



PUC
RIO

LUCIA HELENA MACHADO SAAVEDRA

OS TEMAS DE BARREIRA E PENETRAÇÃO COMO
EXPRESSÃO DOS LIMITES DA IMAGEM CORPORAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

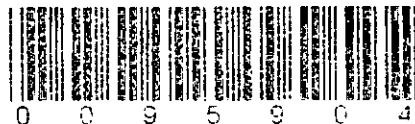
Rio de Janeiro, Fevereiro de 1973

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

N.Chamada: 150 / S112 / TESE UC

Título: Os temas de barreira e penetração como e



0 0 9 5 9 0 4
Ex: I-CENTRAL

2708

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

OS TEMAS DE BARREIRA E PENETRAÇÃO COMO EXPRESSÃO DOS
LIMITES DA IMAGEM CORPORAL

por

Lucia Helena Machado Saavedra

Tese submetida como requisito parcial
para a obtenção do grau de
MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Rio de Janeiro, Fevereiro de 1973

UC-00067339-0



150

5112

TESEUC

ao Alvaro
e nossos pais

A G R A D E C I M E N T O S

A realização do presente trabalho só se tornou possível graças ao apoio e ao incentivo prestados por diversas entidades e pessoas, às quais desejo expressar meus agradecimentos.

- à CAPES, pela atenção que me dispensou, concedendo-me a bolsa de estudos;

- à Prof. Monique Augras, minha orientadora, pelo cuidado e carinho com que conduziu este trabalho, animando-me sempre a prosseguir-lo;

- ao Doutor Carlos Paes de Barros, pelo incentivo inicial que motivou a escolha do tema deste estudo;

- ao Doutor Ivo Pitanguy, a quem devo grande parte do amparo técnico-hospitalar necessário à execução da abordagem experimental;

- à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, em especial ao Doutor Ramil Sinder e a Assistente Social Lucia Helena Santos, cuja cooperação facilitou o desempenho de meu trabalho naquela Instituição;

- ao Hospital Miguel Couto, na pessoa dos Doutores Décio Pereira e Jaci Alvarenga, que me acolheram com inegável espírito de solidariedade;

- à Psicóloga Maria Alice Bogossian, por seu inestimável auxílio no estudo estatístico e na discussão de vários pontos desta tese;

- às estagiárias de Psicologia Angela Andrade ' de Sá e Benevides e Denise Cipriano Jabour, que muito me auxiliaram no levantamento dos testes;

Enfim, ao Departamento de Psicologia da PUC e a todas aquelas pessoas que direta ou indiretamente concorreram para que este objetivo fosse atingido, o meu mais sincero e profundo agradecimento.

S U M Á R I O

O presente estudo aborda um assunto que atinge a cada um de nós: a imagem corporal.

O que vem a ser isso ?

Paul Schilder, um dos nomes mais ligados ao tema, por seus contínuos estudos sobre a matéria, assim define: "A imagem corporal é a imagem tridimensional que todo mundo tem de si mesmo", i.e., é a representação mental que fazemos de nosso corpo e cujos conteúdos podem ser conscientes ou não.

Essa representação agrega todas as impressões referentes ao nosso corpo, formando um esquema.

De acordo com os teóricos da imagem corporal, sabe-se que ela não é estável, mas, ao contrário, é sempre passível de mudança, pois cada nova impressão experimentada em relação ao corpo vai aderir à representação anterior. Esse aspecto dinâmico da imagem corporal é de grande importância, por tornar possível a adaptação do ser a situações que envolvam mudanças físicas.

O objetivo deste trabalho é investigar principalmente esse dinamismo da representação mental do corpo. Para isso, adotamos o sistema teórico-experimental de Fisher e Cleveland, dois autores americanos.

Partiram eles de observações e pesquisas feitas com pacientes portadores de doenças ditas psicossomáticas

cas, i.e., que tendo causas psíquicas, expressavam-se organicamente. Por meio desses estudos iniciais, desenvolveram um meio de testar a forma como esses pacientes vivenciavam os limites de seu corpo, o que para os autores, é um dos pontos cruciais da questão.

Eles achavam que os pacientes projetavam em suas percepções a maneira como experimentavam esses limites.

Considerando tratar-se de material não exclusivamente consciente e muitas vezes de penosa verbalização para a própria pessoa, pensaram em desenvolver o seu sistema a partir de testes projetivos. O psicodiagnóstico de Rorschach foi escolhido, por apresentar a vantagem de ser passível à quantificação.

Fisher e Cleveland distinguiram, entre todas as respostas do Rorschach com alguma referência aos limites ou periferia do percepto, dois tipos básicos de respostas: as que se referiam a estrutura, substância ou qualidades definidas dos limites dos objetos, e as que se relacionavam à falta de definição, fraqueza ou vulnerabilidade dos perceptos. Aquelas, os autores chamaram de respostas de Barreira; estas, de Penetração. Somando-se o número de respostas com essas características, dadas por cada indivíduo, obtém-se o seu índice de Barreira e/ou Penetração; esses índices são expressão de como o indivíduo vivencia os limites de seu próprio corpo, o que vem a ser um aspecto de sua imagem corporal.

Desejando pesquisar o assunto, especialmente

no que se refere a seu aspecto dinâmico, o presente trabalho, em sua abordagem experimental, utilizou-se do método de computação de Fisher e Cleveland para investigar a possibilidade de alteração da imagem corporal em pessoas que se submeteriam à cirurgia plástica. O objetivo era saber como essas pessoas experimentariam os limites de seu corpo antes e depois da cirurgia, tomando-se esta como critério objetivo de alteração física. Haveria diferenças entre as duas fases ?

Para verificar isso, foram aplicadas entrevista e técnica de Rorschach a pacientes, nas fases pré e pós-operatórias.

Os resultados encontrados foram comparados entre si. Conclui-se, por meio deles, que as pessoas que se submetem à cirurgia plástica apresentam uma preocupação constante com o aspecto externo de seus corpos e se sentem vulneráveis diante da perspectiva de mudança. Essas pessoas parecem possuir má definição dos limites de sua imagem corporal, apresentando, no entanto, a possibilidade de reestruturação dessa imagem, principalmente quando jovens .

S U M M A R Y

This present study deals with a subject that affects each of us: the body-image.

What could that be ?

Paul Schilder, one of the authors most related to this topic for his continuous studies over this matter thus defines it: "the body-image is a tridimensional image that everyone has about himself", that is, it's a mental representation we make about ourselves and whose contents may be conscious or not.

This representation joins all the impressions we keep of our own body, building up a scheme.

According to the body-image theorists, we know that it is not stable, but on the contrary, it is always changeable, for each new experienced impression about the body will join to a prior representation.

This dynamic aspect about the body-image is of great relevance, for it permits that human beings adapt themselves to situations that implicate physical changes.

The main purpose of this work is to investigate basically this dynamic mental representation of the body.

To do so we adopted the Fisher and Cleveland theoretic-experimental system.

They began their studies from observations and

researches with patients carrying psychosomatic illnesses, that had psychic causes, but were expressed organically. Throughout this initial studies they developed a way to test how these patients experienced the boundary of their bodies, which for the authors, is one of the critical points of that subject.

They thought that the patients projected in their perceptions the way how they experienced these limits.

Considering that these contents are not exclusively conscious and many times hard to be expressed in words by a person, the authors developed their system based on projective techniques. The Rorschach test was chosen for its possibility of being quantified.

Fisher and Cleveland distinguished, among all Rorschach responses which refer to the limits or periphery of the percept, two basic types of responses: those which refer to the structure, substance or defined qualities of the object limits and those related to the lack of definition, weakness or vulnerability of the percepts. The former the authors called Barrier, and the latter they called Penetration.

Adding the number of responses with such characteristics given by each subject we get the Barrier and/or Penetration score. These scores are expressions of how the individual experiences the boundaries of his own body, which represents one aspect of his body-image.

In order to investigate this subject specially in its dynamic point of view, this presente work, in its

experimental approach, makes use of Fisher and Cleveland computation method which investigates the possibility of modifying the body-image in persons who have been submitted to plastic surgery. The purpose of this work was to know how these persons experienced the limits of their bodies before and after the surgery, taking it as an objective criterion of physical alteration. Would there be any difference between two phases ?

We interviewed and used the Rorschach technique with patients, both at the pre and the post - operation phases.

The results were discussed and compared.

We concluded that people submitted to plastic surgery present a constant preoccupation with the external aspect of their bodies and feel vulnerable toward the perspective of a change. Those people seem to hold a bad definition of the limits of their body-image, though presenting the possibility of reorganizing this image, specially when they are young.

