, apesar de haver, no momento atual, dificuldades e impedimentos - tanto internos como externos - para a conquista destes objetivos.

Por outro lado, este detalhe parece revelar uma tendência ao exibicionismo e uma necessidade de demonstrar certo status (poder econômico e posição social).

Simbolicamente, este carro, incorporado à casa, pode estar representando, também, as riquezas e os recursos internos que Rita possui e deseja expor aos outros.

- Observando-se, especificamente, o desenho da árvore como um todo, tem-se a impressão de uma certa contenção, uma dissociação entre o tronco, que parece possante, rijo e forte, com a copa, que não se expande e está pouco delimitada.

Ora, isto parece ser um indicativo de que a examinanda tem muita energia e força interior, mas se mostra temerosa ou inibida para locomover-se e expandir-se no ambiente.

- O fato de o tronco ser tão longo, em desproporção com a copa, indica que há um predomínio da vida instintiva - o estar apoiado à margem do papel, é um sinal de imaturidade afetiva ou de regressão.

- Riscar a superfície do tronco com linhas retas e serrilhadas, como fez Rita, tem sido interpretado como traço de suscetibilidade, impressionabilidade ou, como sinal de agressividade (cf. HAMMER, 1981 e CAMPOS, 1975).

- Ainda em relação à copa, o fato de ser um pouco achatada na parte superior, apresentando, porém, uma ligeira saliência no topo (como se fosse um topete), pode estar representando que a testanda sofre pressões do ambiente para ser obediente e disciplinar-se, mas que não cede facilmente, sendo rebelde e atrevida ou, em outras palavras, tendo realmente 'um topete'.

- Desenhar a copa estilizada, como fez Rita, revela certo artificialismo e sofisticação, denotando influência da disciplina e educação.

- O hachureado, sombreado estruturado e estilizado, é ainda, um sinal de racionalização, para reduzir o choque em relação a uma área particular de conflito, no caso, a inter-relação social e o contato com o ambiente (cf. HAMMER, 1981 e CAMPOS, 1975).

- Segundo HAMMER, a estrutura e a direção dos galhos neste desenho, falam a favor de uma personalidade mais afetiva do que intelectual, impulsiva, ativa e entusiasmada.

- Pela representação de dois brotos, pode-se depreender, facilmente, que há grande força de vida e capacidade de renovação e 'renascimento' frente aos lutos e perdas que acompanham o crescimento.

- No desenho da figura humana, vê-se, de início, que Rita identifica-se com seu próprio sexo; contudo, demonstra uma preocupação exagerada com o aspecto externo de seu corpo, principalmente com a silhueta. Fica evidente seu descontentamento com a gordura, ao apagar o esboço, diversas vezes, para adelgá-lo.

- Ao desenhar o rosto da pessoa, Rita só lhe fez o contorno, deixando-o vazio até terminar o resto da figura. Só então, é que completou com olhos, nariz e boca.

Este fato pode ser interpretado como indício de dificuldades na interação social e na comunicação com os outros.

- No desenho da boca côncava, com a língua para fora, está embutida certa agressividade oral. LOURENÇÃO VAN KOLCH (1968) assinala que este tipo de expressão gráfica pode ser interpretado como caçoadada ao examinador ou à situação ansiógena do teste e afirma que, entre adolescentes, isto costuma ser frequente.

Tal detalhe sugere ainda que existe uma auto-depreciação; não assumida, que é projetada no outro. E pode ser também um gesto brincalhão usado para desviar a atenção alheia de algo que se deseja ocultar em si, por sentir-se constrangida.

- Os olhos arregalados e com a presença das pestanas, revelam: narcisismo, exibicionismo, erotismo visual com certo controle, hostilidade ou ainda, sentimentos paranóides (cf. LEVY, 1981; CAMPOS, 1975).

- Na representação do tronco, nossa examinanda parece ter projetado seu ideal de Ego, pois desenhou o corpo que gostaria de ter, conforme se expressou. A acentuação das formas femininas arredondadas sob um vestido justo, porém fechado, demonstra bom nível de desenvolvimento físico e aceitação do próprio sexo. Sugere, contudo, um certo exibicionismo contido, uma forma de sensualidade (mostrar e ocultar ao mesmo tempo), um impulso e um temor em expor o corpo, que pode estar traduzindo o pudor e recato frente ao mesmo e a pouca afinidade ainda com seus recém-adquiridos atributos femininos.

- Focalizando-se agora as pernas, pode-se perceber que se encontram um pouco fora do eixo do corpo e que estão muito unidas, sendo que um dos pés está sobreposto ao outro, deixando esta superposição transparente.

Tais detalhes são sugestivos de problemas na área sexual ou de preocupação com o controle da sexualidade-genitalidade.

Por outro lado, sugerem também certa imobilidade, dificuldade de locomoção e falta de espontaneidade no ambiente. O fato de ter apagado os pés, deixando-os com transparência e ter verbalizado que não sabia fazer os 'sapatinhos' (sic), pode ser interpretado ainda como sinais de imaturidade, problemas de afirmação social, conflitos com relação à independência/responsabilidade, à segurança e à agressividade, aspectos estes relacionados ao simbolismo dos pés, conforme nos ensinam MACHOVER e LEVY (op cit).

ANÁLISE INTERPRETATIVA - III

Completando a análise do teste, vamos acrescentar um comentário das associações feitas por Rita, no inquérito.

No desenho da casa, por exemplo, afirmou que pertencia a um jovem rapaz, campeão de vôlei e ídolo das garotas. Disse que ele morava lá com os pais, mas que se a casa fosse dela, escolheria o quarto da frente para ficar observando o movimento da rua.

- Por tais associações, vê-se que a examinanda valoriza o status social, o sucesso profissional, a boa aparência física, o corpo atlético, a atividade e o temperamento esportivos - qualidades estas projetadas no rapaz 'que mora na casa'.

- No entanto, mostra ela, também, que se encontra num momento de expectativa de mudanças, necessitando recolher-se em seu mundo interno, como uma forma de conter tais transformações ("movimentos") que lhe parecem vir de fora, isto é, do mundo externo.

- Se compararmos estas associações com a imagem gráfica do carro imobilizado no interior da casa, podemos seguir na mesma linha interpretativa: existe uma necessidade momentânea de recolhimento, mas é preciso assegurar-se que não falte o meio de transporte para facilitar a caminhada até a vida adulta.

No inquérito sobre a árvore, Rita fez associações que revelam fantasias ameaçadoras, embora inconscientes. Disse que a árvore está numa praça e que existem outras árvores por perto, que tem três anos e vai viver, aproximadamente, mais 10 anos. Depois, morrerá seca, atingida por um raio. A árvore tem brotos, mas não dá frutos e, se fosse uma pessoa, seria um homem.

- Pode-se perceber, neste relato, fantasias de morte e castração, bem como temores e rejeição da função materna.

- A árvore pode estar representando a própria examinanda, que está vivenciando a adolescência com muita angústia, frente às perdas que a acompanham. Note-se que Rita lhe prevê uma morte trágica aos 13 anos de vida, que coincidentemente é a sua idade atual.

- Além disso, 'a árvore é do sexo masculino, não dá frutos e vai morrer seca'. Podemos ver aqui expressões claras de fantasias paranóicas de destruição e castração, que provavelmente se relacionam com os lutos da adolescência (temores frente às mudanças corporais, à definição sexual, ao crescimento, a maternidade), e também com a culpa por seus sentimentos hostis e destrutivos em relação ao objeto.

Nas verbalizações sobre a pessoa, Rita mostra ser contraditória, pois diz que a moça que desenhou é modelo profissional e bonita, mas... "é meio boba ainda e, credo, ficou feia" (sic). Diz também que "é educada, mas fica mostrando a língua: é alegre, mas parece estar brava; gosta de viajar, mas está paradona".

- Podemos entender este relato como expressões da contradição em que vive nossa testanda, ao manter juntos aspectos seus totalmente opostos.

Ela demonstra também ter resquícios narcisistas: sonha em ser elegante, atraente, estar em evidência e fazer sucesso. Mostra, contudo, que ainda conserva e cultiva um lado infantil egocêntrico e descompromissado com a vida, sentindo-se um pouco imatura para assumir responsabilidades.

Em suma, apresenta traços típicos da adolescência.

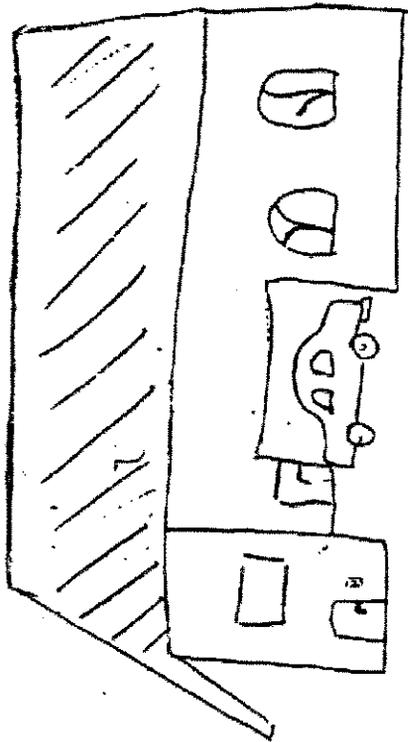
Para sintetizar os diversos aspectos discutidos nesta análise, reunimos os que foram mais frequentes e significativos; assim, dentre os mecanismos de defesa que predominaram, destacamos:

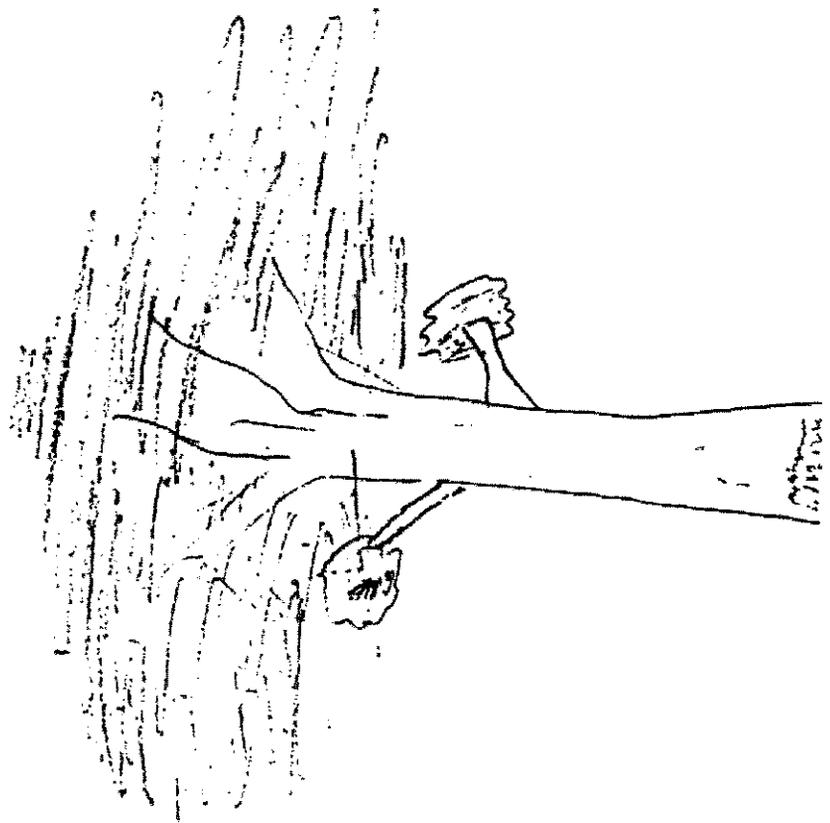
- a regressão
- a anulação
- a dissociação
- a inibição
- a racionalização
- a formação reativa.

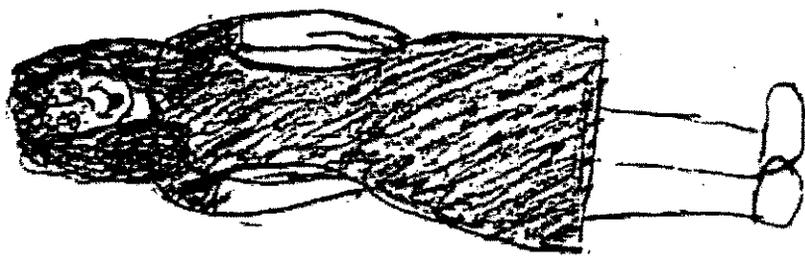
Tais defesas parecem estar cumprindo o seu papel pois o Ego mantém-se estruturado e integrado, com recursos adaptativos.

Dentre os traços de personalidade e as prováveis áreas de conflito, destacamos.

- a) - o bom nível de inteligência e energia vital;
- b) - as fixações anais com seus traços de ambivalência, obstinação, perfeccionismo, oposição, teimosia e agressividade;
- c) - a tendência à depressão;
- d) - a tensão interna;
- e) - os desejos contraditórios de autonomia e de dependência;
- f) - os aspectos narcisistas e egocêntricos;
- g) - o exibicionismo e a tendência “voyeurista”;
- h) - a dissimulação de conflitos;
- i) - os sentimentos paranóides;
- j) - os conflitos em relação à auto-imagem, isto é: a insatisfação consigo mesma, a preocupação exagerada com a silhueta e o descontentamento com a gordura do corpo.
- k) - as dificuldades na interação social e nos contatos interpessoais;
- l) - a necessidade de reassegurar-se na realidade;
- m) - a preocupação com o controle das fantasias de caráter sexual;
- n) - a capacidade para reagir às pressões do ambiente;
- o) - a força de vida e de renovação;
- q) - a agressividade oral e a impulsividade;
- r) - a identificação com o próprio sexo, associada a um temor e rejeição à maternidade.







11. SÍNTESE DOS RESULTADOS

Com a finalidade de facilitar a visualização e o acesso aos dados, apresentamos, neste tópico, alguns quadros sinóticos.

