

A obesidade feminina

RENATA GÜENTER (*)

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é o excesso de peso causado pelo aumento do número de células adiposas no corpo (Fisberg, 1993; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Por sua vez, Santoro (1996) define a obesidade como um desvio do bom estado nutricional. Essa é, na realidade, do âmbito de uma investigação multidisciplinar (Kahtalian, 1992; Herscovici & Bay, 1997; Schussel, 1993).

A obesidade pode ter sua etiologia nos factores de inter-relações endócrinas e metabólicas. Nesse caso, é considerada fruto de alterações bioquímicas e fisiológicas do organismo (Diabetes, Função Tireoidiana, Função Supra-renal, Função Ovariana, etc.) (Dillon, 1983), levando a um aumento de peso. Por sua vez, há igualmente a influência dos factores genéticos (Santoro, 1996), entretanto, Martins (1993) considera as influências genéticas como importantes determinantes da obesidade humana, todavia, salienta que a obesidade não é determinada no momento da concepção, como a cor dos olhos e, dessa forma, não é uma variável imutável. A autora admi-

te a existência do factor genético que se manifesta de acordo com o ambiente e características do próprio indivíduo.

Entre as influências familiares, Kreisler (1978) refere que a criança é inseparável do ambiente em que vive, pois é, nesse ambiente, que os hábitos alimentares se desenvolvem. O autor reconhece que existe uma tendência familiar para a obesidade, porém, não está relacionada a uma hereditariedade fatal, mas, provavelmente, esses pais estão repetindo com seus filhos o conflito que obtiveram na geração anterior, com os seus pais (Pietsch & Prietsch, 1995).

Bruch e Voss (apud Kolb, 1977) assinalam que o bebê, ao nascer, não possui uma consciência discriminatória sobre a fome. Essa instala-se através das trocas recíprocas estabelecidas no relacionamento com a pessoa que dispensa os cuidados maternos e as respostas às demandas que ocorrem entre a criança e seu objecto.

Fenichel (1981) admite que a obesidade pode estar associada a distúrbios psicossomáticos que possuem a origem em conflitos no desenvolvimento psicogênico, vindo a desenvolver anormalidades hormonais. O autor lembra que, nas neuroses, ocorre justamente um reviver de sentimentos e experiências relacionadas aos primeiros níveis de desenvolvimento.

(*) Mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. Docente na Universidade Luterana do Brasil. Administradora e Psicóloga Clínica da Psiquê-Psicoclínica, Canoas – Rio Grande do Sul, Brasil.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa científica foi de cunho explora-

tória-qualitativa. Magagnim, Korbes e Barros (1998) enfatizaram que os estudos exploratórios-qualitativos são investigações de pesquisa empírica, cujo objectivo é a formulação de um problema com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, facto ou fenómeno para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e classificar conceitos.

A amostra da pesquisa é de quarenta mulheres obesas que não possuem comprometimento endócrino e que estão fora do período da menopausa. O grau de escolaridade foi de 1.º grau incompleto até superior completo, dentre essas existiam sujeitos nos três níveis socioeconômico: baixo, médio e alto.

Os sujeitos da amostra foram escolhidos de acordo com o seu desejo de colaborar com a pesquisa, na unidade do Complexo Hospitalar Ulbra-Restinga-RS, bem como em três empresas as quais se presta atendimento clínico.

Como método de classificação de obesidade dos sujeitos, foi utilizada a tabela da Organização Mundial de Saúde (Genebra). Kessler, Halpern e Zukerfeld (1997) referem que o método mais usado é a correlação entre peso e altura, ou seja, índice de Massa Corpórea (I.M.C.) que é obtido dividindo-se o peso (em quilos) pela altura elevada ao quadrado.

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso actual (Kg)}}{\text{altura}^2}$$

Realizando essa operação matemática, as obesas são classificadas em graus de obesidade.

- Menos de 20 – peso inferior ao normal
- De 20 a 25 – peso normal
- De 25 a 29,9 – sobrepeso ou obesidade grau I
- De 30 a 39,9 – obesidade grau II
- Mais de 40 – obesidade mórbida ou de grau II

Como instrumentos, utilizaram-se o Psicodiagnóstico de Rorschach e a Entrevista Diagnóstica.

O Psicodiagnóstico de Rorschach é um teste projectivo de personalidade que propicia o entendimento psicodinâmico, e conflitos de personalidades dos sujeitos. O instrumento foi avaliado de acordo com o método proposto por Vaz (1997).

A entrevista diagnóstica foi utilizada com intuito de conhecer a história clínica dos sujeitos, bem como a forma de organização dos sintomas. Segundo Cunha e Raymundo, a entrevista diagnóstica objectiva elucidar os problemas, conhecer a psicodinâmica e a psicopatologia do sujeito.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A obesidade mostrou-se distribuída em três níveis, 75% dos sujeitos da amostra apresentam uma obesidade de Segundo Grau, ou seja, que se situa entre 30 e 39,9 pontos, reflectindo alto grau de sobrepeso. Entre os sujeitos, verificou-se que 20% das mulheres obesas apresentam Obesidade Mórbida Grau II. Apenas um número pequeno de sujeitos, 5% da amostra, demonstrou uma Obesidade de Grau I. O maior grau de obesidade sugere estar ligado a um maior nível de psicopatologia a nível interno. Em nossa amostra, 15% dos sujeitos são bulímicos e não mostraram diferenças em relação ao funcionamento psicodinâmico, mas indica ser uma evolução da psicopatologia.

Quanto à incidência da obesidade, verificou-se um percentual um pouco superior entre os sujeitos com idades de 31-40. Pode-se, nesse caso, sugerir que é o momento, na vida das mulheres, em que já possuem os seus filhos, bem como alguns anos de casamento. Esse aspecto indica haver uma dificuldade de dar sentido a essa vivência familiar, reflectindo-se uma dificuldade de investir em afectos, em relações vinculares mais próximas ou íntimas.