Í N D I C E

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - Abordagem Teórica	
1.1 - As Origens do Conceito de Imagem Corpó ral	3
1.2 - Alguns Teóricos da Imagem Corporal ...	15
1.3 - Enfoque Cultural	26
1.4 - A Teoria de Fisher e Cleveland	29
1.5 - Considerações Gerais	41
CAPÍTULO 2 - Abordagem Experimental	
2.1 - Apresentação	43
2.2 - Descrição da Amostra	44
2.3 - Instrumento Utilizado	46
2.4 - Levantamento	47
2.5 - Análise Estatística	48
2.6 - Hipótese e Sistema de Variáveis	49
2.7 - Critérios	51
2.8 - Tratamento Estatístico	52
2.9 - Contrôles de variáveis	55
2.10 - Discussão	60
CAPÍTULO 3 - Conclusão	63
QUADROS	66
BIBLIOGRAFIA	71

I N T R O D U Ç Ã O

As primeiras informações sobre a imagem corporal, ao que parece, datam do século XVII e desde essa época o tema vem sendo objeto de interesse em vários campos de estudo. Durante todos esses anos, tem recebido nomes diversos, por diferentes autores, não havendo uma homogeneidade de nomenclatura. Conceitos como "imagem corporal", "esquema corporal" ou "esquema postural" aparecem quando se estuda o assunto, todos eles querendo referir-se à representação mental que cada pessoa tem de seu corpo. Este trabalho utiliza principalmente o primeiro deles, a exemplo de Paul Schilder, teórico que muito contribuiu para o conhecimento da matéria.

A cirurgia plástica, entre os ramos da medicina, é um dos que mais se liga aos problemas de imagem corporal, uma vez que se destina a alterar a forma física das pessoas que a ela se submetem. Por esse motivo, pareceu ser interessante como objeto de estudos sobre o tema deste trabalho.

Entre os autores voltados para esta área de investigação, ressaltam-se Fisher e Cleveland, que procuraram definir e pesquisar operacionalmente as vivências dos limites da imagem corporal, chegando a formular um sistema teórico-experimental próprio, muito importante pela possibilidade de quantificação do problema.

O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão do que já foi dito sobre a imagem corporal e a partir daí, tentar realizar um estudo experimental, com pacientes que se submeteriam à cirurgia plástica, aplicando a eles o método de investigação elaborado por Fisher e Cleveland. Desse modo, pretende-se pesquisar como essas pessoas vivenciam os limites de sua imagem corporal e verificar a dinâmica dessa imagem, no processo de mudança física pelo qual irão passar.

C A P Í T U L O 1

Abordagem Teórica

1.1 - As Origens do Conceito de Imagem Corporal -

O assunto apareceu pela primeira vez no campo da neurologia, no séc. XVII, quando Ambroise Paré²⁰ procurou explicar um fenômeno já observado anteriormente por médicos: pacientes submetidos à amputação de algum membro continuavam a apresentar sensações relativas a esse membro, como se fizesse ainda parte de seu corpo. Esse fenômeno ficou conhecido como "o membro fantasma"; era resultado de um "esquema" que o paciente formara de seu corpo e que ainda não havia sido reestruturado após a amputação.

Estudos de Weir Mitchell e de Charcot²⁰ vieram ajudar muito na interpretação do que seria o funcionamento central responsável por essa persistência sensorial.

No início do século atual, Bonnier²⁰ neurologista francês - fez cuidadosas observações sobre as distorções apresentadas por pacientes seus, com relação à imagem corporal. Preocupou-o principalmente o fenômeno de que certos indivíduos sentissem como se seu corpo tivesse desaparecido (asquematia).

Nos primeiros anos de 1900, um neurologista alemão, Pick¹², estudando o assunto, criou o nome de autotopagnosia para se referir a distúrbios na orientação da superfície do corpo. Já nessa época estava ele atento ao fenômeno dos membros-fantasma.

Por volta de 1920, surgem publicações das idéias de Henry Head^{12,20} (neurologista britânico) sobre

imagem corporal, tema que constituiu um dos constructos mais importantes de seus estudos neurológicos. Foi ele o primeiro a elaborar uma teoria cuidadosa sobre o assunto. Head descreveu o "esquema corporal" ou "esquema postural" como sendo o modelo mental que temos de nosso corpo, baseando-nos, para isso, em mudanças de postura realizadas. As vísceras, a sensação quinestésica, a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, e a visão dariam uma informação de conjunto à córtex cerebral (sensorial) que permitiria ao indivíduo ter uma noção, um modelo, um esquema de seu corpo e das posturas que este adquire.

O modelo que cada pessoa tem de si mesma torna-se um padrão de avaliação para todos os seus movimentos e posturas. Esse modelo postural muda constantemente pelas contínuas alterações na posição de nosso corpo. Head afirmava que grande parte do funcionamento do esquema era inconsciente.

Para ele, além de ser importante como forma de avaliação na postura e orientação corporal, o esquema é também um padrão de referência para várias outras vivências.

A integração de cada nova experiência se faz em nível central, na córtex, que armazena as impressões passadas. A evidência disso é que uma lesão periférica não destrói o esquema anterior e por isso ocorre o fenômeno dos membros fantasmas. No entanto, uma lesão central pode alterar o esquema e acabar também com as sensações do membro fantasma.

Apesar de sua inegável contribuição à neurologia, Head é criticado por jamais ter explicado vários pontos, como por exemplo, de que maneira esse esquema se organiza ou como ele, na verdade, influencia os julgamentos da pessoa.

Ainda na década de 20, aparece em Viena um grupo, entre os vários surgidos na Alemanha e na Áustria, que tem Paul Schilder¹² como um dos principais membros. Este, utilizando o conceito de "imagem corporal", definiu-o como sendo a representação que formamos mentalmente de nosso corpo, i.e., a forma como ele nos aparece.

Esse grupo de Viena preocupou-se em tentar delimitar a área do cérebro responsável pela imagem corporal. Fazendo autópsias em pacientes que tinham apresentado distorções da imagem corporal, concluíram que as lesões mais frequentes eram encontradas no lobo parietal. Acharam, então ser nessa área que o indivíduo construía o modelo de si mesmo. No entanto, Critchley¹² (1953) reverendo esses estudos, chegou à conclusão de que o lobo parietal não era o único responsável por este tipo de patologia; outras áreas também estavam ligadas a ela.

Na Alemanha, naquela mesma época, Gerstmann¹² (1924) fez uma interessante observação sobre uma cliente com lesão cerebral, apresentando uma síndrome que lhe chamou a atenção: dificuldade em reconhecer seus próprios dedos, em nomeá-los e desorientação na lateralidade; isso era acompanhado por dificuldades em cálculos aritméticos e na escrita espontânea. A observação desses sintomas, que aparentemente pareciam não ter nada em comum, veio a

contribuir muito para a teoria da imagem corporal.

Gerstmann achou que, na verdade, havia ligação entre os diferentes sintomas apresentados pela paciente, no sentido de que tudo girasse em torno da desorganização de seu esquema corporal com relação a mãos e dedos.

Essa idéia de Gerstmann foi de grande valia pela inovação de que várias capacidades e julgamentos podem depender de uma imagem corporal bem organizada. A partir daí, diversos estudos experimentais foram feitos por diferentes autores: Strauss e Werner (1938-1939); Benton, Hutcheon e Seymour (1951); Teitelbaum (1941); Stanton (1954) e outros¹².

No campo da neurologia, numerosos foram os estudos feitos com relação à imagem corporal desde 1900 até os nossos dias. Grande parte deles, no entanto, parece ser uma repetição do que havia sido dito pelos precursores.

Um trabalho de Bender¹² (1952) trouxe uma nova contribuição ao assunto. Estudando as reações de pacientes a 2 estímulos dados simultaneamente, concluiu que existe no corpo humano uma certa hierarquia de sensibilidade, uma tendência a que certas partes tenham dominância sobre outras. Assim, a ordem de primazia seria a seguinte: cabeça, genitais e mãos.

Lim¹² (1955), estudando o mesmo assunto, procurou dar uma explicação psicanalítica a esses fenômenos neurológicos especulando que razões dentro do próprio desenvolvimento da criança poderiam ser responsáveis por essa hierarquia.

Com os últimos trabalhos realizados na área da neurologia, existe uma tendência a afirmar que a área do cérebro responsável pelo modelo postural do corpo é a região parieto-occipital. A pessoa que sofre lesões nessa área perde a noção da imagem corporal, embora as sensações óticas e tácteis estejam preservadas. O sistema cortical é necessário para a integração definitiva e a utilização dos impulsos aferentes. O sistema periférico é importante para o modelo postural do corpo.

No campo da psiquiatria, também foram observados diversos tipos de distorções com relação à imagem corporal, principalmente em casos de esquizofrenia, depressão psicótica e histeria de conversão. A patologia apresentada por tais pacientes geralmente consiste em sensações estranhas experimentadas em seus corpos tais como: confusão com relação à masculinidade-feminilidade, desproporção, despersonalização, deterioração, paralisias e perdas dos limites do próprio corpo.