11.1. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E DA HISTÓRIA DE VIDA RELACIONADOS À OBESIDADE

Adolescente		Situação de Vida - Dados da História
Nome	Idade	
1) Maria: 16,3 anos Obesidade Grave		Perdeu o Pai aos 8 anos. Parou de estudar na 5a. série. Trabalha de doméstica em 2 casas. Mora com a avó implicante. Dormem todas (5 pessoas) no mesmo cômodo. Não tem privacidade. Quer um espaço só seu. Família é muito crítica. Relação ambivalente com a mãe. Baixa auto-estima. Gosta de chorar e assustar as pessoas. É cínica.
2) Rosa: 12,4 anos Obesidade Moderada		Filha temporona, pais idosos e consanguíneos. Família simbiótica [mudaram-se todos para Goiás porque o avô comprou terra lá. Não deu certo, voltaram para Campinas e moram com a irmã de Rosa (casada)]. Dorme no quarto dos pais. É muito nervosa, grita e perde o fôlego.
3) Emília: 12,4 anos Obesidade Moderada		Família numerosa (16a. filha - caçula). Todos querem mandar nela. Irmão alcóolatra. Pai ausente (guarda-noturno), não dorme com a mãe. É nervosa, chora de raiva. Come compulsivamente. Tem crises de bulimia. Briga com o irmão de 16 anos. Teme que os pais morram.
4) Laurita: 11 anos Obesidade Moderada		Filha caçula (prole de 4). É muito dependente da mãe (figura dominante e controladora). Tem relação indiferenciada com a mãe. Não sente o próprio corpo como inteiramente seu. Pais brigam entre si. Todos em casa têm excesso de peso, menos a mãe.
5) Dirce: 13a11m Obesidade Leve		Filha única da 2a. união dos pais. Tem 4 meio-irmãos. Dos 6 aos 10 anos foi bem gorda. Emagreceu com o estirão do crescimento. Mudou 3 vezes de Cidade (1 vez de Estado). Engordou 17 kg em 7 meses desde que veio para Campinas. Pai obeso, diabético, hipertenso, aposentado e bebe muito. Pais brigam e discutem. Dirce somatiza: tem bronquite, rinite, obesidade e, quando passa nervoso, ansiedade ou tristeza, aparecem manchas roxas pelo corpo.
6) Amália: 14 anos Obesidade Moderada		Primogênita. Descendente de italianos por parte da mãe. Costume de comer muita massa. Mora com a avó materna de 2ª. a 6ª. feira (família mudou-se para a periferia). Ligação simbiótica com a Mãe (também obesa). É extremada - tipo 8 ou 80 - ou come demais ou não come nada. Quando faz regime fica doente. Quase não tem amigos fora da família. Sofre muito com o estigma da obesidade.
7) Judite: 21,2 anos Obesidade Moderada		Primogênita (prole de 3). Única mulher. Universitária, trabalha para pagar os estudos. Relação ambivalente com a mãe, figura idealizada, mas invejada e ameaçadora. É dependente dela. Tem ciúmes do irmão, sente-se rejeitada pela mãe. Relação conflitiva com a chefe no trabalho (transferência). Pai é mestre-cuca, obeso, um pouco submisso à esposa. Judite come por ansiedade. Tem poucos amigos, é imatura psicosssexualmente.
8) Júlia: 19,5 anos Obesidade Moderada		Segunda filha (prole de 6) 1a. mulher. Doméstica-cozinheira. Parou de estudar. Mora no emprego de 2a. a 6a. feira. Sente falta de casa, pai levemente obeso, bebe muita cerveja. É motorista. Mãe, do lar, é amiga de Júlia. Família dá-se bem. Júlia come quando nervosa, com raiva e solidão e para passar a azia que tem de tanto tomar café. Diz ser triste por dentro e não demonstrar externamente. Terminou um namoro e desentendeu-se com a amiga. Está arrependida.

9) Beatriz: 10a11m Obesidade Moderada	Primogênita (prole de 3). Pai tem mercearia e é gordo. Mãe nervosa, tem loja de roupas. Nasceu prematura, magra e pequena. Operou da hérnia aos dois meses - depois disso, cresceu e engordou muito. Come demais, principalmente quando está nervosa e ansiosa. Desde os 4 anos sofre discriminações por ser gorda mas não deixou de brincar e fazer esportes (bicicleta e jazz). Teve hepatite com 9 anos, engordou mais. Briga com o irmão de 7 anos. Vai bem na escola, mas fica nervosa nas provas.
10) Rita: 13,2 anos Obesidade Leve	Primogênita (prole de 3 - única mulher). Teve febre reumática aos 9 anos. Faz tratamento até hoje. Tem asma no inverno. Mudou muitas vezes de residência e de bairro. Mãe obesa, faz regime com remédio, briga com o marido por ciúmes. Pai tem temperamento pacífico. Rita briga com os irmãos e com os pais, mas não guarda ressentimento. É vaidosa, perfeccionista, perdeu as contas de quantas vezes começou a fazer regime e não foi adiante. Come demais na volta da escola, antes do jantar (compulsivamente).

11.2. TABULAÇÃO DE ALGUNS DADOS

a) Caracterização dos sujeitos

Faixa etária:	10-14 anos (7 casos); 15-19 anos (2 casos); 20-24 anos (1 caso)
Local de nascimento:	Campinas (4 casos); Estado de SP (4 casos); Outros Estados (2 casos)
Tempo que mora em Cps:	Sempre (3 casos); 0-1 ano (1 caso); 1-5 anos (2 casos)
Mora com:	Família (6 casos); Outros parentes (3 casos); No emprego (1 caso)
Nível escolaridade:	1ª - 4ª série (1 caso); 5ª - 8ª série (8 casos); 3º grau (1 caso)
Renda "per capita" (6 famílias)	Variou de 0,8 a 2,4 salários-mínimos (média: 1,5 e mediana: 1,4 salários-mínimos)
Tamanho da família:	3 membros (1 caso); 4 a 5 (5 casos); mais de 5 membros (2 casos)
Posição no nascimento:	Primogênitas (5 casos); 1ª mulher (2 casos); caçula (3 casos)
Estado civil dos pais:	Casados (8 casos); Viúvos (1 caso); Amasiados (1 caso)

b) Grau de obesidade segundo índice de massa corpórea

Tipo	Nº de casos
Leve(20% acima) IMC>25<30 kg/m ²	2
Moderada(até 40%) IMC>30<40 kg/m ²	7
Grave(+ de 40%) IMC>40 kg/m ²	1
Total	10

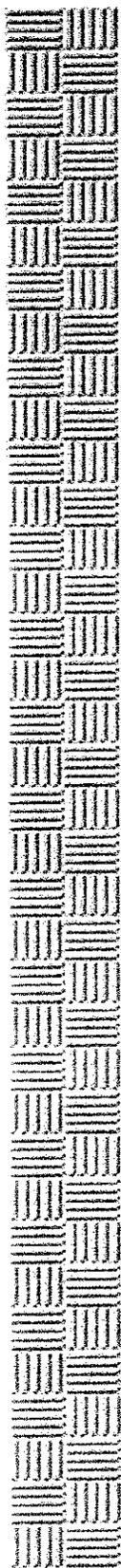
c) Possíveis fatores associados à obesidade

Tipo de vida	Sedentária (5 casos); Semi-sedentária (3 casos); Ativa (2 casos)
Distorção do esquema corporal	Menos gorda (3 casos); Mais gorda (1 caso) S/ distorção (6 casos)
Auto imagem	Negativa (7 casos); Positiva (3 casos)
Experiência de namoro	Nunca namorou (9 casos); Já namorou (1 caso)

d) Outros achados clínicos

Sintomas	Nº de casos
Dist. gastrintestinais	3
Intertrigo	2
Problemas respiratórios	2
Pé chato	2
Corrimento vaginal	1
Pressão alta	1
Dor nas pernas	1

Obs: Alguns tinham mais de uma queixa



Capítulo VIII
DISCUSSÃO E SÍNTESE FINAL

Neste capítulo vamos relatar algumas características que nos chamaram a atenção nestes 10 casos clínicos, procurando compreendê-las e discuti-las com base no estudo teórico efetuado e em nossas próprias reflexões pessoais.

Pudemos comprovar nos casos estudados que, de fato, existem muitas diferenças individuais entre as garotas obesas. Elas não constituem um grupo homogêneo com relação a muitos aspectos. No entanto, constatamos algumas características comuns entre elas que também coincidem com as relatadas na literatura sobre o assunto.

Uma destas características foi a atitude passiva que pudemos observar em quase todas as garotas entrevistadas. Notamos que apesar de estarem todas descontentes com a obesidade e muitas delas sofrendo já das trágicas consequências desta condição, a maioria mantinha uma expectativa de solução quase que mágica e sem sacrifício, não encarando o problema como algo pessoal e próprio.

As 10 entrevistadas já haviam tido experiências de regime anterior sem grande sucesso e, com exceção de uma, ninguém foi capaz de dizer precisamente quantos quilos emagreceu no último regime. Lembravam-se, isto sim, do sofrimento que haviam passado com a dieta, das sensações de fraqueza ou tontura e seu fracasso em seguir adiante, recuperando rapidamente os poucos quilos perdidos.

A única exceção foi de uma adolescente tardia, de 21 anos, que sabia dizer exatamente quantos quilos perdera em seu último regime.

Contudo verificamos que, neste caso, mais do que um interesse pessoal da adolescente pelo emagrecimento, havia um rígido controle de sua mãe em fazê-la cumprir as prescrições do médico e em avaliar sistematicamente seus progressos na redução ponderal para justificar todo investimento, em tempo e dinheiro, que fizera para o tratamento da filha. Vimos portanto, que essa exceção confirma a regra.

Pensamos que tal atitude passiva, às vezes até conformista e dependente - que leva estas garotas a não assumirem a obesidade como algo que as afeta, primária e diretamente, seja, em parte, uma negação do problema, mas também, o reflexo de uma história de condicionamento, iniciada provavelmente, numa época remota de suas infâncias.

Como vimos com WINNICOTT (1945), BRUCH (1973), MAHLER (1975) e BÉKEI (1984), os distúrbios alimentares podem ser uma resposta do bebê às atitudes inadequadas de sua mãe que, por falta de empatia não corresponde às suas necessidades outras que não a de aplacar a fome oferecendo-lhe sempre alimento quando ele mostra qualquer sinal de desconforto.

Vimos que esse tipo de mãe colabora para que o bebê não aprenda a discriminar entre diferentes estados e sensações internas, bem como entre estes estados e estímulos que provém do meio externo. Desse modo ele também não aprende a discriminar entre as sensações de fome e de saciedade e acaba submetendo-se ao controle materno comendo, muitas vezes sem fome e além do ponto de saciedade fisiológica.

No dizer de WINNICOTTI, o bebê adquire um “falso self” submisso e complacente. As consequências disso são várias. A nível psicológico, tal criança terá provavelmente sérias dificuldades no processo de separação - individuação, na delimitação Ego/não Ego, na formação da identidade e da Imagem Corporal e no uso do pensamento simbólico.

A nível do corpo pode mostrar uma predisposição a enfermidades psicossomáticas, particularmente à obesidade ou à anorexia nervosa.

Vimos também que não é apenas o ambiente ou a mãe que contribui para que essa atitude passiva e submissa se instale. A própria criança pode ter aspectos constitucionais e de temperamento que a fazem desistir mais depressa de seus protestos às intrusões, quer da mãe inadequada, ansiosa e superproterora, quer de um ambiente nocivo e pouco acolhedor.

Nos casos aqui descritos, encontramos diversos exemplos dessas composições onde mãe e filha formavam um par quase que simbiótico, pouco diferenciado e onde, geralmente, a mãe era superprotetora, intrusiva e rejeitante, enquanto a filha era submissa e condescendente (casos 3, 4, 6 e 7).

No caso de Emília (3^o) por exemplo, seus pais idosos demonstram desejar que ela continue criança, dependente de seus cuidados e vigilância; e ela parece corresponder a esse desejo, mantendo-se regredida com seu problema de obesidade e preocupando-os com suas crises de choro convulsivo até perder o fôlego.

No 4^o. caso, Laurita mostra também esta ligação simbiótica e indiferenciada com a mãe que parece interferir muito em sua vida. (Diz querer emagrecer para ficar como a mãe).

No 6^o. caso, Amália nos relata que durante seu regime sua mãe, para “ajudá-la” comia demais (para não deixar sobrar nada para ela). Ou seja, enquanto uma emagrecia a outra engordava.

No 7^o. caso, Judith nos revela como é dependente da opinião da mãe a seu respeito e como procura sempre justificá-la não conseguindo manifestar seu desagrado pelas críticas que dela sofre.

Outro dado interessante: quando questionadas sobre qual o peso que desejariam ter, era comum darem a mesma resposta (50 Kg) - peso que parecia agradar a todas altas ou baixas. E quando argumentávamos com as mais altas que com esse peso ficariam muito magras, respondiam que já haviam pesado 50 Kg antes, sem serem magras.

Isto nos fez pensar que tais adolescentes, decididamente não conheciam bem o próprio corpo, pois não consideravam o fato de haverem crescido bastante com o início da adolescência e, tampouco, levavam em conta sua compleição física.

MOSES, BANILIVY & LIFSHITZ (1989) observaram algo semelhante em uma amostra composta de: 326 estudantes secundários de 13 a 18 anos de uma escola de N. York com diferentes compleições físicas: magras, normais e gordas. Constataram que o medo de engordar era generalizado nas 3 categorias.

Entre as magras, 51% tinham pavor de ficarem gordas. Observaram também que ninguém tinha uma idéia exata de seu peso ideal, sendo tal fato mais acentuado entre as magras. Além disso, a maioria fazia algum tipo de dieta por conta própria para emagrecer, alimentavam-se mal, de modo nutricionalmente errado ou apresentavam distúrbios alimentares como beliscagem e vômito provocado.

Os autores interpretaram que tal comportamento podia ser uma consequência do “ideal de esbeltez” propagado social e culturalmente no mundo de hoje.