A partir dos resultados obtidos, pode-se inferir que não existe nenhuma explicação a nível socioeconómico ou cultural para a obesidade, pois a mesma aparece em todos os níveis indiscriminadamente.

Da mesma forma, detectou-se que os sujeitos desta pesquisa não se enquadram em uma obesidade de origem endócrina, visto que 100% desses já passaram por avaliação do Médico Endocrinologista e não demonstraram desvios dessa ordem. De acordo com Dillon (1983), a obesidade de ordem endócrina é aquela que está associada a alterações metabólicas de insulina, alterações da função tireoidiana, alterações de função supra-renal, hormônio de crescimento, alterações

na função ovariana e obesidades da terceira idade.

A obesidade dos sujeitos da pesquisa é de ordem psicogênica. Segundo Fenichel (1981), a obesidade psicogênica é aquela que está relacionada a dificuldades de ordem emocional.

Constatou-se que, entre as famílias das mulheres obesas, existe um valor «idealizado superior», um valor inconsciente, projetado sobre a comida que se sobrepõe às necessidades de diálogo e outras necessidades afectivas. Estas sugerem estar relacionadas ao valor que as figuras paternas atribuem à alimentação, onde esta acaba superpondo-se às demais necessidades subjectivas de suas filhas. Entre os sujeitos, 82,5% tiveram mães obesas e 15% tiveram o pai obeso. A satisfação das necessidades físicas revelou ser o tema central desta vinculação pais-filhos. Kreisler (1978) refere que, quando os pais atendem todas as necessidades da criança pela alimentação, cria-se a confusão entre necessidade e satisfação, entre distância e expectativa, que situarão o imaginário e a sublimação, causando a confusão psíquica entre fome e saciedade.

Essa relação inconsciente com a comida auxilia a compreender o motivo pelo qual 40% dos sujeitos foram obesos na infância, emagreceram e tornaram a engordar na gravidez ou na vida adulta. O que denota que essas obesidades instalam-se frente a factores de mudança na vida dos sujeitos, que diante de reacções de conflitos e mal-estar, tornam a buscar a comida como forma de se acalmar ou resolver o problema, assim, adaptando-se. Kreisler (1978) refere que, na vida do sujeito, frente a momentos de conflitos, os indivíduos podem lançar mão de recursos imediatos que estão inscritos na relação primitiva com as figuras paternas. Bruch (apud Creff & Herschberg, 1983) afirma que essas obesidades surgem como forma de adaptação à dificuldade vivenciada, respondendo com hiperfagia e obesidade em vez de desenvolver qualquer outro tipo de patologia.

O início da obesidade, em 15% dos sujeitos, deu-se quando esses, ainda, eram bebês, o que sugere, de certa maneira, que a obesidade dessas mulheres está directamente relacionada à hiperalimentação por parte das mães ou substitutos que supervalorizavam a sensação da fome sobre as demais necessidades. Kreisler (1978) explica que a criança é inseparável do ambiente em que

vive, pois é neste que a criança desenvolve seus hábitos alimentares.

Nos sujeitos da pesquisa, verificou-se a constante relação da mãe associada a momentos de alimentação e à indiferença por parte da figura objectal em outras situações, nas quais suas filhas encontravam-se saciadas. Kreisler (1978) acredita que os gestos maternos que acompanham a alimentação são fundamentais no estabelecimento da comunicação mãe-filho, pois é, nessa comunicação, que se cria o núcleo psíquico para a obesidade, devido à mãe ter atendido a todos os pedidos, desejos e insatisfações da criança através da alimentação. Kalitalian (1992) partilha do mesmo ponto de vista de Kreisler, atribuindo ao ambiente familiar a mola mestra sob a qual a obesidade desenvolve-se, pois é, nessa vivência familiar, que a criança detecta múltiplos comportamentos e fantasias quanto ao significado de comer e aumento de peso.

Também, nestes sujeitos constatou-se que, aos poucos, desenvolveu-se a consciência discriminatória, onde a presença da mãe, por um lado, juntamente com a alimentação, trazia sensações que propiciavam uma vivência de conforto e bem-estar, enquanto que, por outro lado, nos momentos que não estavam supridas de alimentação, não existia a presença da figura objectal materna, muito pelo contrário, nesses momentos, vivenciavam sentimentos de «abandono», pois as suas mães tinham a tendência a se ocuparem com aspectos objectivos da vida de suas filhas como, por exemplo, alimentação, cuidados de higiene, limpeza e organização da casa. Bruch e Voss (apud KoIb, 1977) relacionam a obesidade a algum tipo de distorção na relação mãe e filho. KoIb (1977) caracteriza a obesidade como um impulso aumentado de comer, cujos estudos fisiológicos e psicológicos identificaram que este distúrbio está relacionado com as influências paternas que afectaram o desenvolvimento da conduta alimentar visto que, segundo o autor, para que haja uma normalidade em relação à saciedade, deveria haver, por parte das figuras paternas com a criança, uma estabilização da consciência da fome, bem como da saciedade para que este impulso de comer possa se estabelecer de forma controlada e estável na personalidade. Haja vista que, por parte da lactente e da criança de tenra idade, é alicerçado o senso básico de segurança e confiança, o que torna a criança capaz de enfren-

tar a separação e sua conseqüente solidão e, desse modo, buscar uma identidade autónoma.

De outra monta, essa falta de atenção que as mulheres obesas tinham por parte de suas mães, nos momentos que estavam saciadas e providas das necessidades físicas, sugere ter mobilizado a constante sensação de ansiedade frente à monotonia que as invadia nos períodos saciados, enquanto suas mães dispersavam-se com as actividades da casa. Essa cognição e sentimentos das mulheres obesas são o núcleo da ansiedade e angústia vivenciadas pelas mesmas no período de bebé como a conseqüente vivência durante toda vida (100% dos sujeitos). Sá (1995) salienta que, quando os pais se fecham em si mesmos, entregam seus filhos à solidão. A solidão é, para Sá, um ressentimento persistente em relação àquilo que se sente, gerando, com isso, uma desesperança «uma dor na alma». Segundo o autor, essa é a raiz do «adoecer da relação». Fenichel (1981) também possui o mesmo ponto de vista, pois explica que os primeiros sinais de angústia derivam-se justamente da satisfação da fome, visto que as crianças pequenas dependem dos adultos, todo sinal de amor que vem destes, que são mais poderosos, tem o mesmo efeito que a provisão de leite teve sobre o bebé, dessa maneira, a criança pequena perde a auto-estima quando perde o amor, obtendo-a, novamente, ao recuperá-lo.