Paul Schilder¹² afirma que a patologia do esquema corporal do esquizofrênico é resultado de uma socialização pobre e de uma história passada de relações objetivas defeituosas. Isso porque, segundo ele, nossa imagem corporal se desenvolve por meio das interações com os outros; se essas interações são falhas, a imagem corporal tenderá a ser inadequada.

Essa explicação parece ser excessivamente simplista e generalizadora. Não cremos que a patologia do esquema corporal do esquizofrênico seja apenas o resulta-

do de uma socialização pobre. Parece-nos, isso sim, haver um paralelismo entre os dois, ou talvez que dificuldades sérias na socialização sejam um dos fatores nos distúrbios do esquema corporal, mas não sua única causa. A maior contribuição de Schilder foi a de realizar investigações experimentais no campo da psiquiatria. Outros pesquisadores¹² também executaram trabalhos experimentais nessa área, como por exemplo Bender e Keeler (1952), Owen (1955), Tausk (1933).

Um dos fenômenos que mais preocuparam os psiquiatras voltados para os problemas de esquema corporal foi o da despersonalização, encontrada tanto entre pacientes esquizofrênicos como neuróticos. A despersonalização envolve sentimentos de estranheza do próprio corpo ou de que partes dele pertençam a outras pessoas. Schilder acha que esse fenômeno é uma manifestação específica de distúrbios de imagem corporal, que pode afetar tanto os psicóticos como os neuróticos e para ele, quase todos os tipos de neurose envolvem, em alguma fase de seu desenvolvimento, sintomas de despersonalização. Outros acham que pode ser mesmo encontrada em pessoas normais, após choques emocionais violentos.

Vários autores tentaram dar explicações para a etiologia da despersonalização procurando mostrar que no fundo ela é uma forma do indivíduo fugir de punições físicas ou psíquicas, tornando-se um objeto inanimado. No entanto, não nos cabe aqui aprofundar esses pontos de vista.

Na psicologia clássica, alguns autores se preocuparam com o corpo, fazendo referência a êle. No entanto, tais alusões eram bastante superficiais, tornando-se difícil tirar delas as implicações de imagem corporal propriamente ditas. Em diversos sistemas teóricos encontram-se alusões à importância que o corpo toma durante o desenvolvimento da personalidade.

Freud¹⁶, por exemplo, muitas vezes colocou ênfase na imagem corporal. Êle chega a dizer explicitamente: "El propio cuerpo, y, sobre todo, la superficie del mismo, es un lugar del cual pueden partir simultáneamente percepciones, externas e internas. Es objeto de la visión, como otro cuerpo cualquiera; pero produce al tacto dos sensaciones, una de las cuales puede equipararse a una percepción interna". E mais adiante: "el yo es, ante todo, un ser corpóreo, y no sólo un ser superficial, sino incluso la proyección de una superficie" (pag. 15). Dessa forma, podemos ver a importância atribuída a imagem corporal como sendo fundamental para o desenvolvimento do ego. Joan Rivière,¹² tradutor de Freud para a edição inglesa, acrescenta: "That is, the ego is ultimately derived from bodily sensations, chiefly from those springing from the surface of the body. It may thus be regarded as a mental projection of the surface of the body..." (pag. 42).

Para Freud,^{12, 20, 23} o desenvolvimento inicial do ego provém da aprendizagem da criança em integrar sensações da superfície de seu corpo e usar essas sensações como uma base para discriminar entre o mundo exter-

no e o interno. A princípio, o bebê não se diferencia do meio ambiente. Aos poucos êle começa a perceber seu corpo como algo único e aí êle passa a desenvolver uma consciência do corpo, ou do "ego corpóreo", como algo separado do resto do mundo. Essa consciência do corpo então se torna o núcleo do futuro desenvolvimento do ego propriamente dito.

Dessa forma, a imagem corporal é considerada básica para o desenvolvimento da estrutura total do ego e torna-se núcleo substancial para as suas futuras elaborações.

A concepção freudiana do desenvolvimento da sexualidade é, de certa forma, orientada no sentido da imagem corporal; a estruturação desta se daria paralelamente à evolução daquela. Freud diz que a criança, a princípio, é o "perverso polimorfo" que não experimenta nenhuma das zonas corpóreas como fontes primárias de estimulação erógena. Qualquer tipo de estímulo pode-se tornar uma fonte de excitação. Esse seria o estágio de narcisismo primário, durante o qual o bebê só se interessaria por seu próprio ser, não fazendo distinção ainda entre seu corpo e o resto do mundo. Mas, na organização de sua teoria sobre os estágios da libido, Freud afirma que, durante o desenvolvimento da criança, determinadas áreas corporais assumem maior importância, como fontes de estimulação erógena, obedecendo a uma certa sequência.

A primeira etapa da sequência seria aquela em que a boca é a região dominante no esquema corporal - é o

estágio oral. Sendo tôda a mucosa oral muito sensível à estimulação, a criança tende a usá-la como meio de explorar e conhecer os objetos. Ela procura incorporar o mundo exterior dentro de si. O mundo exterior já existe, mas é visto apenas como fonte ou não de prazer. O bebê começa a desfrutar de sua própria atividade muscular, gozando as sensações provenientes da pele.

No segundo ano de vida, a bôca perde sua primazia para a zona anal, e passa a ser essa a principal fonte de estimulação. É a época do treinamento higiênico e isso acentua a atenção da criança na retenção e expulsão. Nessa fase ela começa a controlar os pais por meio desses atos e então a função anal adquire uma conotação especial de expressar a agressão, e a criança aprende a associar uma área de seu corpo com os impulsos hostís. Ainda nêsse estágio, acontece algo de muito importante: a criança percebe que pela defecação, parte de si mesma é perdida, é expulsa e essa observação de perda deve ser integrada na sua tentativa de construir uma imagem satisfatória de seu corpo.

O próximo passo surge com o desenvolvimento do complexo de Édipo - tendências libidinosas para com a figura parental do sexo oposto e desejo de eliminar o do mesmo sexo - em que os objetos (pessoas amadas) adquirem uma forma mais definida. Aí se inicia a conquista do mundo e os órgãos genitais adquirem uma nova significação constituindo a zona libidinal de maior importância no corpo. Nessa fase, a masturbação traz à criança sensa-

ções agradáveis, o que faz com que ela se preocupe excessivamente com os genitais. O menino, valorizando demais o pênis, tem medo de perdê-lo, e a menina, por não tê-lo, sente-se castrada, fisicamente inferior ao menino.

De acordo com Schilder,²³ é nessa etapa que a criança começa a ter uma impressão clara do mundo exterior, atingindo a plena consciência do próprio corpo em oposição a esse mundo externo. Seria a fase de narcisismo secundário.

Passando por esses diferentes estágios, o indivíduo maduro deveria finalmente perceber a região genital como primordial entre todas as outras. E a maturidade só viria, se o sujeito experimentasse essa sequência de fases de dominância variável nas regiões corpóreas, até que a zona genital se tornasse a mais importante na hierarquia. A pessoa ao atravessar essas etapas libidinais, permanecendo fixada numa determinada fase, tenderia a apresentar problema em reorganizar-se em termos de nova área de sensibilidade. A fixação seria então um dos principais determinantes das distorções com relação à imagem corporal.

Só quando esse último estágio é atingido, experimentamos nosso corpo como algo unido. Daí a importância do desenvolvimento completo da sexualidade para a atitude que expressamos em relação ao nosso corpo, e portanto, para a apreciação de nossa imagem corporal.

Schilder acha que o recém-nascido já possui um mundo próprio, só que ainda não consegue estabelecer

uma linha divisória entre o corpo e o resto do mundo. Nisso ele discorda de Freud, que acha que na etapa narcisista a criança só vê o próprio corpo. Schilder diz que como a imagem corporal não se apresenta pronta, mas se constrói pouco a pouco, a libido narcisista adere às distintas partes da imagem corporal e assim, nas sucessivas etapas do desenvolvimento libidinal o modelo do corpo vai mudando continuamente.

Outras correntes analíticas, embora não tenham citado explicitamente interesses com relação à imagem corporal, deixam transparecer a importância de tal construto em suas teorias. Assim, por exemplo, Adler¹² quando diz que as neuroses e outros desajustamentos de personalidade são estratégias elaborados para compensar a inferioridade de um determinado órgão, parece dar ao problema uma conotação clara de imagem corporal. Para ele, o indivíduo tenderia a compensar o defeito de um órgão pelo uso intensificado daquele mesmo órgão. Um órgão defeituoso pode receber uma importância tão especial para a pessoa, que tende a exercer um efeito de distorção generalizada das vivências. Isso parece semelhante ao que Freud afirma quanto à fixação de etapas erógenas.