Outra experiência bastante interessante sobre o mesmo assunto foi a que realizou STORTZ (apud FOWLER, 1989) com adolescentes gordinhas (obesidade leve). Mostrava a elas 5 silhuetas femininas para que escolhessem a ideal para si mesmas. Verificou que todas as garotas escolheram a silhueta que estaria 10% abaixo do normal.

Em nossa investigação também, quando perguntávamos às adolescentes que modelo de corpo achavam ideal, indicavam sempre o de artistas de cinema ou televisão. Ora, tais modelos estão, em geral, muito abaixo do ideal (de 10 a 15%) do padrão normal.

Ao refletirmos sobre os motivos que poderiam explicar esta falta de conhecimento do próprio corpo, principalmente nas adolescentes femininas, achamos que além da influência desse ideal de esbeltez, apontado pelos autores acima, existe algo que é específico da adolescência e que pode acentuar-se nas garotas obesas, em função das discriminações sociais que sofrem ao longo de seu desenvolvimento. Ora, isso contribui para a formação de uma auto-imagem distorcida e negativa.

Em nossa experiência com adolescentes púberes em geral (masculinos e femininos, com ou sem distúrbios ponderais) temos constatado a dificuldade especial em se descreverem fisicamente e, até mesmo, em narrarem seus hábitos rotineiros.

Como vimos nos capítulos III e IV, pensamos que essa dificuldade tem a ver com as transformações acentuadas e bruscas que ocorrem não apenas no corpo, mas também na mente do jovem no início e sua adolescência. Tais mudanças necessitam de tempo para serem incorporadas e metabolizadas. (O corpo para o adolescente, torna-se um desconhecido e um estranho que precisa ser novamente habitado pelo Eu).

Seu esquema corporal terá que ser reformulado e aperfeiçoado com as novas aquisições, e isso ocorre num ritmo mais lento. É comum, portanto, haver na adolescência inicial este descompasso entre o corpo e a imagem corporal. (Assim, é raro encontrarmos um adolescente de 12 a 14 anos que seja capaz de dizer, com certeza, qual seu peso, o que costuma comer e em que horários, quais são seus sintomas, enfim, uma série de dados a seu respeito).

É certo que, em alguns casos, principalmente quando há competição entre os companheiros sobre um determinado atributo corporal, ou uma preocupação especial com certo detalhe do corpo, pode o adolescente manter dados atualizados e bastante precisos (porque medidos diariamente de forma obsessiva) sobre suas alterações na estatura, no peso ou em outra medida, mas, mesmo em tais casos, o adolescente conhece o corpo apenas parcialmente, pois sua percepção é dissociada e alterada pela ansiedade.

Por outro lado, a preocupação neurótica destes adolescentes em anotar suas medidas parece ser também uma tentativa de controle sobre as mudanças imprevisíveis - e, às vezes, indesejadas - da puberdade.

Nas garotas obesas que entrevistamos não observamos esse tipo de controle, ao contrário, a balança, a fita métrica e o espelho as apavoravam, pois queriam todas, ter peso normal ou abaixo do normal.

Sabemos que uma característica forte na adolescência é o desejo de estar na moda, corresponder ao que é considerado “in” na subcultura adolescente, uniformizar-se com seu grupo. Ora, muitas das oportunidades de seguir a moda estão vetadas para quem é obeso. Isso fica claro nas respostas de nossas garotas à questão do porque gostariam de emagrecer.

Lembremos o que elas disseram: “Pra poder usar roupa da moda”; “Pra poder usar biquini na praia”; “Para arranjar um namorado ou ter paqueras”; “Para ter mais opção de roupa e sapatos”; “Pra poder usar vestido de cotton e blusa dentro da calça como todo mundo está usando” ... (Vide quadro abaixo)

Quadro I - Motivação Terapêutica

Porque quer emagrecer	Nº de casos
Para usar roupas da moda	6
Para conquistar o sexo oposto. Ter paqueras	3
Para ter mais saúde e agilidade	2
Para ficar magra como a mãe	1

Obs: A maioria deu mais de uma resposta

Vimos com ERIKSON no capítulo III como a identidade da adolescente, em função de sua anatomia, não é inteiramente definida antes que ela se case e possa gerar um filho. Na opinião do autor, a jovem mulher mantém aberta parte de sua identidade para completá-la com as peculiaridades do homem ao qual se unirá e dos filhos que criará.

Apesar disso, a maior parte desta identidade já está definida, diz ele, “em um tipo de atração e na natureza seletiva de sua busca do homem (ou homens) por quem ela espera ser desejada ...”

Compartilhamos com ERIKSON da opinião que casar-se e ter filhos é uma realização fundamental para a mulher complementando-a em sua identidade. Contudo, acreditamos que a sociedade machista em que vivemos, ao dificultar a realização da mulher em outros setores, contribui para reforçar o conceito de que o casamento e a maternidade são para ela as necessidades mais prementes - coisa que não se verifica com o homem.

Em nossa cultura, desde criança a mulher aprende que, para corresponder às expectativas da sociedade, precisa ser meiga, dócil, agradável e submissa. Aprende também que terá mais valor se arranjar um bom marido e souber prendê-lo. Deve, portanto, esmerar-se na arte da sedução que começa por ter um corpo bonito, esbelto e bem proporcionado ou como diz a canção ... “um corpo delgado, da cor do pecado ...”. Tudo isso para ser mais atraente aos homens que, por sua vez, são condicionados a apreciarem estes estereótipos (mesmo sem entender bem porquê).

Durante a adolescência, como nos ensina KNOBEL (1970), os jovens podem apresentar identidades transitórias, ocasionais ou circunstanciais como, por exemplo, os períodos de machismo do rapaz ou de sedução precoce na moça que, repentinamente, pode passar de criança de jardim da infância à ninfeta.

Estas identidades mutáveis, contraditórias, sucessivas e, por vezes, simultâneas, são resultado de identificações parciais, de treino de papéis, ensaios progressivos e regressivos absolutamente necessários - diz ele - para que o adolescente possa desprender-se das figuras parentais e constituir uma identidade independente.

Com base nessa visão, podemos compreender como a obesidade pode interferir no processo de formação da identidade e, no caso da menina, seu aspecto físico dificulta as identificações com o papel sexual feminino tal como é estipulado pela cultura. Já as identificações com o papel maternal ou de criança, ou mesmo com a figura masculina encontram-se mais favorecidos para a obesa.

O fato de não se sentir atraente aos olhos dos rapazes, parece contribuir para que a menina obesa não explore esse lado de sua sensualidade, desviando-o ou compensando-o com o desenvolvimento de outras qualidades tais como: as intelectuais, as artísticas, o humorismo, o temperamento alegre e bonachão, a atitude complacente, sempre a fingir que não se importa com os comentários maldosos e jocosos que fazem sobre sua pessoa e sua aparência física.

Em nossa pesquisa, vimos esta compensação em quase todas as garotas. Algumas procuravam agradar os amigos sendo brincalhonas, outras, ajudando-os como “conselheiras sentimentais”, outras tendo um “papo legal”- não superficial.

No caso 1, por exemplo, Maria goza de si própria e de seu aspecto grotesco contando-nos divertidamente sobre seus apelidos e racionalizando que “estão sempre se lembrando de mim”. Conta-nos também sobre as “molecagens” que adora aprontar com os amigos. Falando-nos sobre seus propósitos, diz: “vou tomar chá de sumiço ...” “... gosto de meus cabelos ... vou deixar crescer até os pés ...” Tudo em Maria é exagerado e ela procura chamar a atenção pelo ridículo.

Pensamos que através desse mecanismo, Maria consegue negar a depressão rindo de sua desgraça e projetando seu horror no ouvinte. Parece ainda ter como ganho secundário, o prazer sádico de incomodar e chocar as pessoas que a hostilizam.

Em diversos pontos desta tese comentamos sobre o círculo vicioso ao qual o adolescente obeso está sujeito, ou seja, o fato de se voltar à comida como única forma garantida de prazer, sempre que sofre rejeições e diminuição em sua auto-estima pelo fato de ser gordo.

Achamos que para quebrar tal círculo vicioso seria fundamental melhorar a auto-estima do obeso, o que, reconhecemos, não é coisa fácil de se alcançar. Junto às adolescentes obesas, seria necessário ajudá-las a serem mais independentes, a descobrirem outras fontes de satisfação além da comida, a aceitarem as diferenças individuais, a

desenvolverem maior tolerância à frustração, a serem menos obsessivas e rígidas consigo mesmas, enfim, a fortalecerem o seu Ego frágil e a sentirem-se preenchidas em suas vidas.

Pensamos que a psicoterapia grupal de adolescentes com a mesma problemática seja talvez a mais indicada para alcançar esses objetivos e, dependendo do caso, poder-se-ia iniciá-la antes mesmo do regime de emagrecimento ou oferecê-la como um complemento deste, por um prazo prolongado.

Acreditamos que demonstrar um interesse pelo paciente e propiciar-lhe um convívio entre iguais, pode ser um primeiro passo para melhorar sua auto-imagem.

Em nossa opinião, mesmo as consultas médicas deveriam ser mais frequentes (semanais, por exemplo) pois, como sabemos, os adolescentes obesos têm necessidade de estímulo constante, principalmente das pessoas que lhe são significativas.

Se estabelecerem um vínculo positivo com quem cuida de sua dieta, podem conseguir progressos mais rápidos e duradouros.

BRUCH (1973) nos ensina que, em certos casos de obesidade, é preciso estar atento para não desequilibrar o fraco controle que o paciente tem de suas ansiedades subjacentes para evitar que caiam em franca depressão. Este alerta da autora nem sempre é levado a sério pois, muitos obesos são tratados com rispidez, com ameaças, com advertências sombrias sobre os riscos que estão correndo, etc.

Neste estudo, constatamos que, dos 10 casos, 7 apresentavam uma auto-imagem negativa com redução na auto-estima, 9 nunca haviam namorado e a única com experiência de namoro, sentia-se rejeitada pelo ex-namorado do qual dizia ainda gostar. Interessante notar que as três adolescentes com auto-imagem positiva apresentavam distorção do esquema corporal, percebendo-se mais magras do que eram de fato.

Apenas uma apresentava distorção para mais, percebia-se mais gorda do que era. Porém, como vimos, todas desejavam ser magras e, algumas até magérrimas (vide item 11.2 c, acima).

De acordo com BRUCH (1973) crianças e adolescentes obesos que apresentam distorções no esquema corporal têm maior dificuldade em superar a obesidade tornando-se geralmente, adultos mal adaptados.

A autora enfatizou a importância de se trabalhar com a conscientização do próprio corpo, dos sentimentos e pulsões, das possibilidades de satisfação das diferentes necessidades pessoais além da alimentação -, como um dos objetivos prioritários da psicoterapia de adolescentes obesos.

Esta postura parece fundamentar-se na idéia, defendida por vários autores de que o comer demais estaria ocultando outras “fomes” que não a de alimento, ou antes, seria uma substituição de desejos sexuais reprimidos ou inibidos (ABRAHAM, 1927; ALEXANDER, 1930 & FENICHEL, 1945).

Dentre as garotas que entrevistamos, 30% achavam que comiam menos do que determinados membros de suas famílias, (os quais inexplicavelmente, eram magros).

Mesmo afirmando isto, todas apresentavam um comportamento alimentar desregrado, com beliscagem (80%) ingestão excessiva (70%) e redução no número de refeições (50%) - (Vide quadro abaixo).

Quadro II - Comportamento Alimentar

Tipo	Nº de casos
Beliscagem	8
Hiperfagia	7
Pula refeições	5
Crise de Bulimia	1
S. do comer noturno	2

Obs: Algumas apresentavam mais de um tipo

Novamente vemos aqui a falta de consciência das sensações do corpo, pois o comportamento de comer parece ser feito automática e impulsivamente para aplacar ansiedades, frustrações e temores vários.

Vimos no levantamento bibliográfico feito, que é comum o obeso pular refeições como um meio de auto-punição e controle a partir de um excesso cometido. Pode sentir que, com isso, come menos que os outros pois, o sacrifício de deixar de almoçar ou jantar, por exemplo, parece muito grande para uma pessoa obesa.

No entanto, em termos calóricos, se formos computar o que se ingere beliscando, ou nas substituições inadequadas poderemos confirmar que quase não há redução sendo o aporte calórico, muitas vezes, até maior do que nas refeições habituais.

De fato, como as pesquisas indicam, nossas adolescentes também têm um índice alto de distorções no comer, fazem um número menor de refeições grandes por dia, beliscam nos intervalos, intercalam períodos de dietas rigorosas com hiperfagia descontrolada. (Crises de bulimia e síndrome do comer noturno foram referidas apenas uma vez, em casos diferentes). (vide Quadro II, acima).

Associado a esses erros alimentares comprovamos também uma redução na atividade física semelhante ao que é descrito na literatura.

Apenas duas de nossas garotas - por sinal as que tinham obesidade leve - faziam Educação Física na escola.

As outras, que mais precisavam, alegavam não serem boas nos jogos, ou sentirem-se mal nas corridas e, por isso, haviam sido dispensadas dessa aula.

Não frequentavam também nenhum clube ou academia de ginástica pelos mesmos motivos, o que na realidade, a nosso ver, eram racionalizações do motivo principal: o da vergonha de exporem seus corpos aos outros.

Três de nossas adolescentes estavam começando a ser mais ativas em função das recomendações médicas, porém, é significativo que tenham escolhido atividades físicas que podem ser praticadas individualmente e de modo mais reservado, como andar a pé ou de bicicleta.

É importante levar isto em consideração, pois, o sentimento de vergonha do adolescente obeso, de estar em desconformidade com o seu grupo devido à sua aparência corporal dificulta a prática de esportes coletivos - única forma de atividade física geralmente oferecida nas escolas.

Assim, os alunos obesos ficam fora de uma atividade escolar considerada, muitas vezes, como a mais prazerosa. Isso, frequentemente, os faz sentirem-se inferiorizados, frustrados e rejeitados, favorecendo o isolamento, o aumento do sedentarismo, a compensação buscada em outras fontes de satisfação como o prazer da alimentação ou o gosto pelas atividades intelectuais (em geral sedentárias).