O autor acrescenta que o bebé que vivência um desamparo pode ficar sujeito a estados de alta tensão dolorosa. Dessa maneira, o sofrimento dos estados traumáticos inevitáveis dos primeiros anos de vida, ainda, indiferenciados, representam a raiz comum dos vários afectos futuros como a angústia ou ansiedade. Não obstante, diz o autor que a angústia não é criada pelo Ego, mas por estímulos internos e externos incontrolados pelo bebé e que, à medida que o bebé experimenta essa angústia como sentimento doloroso consciente, experimentando-a passivamente, mais tarde, desenvolverá o medo na tentativa de antecipar e evitar essa angústia primária, devido a esses factores.

As mulheres obesas vivenciaram uma relação de ausência afectiva com as suas mães. Desse modo, verificou-se que não possuem recordações de momentos de vivências afectivas com as figuras objectais, como, por exemplo, afago, carinho, carícias, «contacto de pele», não guardam qual-

quer resquício desse tipo de relação. Possuem, no entanto, uma consciência de que o amor de suas mães era diferente, já que as preocupações básicas de suas mães centravam-se em procurar saciar todas as necessidades físicas e viabilização das «coisas materiais», todavia, o carinho, o amparo e, o pegar no colo não fizeram parte de suas vivências infantis ou qualquer outra etapa na história de suas vidas. Essa falta de amor sugere ter sido o núcleo básico, nas mulheres, sujeitos da pesquisa, para o desenvolvimento da obesidade. Por sua vez, Kolb (1977), também, relaciona obesidade à privação de amor. O autor afirma que a obesidade desenvolve-se mais em pessoas que tiveram períodos de privação de amor, nos quais substituíram a felicidade e o reconhecimento pessoal pela satisfação na alimentação.

Segundo os dados da pesquisa, essa dificuldade das mães das mulheres obesas, em criar vínculos afectivos com suas filhas, sugere estar directamente relacionado e ser reflexo da própria deficiência destas com as suas mães. Dias e Monteiro (1989) trazem justamente essa ideia quando referem que a capacidade de uma mãe estar com o seu bebé depende da sua identificação primária com esse bebé, e esta, por sua vez, depende da própria capacidade de se identificar com o bebé que ela foi.

Parece, no entanto, que, aos poucos, na interacção com suas mães, passaram a ter consciência de que o amor de suas mães estava associado à comida, momento no qual elas concentravam suas atenções e, por meio do alimento, estabeleciam algum tipo de relação com suas filhas, dessa maneira, atendendo às necessidades físicas das mesmas. Sá (1994) chama atenção ao facto de que, nem sempre, aquela criança que é acompanhada, por fora, pelas pessoas da família, estará acompanhada por dentro. O autor diz que não é preciso um abandono de facto para a criança se sentir abandonada, mas pelo contrário, quando os pais ignoram, em seus filhos, as pequenas coisas que por eles são vividas com intensidade, nesse momento, na realidade, também, estão os abandonando. Entre os sujeitos, isso é algo visível, visto que estão frente a uma busca inconsciente de amor, e submetem-se a aceitar a comida, sob o preço de uma obesidade, por migalhas de «amor» de suas mães, tornando-se obesas como as mesmas, pois é, através da comida, que a

comunicação se estabelece. «Ou aceita-se a comida e a obesidade ou aceita-se a solidão.»

Kolb (1977) afirma que, na dinâmica familiar de famílias obesas, a criança não é tratada como um indivíduo que tem suas próprias necessidades e que precisa de afecto e apoio emocional, ao contrário, em muitos casos, diz o autor, a criança obesa não é uma criança desejada, e sim alguém que aceitou passivamente esse papel, sem revolta, devido à sua própria atitude solicitante. Entretanto, nessa dinâmica familiar, as demandas dos filhos são equilibradas pela substituição do amor pela satisfação por alimentos.

De acordo com Anna Freud (1980), esse tipo de relação denota uma identificação ao sintoma, visto que as mães atribuem às suas filhas um papel na patologia delas próprias e é, nessa base, que se relacionam com elas e não através das próprias necessidades reais de suas filhas. A autora salienta que existem pais que, por razões patológicas inconscientes, necessitam que seu filho seja doente, perturbado ou infantil, cujas consequências patológicas para a criança sejam tanto mais intensas quanto mais a figura objectal materna ou paterna expressar essa relação anormal através da acção ou da fantasia. Já Dias (1990) denomina este tipo de relação como identificação adesiva ou identificação mimética, onde a patologia é uma das formas de relação objectal. Segundo o autor, o sujeito alia-se ao controlo do objecto ou à perturbação narcísica apresentada pela sua realidade e, aos poucos, vai realizando projecções identificatórias, com intuito de evitar a angústia de separação.

Dessa maneira, essa falta de afectividade das figuras objectais, na relação dos primeiros anos de vida, constitui a falha básica na vida das mulheres obesas. Para Balint (1993), a falha básica instala-se nas fases mais precoces do indivíduo, anteriores ao complexo de Édipo, quando existe uma discrepância entre as necessidades biopsicológica e afectiva do bebé. Para o autor, o termo «falha» origina-se na existência de uma falha dentro do sujeito, sendo que esta foi provocada por alguém que «falhou» ou se descuidou da necessidade do bebé. Já o adjectivo «básico» deve-se ao fato da origem desta reportar-se a uma fase na relação bipessoal mãe-bebé, anterior ao complexo de Édipo. Assim sendo, constitui-se de acordo com Balint (1993), a «falha-básica».