A teoria de Jung¹² já se preocupa menos com a imagem corporal, embora também ele afirme que, à medida que a criança se desenvolve, a libido passa das áreas nutritivas para as sexuais, o que de certa forma também não deixa de se relacionar ao nosso assunto central. Para ele, existe uma hierarquia de áreas físicas predominantes que

exercem um efeito primordial sôbre o comportamento.

Otto Rank¹² fala em "símbolos maternos", como sendo recipientes protetores, como uma espécie de útero; isso parece ter uma implicação de imagem corporal. O nascimento, representando para a criança um enorme trauma pelo choque da perda do útero materno, leva o indivíduo a buscar sempre reencontrar a segurança interna perdida. E, uma das formas do indivíduo se sentir seguro é olhar seu corpo como tendo paredes invulneráveis.

Wilhelm Reich¹² também se mostra preocupado com o problema da imagem corporal quando assinala uma complexa interação entre os conflitos de personalidade, a expressão desses conflitos em termos de tonus muscular e as repercussões desse padrão de tonus sôbre a maneira do indivíduo experimentar-se a si mesmo e aos outros. O indivíduo, apresentando certo tipo de conflito, tenderia a se "enclausurar", se vestir de armaduras e o objetivo da terapia consistiria justamente em levar o indivíduo a despir essa armadura.

1.2. - Alguns teóricos da Imagem Corporal

De acordo com Paul Schilder¹², a imagem corporal "es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo"; é "aquella representación que nosotros formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece". (pag. 15). Não quer dizer com isso que essas imagens sejam unicamente conscientes; elas podem vir à consciência, mas em geral permanecem fora dela, formando um esquema ao qual pertencem todas as impressões recolhidas a respeito de nosso próprio corpo: impressões táteis, visuais, térmicas, de dor, posturais e outras.

Apesar de vir dos sentidos é mais do que uma mera percepção. Psicologicamente, o esquema corporal é uma unidade que obedece aos princípios da Gestalt e como tal é algo mais do que a simples soma de partes.

Existe aí um mecanismo "sui generis" pois o sujeito que percebe é ao mesmo tempo o objeto percebido.

Gabriel Marcel²¹ afirma: "La idea cuerpo no es en modo alguno una solo palabra para una sola cosa" (pag. 114). Acentua êle a distinção existente entre o corpo que SOMOS e o corpo que TEMOS à nossa disposição. Um seria o corpo vivenciado e o outro o corpo observado, como um objeto entre tantos. Essa distinção é interessante, pois realmente vivemos a cada momento nosso próprio corpo, sem que tomemos consciência disso grande parte do tempo. No entan-

to, desde que uma parte dêle passe a ocupar lugar na consciência, já não é como qualquer outro objeto, como diz Marcel, pois estão envolvidas aí emoções intensas a respeito do mesmo. Parece impossível uma percepção fria do objeto corpo, uma vez que o sujeito está totalmente envolvido' nessa percepção.

Schilder afirma que as impressões táteis e quinestésicas são utilizadas para a orientação do corpo, t^oda vez que as impressões óticas se tornem insuficientes.

Não ficou claro se êle afirma isso em termos da formação da imagem corporal ou se isso se refere à orientação posterior do ser no espaço. Se a primeira alternativa é a verdadeira, parece que na criança, as impressões táteis e quinestésicas ocupam lugar de destaque em seu esquema corporal, uma vez que as primeiras sensações gratificantes que lhe chegam, vem por meio da boca ao contato com o mamilo; talvez seja essa a primeira etapa determinante 'na formação de sua imagem corporal; sem falar nas acomodações do feto no útero materno, época em que as sensações quinestésicas devem ser de grande importância. Ao que parece, essa fase da vida do bebê não deve ser desprezada, principalmente tomando-se a posição de que o esquema corporal não existe no recém-nascido como "tábula rasa", mas ao contrário, que êle já traz uma bagagem de impressões anteriores ao próprio nascimento. É bem verdade, que tanto na fase uterina como na imediatamente posterior ao nascimento, o ser ainda carece da visão como sentido de orientação. As imagens óticas, a observação visual do próprio corpo, a ima

gem especular do mesmo só lhe serão acessíveis bem mais tarde, ou pelo menos, só serão exploradas posteriormente.

Schilder afirma que os impulsos tacto-quinestésicos e óticos só podem ser separados mediante métodos artificiais, o que significa que todos êles concorrem para a formação da imagem corporal e para a orientação espacial.

A linha média parece desempenhar um papel específico no modelo corporal, embora não seja tomada no sentido geométrico, e sim psicológico. Uma não coincide exatamente com a outra. É interessante frizar que a linha média da cabeça não corresponde à das outras partes do corpo; é assim que pacientes incapazes de cruzar a linha média da cabeça, conseguem fazê-lo com relação ao resto do corpo.

No psicodiagnóstico de Rorschach, a acentuação de respostas na linha mediana tem sido objeto de interesse, por seu valor diagnóstico. Ruth Bochner e Florence Halpern³ afirmam que isso parece indicar a existência de conflitos fundamentais e profundamente enraizados. Bohm⁴ diz que a acentuação de respostas centrais traduz insegurança interior, angústia de se perder.

Elsó Arruda¹ associa êsse tipo de ênfase, quando produzida no teste do desenho da árvore, a problemas de ordem sexual, especialmente manifestações homossexuais. Isso porque, estando os genitais situados na linha mediana do corpo, o indivíduo tenderia a expressar êsse tipo de conflito por meio de uma preocupação exagerada com a linha média das manchas de tinta. Êsse ponto de vista parece ter conotações muito ligadas à imagem corporal.

Uma vez que todos os movimentos e atitudes são expressos através do corpo, parece razoável sustentar-se a necessidade absoluta de conhecimento do próprio corpo; esse conhecimento pode aparecer de forma explícita, pela conscientização da imagem corporal, ou de forma implícita, como ocorre nos animais. Os modelos posturais de todos os homens acham-se vinculados entre si, de tal forma, que só se pode chegar a uma verdadeira percepção do corpo alheio a partir de nosso próprio corpo.

De que maneira se formaria êsse conhecimento? Parece que o que existe é uma adição ativa de experiências novas, as quais não constituem apenas um agregado às anteriores, mas funcionam como um "fertilizante" para essas últimas, de tal forma que cada nova experiência incorporada não vai mais encontrar a primitiva, pois se trata de um processo em contínua reestruturação. "... la estructura embrionaria ya no se halla presente en la estructura del organismo desarrollado. Sólo perdura como historia, como pasado, como matriz"²³ (pag. 54). Existe um contínuo processo construtivo, ativo, que só é possível por meio do contato com a realidade.

Schilder ressalta o fato de que nessa construção, em que somos abastecidos pelas sensações e percepções, os processos emocionais são a força e a fonte de energia, influenciando preponderantemente. "Mientras algo ocurre en la periferia del cuerpo, es solo la interacción entre la periferia y el centro lo que provoca la aparición final. Esta interacción se basa en la multiplicación,

por juego, de las experiencias psíquicas. La conformación de las experiencias se sirve reiteradamente de sensaciones concretas. Pero el verdadero significado, el verdadero sentido de una experiência obedece a las actitudes emocionales o, dicho de otro modo, a la situación vital. Nuestro propio cuerpo y la imagem de nuestro cuerpo son, por supuesto, el objeto de las emociones más fuertes" (pag. 64). O corpo, como objeto de percepção, compromete intensamente o ego. Há pesquisas que mostram que sujeitos colocados frente a fotografias de seus próprios corpos reagem com mais emoção do que quando veem fotos de outras pessoas.

Os sentimentos do indivíduo com relação a seu próprio corpo refletem tanto a maneira como êle o vive - cia, quanto sua forma de relacionamento com os outros indivíduos. A imagem corporal muitas vezes funciona como um objeto sobre o qual o indivíduo projeta seus sentimentos, ansiedades e valores.

Kagan e Moss²⁷ de acôrdo com pesquisas feitas, observaram que o grau de temor experimentado pelo adulto em relação a seu corpo se correlaciona altamente com o grau de temor que êle lhe produzia na infância. Também demonstraram que certos comportamentos adultos estão fundados em ansiedades com relação ao corpo na infância ; assim, por exemplo, crianças que tiveram intensas ansiedades com relação ao próprio corpo tendem a evitar atividades de esporte, ocupando-se mais em tarefas intelectuais.

Essa posição parece ser parcial, pois não se

consideram aqui casos em que os indivíduos, por um mecanismo de formação reativa, procuram justamente dedicar-se àquelas atividades, numa tentativa de superar a ansiedade ou a frustração. Aliás, isso parece estar de acôrdo com a posição de Adler, quando êste afirma que o indivíduo , muitas vêzes, tende a compensar o defeito de um determinado órgão pelo uso intensificado daquêle mesmo órgão.