Como vimos no capítulo V, SAITO (1987) apontou o sedentarismo com uma das variáveis que mantém a obesidade, podendo agravá-la. Inclui esta variável como um dos elos na cadeia: Obesidade ---> Rejeição Social ---> Baixa Auto-Estima ---> Sedentarismo ---> Depressão/Solidão ---> Alimentação Excessiva ---> Obesidade.

Diversas pesquisas procurando caracterizar diferenças nos hábitos e atitudes entre obesos e não obesos identificaram o sedentarismo dos obesos como algo significativo.

Desde a 1^a infância e já entre lactantes tal correlação mútua entre obesidade e baixo nível de atividade física pode ser observada (MAYER e cols 1956; BRUCH, 1973; MAYER, 1977).

Outro dado que observamos nas adolescentes de nossa amostra e que repete o que é encontrado na literatura especializada, é o caráter familiar e hereditário da obesidade. 90% de nossas obesas tinha um ou ambos os pais e/ou irmãos com algum grau

de obesidade e, a única que não apresentou tal característica, referiu haver obesidade em familiares próximos (tios, primos, avós). (Vide quadro abaixo)

Quadro III - Antecedentes Familiares

Obesidade Familiar	Nº de casos
1 dos Pais e/ou irmãos	7
Ambos os Pais	2
Familiares próximos (Avós, Tios, Primos)	1
Total	10

Além disso, observamos também que quanto ao início da obesidade, a maioria (8 casos) começou na infância (antes dos 10 anos) e apenas 2, na adolescência.

Mesmo assim, é interessante notar que quase todas as adolescentes referiram que a obesidade só começou a torna-se um problema para elas na adolescência.

Duas dessas adolescentes com obesidade de “longa-data”, disseram ser a 1ª. consulta por este problema não tendo vindo espontaneamente, mas devido a insistência de médicos que as atenderam por outros motivos de saúde.

Analisando estes 2 casos, ficamos pensando em qual o significado que a obesidade de uma adolescente poderia estar tendo em suas famílias.

Por um lado, vimos que esta condição obesa não era específica ou única (outros membros da família também a apresentavam). por outro lado, era evidente que, o problema estava sendo negado ou subestimado tanto pela adolescente como também por seus pais. (Vide quadro abaixo)

Quadro IV - Início da Obesidade

Período	No de casos
Ao nascer	1
Antes de 4 anos	2
dos 5 aos 9 anos	5
depois dos 10 anos	2
Total	10

Na exposição teórica desta tese, já indicamos que muitas vezes a obesidade, mesmo a que se inicia na infância, adquire na adolescência um significado simbólico adicional que é o de ser uma “cortina diante da sexualidade”, uma ‘capa protetora’ contra os impulsos sexuais e as mudanças físicas da puberdade.

Vimos também que em famílias de obesos, é frequente que o excesso de peso dos membros mais gordos e o seu descontrole na ingestão de alimentos esteja mascarando outros conflitos familiares que por serem mais ameaçadores e temíveis permanecem negados.

Nesta visão sistêmica da família, a obesidade teria a função de preservar o equilíbrio e a união de todos os membros (HARKAWAY apud MELLIN, 1988).

Vimos ainda que na adolescência, ser obeso pode representar - tanto para o adolescente como para seus pais - que o tempo de criança ainda não acabou, que a menina (ou o rapaz) não precisa se tornar mais independente nem distanciar-se do seio familiar (dessimbiotizar-se)

Todas essas hipóteses parecem encontrar respaldo nos casos aqui focalizados pois, juntando as histórias de vida com as análises dos testes projetivos dessas adolescentes, encontramos na maioria, conflitos familiares e repressão da sexualidade.

A própria composição familiar revela já indícios de possíveis conflitos: família numerosa (2 casos); pai ausente ou semi-ausente (3 casos); pais idosos (2 casos); aborto e natimortos antes do nascimento da entrevistada (2 casos). (Vide quadro abaixo)

Quadro V - Conflitos familiares mais frequentes

Problemas apresentados	Nº de casos
Família numerosa (+ de 5)	2
Pai ausente	3
Abortos/natimortos	2
Alcoolismo (pai ou irmãos)	2
Problemas de relacionamento	3
Migrações	2
Problemas financeiros	4

A posição na ordem de nascimento também nos chamou a atenção. Em 70% dos casos a adolescente era primogênita ou 1ª. filha mulher. Nos 3 casos restantes (30%) a filha obesa era a caçula.

Encontramos também, queixas de alcoolismo (pai ou irmãos), relato de brigas constantes, problemas financeiros, desemprego de um dos pais, ciúmes de irmãos ou entre os pais, migrações, falta de espaço ou de privacidade no lar, queixas relativas à distância da casa à escola e/ou ao trabalho, etc.

Mesmo nas famílias onde parecia reinar uma aparente harmonia, observamos que a mesma era conseguida graças à inibição ou repressão da agressividade de alguns dos membros, inclusive, muitas vezes, a da própria adolescente.

A repressão da sexualidade, mais propriamente, da genitalidade, pôde ser evidenciada, nos casos estudados, através da análise dos testes projetivos.

Em quase todos os desenhos, foi possível observar sinais de conflitos sexuais.

Dentre os mais frequentes, podemos citar: a ambivalência sexual, a não superação da bissexualidade infantil, a repressão e negação do corpo e de seus impulsos, o deslocamento da genitalidade para a oralidade, a preocupação com o controle dos impulsos e fantasias de caráter sexual e as tendências captativas e incorporativas.

Já comentamos que a passividade e a dependência materna foram traços comuns.

Poderíamos acrescentar também, a imaturidade sexual como outra característica típica dessa amostra, especialmente evidenciada nas adolescentes mais velhas (maior ou igual a 16 anos).

Recordemo-nos que das 10 entrevistadas apenas uma havia tido experiência de namoro.

As outras, ao responderem a essa questão sobre namoro, diziam que ainda era muito cedo para tal experiência ou alegavam que, sendo gordas era difícil arranjar namorado.

Esta última resposta, pareceu-nos uma racionalização pois, pela análise dos testes projetivos o que verificamos foi que, de fato, muitas das garotas ainda estavam imaturas para a heterossexualidade, apresentando uma dificuldade pessoal no relacionamento amoroso com o sexo oposto.

Analisando estes casos, podemos supor que a obesidade estaria sendo utilizada, em parte, como uma proteção contra o assédio masculino e, também, contra o temor do descontrole dos próprios impulsos sexuais.

Segundo as idéias expostas no capítulo III, acreditamos que para o sexo feminino o processo adolescente de busca de uma identidade encontre maiores dificuldades e obstáculos que para o sexo masculino.

Como vimos com DEUTSCH (1967), as meninas adolescentes tendem a conservar em sua personalidade, certos elementos infantis que ficam isolados de outros mais amadurecidos. Nos momentos de ruptura da estabilidade egóica, como o que ocorre no início da adolescência, elas tendem a manifestar condutas regressivas e defesas pouco eficazes, apresentando o traço típico, que a autora chamou de “infantilismo” e que se caracteriza por: dependência oral da mãe; intolerância à frustração; submissão ao princípio do prazer; tendência a atuações; necessidade narcisista de ser amada e intensas fantasias de caráter romântico e selvagem.

A autora sugeriu que provavelmente esta peculiaridade do processo adolescente feminino deva-se ao comportamento materno que tende a proteger mais as filhas que os filhos, dificultando a independência das primeiras - talvez por rivalidade inconsciente - como acrescenta CASSORLA (1991)

Em nossa opinião, a obesidade feminina na adolescência é uma ilustração de como este infantilismo pode prejudicar a conquista da identidade pessoal e da independência, inibindo o desenvolvimento da personalidade e dificultando o ajustamento psicossocial.

A auto-imagem negativa associada ao temor frente ao descontrole dos impulsos e fantasias sexuais pode levar a adolescente obesa a fugir dos contatos heterossexuais ou a manter relações superficiais com o sexo oposto, voltando-se para a alimentação como fonte principal de prazer imediato.

Em outras palavras, a obesidade, nesta visão, seria uma das conseqüências possíveis desse infantilismo.

Acreditamos por outro lado, que conflitos outros, próprios da adolescência como: a angústia suscitada pelo desprendimento brusco da infância, a acentuação da antiga rivalidade com a mãe - reativada pela revivescência do Édipo -, a desidealização das figuras parentais ou a necessidade de definir-se sexualmente, podem também estar subjacentes à manifestação da obesidade em jovens do sexo feminino.

Nesta circunstância tal patologia poderia ser compreendida como uma somatização desses conflitos.

Nos diversos casos analisados, pudemos perceber esta relação psicossomática, ligando o início ou agravamento do sintoma de excesso de peso a eventos traumáticos ou a situações estressantes da vida ou ainda a conflitos intra-psíquicos.

Por exemplo, no caso 1, vimos como a obesidade de “Maria” desenvolveu-se no início de sua adolescência e algum tempo após a morte do pai, (o que desencadeou aquela série de modificações em sua vida e em seu ambiente familiar).

Ora, isso, parece ter contribuído para que todas as vivências posteriores de luto e separação sofridas por ela fossem sentidas como “catastróficas”. Desse modo, podemos supor que os lutos psicológicos normais da adolescência têm sido “particularmente penosos” para Maria, a qual para enfrentá-los, necessita utilizar-se da negação maníaca do objeto perdido, através da identificação com o mesmo pela incorporação - representada pelo ato do comer. (Cf, GRINBERG, 1956).

Além disso, ao que parece, a gordura corporal de Maria tem uma função suplementar: a de conferir-lhe a ilusão de ser forte, imbatível, resistente aos ataques que vêm de fora. Possuir essa camada adiposa em torno do corpo, funciona ainda como uma “compensação” para um Ego frágil, mutilado por essas “verdadeiras perdas de personalidade” que são os lutos da adolescência (KNOBEL, 1970).

Acrescente-se a isso que para Maria, o tornar-se obesa equivale a identificar-se com o pai falecido (que era gordo) e tê-lo ainda consigo, mas também, é um meio de negar

as perdas da adolescência, mantendo-se criança, quer através de um corpo roliço - que encobre as modificações puberais -, quer recorrendo a satisfações orais regressivas.

Seu corpo obeso parece representar ainda - num modelo anal-retentivo -, a reserva de provisões (não apenas nutricionais mas, principalmente, de calor, afeto e proteção) necessárias para possíveis situações de emergência.

No caso 2, a obesidade de “Rosa” parece estar intrincada, de modo complexo, nos dinamismos de sua família. Seus pais consanguíneos e idosos, talvez com receios de terem mais filhos com problemas de saúde (haviam perdido a 1ª filha), provavelmente muito se alegraram quando Rosa nasceu pesando quase 5 Kg. (Para eles a gordura é sinal de saúde).

Rosa, sendo a caçula e filha temporona, foi mimada pelos pais e irmãos e desenvolveu baixa tolerância à frustração. Sua família simbiótica, com pouca discriminação entre os membros, não lhe favoreceu o “desprendimento”(nas diferentes etapas em que isso lhe teria sido necessário) prejudicando a formação de sua identidade.

A garota parece corresponder, em parte, às expectativas dos pais, ficando junto deles com seu apetite voraz e sua gordura (que é identificada como saúde) mas, por outro lado talvez, sua obesidade funcione também como uma marca que a faz diferente dos demais e que lhe dá uma identidade e um “certo peso” entre eles.

Ela admite que come demais, mesmo sem fome e, por ansiedade. Pensamos que, neste caso, os conflitos intra-psíquicos da adolescência, bem como as frustrações de origem psicossocial e familiar contribuem para isto, pois recorre, regressivamente, à alimentação excessiva, como fonte de gratificação conhecida e garantida.

O fato de sua obesidade ser de longa-data e, provavelmente, hiperplásica, constitui um agravante que dificulta a solução do problema em função de sua maior tendência a engordar.

O caso de “Emilia é semelhante ao de “Rosa”. Seus pais também são idosos e ela é a filha caçula só que de uma família bem mais numerosa. Para ela o comer demais parece corresponder a uma expressão de raiva, suscitada por um ambiente familiar hostil e pouco acolhedor. Ela parece viver numa situação de constante stress, sem possibilidade de reagir adequadamente.

No caso de “Laurita”, sua obesidade parece servir para aproximá-la mais de sua mãe (a qual se interessa muito por seu controle alimentar).

De fato, ela parece viver em função dos desejos de sua progenitora, não discriminando nem os limites do próprio corpo - um exemplo típico de “falso-self”.

É de tal modo superprotegida, que se mantém infantilizada e muito dependente. (Talvez essa mãe tenha exacerbado sua função nutridora por necessidades emocionais, já que perdera o 1º filho ainda pequeno e sofrera 2 abortos).

A obesidade de “Dirce”, embora tenha surgido apenas aos 6 anos de idade e desaparecido por completo com o estirão do crescimento, reapareceu de forma nitidamente reativa (após mudanças de cidade) coincidindo com início da adolescência.

Pensamos que neste caso também, o descontrole alimentar corresponde em parte, à expressão de uma raiva contida voltada contra si própria; e em parte, à expressão da angústia de separação e do medo de situações novas.

Dirce parece ter desenvolvido uma predisposição a somatizar seus conflitos, usando seu corpo como linguagem das emoções (quando fica triste aparecem-lhe manchas roxas pelo corpo).

Podemos levantar, também, a hipótese de que o emagrecimento após o estirão de crescimento tornou seu corpo “perigosamente atraente” exigindo dela esforços redobrados para conter desejos contraditórios de aproximação e fuga do sexo oposto.

Já a obesidade de “Amália” parece decorrer, em parte, de um hábito familiar que estimula a hiperfagia como um equivalente de afeto e um sinal de união.

Parece, por outro lado, estudando-se as peculiaridades do caso, servir como uma barreira à aquisição da completa maturidade sexual, pela contenção dos impulsos exibicionistas.

O comer em demasia, neste exemplo, é também uma forma de preencher o vazio interno, de aplacar a solidão e a tendência à depressão. (Prova disso, é que Amália não pode emagrecer porque “fica doente”, ou seja, cai em depressão).