Já Matos (1982), em outras palavras, referin-

do-se à normalidade da vida psíquica, defende que, para que haja um desenvolvimento normal, um bebé não pode vivenciar nem excessos de gratificação, nem ausência dos mesmos. Se, no entanto, a mãe não deu o alimento e o afecto que precisava ou desejava, esse estágio ficará marcado na criança, por um «momento» de desprazer, insaciedade e de frustração, uma vez que a criança, não foi suficientemente satisfeita, instalando-se, assim, uma sensação de impletude de gratificação ao longo da vida.

Abraham (1923), também, salienta que, quando uma criança vive a fase oral de forma insatisfatória, frustrada em seus desejos, esta traz consigo uma lacuna na satisfação das suas necessidades básicas. Vive uma grande falta de autoconfiança e uma atitude apreensiva durante a vida, na figura da mãe que não lhe proporcionou o afecto, o aconchego, o conforto que necessitava ou desejava. Nesse processo, as mulheres obesas revivem a vida toda em uma busca inconsciente de tentar resgatar, através da comida, esse único momento de relação com a figura objectal que se fez presente nesta fase do desenvolvimento psíquico. As mulheres obesas comem quando ficam nervosas, ansiosas ou quando as «coisas» não ocorrem da forma que esperavam. Frente à insegurança vivenciada no presente, «lembram» do objecto mediador «comida» que as tranquilizava perante à presença da mãe. Esse facto torna possível compreender o motivo porque quanto mais comem menos sentem-se supridas, visto que faltou a continuidade de relação afectiva nas fases subsequentes do desenvolvimento, ficando, por conseguinte, a fase oral como única em que conseguiu vivenciar a paz, a tranquilidade e a segurança na história de vida com a figura objectal.

Sandler (1990) enfatiza que um indivíduo sob tensão, situações de conflito, que lhe mobilizem angústia, pode incorrer em uma reversão, uma atitude que parece ser um processo de satisfação da pulsão instintual. Segundo o autor, o indivíduo pode recorrer a este tipo de comportamento porque lhe proporciona uma repetição de sentimento anterior de conforto, por exemplo, aquele associado com a sucção em uma mamadeira ou seio. Essa é uma reversão à situação segura de conforto e à revivência de pulsões e desejos sexuais anteriores.

Na amostra, a depressão é vivenciada por

100% dos sujeitos (através do Psicodiagnóstico de Rorschach, observa-se a incidência constante dos tempos de reacção e duração dilatados da lâmina I até a lâmina X), onde 80% das mulheres obesas disseram que sentem depressão quando estão sozinhas, bem como quando não têm o que fazer, momento este em que procuram comida. Nessa perspectiva, 30% procuram mais o doce, 7,5% procuram tudo que é calórico e salgados e 62,5% procuram doces e salgados, indiscriminadamente, não conseguindo parar de comer. Kah-talian (1992) diz que as pessoas fixadas em doces possuem um grau mais primitivo de fixação na etapa do desenvolvimento mental do que as pessoas fixadas em salgados. Em 5% dos sujeitos, a depressão é vivida de forma tão intensa, de modo que as mulheres dizem: «a depressão para mim seria uma coisa perigosa, poderia até ser suicida se eu não fosse tão forte», sendo que 25% já tomaram remédio antidepressivo. Todavia, 80% da amostra sentem tristeza, solidão e «vazio» à tardinha, ou à noite. Não sentem depressão enquanto estão trabalhando. Sentem depressão quando as coisas não ocorrem da forma que esperavam, porém 20% têm depressão mesmo quando tudo está ocorrendo da forma que planejavam, mas internamente vivenciam uma sensação de que nada está suficientemente bom. Percebe-se, ainda, que 15% dizem que sentem depressão, um «vazio», mesmo com o marido e os filhos por perto, parece que lhes falta algo por «dentro».

Na óptica de Matos (1982), o núcleo depressivo da personalidade é objectal, permanecendo no sujeito por meio de uma ideia de um objecto idealizado, associado a sentimentos mais ou menos perdidos, investidos de saudade e de desejo e, em um objecto odiado, por não ter respondido com afecto, no entanto imprescindível para existência do sujeito, que é introjectado (introjeção agressiva) e com o qual mantém uma luta constante, onde agride o objecto e é por este agredido. Segundo o autor, a depressão surge de um insuficiente acompanhamento afectivo da criança, que deixa, na mesma, um traço de privação ou frustração mais ou menos primitivos no bebé, porém essa privação e ódio ficam recalcados diante do medo de perder este objecto.

O sentimento depressivo que as mulheres obesas vivenciam frente à falta de ocupação, ao entardecer ou à noite, também reflecte a dificul-

dade de permanecerem sós, consigo mesmas. Sami-Ali (1992) refere que o estar só significa, na verdade, ficar só com um objecto, na continuidade sob o signo de uma depressão, onde o permanecer sem amor, sem desejos para satisfazer, ameaçado de uma impotência da alma e de corpo, naturalmente deprimido, mas mal sentindo a sua depressão de forma que não pode resignar a si mesmo. Revive apenas a indiferença, o «vazio», a depressão *a priori*, onde o sujeito e o objecto não existem mais, porque formam apenas um super-ego corporal. Dias e Monteiro (1989) assinalam que, quando uma criança não tem o sentimento da continuidade da presença de uma mãe suficientemente boa, esta passa a ser invadida por afectos de frustração e por sentimentos persecutórios. Uma criança que possui esse tipo de afecto, em relação ao objecto maternal, passa a ter esse sentimento em relação a si própria, gerando, nesta, uma incapacidade de ficar só.