Werner e Wapner²⁷ afirmam que, além da tendência das pessoas a se avaliarem corporalmente em termos de percepção, isto é, dimensionais, existe o fato de que as atitudes corporais são frequentemente o resultado e o reflexo de relações interpessoais. A atitude de avaliação do próprio corpo não obedece apenas às características físicas do mesmo, mas às características emocionais e de relacionamento com outras pessoas. Assim se explicam as mudanças de atitudes corporais durante uma terapia⁵. O processo de socialização molda em grande parte as atitudes corporais, do mesmo modo que o faz com relação a outros valores e atitudes. O contato com outras pessoas e o interêsse delas pelas diferentes partes de nosso corpo são de grande importância na construção da imagem corporal.

As mãos, sendo um dos principais meios de interação do homem com seus semelhantes e com o ambiente , também representam papel de destaque nessa construção. Além disso, elas são responsáveis pela descoberta de grande parte de nosso corpo.

Importantes são também todos os orifícios do

corpo, pois por meio deles estabelecemos interações diretas com o mundo exterior, pela assimilação e expulsão de matéria.

A linha psicanalítica, desde Freud, defende a posição de que uma boa formação dos limites do corpo é importante para o desenvolvimento do sentido de identidade, para um funcionamento adequado do ego.

Bernard Landis¹⁹ acentua a distinção existente entre a imagem corporal e o ego, afirmando que muitos autores confundem esses 2 conceitos. Os limites da imagem corporal envolvem um território conceitual mais estreito do que as fronteiras do ego. Assim, os limites do ego podem incluir uma outra pessoa, quando essa pessoa em algum momento é muito importante para nós. Outras vezes, podem excluir uma parte da imagem corporal, quando por exemplo, alguém está tão empenhado numa determinada tarefa que até se esquece de detalhes de sua pessoa.

Mas, continuando o pensamento de Landis, embora esses 2 conceitos não sejam idênticos, a imagem corporal pode simbolizar o ego. Nisso se baseia a técnica de projeção no desenho da figura humana. Machover¹⁹ afirma que o grau de separação entre o indivíduo e o meio é expresso, no desenho da figura humana, pela linha de contorno do corpo. E diz Landis: "... On the basis of such reasoning, there appears to be consistency between one's body-image boundaries and one's ego boundaries, even though the two are not the same" (pag. 27).

De acordo com a opinião de Schilder, 2 fa-

tores desempenham um papel especial na formação da imagem de nosso corpo: a dor e o controle motor de nossos membros; cada nova sensação influi em sua construção. Existe também um fator central do ego que, com suas intenções e desejos, utiliza essas sensações e percepções. Diz ele que o ego corporal vai-se estruturando de acordo com as necessidades da personalidade. A dor representa um papel importante porque nos ajuda a decidir o que desejamos ter mais perto do centro de nosso eu ou o que queremos afastar de nós. Essa decisão deve estar relacionada com as atividades motoras.

Schilder acentua esse fato, dizendo que quando estudamos a conduta humana sempre nos encontramos simultaneamente com sensações, percepções e reações motoras que integram uma só unidade. Assim como a dor, qualquer outra sensação traz em si mesma uma resposta motora; nós escolhemos e afastamos uma determinada sensação por meio da ação. Schilder acredita que o desenvolvimento do esquema do corpo seja, em parte, paralelo ao desenvolvimento sensório-motor.

Observando-se que a criança pequena, ao desenhar uma figura humana, comete distorções como por exemplo, a de colocar um olho perto do queixo, ou algo assim, pensamos se isso seria apenas uma dificuldade sensório-motora. Acontece que geralmente a criança se satisfaz com seu desenho e nem mesmo o critica. Isso leva-nos a imaginar que ela não percebe os erros que comete e então desenha de acordo com a imagem corporal falha que possui .

Mas deve-se ressaltar que essa imagem corporal se formará paralelamente ao desenvolvimento motor, de modo que à medida que a criança for atingindo uma maturação que permita a ela executar tarefas motoras mais e mais complexas, irá alcançando também um conhecimento mais acurado da imagem corporal, o que se refletirá no desenho pela observação de proporções e formas mais corretas.

Piaget²³ estudou o desenvolvimento dos conceitos de esquerda e direita na criança e verificou que entre os 5 e 8 anos ela já consegue distinguir entre os dois conceitos em seu próprio corpo; entre 8 e 11 anos passa a aplicar êsses conceitos às outras pessoas, mas só depois dessa idade consegue utilizá-los livremente, tanto para si como para os outros.

Piaget distingue 3 fases distintas nêsse desenvolvimento:

- a) egocentrismo
- b) socialização
- c) objetividade completa

e explica essas etapas dizendo tratar-se mais de um problema de juízo e raciocínio. Mas Schilder acha que não é apenas um problema intelectual; a noção de esquerda e direita obedece a uma evolução correspondente à da imagem corporal.

Os dois autores - Schilder e Piaget - estão de acôrdo quando afirmam que a imagem do corpo não é uma forma; ela é atingida por meio do contato e da ação sôbre mundo exterior.

A imagem corporal é uma unidade, mas não é

rígida; é variável. Tanto as percepções quanto a imaginação ótica exercem influência sobre ela. Assim, imagens óticas relativas ao próprio corpo, produzidas deliberadamente, podem provocar mudanças em nossas sensações reais.

Outra prova disso é que nossa imagem corporal pode ser alterada por inúmeros artifícios como vestimentas, maquiagem, tatuagens ou adornos; tôdas as coisas que colocamos em contato direto com o corpo parecem aderir a êle, o que nem sempre se torna consciente.

Existem ainda outros meios de se alterar a imagem corporal, como por exemplo, a ginástica, a dança, e todos os movimentos expressivos. Do mesmo modo, as emoções podem modificar o esquema; assim, o ódio faz com que nosso corpo se contraia e se torne mais separado do resto do mundo. O amor, ao contrário, faz com que sintamos nosso corpo expandido.

Para Schilder, a imagem corporal é um fenômeno social, pois existe uma comunicação entre nossa própria imagem e a dos demais. A curiosidade é experimentada tanto em relação ao nosso corpo, quanto ao das outras pessoas. O desejo de ser visto é tão inato quanto o de ver.

O rosto ocupa um lugar primordial na imagem corporal pelo fato de ser a parte expressiva que se acha mais à vista. Além disso, é aí que se encontra a boca, um dos principais órgãos de comunicação.

Schilder diz que a evolução da imagem corporal se dá da seguinte forma: a princípio seu núcleo se

localiza na zona oral e depois se seguem: a cabeça, os braços, as mãos, o tronco, as pernas e os pés, nessa ordem. Mas na verdade, não se sabe exatamente como se dá o desenvolvimento da imagem de nosso corpo.

"Tenemos buenas razones para creer que existe un desarrollo interno, una maduración en todos los campos de la vida psíquica, y que existen factores internos que se dan en el organismo y son relativamente independientes de las experiencias que determinan este desarrollo. Pero siempre observamos que el proceso de maduración alcanza su forma final merced a las experiencias individuales, por lo cual no debemos subestimar la influencia de la experiencia del individuo"²³ (pag. 169-170).

1.3 - Enfoque Cultural

Não é só na área do patológico - quer seja em neurologia, psiquiatria ou psicologia - que a imagem corporal merece atenção. No campo da "normalidade", talvez seja mais difícil fazer-se a observação do problema, por serem as distorções menos evidentes. No entanto, não se pode deixar de lado a importância que a imagem corporal assume para cada um de nós.

Culturalmente falando, a imagem corporal representa uma grande preocupação, tanto em termos individuais como coletivos. Basta lembrar o tempo que homens e mulheres dispendem para seu embelezamento pessoal.

Nas sociedades ditas primitivas, encontra-se um interesse pelo próprio corpo bastante desenvolvido. O embelezamento físico - obedecendo evidentemente a seus valores estéticos - aparece em todas as cerimônias importantes, seja por meio de pinturas, vestimentas ou adornos. Muitos desses preparativos são expressão de simbolismos diversos; assim, na tribo dos Namba, da ilha Malekula, próxima à Austrália, as mulheres quando se casam, devem ter seus dois dentes incisivos arrancados para que isso seja o símbolo de seu novo estado.

Outro meio muito usado pelos povos primitivos e que parece ter conexões com o tema desse estudo é a máscara, remanescente ainda hoje nas festas de origem pagã das culturas civilizadas. O homem que se mascara pode

querer tomar a vida de sua própria máscara, como diz Bachelard, na introdução à obra de Kuhn sobre Fenomenologia da Máscara¹⁵. Acreditando nisso, o mascarado espera que os outros também o façam. Ele acaba por acreditar que as outras pessoas veem sua máscara como se fôsse sua própria fisionomia. E diz Bachelard: "Il croit simuler activement après s'être dissimulé facilement. Ainsi le masque est une synthèse naïve de deux contraires très proches: la dissimulation et la simulation" (pag. 7).