Aqui, como vimos, existe também uma relação simbiótica entre mãe e filha, ambas obesas.

A obesidade de “Judith” parece ser um veículo de ataque à sua mãe, uma certa maneira de se aproximar dela, mas, ao mesmo tempo, de agredi-la.

A relação de ambas é muito ambivalente. Judith é dependente de sua mãe, de um modo oral e infantil sente-se insegura e inferiorizada.

É bastante reprimida sexualmente parecendo usar a comida como um substituto para a satisfação de desejos sexuais.

“Júlia” (caso 8) percebe-se menos gorda do que é na realidade, porém, mesmo assim, não está contente com seu corpo e isso a faz sentir-se frustrada buscando conforto na comida.

Esta também refere “comer para acalmar sentimentos de raiva, tristeza ou solidão”.

Em seu relato fica evidente a dificuldade na expressão da hetero-agressividade, através de recursos mais evolucionados — o que, aliás, é confirmado no teste pelos traços anais de caráter.

Sua obesidade parece servir também como um reforço da bissexualidade, mantendo seu corpo indiferenciado sexualmente.

O caso de “Beatriz” parece ser o resultado, ao menos em parte, de um erro em sua alimentação e na “maternagem recebida” nas primeiras fases de sua vida.

Como nasceu muito magra e pequena e já aos 2 meses precisou ser operada de hérnia, deve ter sido superalimentada, tanto que, aos 4 anos, já era obesa.

A família parece negar o problema e a garota demonstra ser muito dependente de seus pais (novo exemplo de “falso-self”).

Beatriz tem também uma percepção dissociada de si mesma (acha-se bonita, mas não gosta de ser gorda). Em sua história de vida, o engordar parece estar sempre associado à recuperação de alguma doença ou enfraquecimento.

Esta, também, refere que quando faz regime, cai doente.

A obesidade de “Rita”, embora de tipo leve e de início recente, está associada a traços obsessivos de personalidade, os quais parecem estar a serviço do controle dos impulsos sexuais.

Em outras palavras, a preocupação obsessiva de Rita com sua silhueta parece encobrir sua angústia frente às vivências de despersonalização e estranhamento pelas mudanças (internas e externas) da adolescência.

Entre outras coisas, sua obesidade parece estar ligada a uma dificuldade na aceitação do papel feminino, ao temor da própria sexualidade e ao controle de seus impulsos exibicionistas.

Vimos portanto, nestes 10 casos como a obesidade está intimamente relacionada a fatores psicogênicos e ambientais.

Não descartamos a hipótese de alguns casos terem, também, predisposição genética, mas atribuímos mais relevância aos fatores psicossociais que parecem ser responsáveis não apenas pelo desencadeamento e manutenção da obesidade, mas também pela predisposição - emocional e psíquica - ao desenvolvimento dessa patologia.

Encontramos alguns traços comuns na personalidade de nossa obesas que pensamos ser, talvez, um indício de tal predisposição psíquica, seja para a obesidade propriamente dita, seja para outras enfermidades psicossomáticas.

Não pudemos, no entanto, determinar em que medida tais características comuns estavam relacionadas com a obesidade, ou seja, se eram causa ou consequência da mesma.

Também não nos arriscamos a traçar um perfil da adolescente obesa com base nesta pequena amostra, porém podemos relatar algumas das características de personalidade mais frequentemente observadas nestes 10 casos.

Foram elas:

- dependência e passividade;
- imaturidade sexual;
- agressividade reprimida;
- tendência à depressão;
- sentimento de inferioridade e de vazio interior;
- predomínio do investimento narcísico sobre o objeto;
- dificuldade nas relações interpessoais e no contato afetivo com os outros.

A dificuldade em expressar emoções por meio de palavras - alexitimia - a imaginação pobre e o pensamento operatório que diversos autores sugerem como típicos do paciente psicossomático, puderam ser evidenciados em apenas 30% dos casos.

Traços obsessivos como auto-crítica exagerada e perfeccionismo foram também observados somente em 3 adolescentes. (Vide quadro abaixo)

Quadro VI - Traços da Personalidade mais Comuns

Traços	Freq./Casos
Preocupação com o controle dos impulsos e fantasias sexuais	4
Agressividade reprimida ou inibição de sua expressão direta	5
Tendência à depressão	7
Sentimento de inferioridade e de vazio interior	6
Narcisismo/egocentrismo	6
Exibicionismo	4
Passividade, submissão, dependência materna	7
Imaturidade sexual, bissexualidade, conflitos de identidade sexual	4
Fixações orais (voracidade, agressividade oral)	5
Timidez - introversão	3
Imaginação pobre. Pensamento Concreto - Alexitimia	3
Dificuldades no Relacionamento e no Contato Afetivo com outros	6
Perfeccionismo. Auto-Crítica exagerada	3
Preocupação com a própria imagem e com a silhueta	5
Ambivalência e indecisão	4

Com relação às defesas egóicas utilizadas, notamos que predominaram as de negação maníaca, seguidas por defesas neuróticas como a regressão, repressão, deslocamento e compensação e por algumas defesas obsessivas. (Vide quadro abaixo)

Quadro VII - Mecanismos de Defesa Predominantes

<u>Defesas Maníacas</u> (para evitar a depressão)	Dissociação Negação Idealização Controle Onipotente
<u>Defesas Obsessivas</u> (para conter a angústia depressiva ou de desintegração)	Isolamento Anulação Formação Reativa
<u>Defesas Neuróticas</u> (para evitar a ansiedade e a culpa)	Repressão Regressão Deslocamento Compensação

O uso de tais mecanismos demonstrou estar sendo razoavelmente eficaz em 60% dos casos mas, deficiente nos 40% restante. (Vide quadro abaixo)

Quadro VIII - Estrutura Egóica

Ego	Nº de casos
Forte-Estruturado	6
Frágil, precariamente integrado	4
Total	10

Com base nesta avaliação, chegamos à conclusão de que: poucos desses casos poderiam evoluir positivamente, sem ajuda psicológica complementar (ao paciente e a seus pais) e, sem certos remanejamentos no ambiente.

Contudo, alguns deles nos chamaram particularmente a atenção por apresentarem maiores riscos de desintegração da personalidade, em função da mais precária estruturação do Ego.

Entre tais casos, a obesidade-grave de “Maria” parece ser a mais preocupante. Como pudemos ver, suas defesas são primitivas e pouco eficazes. Além disso, constatamos nela, vivências paranóides e temores de desintegração e morte.

Em nossa opinião o tratamento psicoterápico e, talvez até, o psicofarmacológico, seriam muitíssimo indicados neste caso, para cuidar da estrutura básica depressiva e auto-destrutiva, a qual parece estar mascarada pelas atitudes impulsivas da cliente e por sua conduta alimentar patológica.

Às vezes é necessário privilegiar o fortalecimento do Ego e de suas defesas, antes mesmo de introduzir a dieta alimentar (e aqui concordamos com BRUCH, 1973). Por esse motivo, encaminhamos algumas de nossas adolescentes para tratamento psicológico individual, no Setor de Adolescentes da Psiquiatria em que trabalhamos. (Lembramos que, mesmo as de melhor prognóstico, foram também convidadas a participar de grupos psicoterapêuticos, conforme ficou esclarecido no capítulo sobre o método).

Encerrando este estudo, algumas palavras sobre nosso pensamento a respeito do tratamento para obesidade nesta fase da adolescência:

Partilhamos da opinião que a obesidade, principalmente a que se instala na infância, deve ser encarada como uma doença crônica que requer, portanto, um acompanhamento constante e sistemático.

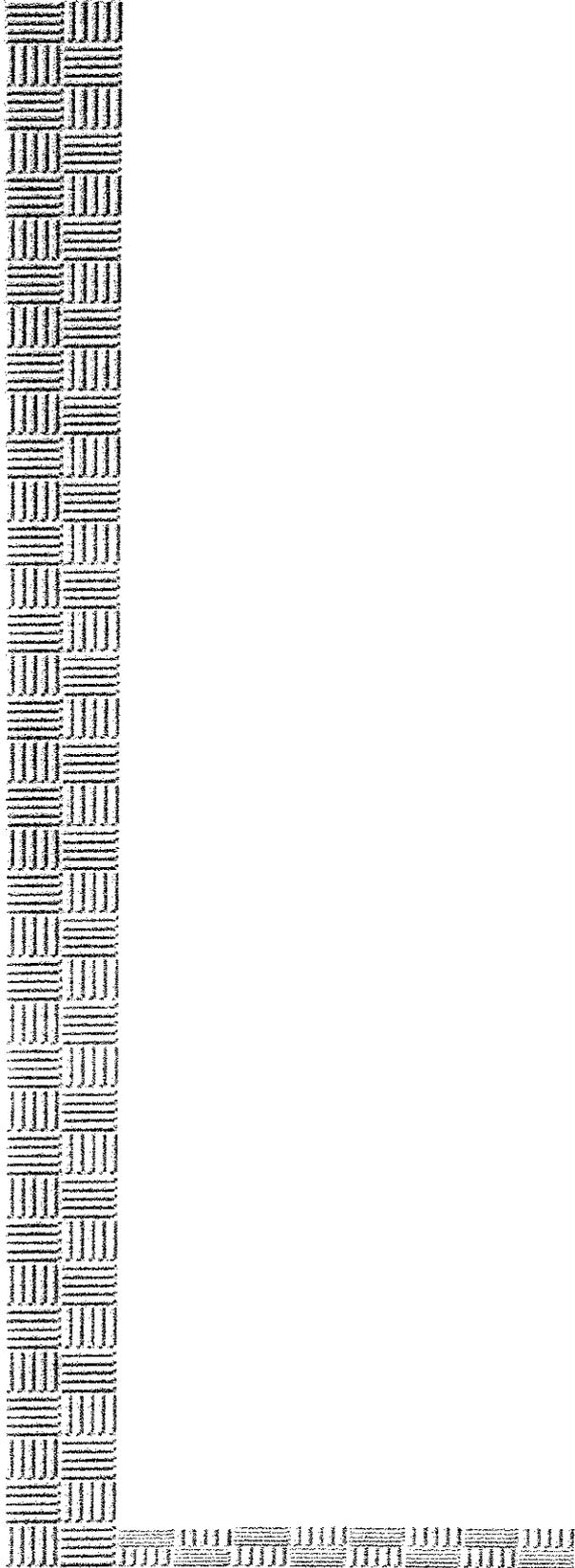
Acreditamos ser muito importante avaliar a personalidade, conhecer os aspectos individuais, as condições de vida, o ambiente e dinâmica familiar de cada caso em particular. Deve--se ver a paciente como um todo, isto é, como uma adolescente que possui uma história, um modo de ser e agir, um contexto familiar e social.

Deve-se evitar, portanto, focalizar o seu tratamento exclusivamente na questão da obesidade.

Como já dissemos reiteradas vezes, nossa visão é interdisciplinar, pois, se a obesidade — como estudamos — é multifatorial, é preciso oferecer também um programa multidisciplinar de tratamento que inclua dieta alimentar, acompanhamento médico, reeducação nutricional, exercícios físicos, psicoterapia, para o paciente e orientação ou terapia, para a família.

Considerando que a obesidade na adolescência constitui um estigma social que compromete o ajustamento e a integração do adolescente e seu grupo de iguais, preconizamos também o atendimento em grupos operativos e/ou terapêuticos.

Por fim, achamos importante insistir na vinculação do paciente com os membros da equipe de saúde e no estabelecimento de objetivos a serem alcançados a médio e longo prazos para que o acompanhamento seja intensivo, constante e frequente e tenha efeitos duradouros.



SUMMARY

The aim of this thesis is to achieve a study on the psychosomatic process of female obesity in adolescence. Based in some psychodynamic theories, we strove for understanding the origin, structure and dynamism of this disease, illustrating with case studies.

After an introduction, the study is shown in three parts.

In the first one, some introductory themes are broached; in the second one, the theme of obesity itself is developed and the method used to study the cases is discussed; in the third one, results, discussion and final summary are presented.

Considering obesity as a typical psychosomatic disease, its basic concepts were reviewed in the field of Medicine, in Chapter I, emphasizing the contributions of psychoanalysis and its contemporaneous tendency to understand the psychosomatic manifestation considering the object relationship theory.

Chapter II deals with the important contributions of WINNICOTT, whom studying mother-baby relationships in the earliest childhood provides help to understand the roots of psychosomatic disorders and the infantile-juvenile obesity.

In Chapter III, psychodynamic approach of adolescence's is shown, specially emphasizing female sex. Adolescent's susceptibility to somatization is stressed and it is defended that obesity may serve for homeostatic purposes in the psychic economy and has a relationship with the conflicts of this age.

In Chapter IV, the theme of Corporal Image and its importance to the development of identity, self-concept and personal esteem are broached. The vicissitudes of this Image in the obese adolescent are discussed.

In Chapter V, a review on the theme of Obesity, its concept, clinical and psychosomatic aspects is shown.

Chapter VI broaches the choice of the method and procedures used.

In Chapter VII, ten cases of obese adolescents are presented and studied through projective interviews and tests (drawings).

The discussion of the results is in Chapter VIII. Here, we tried to organize the findings, analyzing them according to the theoretical bases exhibited in the first and second parts of the thesis.