As mães das mulheres obesas são altamente exigentes com as suas filhas, sujeitos da pesquisa, cobram a perfeição na vida de suas filhas quer a nível escolar como no tocante a organização, limpeza da casa e, quando essas tarefas não se encontram num patamar de perfeição idealizado pela mãe, esta mostra-se brava, rancorosa, pune e manda repetir a tarefa. Gabbard (1998) concebe que as pessoas obsessivas compulsivas são caracterizadas pela busca da perfeição. Conforme o autor, essa característica é fruto do facto do genitor nunca parecer satisfeito, este é internalizado como um superego severo que espera cada vez mais do sujeito. O mesmo acrescenta que diante à exigência obsessiva compulsiva passa a ter um Ego hipertrofiado devido à sua incansável exigência de perfeição. Quando essas demandas não são satisfeitas por um longo período de tempo, pode instalar-se a depressão. Em contrapartida, para Matos (1983), essas formas de agir constituem um objecto sádico, que se caracteriza como controlador, culpabilizante e inferiorizante, é a destruição do Ego juntamente com destruição da sua capacidade de decisão e luta, da coragem e da confiança na sua própria força. Dessa forma, as mulheres obesas possuem mães cujo nível de exigência é depressivante. A incapacidade de atingir a perfeição gera, nas mulheres obesas, o constante medo de falhar. Frente à alta exigência por parte das mães, é natural que essas mulheres se sentiam muito castradas para

adquirir sua própria personalidade. Perante à constante frustração, sentem-se impotentes e dependentes de suas mães, ao mesmo tempo que vivenciam sentimentos de raiva por essa falta de afecto que as invade. Demonstram amor e ódio em relação às suas mães. Freud (1909b) refere que o obsessivo compulsivo possui um conflito entre amor e ódio, ambos dirigidos a mesma pessoa e com elevadíssimo grau de intensidade, pois o amor não conseguiu extinguir o ódio, mas apenas reprimiu-o no inconsciente. Segundo Freud (1909c), a relação entre o amor e o ódio está entre as características mais frequentes e mais marcantes e, provavelmente, mais importantes da neurose obsessiva.

Matos (1982) refere que esse sentimento de dependência e ódio em relação ao objecto primário define-se por um conflito de ambivalência afectiva. Visto que, de acordo com o autor, o objecto mostra-se constantemente frustrante e severo, levando a criança a reagir com hostilidade pela insuficiente satisfação que recebe e por se sentir fortemente reprimida em seus impulsos. Sente, dessa maneira, seu objecto como malevolente e sádico, tende, diante deste, a agir consciente ou inconscientemente de forma ainda mais agressiva, o que gera, por conseguinte, o aumento da agressividade inter-objectal e intrapsíquica desfavorável, deixando apenas fragilidade, frustração e depressão.

Frente a isso, as mulheres obesas possuem uma auto-imagem denegrida de si mesmas, auto-desvalorizam-se tendo baixa auto-estima e depreciação de sua imagem corporal. Essa autodepreciação é fruto da ausência de qualquer gratificação ou valorização da parte de seu objecto. Sentem que não são amadas e não possuem valor algum como sujeito para seu objecto, muito pelo contrário, por mais que façam nada está suficientemente bom. Na presente amostra, 20% dos sujeitos referem que não podiam errar, senão a mãe mandava repetir a tarefa; outros 20% sentiam que a mãe não respeitava as iniciativas das filhas; 10% disseram que faziam tudo para agradar a mãe, mas por mais que fizessem nada estava suficientemente bom. Essa baixa auto-estima é confirmada por 100% dos sujeitos que denotam conflito em relação à imagem corporal. Gabbard (1998) salienta, justamente, que a baixa auto-estima está ligada à sensação infantil de não ter sido valorizada na infância. No entendimento de

Matos (1983), a criança que não se sentir apreciada, atraente, alvo de amor e admiração vai, em consequência, estruturar um fundo de sentimento de inferioridade, baixa auto-estima e pouco apreço a si mesma, estabelecendo-se, por conseguinte, características depressivas, um Ideal de Ego inflacionado, grandioso, idealizado, no entanto um Ego real abatido e arruinado. Wellausen (1988) refere que a imagem corporal, a identidade não apreciada de si mesmo, pode estar relacionada a perdas de objectos internos protectores, causando, em contrapartida, depressão e ansiedade. Diante dessa perda de objectos internos, o indivíduo passa a projectar esse não gostar de si mesmo para o externo, ao passo que é interno. Gabbard (1998) compartilha do mesmo ponto de vista, referindo que os indivíduos com Transtorno de Personalidade Obsessiva Compulsiva sofrem de grande insegurança, pelo fato de terem sido crianças não suficientemente valorizadas ou amadas pelos seus pais. A frieza e o distanciamento foram reais na relação com as figuras parentais.

Matos (1982) salienta que, como defesa contra esse *self* diminuído, essa imagem de si próprio desvalorizada, o indivíduo tende, muitas vezes, inflacionar certos aspectos de sua personalidade. Entre as mulheres obesas, essas características aparecem claramente, visto que supervalorizam suas condições intelectuais e desvalorizam sua auto-imagem. Dentre os sujeitos, 100% não gostam da imagem corporal, 88% não gostam de se olhar no espelho, no entanto hipervalorizam as condições intelectuais. Possuem uma tendência a cobrar muito de si próprias e das pessoas à sua volta. Segundo Gabbard (1998), o obsessivo compulsivo envolve-se em uma cuidadosa atenção a detalhes, porém, enquanto prende-se em detalhes, com frequência, perde o objectivo principal da tarefa em questão.

Os sujeitos da pesquisa denotam ser pessoas rígidas, severas, estruturalmente reprimidas e repressivas. Gabbard (1998) refere que o obsessivo compulsivo é uma pessoa que apresenta estilos rígidos de cognição, gerando nele a falta de espontaneidade e flexibilidade. Dessa maneira, baseadas no modelo materno de exigência, começam aos poucos um processo de identificação, adquirindo as mesmas características de exigência de suas mães. As tendências à meticulosidade, perfeccionismo preocupação com detalhes,

pontualidade: organização, ordem e confiabilidade são uma identificação com a figura materna. De acordo com Matos (1980), essa identificação é um aspecto normal no ser humano, onde este, através do mecanismo de conhecimento de seu objecto, passa por iniciar um processo do mecanismo projectivo. Klein (1974) chamava a este mecanismo de identificação projectiva. Matos (1980), no entanto, prefere chamá-lo de «projectão identificativa», ou seja, é a projecção que visa à identificação de reconhecimento do objecto. É aquele processo psíquico organizado na fase evolutiva em que os limites do Ego são estabelecidos. Matos, na verdade, defende que esse processo nada mais é que uma extensão de identidade, isto é, o prolongamento do objecto na vida do sujeito, ao qual este estende a própria vivência. Dias (1990) concebe de forma semelhante, onde refere que a identificação projectiva é um mecanismo fundamental na interacção e relação de objecto, visto que, através dela, estrutura-se toda a comunicação humana, quer no sentido positivo quer no sentido negativo.