"A máscara simboliza a relação ambivalente do indivíduo consigo mesmo e, por projeção, com o mundo. Fantasiar-se é disfarçar-se, é apresentar-se sob um ângulo mais aceitável".² (pag. 192).

Em termos jungueanos, o uso da máscara, tanto real como virtual, corresponde à "persona", isto é, a aparência que homem assume para estabelecer seus contatos com o mundo exterior, para adaptar-se às exigências do meio onde vive, e que realmente não corresponde a seu modo de ser autêntico. É a esta aparência artificial que Jung chama "persona", nome que os antigos costumavam dar à máscara usada pelo ator nas representações. Embora ela seja "em certa medida, um útil sistema de defesa", poderá vir a ser negativa desde que seja "excessivamente valorizada, a ponto do ego consciente se identificar com ela"²⁶ (pag. 90).

Klineberg¹⁷ conta que um pintor inglês retratou um chefe da tribo dos Maori e tendo mostrado a este seu desenho, recebeu sua completa desaprovação. Pediu-

lhe então o artista que êle próprio se desenhasse. O velho chefe assim o fez retratando apenas sua tatuagem facial, representativa de sua conexão tribal, acrescentando ainda - "É isto o que eu sou". Isso mostra o quanto a máscara pode aderir à pessoa, ser vivida realmente por ela, a ponto de substituir sua própria imagem.

Em nossa cultura, onde a propaganda vem reforçar o ideal de beleza, são inúmeros os meios usados para atingir êsse objetivo: vestimentas, maquilagem, adornos diversos. Entre êsses meios de que o homem dispõe para alterar sua aparência física, está a cirurgia plástica, que pode ser subdividida em dois tipos: a reparadora, que visa a corrigir defeitos congênitos ou adquiridos e a estética ou cosmética, que procura dar à pessoa uma aparência mais adequada, mais bela, que responda melhor aos seus anseios.

1.4 - A Teoria de Fisher e Cleveland

Fisher e Cleveland assim definem a imagem corporal: "Body image is a term which refers to the body as a psychological experience, and focuses on the individual's feelings and attitudes toward his own body. It is concerned with the individual's subjective experiences with his body and the manner in which he has organized these experiences".¹² (pag. x).

"The term 'body image' has been adopted to designate the attitudinal framework which defines the individual's long-term concept of his body and also influences his perception of it"¹⁰ (pag. 62).

Essas duas definições parecem sintetizar satisfatoriamente o assunto, mostrando com clareza tratar-se de um mecanismo de "feedback", pois a maneira como o corpo é percebido, sentido, vivenciado é influenciada por percepções, sentimentos e atitudes anteriores com relação ao mesmo.

Fisher e Cleveland consideram a imagem corporal como sendo as formulações condensadas ou sumário, em termos corporais, de diversas experiências importantes que o indivíduo tem no curso da definição de sua identidade no mundo. Aqui estaria implícita a idéia de que a imagem corporal é um indicador sensível que registra muitas das relações sociais básicas do indivíduo, principalmente aquelas envolvidas no desenvolvimento de seu sentimento de identidade.

Êstes autores, após vários estudos sôbre o tema, desenvolveram uma teoria própria muito importante, não só pela sistematização do assunto, como também pela tentativa de quantificar o problema, tornando possível sua experimentação.

Para êles, o aspecto fundamental da imagem corporal se refere à maneira como um indivíduo percebe os limites de seu corpo.

Fisher e Cleveland partiram do estudo de pacientes que manifestavam sintomas considerados como psicossomáticos. Tinham observado, durante pesquisas feitas no campo da psicologia clínica e na prática em hospitais de veteranos de guerra, a grande preocupação com o próprio corpo apresentada por pacientes artríticos. Baseados nessas observações, procuraram investigar se havia padrões de comportamento ou fantasias comuns a êsses sujeitos, aplicando para isso testes como o Rorschach, o TAT (Thematic Apperception Test) e o desenho da figura humana. Verificaram então que realmente êsses pacientes desenvolviam fantasias e preocupações relativas ao seu corpo, como se êle fôsse a parte mais importante de seu campo de experiências. No Rorschach essas respostas consideradas relevantes diziam respeito a referências feitas à qualidade protetora da superfície dos perceptos, a uma definição precisa dos limites dos objetos. Surgiu daí a hipótese de que essas respostas seriam a projeção de fantasias dos artríticos de que seus corpos seriam como que paredes resistentes a lhes oferecer uma proteção especial.

Êsses dados obtidos inicialmente com os ar-
tríticos permitiram a Fisher e Cleveland fazer generaliza-
ções e imaginar que a forma como os indivíduos percebem
os limites de seu corpo pode ser uma perspectiva signifi-
cante da imagem corporal. E ainda, que talvez as pessoas
difiram na maneira como percebem as fronteiras de seu cor-
po como definidas ou vagas, fato que seguramente deve in-
fluir na forma como elas vivenciam o próprio mundo.

Como então, estabelecer um sistema capaz de
computar êsses dados de modo a se poder estabelecer compa-
rações ?

Para alguns autores, a maneira como uma pes-
soa se vê a si mesmo conscientemente e a forma como ela
verbaliza isso, reflete muitos aspectos de sua auto-orga-
nização que influenciam seu comportamento. Mas, para
Fisher e Cleveland, isso é um ponto de vista muito limita-
do, pois êles são de opinião que alguns dos mais impor-
tantes aspectos do conceito que uma pessoa faz de si mes-
mo são muito desagradáveis de serem encarados ou então
são adquiridos num nível de desenvolvimento pré-verbal, o
que os torna inacessíveis à consciência.

Pareceu, então, aos autores que o ideal seria
o material projetivo dos testes, pois êle não estaria sob
o contrôle consciente das pessoas. "... the matrix of bo-
dy sensations which we refer to as the body image affects
an individual's perception of unstructured targets-like
ink blots. The individual's body probably provides him
with a prominent source of stimulation and information "

when he finds himself in a poorly defined situation"¹¹ (pag. 135-136).

Foi verificado que entre as técnicas utilizadas, o Rorschach era o que trazia maiores vantagens para o estudo, não só por fornecer material mais interessante, como também por ser passível de quantificação.

"The ink blot stimulus seemed to afford the subjects a particularly good opportunity to project images which differes in blunday attributes. Of course, there is quite a gap to bridge in assuming that the differences in boundary attributes of images elicited by ink blots are correlated with differences in the manner in which individuals perceive their body boundaries"¹² (pag. 57).

Sobre isso, Fisher e Cleveland citam ainda, em outra publicação, o próprio Rorschach: "La posibilidad que inmediatamente se presenta es que cuando se le pide a un individuo que reaccione a estímulos altamente inestructurados, el "background" de sensaciones representadas por su propio cuerpo dentro de la totalidad del campo perceptual, impone un modelo a sus reacciones. De este modo, si su cuerpo se le presenta como un objeto cuya periferia es tá destacada, tenderá a ver modelos similares en estímulos perceptuales que carecen de una forma o estructura propias. En realidad, esto fue sugerido por primera vez y en forma implícita por Hermann Rorschach quien supuso que las respuestas de movimiento ante las manchas de tinta son proyecciones de sensaciones cinestésicas del indivi -

duo"²⁷ (pag. 65).

Ilustração dos conceitos de Barreira e Penetração

Fisher e Cleveland procuraram entre as respostas do Rorschach todas aquelas que se referissem a qualidades especiais de limite ou periferia dos perceptos : dureza ou suavidades da superfície, textura pouco comum, coloração incomum, etc. Observaram que todos êsses tipos de respostas podiam dividir-se em duas grandes classes : uma que se referia a estruturas, substância ou qualidades definidas dos limites dos objetos e que foram chamadas de respostas de "Barreira"; e outra relacionando-se a respostas cuja característica era a falta de definição, fraqueza ou vulnerabilidade dos objetos, tendo sido estas chamadas de respostas de "Penetração".

Foi hipotetizado que essas características básicas atribuídas aos perceptos seriam a projeção de sensações experimentadas pelos indivíduos com relação ao próprio corpo. Então, uma pessoa que sentisse seu corpo como bem delimitado, isto é, que possuísse uma imagem corporal bem estruturada, tenderia a dar mais respostas de Barreira, ao passo que uma pessoa com uma imagem corporal mal elaborada tenderia a dar mais respostas de Penetração. Parecia aos autores que a ocorrência de respostas de Penetração era um indicador mais eficiente de um esquema cor-

poral pobre do que a simples falta de respostas de Barreira.