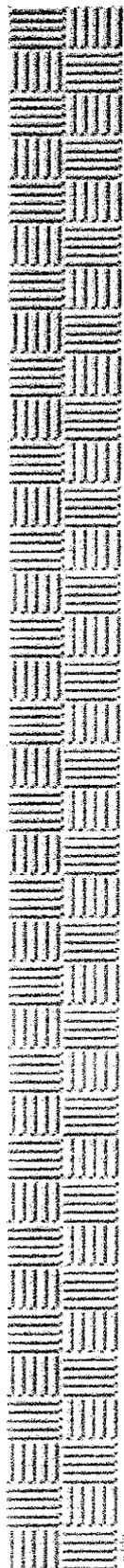
Therefore, the following questions, among others, may be explained in the cases presented:

1. There are many individual differences among obese girls;
2. The passive and dependent attitude concerning the problem, with expectancy of a magic solution, is clearly shown in several cases;
3. Distortions in the awareness of the reality and of the corporal image are observed in obese girls, who keep a symbiotical link with their mothers;
4. As sexuality rises again, obesity may be functioning as a "curtain" or "brake", keeping the girl in a retrograde and childish state;
5. The voracious searching for food may be hiding feelings of depression, rage, anxiety or frustrations other than hunger;
6. The vicious circle:

Obesity \Rightarrow Social Rejection \Rightarrow Decrease of Self-esteem \Rightarrow Isolation \Rightarrow Sedentary Life \Rightarrow Excessive Food \Rightarrow Obesity, is frequently observed;

7. The familiar feature of obesity, likely arising from the interaction of genetical and environmental factors, is confirmed in this sample.

Finally, we conclude that simple obesity is related to multiple factors. Psychosocial (environmental and psychogenic) origin factors were the most significant in the studied cases.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. ABADI, M.. Nota acerca de alguns mecanismos en la psicogenesis de la obesidad. In: David Liberman y otros. Psicologia del Obeso. Buenos Aires, Rodolfo Alonso Ed., 1971.
2. ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. (1970). Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
3. ABRAHAN, K. (1927). Teoria psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.
4. AJURIAGUERRA, J. (1976). Manual de psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.
5. ALEXANDER, F. Psychosomatic medicine :It's Principlees and Application. Lodon, George Allen. University Ltd, 1950.
6. ALBRINK, M.J.. Obesidade. In: Paul B. Beeson & Walsh McDermott (editores). Tratado de Medicina. Tomo II, 13ª ed., Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.
7. ALEXANDER, F. (1930). The psychoanalysis of the total personality. New York and Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Company, 1930.
8. ARANTES, A.M.. Tentativa de compreensão da dinâmica psicológica de mulheres obesas - estudo realizado através da prova de Rorschach. Campinas, SP, 1980 (Dissertação de Mestrado da Pontificia Universidade Católica de Campinas)
9. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA - DSM III-R. Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais. 3ª ed. revisada Copyright: American Psychiatrie Association, Washington, D.C., 1987.
10. BATTISTONI, M.M.M. & KNOBEL, M.. Enfoque psicossocial da adolescência - uma contribuição à psiquiatria social. Revista ABP-APAL 14(4): 151-158, 1992.
11. BÉKEI, M.. Transtornos Psicossomáticos en la niñez y la adolescencia. Buenos Aires, Nueva Vision, 1984.

12. BICK, E. (1967). A experiência da pele em relações de objeto arcaicas. In: Elizabeth B. Spellius (ed). Melaine Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica. V.1, Rio de Janeiro: Imago, 1990.
13. BLEGER, J. (1966). Simbiose, psicopatia, y mania. In : Mania y psicopatia. Buenos Aires, Paidós, 1966.
14. ----- (1967). Simbiose e ambigüidade. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
15. BLEGER, J. (1978). Temas de psicologia: entrevistas e grupos. 5ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1991.
16. BLOS, P. (1962). Adolescência: uma interpretação psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
17. BRUCH, H. (1957). The Emotional Significance of the Preferred Weight. The American Journal of Clinical Nutrition - vol. 5, no. 2: 192-196.
18. BRUCH, H. (1973). Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. London: Basic Books, Inc., 1980.
19. ----- (1976). The treatment of eating disorders. Mayo Clin. Proc 51:266-272, May.
20. ----- (1977). A importância do excesso de peso. In: Planton J. Collip (Ed). Tratamento da criança obesa. São Paulo: Manole, 1977.
21. BUCK, J.N. (1948). The H.T.P. test. J. Clin. Psychol., 4: 151-159.
22. ----- (1974). The House-Tree-Person (HTP). Manual Supplement 4th printing Beverly Hills, C.A.; Western Psychological Services.
23. CALIGOR, L.. Nueva interpretación psicologica de dibujos de la figura humana. Buenos Aires, Ed. Kaprelusz, 1960.

24. CAMPOS, D.M.S.. O teste de desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade. 6ª ed., Petropolis: Vozes, 1975.
25. CASSORLA, R.M. S.. Simbiose na adolescência: implicações clínicas. In: Marcia de F. Maakaron et alli (org). Tratado de adolescência - um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.
26. COELHO NETO, J.T.. Prefácio do livro de George Groddeck. O livro d'Isso. São Paulo: Perspectiva, 1988.
27. COLEMAN, J.C. A psicologia do anormal e a vida contemporânea. V.1, São Paulo: Pioneira, 1973.
28. CREFF, A.F. & HERSCHBERG, A.D.. Manual de obesidade. São Paulo: Masson, 1983.
29. DAWSON, D.A.. Ethnic differences in female overweight: data from the 1985. National Health Interview Survey. In American Journal of Public Health 78(10): 1326-9, 1988, oct.
30. DE LA BALZE y otros. Dificultades psicologicas que perturbam las curas de adelgazamiento. In: (David Liberman y otros). Psicologia del obeso. Buenos Aires: Rodolfo Alonso, 1971.
31. DEUTSCH, H (1967). Problemas psicológicos da adolescência. 2ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
32. DIETZ, W. H.. You are what you eat - what you eat is what you are. In: Journal of Adolescent Heath Care, 11(1): 76-81, 1990, jan.
33. DI LEO, J.H.. A interpretação do desenho infantil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.
34. DOIN, C.. Espelho e pessoa. In: (Júlio de MELLO FILHO e cols.) O ser e o viver. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

35. ERIKSON, E. (1963). Infância e sociedade. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
36. ----- (1968). Identidade, juventude e crise. 2ª ed., Rio de Janeiro: Zaar, 1976.
37. ESTEVES, P.. La obesidad en la adolescencia. In: La salud del adolescente y el joven en las Americas. Washington, OPAS - OMS, 489, 1985.
38. FEINER, A. Study of Certain Aspects of Perception of Parental Figures and Sexual Identification of Obese Adolescent Female Group - Amer J. Dig. Dis., 21: 298-299 (Oct. 1954).
39. FENICHEL, O. (1945). Teoria Psicanalítica das neuroses. Rio de Janeiro e São Paulo: Atheneu, 1981.
40. FOWLER, B. A.. The Relationship of Body Image Perception and Weight Status to recent change in weight status of the adolescent female - Adolescence (95): 557-58, 1989. FALL.
41. FREUD, A. (1936). Psychoanalysis del desarrollo del niño y del adolescente. Buenos Aires: Paidós, 1976.
42. ----- (1958). Adolescence. In: R. Eissler y otros (comps). The psychoanalytic study of the child. New York, International University Press XIII, 1958.
43. FREUD, S. (1895). Neurose de angústia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud, V. III, Rio de Janeiro: Imago, 1976.
44. ----- (1900). A Interpretação dos Sonhos - In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud, Vs. IV e V - Rio de Janeiro: Imago, 1976.
45. ----- (1905). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, V. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

46. FREUD, S. (1916 - 1917). Teoria geral das neuroses. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. V. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
47. FREUD, S. (1917). Luto e melancolia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
48. ----- (1923). O Ego e o Id. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Com-pletas de S. Freud. V. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
49. GADDINI, R.. Los origenes del objeto transicional y el sintoma psicossomático. In: (R. Gaddini). On the genesis of the fetish. Roma, 1975 (mimeo).
50. ----- . The pathology of the self as a basic of psychosomatic disorders. Psychoter-Psychosom, 28: 271, 1977.
51. ----- . Sobre o falso-self. In: (R Gaddini). La frustazione come fattore di crescita normale e patologia. Ed. Genn, 1984.
52. GALLATIN, J.. Adolescência e individualidade. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1978.
53. GARCIA REINOSO, D. Notas sobre la obesidad através del estudio de Falstaff. In: (D. Liberman y otros) Psicologia del obeso. Buenos Aires: Rodolfo Alonso Ed., 1971.
54. GARMA, A..(1976) A psicanálise: teoria clínica e técnica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
55. GIOKOVATE, F.. Deixar de ser gordo. 2ª ed., São Paulo: MG Editores, 1986.
56. GOLDBLATT, P. B.; MOORE, M. E.; STUNKARD, D. A. J.; Social Factors in Obesity. JAMA, vol. 192, no. 12, 1039 - 1044, 1965.

57. GOODENOUGH, F. L.. Measurement of intelligence by drawings. World Book CO, Yonkers-on Hudson, N.Y., 1926.
58. GRINBERG, L.. La negación en el comer compulsivo y la obesidad. In (L. Grinberg) Psicoanálisis: aspectos teóricos y clínicos. Buenos Aires, Paidós, 1981 (Biblioteca de Psicología Profunda, 76).
59. GRODDECK, G.. O livro d' Isso. 2ª ed., São Paulo: Perspectiva, 1988.
60. HALPERN, A.. Obesidade. Rev. Bras. de Clínica Terapêutica 15(7): 192-198, 1986.
61. HALPERN, A. et alli. Obesidade - aspectos práticos. In: Fontes, J.R.A. et al Psiquiatria e Medicina Interna, São Paulo: Asturias, 1988.
62. HAMMER, E.F.. Aplicações clínicas dos desenhos projetivos. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
63. HATTORI, K. et alli. Fat patterning of adolescents. Annals of Human Biology, 14(1): 23-28, 1987, jan-fev.
64. HAYNAL, A & PASINI, W.. Medicina Psicossomática. São Paulo: Masson, 1983
65. JORDAN, H. & LEVITZ, L.. Behavior modification in the treatment of childhood obesity. In: (N. Winich) Childhood obesity. John, Wiley & Sons, Inc, 1975.
66. KALINA, E.. Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos. 2ª ed., Rio de Janeiro: F. Alves, 1979.
67. KAPLAN, H. I. & SADOCK, B.. Compêndio de psiquiatria Dinâmica. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
68. ----- . Compêndio de psiquiatria. 2ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

69. KAPLAN, K. M.; WADDEN, T.A. - Childhood Obesity and Self-esteem. Journal of Pediatrics 109 (2): 367 - 70, Aug. 1986.
70. KHAN, M.M.R.. Prefácio do livro (WINNICOTT, D. N.) Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. 3ª ed., Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.
71. KLEIN, M. (1930) A importância da formação do símbolo no desenvolvimento do ego. In: Os progressos da psicanálise, 3ª ed, Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.
72. ----- (1935). A contribution to the psychogenesis of manic - depressive states. Int. J. Psychoanal., 16.
73. KNOBEL, M. (1974). Psicologia y psicopatologia de la adolescencia. Sociedade de Psicologia del Uruguay. Montevideo, 1974.
74. ----- (1978). Perturbaciones psicossomáticas en la adolescencia. Rev. Med. Psicossom. Arg., 15(35): 10-19, 1978.
75. KOPPITZ, E.M. El dibujo de la figura humana en los niños. Evolución psicológica. 2ª ed., Buenos Aires: Guadalupe, 1974.
76. KORNHABER, A. & KORNHABER, E.. Obesidade em adolescentes: fatores psicopatológicos contribuintes e seu tratamento. In: Platon J. Collip (Ed.). Tratamento da criança obesa. São Paulo: Manole, 1977.
77. KOTKOV, B. & GOODMAN, M. (1953A). The draw-a-person tests of obese women. J. Clin. Psych., 9: 362-364.
78. ----- (1953B). Prediction of trait ranks from draw-a-person measurements of obese and non-obese women. J. Clin. Psych., 9: 365-367.
79. KRAMER, B.. Le corps dans le phénomènes de conversion à la puberté. Revue de Médecine Psychosomatique. Tome 20:3, 1977.

80. KRAUSE, M.V. & MAHAN, K.L.. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 6ª ed., São Paulo: Livraria Roca Ltda, 1989.
81. KÜBLER-ROSS, E. (1969). Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
82. KUSNETZOFF, J.C. Introdução à psicopatologia psicanalítica. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982
83. LADRIÈRE, J.. A articulação do sentido. São Paulo: Editora Pedagógica e EPU, 1977.
84. LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B.. Vocabulário de Psicanálise. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1970.
85. LEGORRETA, G; BULL, R. H.; KIELY, M. C.. Alexithymia and Symbolic Function in the Obese. Psychoter. Psychosom. 50 (2); 88 - 94, 1988.
86. LEON, G. R. & ROTH, L.; Obesity: Psychological Causes, Correlations and Speculations. Psychological Bulletin, vol. 84 - no. 1: 117 - 139, 1977.
87. LEVY, S.. Desenho projetivo da figura humana. In: (Emanuel F. Hammer) Aplicações clínicas dos desenhos projetivos. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
88. LIBERMAN, D.. Humorismo en la transferencia e instinto de muerte en un paciente obeso. In: (David Liberman y otros) Psicología del obeso. Buenos Aires: Rodolfo Alonso, Editor, 1971.
89. LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. (1968). Interpretação psicológica de desenhos. São Paulo: Pioneira.
90. ----- (1975). Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil. V. 2, Rio de Janeiro: Vozes.
91. ----- (1984). Testes Projetivos Gráficos. São Paulo: EPU (Temas Básicos de Psicologia, V. 5)

92. LOWEN, A.. O corpo traído. 2ª ed., São Paulo: SUMMUS, 1979.
93. MAC FADDEN, M.A.J. Contribuições da psicanálise contemporânea para o estudo das manifestações psicossomáticas. Campinas, SP, 1993 (Tese de Doutorado da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP).
94. MACHOVER, K.. O traçado da figura humana: um método para estudo da personalidade. In: (Anderson, H.H. & Anderson, G.L.). Técnicas Projetivas do diagnóstico psicológico. 1ª ed., São Paulo: Mestre Jou, 1967.
95. MAHLER, M. y otros (1975). El nacimiento psicológico del infante humano. Buenos Aires: Ed. Marymar, 1977.
96. MAHLER, M.. O processo de separação-individuação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
97. MARCELLI, D. & BRACONNIER, A.. Psicopatologia do adolescente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
98. MARTINS, C.. A medicina psicossomática e a psicanálise. In: Fernando Kunzler (Org) A presença de Freud: ensaios em homenagem ao cinquentenário da morte de Freud. Publicação da Assoc. Brasileira de Psicanálise (1987-1989). Rio de Janeiro: Imago, 1989.
99. MAYER, J.. Some aspects of the problem of regulation of food intake and obesity. New Engl. J. Med., 274: 610, 622, 722, 1966.
100. MAYER, J. et alli. Tratamento da criança obesa - Introdução. São Paulo: Manole, 1977.
101. MELLIN, L.M.. Adolescent obesity. Journal of Dentistry for Children, 55(1): 64-7, 1988, jan-fev.
102. MILLER DE PAIVA, L. Medicina psicossomática. São Paulo: Artes Médicas, 1966.