A ausência de trocas afectivas com as figuras objectais desenvolveram nas mulheres obesas dificuldades afectivas. Os sujeitos da amostra, 55%, tiveram respostas F% elevado, denotando serem pessoas rígidas, severas, estruturalmente reprimidas e repressivas, o que remete a dificuldades afectivas ou à frieza emocional. Essa rigidez é confirmada por 80% dos sujeitos da amostra que asseveram possuir problemas com novos relacionamentos. De modo geral, as pessoas não correspondem ao que estas esperam das demais pessoas de seu convívio. Para Mackinnon e Michels (1992), o obsessivo compulsivo possui uma atitude de rigidez e evitação de seus afectos, onde tende a disfarçar seus sentimentos afectuosos. Suas emoções são na verdade mantidas o mais secretamente possível. Dessa maneira, ao serem mobilizados afectiva e emocionalmente não conseguem investir em trocas afectivas, no adequado dar e receber de afectos, denotando uma forte alexitimia.

Herscovici (1997) explica que a alexitimia é uma dificuldade vivenciada pelas pessoas que sofrem de obesidade. Estas demonstram uma grande dificuldade de distinguir e expressar emoções e sensações, demonstram pouca capacidade para imaginar e fantasiar, «como se sua vida fosse um filme em preto e branco, sem mati-

zes nem cores e sem capacidade de imaginar o futuro ou outra situação desejável».

Para a referida autora, essa dificuldade de interpretar as próprias emoções, ou seja, a confusão sobre suas sensações internas a nível de sentimentos, leva a pessoa obesa a vivenciar confusões entre fome e saciedade. Percebe-se, nesta pesquisa, que as mulheres obesas não experienciaram trocas afectivas com as suas mães, vivenciaram apenas cobranças para tarefas perfeitas. Apresentam, conseqüentemente, uma carência afectiva, confundindo a mesma com falta de comida. Como explica Herscovici (1997), é realmente difícil para as mulheres obesas discernirem se realmente desejam mais comida ou afecto.

Os sujeitos da pesquisa demonstram dificuldades de controlo sobre suas reacções afectivo-emocionais, mostrando, frequentemente, atitudes de descontrolo emocional, reacções explosivas e agressivas quando fracassa a repressão, utilizando-se por conseguinte de defesas maníacas. Segundo Fenichel (1981), as defesas maníacas são aquele estado vivenciado pelo sujeito que trazem à tona um sentimento de auto-amor. É uma provisão de impulsos, quase todos de índole oral, que aparece justamente com o aumento da auto-estima, produzindo um sentimento de «riqueza da vida», ao passo que esse sentimento é uma defesa inconsciente frente à opressão que vive, semelhante a que se experimenta na depressão. De modo geral, as mulheres obesas possuem «certa» consciência de suas necessidades afectivas, contudo, expressam-nas de forma sublimativa para actividades concretas, como arrumar a casa ou actividades profissionais ou, ainda, contactos sociais onde são superficiais e formais, então, a forma sublimativa de expressar seus afectos é compensada pelo activismo, ou seja, pela necessidade de estarem sempre ocupadas fazendo alguma coisa.

Dessa maneira, o conflito em relação à sexualidade, por um lado, é decorrência da ausência da pulsão do afecto. Por outro lado, como tiveram as figuras paternas totalmente omissas ou ausentes, dificultou-se a constituição do triângulo edípico, onde a menina precisa rivalizar com a mãe para buscar, dessa maneira, o amor do pai. Como nessa relação a figura objectal paterna não tomou o lugar da mãe libidinal, as mulheres obesas fixaram-se ao objecto primário, a mãe, o que

gerou nas mesmas a dificuldade de ligação ao objecto heterossexual, por não terem vivido o amor edípico com intensidade. Matos (1996) infere que o distanciamento afectivo do pai prejudica o investimento afectivo futuro, visto que, na menina, o pai não toma o lugar da mãe libidinal, não se processando a mudança do objecto. Nesse caso, a menina fixar-se-á no objecto primário, a mãe. Esse facto, segundo o autor, causa o reforço da dependência, mas também da ambivalência, manifestando-se futuramente em dificuldades de ligação ao objecto heterossexual por não terem vivido o amor edípico em toda sua plenitude, gerando, por conseguinte, dificuldades de estabelecer relações objectais maduras, completas. Kernberg (1995), ao referir-se às patologias das relações amorosas, salienta o mesmo ponto de vista do autor acima, afirma que a patologia que predominantemente interfere num relacionamento estável e totalmente gratificante com um membro do género oposto é representada pelo narcisismo patológico, por sua vez, e pela incapacidade de resolver os conflitos edípicos com a figura paterna do mesmo género. O autor acrescenta que, nas mulheres, os conflitos edípicos não resolvidos apresentam-se mais frequentemente em vários padrões masoquistas, como um apego persistente a homens insatisfatórios e na incapacidade de usufruir plenamente do relacionamento.