Respostas consideradas como Barreira:

- 1) Todos os artigos de vestuário, dados separadamente.
Todos os artigos de vestuário, usados por pessoas, desde que enfatizados.
Todos os artigos de vestuário, usados por animais e pássaros.
- 2) Animais ou criaturas cujas peles sejam distintas ou incomuns, desde que seja dada uma resposta que não seja apenas a cabeça do animal.
A pele de qualquer animal é considerada Barreira se é dada ênfase à textura, pelagem, manchas ou listas.
Todos os animais com carapaças (crustáceos), exceto lagosta e caranguejo por causa da frequência.
- 3) Referências a aberturas na terra que sejam protegidas, guarnecidas. Ex.: poço, canal.
- 4) Referências a animais incomuns com características de recipiente. Ex.: canguru.
- 5) Referências a superfícies protetoras ou protendidas.
Ex.: Guarda-chuva, abóbada, escudo.
- 6) Referências a coisas que são armadas ou que dependam

muito da proteção de suas paredes. Ex.: homem com armadura, navio, tanque.

- 7) Referências a coisas cobertas, circundadas ou escondidas.
- 8) Referências a coisas com formas ou propriedades incomuns de recipiente..
- 9) Referências a construções e veículos com atributos de recipiente.
- 10) Não se marcam instrumentos para agarrar ou segurar.

Para a computação aritmética do escore Barreira, atribui-se um ponto a cada resposta com as características acima, e somam-se todos os pontos. O resultado obtido é o escore Barreira do indivíduo.

As respostas do Rorschach indicativas de que uma pessoa sente o exterior de seu corpo como tendo pouco valor protetor e que assim pode ser penetrado com facilidade podem ser de três tipos básicos:

- 1) Imagens que lembram a penetração, ruptura ou apagamento das superfícies externas das coisas.
- 2) Imagens que enfatizam vias ou canais para entrar no

interior das coisas ou para passar do interior para o exterior.

- 3) Imagens que lembram a superfície das coisas como sendo facilmente permeáveis ou frágeis.

São consideradas respostas de Penetração:

- 1) Referências à boca estando aberta ou sendo usada para ingerir ou expelir. Ex.: comer, vomitar.
- 2) Referências a fugas, a passar através ou penetrar um objeto, atingindo seu interior. Ex.: radiografia.
- 3) Referências às paredes do corpo sendo partidas, fraturadas, feridas ou machucadas; perda de membros; degeneração da superfície.
- 4) Exemplos de aberturas na terra que não tenham limites precisos ou pelas quais sejam expelidas coisas.
- 5) Todas as aberturas.
- 6) Referências a coisas insubstanciais e sem limites palpáveis.
- 7) Referências a transparência.

O cômputo aritmético é feito da mesma maneira que para o escore Barreira. A cada resposta dêse tipo

atribui-se um ponto; somando-se todos os pontos, obtém-se o escore Penetração do sujeito.

Há casos em que uma mesma resposta pode ter tanto uma conotação de Barreira quanto de Penetração, Ex: uma tartaruga com o casco fendido. Tal resposta seria computada nas duas categorias.

Os autores não consideram respostas que constituam banalidade. No intuito de manter êsse critério, utilizamos a lista de banalidades para a população brasileira de acôrdo com o Atlas e Dicionário de Teste de Rorschach do ISOP²⁴.

Foram feitos vários trabalhos experimentais sôbre o sistema de Barreira e Penetração de Fisher e Cleveland, tanto pelos próprios autores, como por outros investigadores interessados em estudar o problema da imagem corporal.

Entre os trabalhos experimentais podem-se citar pesquisas que procuraram correlacionar êsses índices com variáveis fisiológicas⁶ e de comportamento, tentando estabelecer qual seria o valor preditivo dessas medidas. Ficou provado que quanto mais nítidos são os limites de um indivíduo, mais probabilidade êle tem de condutas autônomas, apresenta motivações mais claras, maior facilidade para completar tarefas, tem maior interêsse por comunicar-se com outras pessoas, tem mais facilidade de se integrar ativamente em situações de pequenos grupos^{10,12}.

Além disso, procuraram estabelecer comparações com os referidos índices e outros fenômenos como in-

cidência de câncer, diversas variações fisiológicas do organismo^{6,9}, psicoses diversas²², escolha profissional, e outros.

Deve ser dito que êsses índices, de acôrdo com estudos feitos, podem ser medidos com bastante precisão; Daston e Mac Connell⁷ demonstraram uma adequada fidelidade do teste-reteste.

Quase todos os pesquisadores confirmaram a "validade" do sistema e poucos foram aqueles que criticaram o trabalho de Fisher e Cleveland, como Eigenbrode e Shipman⁸.

Wylie e outros¹⁰ criticaram o sistema, levantando uma questão sôbre a ligação real que haveria entre o escore Barreira e a forma como o indivíduo experimenta seu corpo. Para êles seria um salto sugerir que as propriedades atribuídas por um indivíduo à periferia das manchas revelassem como êle percebe os limites de seu corpo.

Fisher¹⁰ respondeu que é deveras um salto conceitual, mas que na verdade, diversas pesquisas foram feitas procurando correlacionar o escore Barreira com índices de vivências corporais, direta ou indiretamente. Além disso, deve ser lembrado que todo o sistema teórico e experimental dos autôres surgiu do estudo sôbre fantasias de pacientes em tórno de seus distúrbios físicos.

Se a medida dos limites da imagem corporal mostra ter um grande valor preditivo em larga faixa de comportamentos, que fatores estariam implícitos nela, contribuindo para sua preditividade ?

Os autores afirmam que uma das grandes qualidades do escore de Barreira é que êle mede um aspecto de como o indivíduo vivencia seu corpo, como êle entende seu domínio físico privado. Isso é muito importante, pois a maneira como o indivíduo percebe seu corpo reflete sentimentos que êle tem em relação a si mesmo como uma entidade isolada e isso influencia sua forma de agir no mundo .

Outro ponto que Fisher e Cleveland ressaltam é que essa medida se refere às funções de fronteira, de limite do corpo, e portanto, da área da pessoa que está em contato direto com o meio ambiente, estabelecendo a interação entre os dois - sujeito e meio. O escore de Barreira representaria, em forma condensada, a história de uma longa seqüência de transações dos limites de uma pessoa, dizem êles.

E qual seria a "garantia" de que essas respostas de Barreira e Penetração se referissem realmente à forma como um indivíduo percebe seu corpo ?

Fisher e Cleveland respondem que realmente a prova disso é muito difícil de ser dada por não haver nenhum meio direto bem validado que possa servir de critério para testar as medidas de Barreira. Os autôres só se referem ao escore de Barreira, por ter sido essa a medida mais usada por êles em suas pesquisas. Dizem êles, que na verdade não existe nenhum critério válido disponível que meça vivências de limite corporal. Na falta de outro meio para validar seu sistema, procuraram relacionar os escores de Barreira com outras medidas que estariam liga-

das ao fenômeno da experiência corporal de um modo que fôsse menos indireto e menos um artifício de complexa abstração do que o escore de Barreira¹².

Assim, a medida de Barreira surgiu pela observação qualitativa de atitudes e sentimentos com relação ao corpo em indivíduos que pareciam expressar vários conflitos psicológicos em forma de sintomatologia psicossomática. Os autores se apoiaram em fantasias sobre o corpo ao estabelecerem analogias a fim de formular seu sistema de computação.

Além do estudo inicial com os artríticos, que serviu de ponto de partida para a elaboração dos escores de Barreira e Penetração, os autores fizeram pesquisas com pessoas normais, nas quais eles testaram suas medidas com o critério de vivências desagradáveis com relação a partes externas ou internas do corpo. Nessas pesquisas, eles confirmaram sua hipótese de que as pessoas com escore Barreira acima da média tendem a apresentar mais sensações e sintomas no exterior do corpo (músculos e pele) do que os sujeitos com baixo índice de Barreira.

1.5 - Considerações Gerais

Muitas coisas foram ditas sôbre a imagem corporal. Teòricamente, fizeram-se inúmeras contribuições ao assunto. Entre tudo o que foi afirmado, um dos pontos que se ressalta como muito importante é o aspecto dinâmico, nunca estável, da imagem que cada um tem de si. Sem êsse dinamismo, não haveria a possibilidade de reestruturação do esquema, quando ocorresse uma mudança física; haveria um choque entre a aparência real e a imagem dessa realidade. Isso não teria grande importância no caso de mudanças pequenas, que não comprometessem a integridade corporal da pessoa. No entanto, em casos de alterações maiores, seja por acidente ou cirurgias, que atingem mais direta e bruscamente a forma física, essa dinâmica da imagem é de grande importância e utilidade. É ela que torna possível a readaptação da pessoa total, - suas atitudes, seus movimentos, sentimentos e expectativas - a seus novos "moldes".