103. MINUCHIN, S. (1980). Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
104. MITSCHERLICH, A.. La enfermedad como conflicto. Buenos Aires: Ed. Sur, 1971.
105. MOSES, N.; BANILIVY, M.M.; LIFSHITZ, F.. Fear of obesity among adolescent girls. Pediatrics. 83 (3): 393 - 8, Mar, 1989.
106. MÜLLER, R.C.L.. Assistência médica à adolescência: reflexão sobre a inserção da atenção ao adolescente em modelo clínico de atendimento em hospital universitário. Campinas, SP, 1992 (Dissertação de mestrado da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP).
107. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Problemas de salud de la adolescencia. Genebra, OMS, 1965.
108. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Necesidades de salud de los adolescentes. Genebra, OMS, 1977 (Série de informes técnicos, nº (609).
109. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - CID 9. Classificação Internacional de Transtornos Mentais. Genebra, OMS, 1975.
110. OUTEIRAL, J. O.. O corpo na adolescência. In: (Luiz Carlos Osório e cols.). Medicina do adolescente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
111. PAREDES, F.F. & AVENDAÑO, E.S.. Obesidad en la niñez y adolescencia: evaluación a un año de tratamiento integral. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex., 43(9): 555-557, 1986.
112. PAZ, L.R. (1978). Adolescência - crise de dessimbiotização. In: (Arminda Aberastury e Cols.) Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
113. PERESTRELLO, D.. Aspectos psicossomáticos da obesidade. Arq. Bras. Medicina, 51: 219-24, 1961.

- 114.----- . A medicina da pessoa. 2ª ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 1974.
115. PFROMM NETTO, S.. Psicologia da adolescência. 4ª ed., São Paulo: Pioneira, 1974.
- 116.PICCOLO, E.G.. Defesas nos testes gráficos. In: (Ocampo, M.L.S. e cols.). O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. 1ª ed., São Paulo: Pioneira, 1981.
- 117.PIZZINATTO, V.T.. Obesidade infantil: processo psicossomático evolutivo. São Paulo: Sarvier, 1992.
- 118.PUPO, A.A.. Endocrinologia. In Marcelo Marcondes (Org) Clínica Médica - propedêutica e fisiopatologia. 2ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara: Koogan, 1979.
- 119.RASCOVSKY, A. et alli (1951). Estrutura psíquica básica del obeso. Revista de Psicoanalysis, 8(2): 141-151, 1951.
- 120.REUHLIN, M.. Os métodos em psicologia. Lisboa: Moraes Editores, 1979.
- 121.RODRIGUES, A.L. & RODRIGUES, D.M.. Introdução à história da medicina psicossomática. In: Temas de medicina psicossomática. Rio de Janeiro, 1988 (publicado pelo laboratório ROCHE).
- 122.SAITO, M.I. et alli. Visão multiprofissional do adolescente obeso. São Paulo, Pediatria, 7(4): 210-214, 1985.
- 123.SAITO, M.I.. Obesidade na adolescência. Pediatria Moderna, 22(8): 263-268, 1987.
- 124.SANTOS, S. & MOURA, M.T.. Como enfrentar a obesidade. São Paulo: Icone Ltda; Campinas, UNICAMP, 1988.
- 125.SEGAL, H. (1964). Introdução a obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- 126.SELTZER, C.C. & MAYER, J.. Body build an obesity - who are the obese? JAMA, 189: 677, 1964.

127. SETIAN, N.; COLLI, A.S. & MARCONDES, E.. Adolescência. São Paulo: Sarvier, 1979.
128. SCHACHTER, S.. Obesity and eating behavior. Science, 161(3843): 751-756, 1968.
129. SCHACHTER, S.; GOLDMAN, R. & GORDON, A.. Effects of fear, food, deprivation and obesity on eating. Journal of Personality, 10: 98-106, 1968.
130. SCHILDER, P (1950). A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 1ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1981.
131. SIFNEOS, P.E. (1972). Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge: Harvard University Press.
132. SILVA, A.G.C.R.R.. Distúrbios alimentares em adolescentes: bulimia e anorexia nervosa. Campinas, SP, 1985.
133. SPITZ, R.A. (1954). O primeiro ano de vida. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1980.
134. STONE, L.J. & CHURCH, J. (1969). Infância e adolescência. 3ª ed., Belo Horizonte: Interlivros, 1978.
135. STUNKARD, A.J. (1959) Eating Patterns of Obesity. Psychiatric Quarterly, 33:284-295
136. STUNKARD, A.J. & MENDELSON, M. (1961). Obesity and the body image. In: (Kiell, N.). The psychology of obesity. Springfield, Charles C. Thomas, 1973.
137. SUGARMAN, A. & KURASH, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. International Journal of Eating Disorders, 1(4): 57-67.
138. TAYLOR, G.J.. Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. Madison - Connecticut: Int. Univ. Press. Inc, 1987.

139. TORDJMAN, G.. Como comprender las enfermedades psicomaticas generadas por el miedo, la angustia y el stress de la vida moderna. México: Gedisa, SA, 1990.
140. TZAGOURNIS, M. Obesidade. In: Endocrinologia. E.L. Mazzaferri, MD (org) Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan SA, 1978.
141. VEGA, H.G.. Conflitos emocionales y regressión oral - digestiva. In: (David Liberman y otros) Psicologia del obeso. Buenos Aires: Rodolfo Alonso Editor, 1971.
142. VIEGA, W.C.. Pobreza mental - facilita doenças graves (reportagem de A. Biancarelli). Folha de S. Paulo 14, 1993, março.
143. WILKINSON, P.W. et alli. Obesity in childhood: a community study in Newcastle upon Tyne. Lancet, 1: 350-352, 1977.
144. WINNICOTT, D. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Textos selecionados. 3ª ed., Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.
145. ----- (1960). A mente e sua relação com a psique-soma. In: Textos selecionados. 3ª ed., Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.
146. ----- (1959). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: (Winnicott, D.) O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
147. ----- (1960). Distorção do Ego em termos de falso e verdadeiro Self. In: (Winnicott, D.) O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
148. ----- Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. 3ª ed., Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

149. WOODALL, C.. The body as a transitional object in bulimia: a critique of the concept. Adolescent Psychiatry - developmental and clinical studies, 14: 179-184, 1987.
150. WOODMAN, M. (1980). A coruja era filha do padeiro. Obesidade, anorexia nervosa e o feminino reprimido. São Paulo: Cultrix, 1991.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

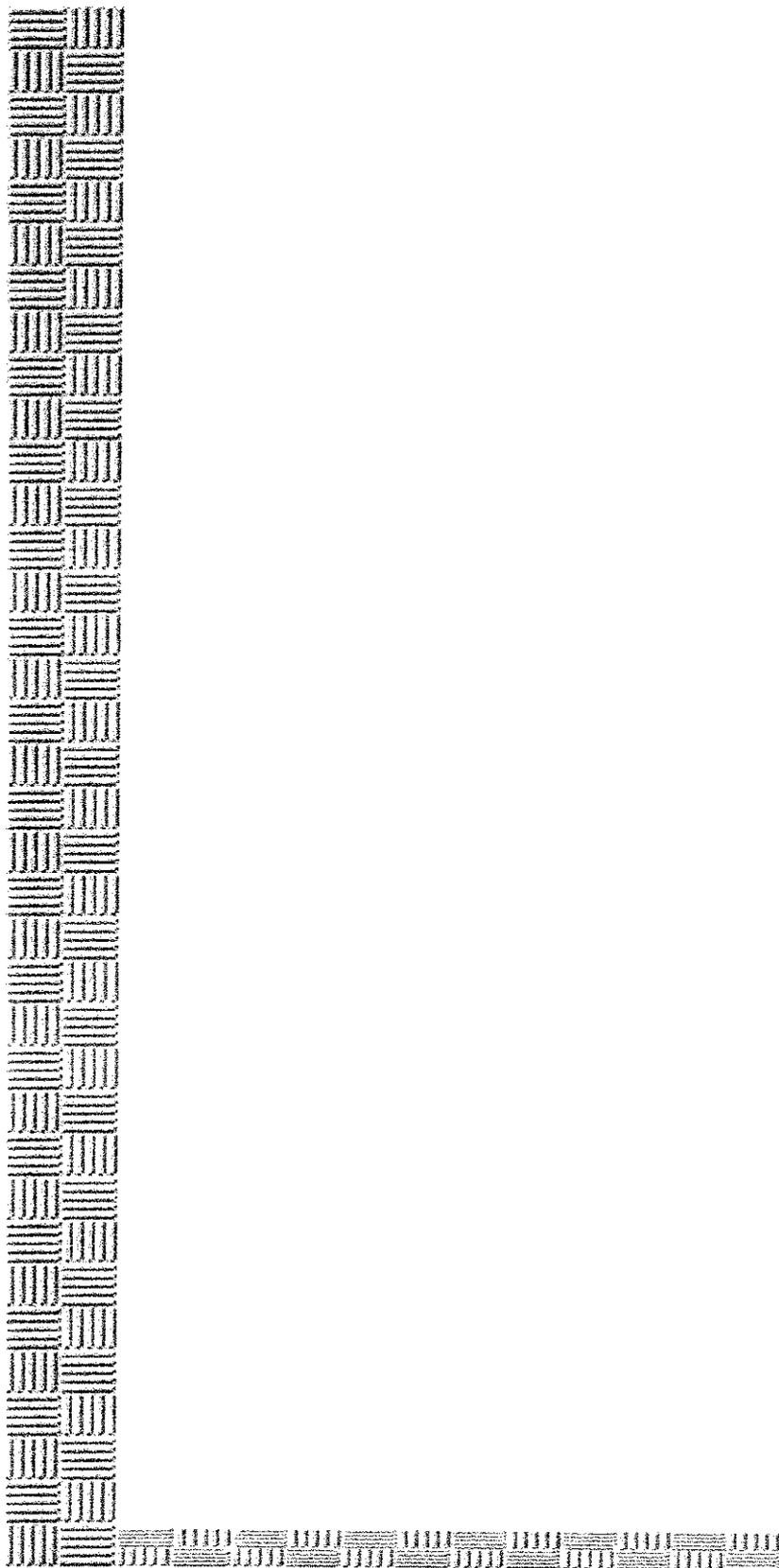
1. ANDRADE, Tarsila. M. et alli - Estudo psicológico de crianças e adolescentes. Revista Paulista de Pediatria, Vol. 13, 3 p. 88-91 Set/1995.
2. BRUCH, H.. Psychosomatic approach to childhood disorders. In: Nolan, D.C. Lewis & Bernard, L. Pacella (Ed) Modern trends in child psychiatry. N. York International Universities Press, 1945.
3. McDOUGALL, J. (1982A). Teatros do eu. Rio de Janeiro: F. Alves, 1989.
4. ----- (1982B). Em defesa de uma certa anormalidade. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
5. ----- (1989). Teatros do corpo - o psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
6. MARTY, P.. A psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
7. MILLER de PAIVA, L.. A importância do fator psicanalítico no tratamento da obesidade. Pediat. Prat., 28(1): 27-42, 1957.

8. MONTAGNA, N.S.. Determinantes intrapsíquicos e intersubjetivos de una obesidad y enuresis infantil. Rev. Psicoanal (Arg), 38(5): 941-71, 1981.
9. RASCOVSKY, A.. Estudio psicossomático del síndrome adiposo-genital. In: (Rascovsky, A. y otros) Patología psicossomática. Buenos Aires: Ed. Asociación Psicoanalítica (Arg), 1948. p. 573-604.
10. SCHERMANN, J.; PERESTRELLO, D. (et alli). Obesidade. Arq. Bras. Endocrin. Metab., 12(2): 105-36, 1936.

TESES CONSULTADAS

1. ARRUDA, S.L.S.. Grupo de encontros de mães: vivências clínicas do funcionamento em um ambulatório de saúde mental infantil. São Paulo, 1989 (Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP).
2. CABRAL, M.A.A.. Estudo descritivo de aspectos psico-sociais de pacientes de artrite reumatóide tratados na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP., Campinas, 1985.
3. CABRAL, S.. Os processos de somatização na adolescência. Campinas, 1991 (Dissertação de Mestrado).
4. CASSORLA, R.M.S.. Jovens que tentam suicídio. Campinas, SP, 1981. (Tese de Doutoramento da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP).
5. CAVALCANTI, M.C.T.. Conversando com a pessoa a ser amputada. Campinas, SP, 1991 (Tese de Doutoramento da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP).

6. LEITE, R.M.C.. Relação entre distúrbios da menstruação e fatores emocionais na adolescência. Campinas, SP, 1982 (Dissertação de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUCCAMP).
7. PEREIRA, M.E.C.. Distúrbio do pânico - contribuições para uma abordagem psicodinâmica. Campinas, SP, 1989 (Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP).
8. STRAUS, L.. Síndrome hiperkinética infantil: constante ou orgânica e situacional ou psico-gênica. Campinas, SP, 1985 (Tese de Doutorado da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP).
9. TURATO, E.R.. Infarto do miocárdio: histórias de vida e opiniões de pacientes. Campinas, SP, 1988 (Tese de Doutorado da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP).
10. VALLER, E.H.R.. A mãe devotada e o seu bebê - teoria do desenvolvimento emocional de D.W. Winnicott. Campinas, SP, 1989 (Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP).