Nos sujeitos desta pesquisa, essa dificuldade é algo bem visível, pois não viveram a triangulação edípica, mãe, pai, filha, pela perda da figura paterna através da separação dos pais, onde 60% dos sujeitos da amostra dizem que o pai se separou da mãe porque era brigona e autoritária e que, por isso, perderam a única pessoa carinhosa de sua vida. Verificou-se também que 55% das mulheres obesas tinham um pai presente, porém ausente em sua presença. Percebe-se isso claramente quando 37,5% dizem que o pai estava presente, porém não participava das conversas mãe-filha e 17,5% afirmam que o pai «bebe» ou vai ler depois de comer, mas também não participa do relacionamento familiar. Em contrapartida, 40,5% tinham uma imagem negativa da figura paterna, visto que esta parte da amostra referia que não tinham um bom relacionamento com o pai, porque esse traía sexualmente a sua mãe com outras mulheres. Este dado parece ser confirmado quando 20% das mulheres, sujeitos da

pesquisa, atribuem à sua falta de interesse pela sexualidade ao facto da mãe «achar tudo feio» e dizer que os «homens não prestam». No tocante ao relacionamento mãe e filha, denota-se que 30% das mulheres possuem uma percepção de sua mãe como uma pessoa moralista, pois não podiam ter nenhuma amizade com homens, como simplesmente conversar, ir ao portão, ir dançar, pois a tudo isso suas mães atribuíam um valor pejorativo, proibindo-as deste tipo de amizade ou relacionamento interpessoal.

Dessa forma, pode-se concluir que as mulheres obesas apresentam características de personalidade idênticas às constatadas no Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo. Entre as características apresentadas pelos sujeitos da amostra encontram-se rigidez afectiva, meticulosidade, perfeccionismo, preocupação com detalhes, pontualidade, organização, ordem e confiabilidade, preocupações com a limpeza, devotamento ao trabalho ou comportamentos compulsivos entre os quais destaca-se a compulsão em comer, indicando ser uma forma inconsciente de se manter ocupado. De acordo com o DSM-IV (1995), para se diagnosticar o Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva são observados: a preocupação extensa com detalhes, regras, ordem, organização ou horários, que o ponto principal de actividade é perdido; perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (é incapaz de completar um projecto porque não consegue atingir seus próprios padrões demasiadamente rígidos; devotamento excessivo ao trabalho e à produtividade, em detrimento de actividades de lazer e amizades, não explicado por uma óbvia necessidade económica); excessiva conscienciosidade, escrúpulos e inflexibilidade em assuntos de moralidade, ética ou valores (não explicados por identificação cultural ou religiosas). Relutância em delegar tarefas ou ao trabalho em conjunto com outras pessoas, a seu exacto modo de fazer as coisas; adopção de um estilo miserável quanto a gestos pessoais e com outras pessoas; o dinheiro é visto como algo que deve ser reservado para catástrofes futuras; rigidez e teimosia.

Esse diagnóstico de Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva indica ser uma identificação com a figura objectal materna. Nessa amostra, 80% das mães eram rígidas e perfeccionistas, 20% das mães exigiam tudo

certo, não podiam errar se não «ela batia»; 20% referiram que a mãe não respeitava as iniciativas da filha e exigia que fosse feita a vontade dela; 80% reconhecem que a mãe não demonstrava o carinho através do contacto físico, ela procurava fazê-lo através da organização, da limpeza da casa e da roupa, 62,5% respondem que a mãe providenciava as coisas materiais, mas afecto não existia; 55% afirmam que não existia um relacionamento afectivo com a mãe, esta parava apenas no momento de servir a refeição.

4. CONCLUSÃO

De acordo com o problema levantado, dentre os dados mais significativos do estudo, está o facto de que 80% dos sujeitos da amostra apresentam características de personalidade idênticas aos do Transtorno Obsessivo Compulsivo, entre os quais se evidenciou: rigidez afectiva, meticulosidade, perfeccionismo, importância demasiada com detalhes, pontualidade, organização, ordem e conflabilidade. Denotam, também, grande preocupação com a limpeza, devotamento ao trabalho ou comportamentos compulsivos entre os quais se destaca a compulsão em comer. Isso não significa que todos os 100% de sujeitos apresentem todas as características, contudo, o conjunto dessa amostra apresenta claramente esse tipo de transtorno.

Essa dinâmica de personalidade das mulheres obesas surge frente à incapacidade de atingir a perfeição exigida por parte de suas mães, por conseguinte, demonstram grande medo de falhar, desencadeando, assim, uma imensa insegurança, adquirindo, com isso, formas de controlo obsessivo-compulsivo.

Os sujeitos da amostra referem que suas mães, também, apresentam essas mesmas características de personalidade, as quais, realizaram-se via identificação projectiva com suas mães. Essa dinâmica evidenciou-se no facto das mães realizarem o controlo de seus próprios conflitos, exercendo esse mesmo controlo nas suas filhas, as quais acabaram identificando-se com as mães, dessa maneira, adquirindo as mesmas características, bem como a mesma «patologia», a obesidade, configurando-se, consequentemente, uma identificação ao sintoma.

As mulheres da amostra apresentam uma fixa-

ção à fase oral do desenvolvimento psíquico. Pode-se fazer esse entendimento dinâmico referindo o fracasso da relação objectal que se traduz pela falta de afecto por parte de suas mães. Desse modo, essa falta de afecto gera uma busca «desesperada» por parte das mulheres obesas de algo que preencha este vazio.

Esse processo possibilita compreender que a depressão é efeito de mães exigentes, narcísicas, depressivantes que não valorizavam suas filhas, sendo que, através das suas constantes críticas, desenvolveram uma baixa auto-estima e depreciação na personalidade das mulheres obesas e conflitos no tocante à imagem corporal.

Evidenciaram conflitos em relação à sexualidade, por um lado, em decorrência da ausência da pulsão do afecto. Por outro lado, a omissão ou ausência da figura objectal paterna não permitiu a vivência do amor edípiano em sua plenitude, dessa maneira, a figura objectal paterna não tomou o lugar da mãe libidinal. Permaneceram, assim, fixadas ao objecto primário, a mãe, o que gerou a dificuldade de ligação ao objecto heterossexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1923). Contributions to the theory of the anal character. *International Journal of Psycho-Analysis*, 410.
- Balint, M. (1993). *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. Trad. Francisco Frank Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Creff, A. F., & Herschberg, A. D. (1983). *Obesidade*. Trad. Maurício Leal Rocha. São Paulo: Masson do Brasil, Ltda.
- Cunha, J., Freitas, N. K., & Raymundo, M. G. (1986). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- D'Andrea, F. F. (1997). *Desenvolvimento da personalidade: enfoque psicodinâmico*. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Dias, C. A., & Monteiro, J. S. (1989). *Eu já posso imaginar que faço*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Dias, C. A. (1990). *Para uma psicanálise da relação*. Porto Alegre: Sagra.
- Dillon, R. S. (1983). *Manual de endocrinologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. S.A.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, 4.ª ed. Trad. de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fenichel, O. (1981). *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro e São Paulo: Livraria Atheneu.