A N E X O S

ANEXO I - TABELAS DE PESO X ALTURA

HOMENS		MULHERES	
ALTURA (cm)	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PESO (kg)
155,0	53 a 63,3	142,0	41,5 a 48,5
157,5	54,5 a 65,0	144,5	42,5 a 49,5
160,0	56 a 66,5	147,0	43,5 a 51,0
162,5	57 a 68,5	150,0	44,5 a 53,5
165,0	58,5 a 70,5	152,5	46,0 a 54,0
167,5	60 a 72,5	155,0	47,5 a 55,0
170,0	62 a 74,5	157,5	48,5 a 57,0
172,5	64 a 76,5	160,0	50,0 a 58,5
175,0	65 a 78,5	162,5	51,5 a 66,0
177,5	67,5 a 80,5	165,0	53,0 a 63,0
180,0	69 a 83,0	167,5	55,0 a 69,5
182,5	71 a 85,0	170,0	57,0 a 66,5
185,0	73 a 87,5	172,5	58,5 a 68,0
187,5	75 a 89,5	175,0	60,5 a 70,0
190,0	77,5 a 92,0	177,5	65,0 a 72,0

Fonte: SANTOS & MOURA (1988)

CRIANÇAS E ADOLESCENTES			
MENINOS		MENINAS	
ALTURA (cm)	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PESO (kg)
86,0	12,300	84,9	11,700
102,2	16,100	100,5	15,400
114,4	19,900	113,0	19,000
124,7	24,000	124,3	23,600
135,0	29,400	134,6	28,800
144,9	35,700	146,5	36,600
154,1	41,800	156,0	46,000
162,3	49,400	160,5	50,300
169,0	56,500	162,5	53,300
173,5	61,100	162,5	53,300

Fonte: SANTOS & MOURA (1988)

ANEXO I
TABELAS DE PESO X ALTURA

TABELA I
PESO MÉDIO (kg) EM RELAÇÃO À ALTURA

Altura	Homens		Mulheres	
	Média	Faixa	Média	Faixa
1,473			46,2	44,7 – 54,0
1,498			47,1	47,1 – 55,3
1,523			48,5	43,5 – 56,7
1,549			49,9	45,9 – 58,1
1,575	55,8	50,8 – 63,9	51,3	46,2 – 59,4
1,600	57,6	52,2 – 65,3	52,6	47,6 – 60,8
1,626	58,9	53,5 – 67,0	54,4	49,0 – 62,6
1,651	60,3	54,9 – 69,0	55,8	50,3 – 64,4
1,676	61,7	56,3 – 70,8	58,1	51,7 – 66,3
1,702	63,5	58,1 – 73,0	59,9	53,5 – 68,0
1,727	65,8	59,9 – 75,3	61,7	55,3 – 69,9
1,753	67,6	61,7 – 77,1	63,5	57,1 – 71,7
1,778	69,4	63,5 – 78,9	65,3	58,9 – 73,9
1,803	71,7	65,3 – 81,2	67,1	60,8 – 76,2
1,829	73,5	67,1 – 83,5	69,0	62,6 – 78,5
1,854	75,3	69,0 – 85,7		
1,880	77,6	70,8 – 88,0		
1,905	79,8	72,6 – 90,1		
1,930	82,2	74,4 – 92,5		

* Adaptado da tabela da Metropolitan Life Insurance Company,
(Recomenda-se que a altura seja medida sem sapatos e com roupas leves.)

ANEXO II - ROTEIRO DA ENTREVISTA

PESQUISA SOBRE OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

Encaminhada por: _____

I- IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ HC _____
Sexo _____ Raça _____ Idade _____ Nascimento ___ / ___ / ___
Naturalidade _____ Procedência _____
Desde quando? _____ Mudanças de endereço _____
Endereço _____
Cidade _____ CEP _____ Tel _____
Escolaridade _____ Escola _____ Período _____
Ocupação/Atividades (horário) _____
Religião _____

ÍNDICE DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO

Menarca: Não() Sim() Desde quando? _____

Início da aceleração do crescimento() _____

Fase da desaceleração do crescimento() _____

Aspecto físico _____

Peso _____ Kg Peso Ideal _____ Kg Estatura _____ cm IMC _____

FILIAÇÃO

Pai _____ Idade _____ Raça _____ Religião _____

Nacionalidade _____ Naturalidade _____

Prof/Ocup _____ Salário _____

Peso _____ Kg Avaliação da Filha _____ Estatura _____ cm

Mãe _____ Idade _____ Raça _____ Religião _____

Nacionalidade _____ Naturalidade _____

Prof/Ocup _____ Salário _____

Peso _____ Kg Avaliação da Filha _____ Estatura _____ cm

Estado Civil dos Pais: Casados() Separados() Amigados()

Outros _____ Há quanto tempo? _____

Irmãos	Sexo	Idade	Escol	Prof/Ocup	Religião	Est Civil

HEREDOGRAMA

Renda Familiar _____ Nível Sócio-econômico _____

Condições de habitação: Casa() Apartamento() Outro()
 Própria() Alugada() Cedida()

No. de quartos _____ Como se dividem para dormir _____

II - ANAMNESE DO OBESO

1. HISTÓRIA

1.1. Queixa Principal (demanda verbalizada por quem?) _____

1.2. Outras queixas (problemas de saúde ou outros relatados) _____

1.3. Início e desenvolvimento da obesidade _____

Peso ao nascer _____ Kg Obesidade na Infância? _____

Desde que idade? _____ Quando começou a notar? _____

Quando passou a se preocupar? _____ Apelidos _____

Fatores relacionados com início da obesidade (Amigdalectomia vestibular, puberdade, cirurgias, trauma emocional, após parar de fumar, solidão, uso de medicamentos, doenças, etc) _____

1.4. Saúde Atual

Efeitos colaterais: dificuldades respiratórias() hipertensão() dermatopatias()
 dificuldades de deambulação() corrimento vaginal()

Efeitos colaterais (como foram coletados?)
 queixas espontâneas() observação() inquérito() outro método()

1.5. Rotina Diária (hábitos alimentares e de vida)

1.5.1. Atividade Física: interessada Sim() Não()

Normal() Sedentária() Hiperativa()

O que faz? Caminhadas() Bicicleta() Ginástica() Natação() Dança()
 Esportes _____

Frequência _____ Horas/dia _____ Vezes/semana _____

1.5.2. Horas de sono/dia _____

1.5.3. Se não pratica esportes, porque não o faz? _____

Falta de motivação() Falta de tempo() Falta de clubes() Ônus excessivo()
Vergonha() Outros _____

1.5.4. Funcionamento Intestinal _____

1.5.5. Inquérito Alimentar

a) Quantas refeições por dia _____

b) O que come nessas refeições quando não está de regime _____

c) Onde faz as refeições? Quem as prepara? _____

d) Caracterização Alimentar: Ingestão excessiva() Omissões() Indisciplina()
Substituições inadequadas() Bulimia() Compulsão a comer() Vômitos()
Uso frequente de antiácidos() Situações emocionais em que come mais _____

e) Como se sente antes de começar a comer?

Tem fome() Dói a barriga() Desejo de comer() Sente fraqueza() Ansiedade()
Solidão() Outros _____

f) Preferências Alimentares (doces, bolos, pão, sanduíche, bolachas, salgadinhos, massas,
molhos, queijo, leite, sorvetes, danones, batata frita, pipoca, sucos, frutas, refrigerantes,
café, chá, etc) _____

g) Alimentos pouco tolerados _____

h) Descrever o regime que está seguindo _____

2. AUTO-IMAGEM

2.1. Como descreveria sua forma de ser? _____

2.2. Com quem se parece? _____

2.3. Acha-se diferente às vezes? Em que sentido? _____

2.4. O que mudaria em você se pudesse? _____

2.5. O que mais gosta em você? _____

2.6. O que seus amigos pensam de você? _____

2.7. Olha-se muito no espelho? Como se sente frente ao corpo? _____

2.8. O que significa ser gorda pra voce? _____

2.9. Como gostaria de ser? _____

Conclusão da auto-imagem Aceitação() Não aceitação()

Auto-estima Boa() Rebaixada()

3. MOTIVAÇÃO TERAPÊUTICA

3.1. Por que gostaria de emagrecer? _____

3.2. Quatos quilos gostaria de ter? _____

3.3. Acredita que irá emagrecer e que permanecerá magra? O que imagina que será mais difícil?

3.4. Que projeto tem para o futuro? _____

4. REGIME ANTERIOR

4.1. Quantas vezes já fez regime? _____

- 4.2. Quantos quilos perdeu? _____
- 4.3. Por que o fez? _____
- 4.4. Como se sentiu? _____
- 4.5. Quanto tempo durou o regime? _____
- 4.6. Consultou algum médico? Quem prescreveu e acompanhou o regime? _____
- 4.7. Em quanto tempo voltou a engordar? _____
- 4.8. Tomou remédio? Quais? Que dosagem e por quanto tempo? _____
- 4.9. Como passou? Sentiu algum efeito colateral? _____
- 4.10. Como se comporta quando está de regime? Fica nervosa, irritada, impaciente()
 Fica triste, desanimada() Outros sentimentos _____
 Segue à risca() Começa bem mas no decorrer do dia relaxa()
 Sai do regime nos finais de semana e nas festas()

5. TRAÇOS DE PERSONALIDADE (AUTO-AVALIAÇÃO)

- Alegre() Triste() Tímido() Extrovertido() Dependente() Autônomo() Desanimado()
 Entusiasmado() Submisso() Dominador() Calmo() Nervoso() Seguro() Inseguro()
 Emotivo() Indiferente() Influenciável() Impressionável() Incrédulo()

6. AMIZADES

- 6.1. Tem amigos? São íntimos? De que idade, sexo e de onde são? _____
- 6.2. Como são seus amigos preferidos e o que fazem juntos? _____

7. ESCOLA

- 7.1. Como vai nos estudos? Bem() Mal() Regular()
- 7.2. Gosta de estudar? Sim() Não()
- 7.3. Já repetiu? Quantas vezes? Que série? Motivo _____
- 7.4. Como se sente na escola? _____
- 7.5. Quais as dificuldades no estudo e/ou na escola? _____
- 7.6. Prefere estudar só ou com colegas? _____
- 7.7. O que come na escola? _____
- 7.8. Faz Educação Física? _____

8. TRABALHO

- Local: _____
- O que faz? _____
- Quanto ganha? _____
- O que faz com o dinheiro? _____
- Como se sente no serviço? Dificuldades e planos futuros _____

9. RELAÇÕES FAMILIARES

- 9.1. O que pensa de sua família? _____
- 9.2. Como é seu relacionamento em casa? Com quem se dá melhor? Com quem tem dificuldade? Por que? _____

9.3. Tem problema na família? Quais? _____

9.4. Considera alguém responsável pelo seu problema de gordura? _____

9.5. Apoio familiar

Colaboração na dieta Sim() Não(). De que forma? _____

São críticos() Impacientes() Agressivos() Outros _____

Quais as justificativas deles para não colaborar? _____

10. SEXUALIDADE

10.1. Mudanças corporais: Quando? Como se sentiu? Com quem falou? _____

Menarca _____

Regras (regularidade, cólicas) _____

10.2. Jogos sexuais na infância. Masturbação. Experiências traumáticas _____

10.3. Namoro? Paqueras? Intimidades físicas? Relação sexual? _____

11. ANTECEDENTES FAMILIARES

Obesidade _____

Diabetes _____

Hipertensão _____

Problemas Cardíacos _____

Anorexia nervosa _____

Outros _____

12. HÁBITO ALIMENTAR DA FAMÍLIA (Origem ética e costumes culturais) _____

IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA E CONTRATRANSFERÊNCIA

Cansaço() Irritação() Interesse() Empatia() Dó() Raiva() Entusiasmo()

Vontade de ajudar() Vontade de rir() Tristeza() Tédio() Outros _____

ERRATA

PÁGINA	LINHA	ONDE SE LÊ...	LEIA-SE
CAPA	9	STRAUSS	STRAUS
3	15	com estatura	com a estatura
8	16	MELLO Fo	MELLO F°
9	9	(1801-1869)	[1801-1869]
11	16	demonstrar	demonstrar
14	22	PONTALIS	PONTALIS,1970)
15	11	SADDOCK	SADDOCK(1984)
18	14	demonstra	demonstra
19	10	seus	seu
22	19	MACFADDEN	MAC FADDEN
35	Rodapé	(trecho em branco)	(últ.§ da p.37)
37	18,19,20,21...	A contribuição...	(abolir este §)
56	9	no resto	do resto
66	7	E. CAPPISANO	,CAPPISANO
71	6	fantasias do	fantasias dos
78	7	A demais	Ademais
83	5	apud Setian	apud SETIAN
88	23	conclui	concluiu,
90	23	fazê-lo	fazê-los
98	9	(Apud...	(apud...
107	23	Winnicottianos	winnicottianos
117	13	realizado	(passar p/a 12ªlinha)
122	2	interprea	interpreta
151	18	À vezes	Às vezes,
166	13	Deus! "	Deus! ",
173	12	alpesar	apesar
187	16	E PICCOLO	PICCOLO
187	24	dever	deve
188	18	corpo esta	corpo, está
189	17	E CAMPOS	& CAMPOS
202	17	segestionável	sugestionável
206	14	epressivas	depressivas
219	19	estruturada	exagerada
221	13	pernas,na	pernas na
222	8	o qual	a qual
240	22	em cassa	em casa
254	de 13 a 20	§ desalinhados	alinhar c/ o de cima
268	13 e 14	traduz talvez que,	traduz, talvez, que
286	25	sonflitos	conflitos
339	16	WINNICOTTI	WINNICOTT
371	3	Márcia	Marília
372	22	Brasi-leira	Brasileira
373	7	com-pletas	completas
374	4	Psicoa-nalisis	Psicoanalisis
375	16	psicopatoló-gicos	psicopatológicos
375	21	measu-rements	measurements
388	22	vestibular,	,vestibular,
389	33	Quatos	Quantos
390	18	íntomos	íntimos