- Fisberg, M. (1993a). Obesidade na infância e adolescência. *Pediatria Moderna*, 29 (2), 103-108.
- Fisberg, M. (1993b). Tratamento farmacológico da obesidade. *Pediatria Moderna*, 29 (2), 149-152.
- Freud, A. (1980). *Infância normal e patológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Freud, S. (1909b). Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor. In *Obras Psicológicas Completas* (Vol. 11, pp. 163-173). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1909c). Algumas características gerais das estruturas obsessivas. In *Obras Psicológicas Completas* (Vol. 10, pp. 223-229). Rio de Janeiro: Imago.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria dinâmica: Baseado no DSM-IV*. 2. ed. Trad. de Luciana N. de A. Jorge, Maria Rita Secco Hofmeister. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herscovici, C. R., & Bay, L. (1997). *Anorexia nervosa e bulimia*. Trad. de Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kahtalian, A. (1992). *Psicossomática hoje: Obesidade, um desafio*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria*. 7.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. F. (1995). *Psicopatologia das relações amorosas*. Trad. de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kessleir, M., Halpern, A., & Zukerfeld, R. (1997). *Emagreça mudando o corpo e a cabeça: motivação, auto-estima e baixa calorias*. Porto Alegre: CREO Publicações.
- Klein, M. (1974). *Inveja e gratidão: Um estudo das fontes do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kolb, L. C. (1977). *M. D. Psiquiatria clínica*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa: Editorial Stampa Ltda.
- Mackinnon, R. A., & Michels, R. (1992). *A entrevista psiquiátrica*, 3.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Magagnin, C., Körbes, J. M., & Barros, T. M. (1998). *Normas para elaboração do trabalho de conclusão do curso de psicologia*. Canoas: Ulbra.
- Martins, A. M. (1993). Aspectos genéticos da obesidade. Uma perspectiva histórica. *Pediatria Moderna*, 29 (2), 134-141.
- Matos, A. C. (1980). A extensão da identidade. Separata do *Jornal O Médico*, 417, 1-3.
- Matos, A. C. (1982). Esquema do núcleo depressivo da personalidade. Separata do *O Médico*, 1597, 103, 2-3. v. 103.
- Matos, A. C. (1982). *A deflexão da agressividade*. Separata do *Jornal de O Médico*, Março, 1-14.
- Matos, A. C. (1983). Textos sobre o narcisismo, depressão e masoquismo. *Análise Psicológica*, 3 (4), 409-423.
- Prietsch, A. I. F. C., & Prietsch, S. O. M. (1995). Obesidade na adolescência – Relação com desvios ponderais durante o primeiro ano de vida. *Pediatria Moderna*, 31 (2), 184-188.
- Sá, E. (1994). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (1995). *Más maneiras de sermos bons pais: As crianças, o pensamento e a família*. Lisboa: Fim de Século.
- Sami-Ali (1993). *Corpo real, corpo imaginário*. Trad. de Sueli Cassal. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sandler, J. (1990). *Da segurança ao super-ego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Santoro, J. R. (1996). Obesidade. Considerações gerais. Nutrição infantil. *Pediatria Moderna*, 32 (1), 42-49.
- Schussel, E. V. (1993). Obesidade: Enfoque multidisciplinar. *Pediatria Moderna*, 31 (2), 151-152.
- Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach: Teoria e desempenho*. 3.ª ed. Porto Alegre: Manole.

RESUMO

Esta pesquisa identifica as características e a compreensão do funcionamento psicodinâmico da personalidade das mulheres obesas, fruto de relações objetivas na primeira infância. A partir dessas relações com os pais e seu ambiente, estudou-se o desenvolvimento da oralidade com as figuras paternas ou substitutas e a interação com a alimentação, correlacionando esse aspecto com o sentimento depressivo vivenciado pelas mulheres obesas. A amostra é de 40 sujeitos pertencentes a três classes socioeconômicas: baixa, média e alta, sendo que o nível de escolaridade variou entre 1.º grau incompleto até superior completo. Para realizar esta investigação, utilizou-se, primeiramente, o Psicodiagnóstico de Rorschach para compreensão aprofundada sobre o funcionamento da personalidade dos sujeitos obesos e, na sequência, fez-se uso da entrevista diagnóstica a fim de verificar a forma de organização dos sintomas. Para análise e interpretação dos dados de Rorschach, utilizou-se o cálculo do percentual para identificar os dados significativos. Os achados desta investigação científica contribuem para prevenção da obesidade.

Palavras-chave: obesidade, personalidade, oralidade, depressão.

ABSTRACT

This research identifies the characteristics and the comprehension of the psychodynamic functioning of the personality of obese women as a consequence of parental relationship during childhood. Starting from these relationships with parents and their environments, the development of the oral phase with the parents or their substitutes was studied, and the interaction with feeding, correlating this aspect with depressive feelings experienced by obese women. The sampling consisted of forty subjects belonging to three social economic classes: low, medium and high;

and schooling varying from unfinished first degree to university degree. In order to run the investigation firstly the Psycho-diagnosis of Rorschach was used to deeply understand the functioning of the personality of obese subjects, and the diagnostic interview was used in order to verify the way symptoms were organised. To

the analysis and interpretation of Rorschach's data, the percentage calculation was used to identify the significant data. The findings of this scientific investigation contribute to the prevention of obesity.

Key words: obesity, personality, oral phase, depression.