Daí o interêsse de investigar-se alguns aspectos dessas mudanças na imagem corporal, para verificar se realmente ocorrem e como se manifestam.

A cirurgia plástica apareceu como um critério objetivo de mudança real bastante satisfatório. Uma vez que se destina a alterar a forma física, ou pelo menos retocá-la, parece lógico que, após a operação, a pessoa passe por uma fase de reestruturação de sua imagem

corporal.

Muitos seriam os meios de se pesquisar o tema que, por ser excessivamente complexo, envolvendo inúmeras variáveis correlatas, tornava-se paradoxalmente difícil de ser abordado. Surgia o perigo de se perder em generalizações pouco esclarecedoras e teoricamente pouco fundamentadas.

As conceituações de Fisher e Cleveland, apontando para os temas de Barreira e Penetração como sendo projeções da percepção dos limites do próprio corpo foram utilizadas nessa investigação como meio de estudo.

Será que as pessoas após se submeterem a uma cirurgia plástica apresentam alterações em seus índices de Barreira e Penetração? Será que êsses dois índices mudam na mesma direção? Haveria alguma tendência nessas pessoas a darem mais um tipo ou outro de resposta?

O estudo experimental que vem a seguir, representa uma tentativa de esclarecer o assunto e responder a essas perguntas.

C A P Í T U L O I I

Abordagem Experimental

2.1 - Apresentação

O presente estudo experimental se vincula aos objetivos desta pesquisa, já propostos anteriormente. Trata-se de uma análise exploratória, que se liga à teoria exposta nos capítulos precedentes. Por meio dessa análise, procura-se saber como se comporta uma amostra específica, quando é submetida a êsse tipo de estudo, mesmo que tais resultados venham a ser contrários à teoria de base, que aliás parece ser antagônica em alguns pontos. Tentar-se-á responder a uma série de indagações surgidas através do estudo do assunto.

2.2 - Descrição da Amostra

A amostra utilizada nesta pesquisa compõe-se de pacientes do sexo feminino que procuraram o Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Miguel Couto. Suas idades variam entre 14 e 64 anos. Não foram utilizados pacientes do sexo masculino, pois poucos eram os casos que chegavam ao Serviço e então, abandonamos esses casos no intuito de tornar mais restrita a amostra.

A escolha desses 2 Serviços de Cirurgia Plástica visou a tornar a amostra mais homogênea com relação ao nível sócio-econômico, uma vez que quase todos os pacientes que procuram essas entidades não tem condições de buscar uma clínica particular, por dificuldades econômicas. Na Santa Casa, por exemplo, todos os pacientes pagam uma pequena taxa, constituindo exceção aquelas pessoas que não podem pagar nem mesmo esta quantia.

Os casos utilizados foram tanto de cirurgia estética, quanto reparadora. No entanto, só foram examinadas aquelas pacientes cujas cirurgias fossem consideradas breves, i.e., que pudessem receber alta clínica num período relativamente curto.

Todas as pacientes foram testadas antes da cirurgia, como se fosse rotina dos hospitais. Depois de passarem pela Assistente Social do Serviço, quem escolhia os casos aplicáveis ao estudo, eram enviados à psicóloga

para a entrevista inicial e subsequente testagem. Nessa primeira fase foram testados 39 sujeitos.

Pretendia-se fazer uma triagem desses casos, a fim de controlar um pouco mais a amostra final quanto ao tipo de cirurgia, isolar influências de outras variáveis, como por exemplo, a idade. No entanto, isso não foi possível, por ter surgido uma séria dificuldade em fazer o "follow up" das pacientes após a cirurgia; só se pode retestar 15 daquelas 39 iniciais.

A explicação disso talvez seja que as pacientes, tendo atingido seu objetivo de concluir a cirurgia, não se interessaram mais em colaborar com a pesquisa; e além disso, muitas delas mostravam-se preocupadas com a abordagem psicológica, chegando algumas a perguntar se estavam "doentes da cabeça".

Essa redução imprevista da amostra impossibilitou a realização da triagem, utilizando-se, então, todos os casos no tratamento estatístico.

Depois de feita a cirurgia, foi preciso esperar um período de tempo para que as pacientes pudessem recuperar-se do traumatismo cirúrgico, receber alta e reformular sua imagem corporal. Em alguns casos, esse período foi menor por causa da escassez do tempo. Mas em todos eles, só se procedeu à retestagem, após ser dada alta clínica.

2.3 - Instrumento utilizado

Em ambas as fases de testagem foram feitos: entrevista inicial, HTP (House, Tree and Person) e Rorschach. Mais tarde, ficou resolvido não utilizar na pesquisa os dados obtidos pelo grafismo, a fim de tornar o estudo o mais objetivo possível, pois não existem dados padronizados desse teste.

A entrevista foi feita com o objetivo de estabelecer o primeiro contato com as pacientes e recolher alguns dados que poderiam ser úteis para o estudo.

O psicodiagnóstico de Rorschach foi aplicado individualmente, sem limite de tempo ou de respostas. Sua análise restringiu-se ao estudo dos temas de Barreira e Penetração. Não se trata de mutilação, mesmo considerando-se a complexidade do teste e sabendo ser seu objetivo a visão global da personalidade. O motivo dessa medida foi o de investigar aqueles dados que pareciam ser os mais ligados à vivência dos limites do corpo, de acordo com os pressupostos teóricos que orientaram essa experimentação.

2.4 - Levantamento

Depois de aplicados os testes de Rorschach, foi feito seu levantamento de acordo com o sistema de Fisher e Cleveland, i.e., procurando-se todas as respostas de Barreira e Penetração. Procurou-se seguir o critério dos autores da forma mais rígida possível, para evitar distorções.

O levantamento dos testes foi feito independentemente por tres avaliadores, a fim de aumentar a consistência da avaliação. Os resultados encontrados eram comparados e os casos de dúvida discutidos, com base na teoria.

Os dados obtidos por essa avaliação encontram-se no Quadro 1 em Anexo. B_1 , P_1 , R_1 correspondem respectivamente aos índices de Barreira e Penetração e ao número total de respostas dadas antes da cirurgia. B_2 , P_2 , R_2 , às mesmas respostas dadas após a cirurgia.

2.5 - Análise estatística

O nível de medida com que se trabalha é do tipo nominal ou categorial. Por esse motivo, as operações estatísticas utilizadas foram a frequência e a percentagem, as únicas que se aplicam a esse caso.

A amostra de que se dispõe, por ter um número excessivamente pequeno e características próprias ao grupo, não pode ser considerada como representativa da população geral. É uma amostra que foge às características de normalidade.

Por esse motivo e obedecendo ao nível de medida com que se trabalha, a escolha de teste estatístico recaiu sobre técnicas não paramétricas, a fim de testar a verificabilidade das hipóteses.

2.6 - Hipóteses e sistema de variáveis.

Com base na teoria exposta, foram levantadas as seguintes hipóteses, algumas das quais contraditórias. A razão para a derivação de tais hipóteses decorre de certas ambiguidades ou justaposições encontradas na teoria, que se acha ainda em fase insatisfatória de elaboração.

I - Pessoas que procuram a cirurgia plástica tanto estética quanto reparadora - tendem a apresentar um baixo índice de Barreira. Isso estaria de acordo com afirmações de Cleveland⁵ sobre resultados de pesquisas que sustentam que o escore Barreira reflete o grau de definição dos limites da imagem corporal. Tendo-se em vista que uma pessoa insatisfeita com o próprio corpo, desejando mudá-lo, deveria apresentar uma imagem corporal mal definida, era de se esperar que tal pessoa apresentasse baixo escore Barreira.

II - Pessoas que se submetem à cirurgia plástica tendem a dar alto índice de Barreira, de acordo com resultados de experimentos^{10, 14, 15} comprovando que pessoas preocupadas com o exterior de seu corpo, com maior sensibilidade e reatividade na parte externa do mesmo, tendem a apresentar alto índice de Barreira. Ora, em geral, o fato de que as pessoas sintam necessidade de uma reestruturação da forma física, faz com que elas tenham sua preocupação grandemente voltada para sua aparência externa, para os limites de seu corpo. Logo, essa segunda hipótese pode

ria ser sustentada, embora sendo contrária à anterior.

III - O escore Barreira dos indivíduos tende a se manter estável depois da cirurgia, pois parece medir não os aspectos situacionais, mas estruturais da personalidade. Isso segundo a observação de Daston e McConnell de que a Barreira é relativamente independente das alterações reais do corpo. Fisher¹⁰ também afirma ser o escore Barreira muito mais uma medida de atitudes persistentes do que de variações de estado a curto prazo.

IV - O índice de Penetração tende a ser alto antes da cirurgia, por causa da vulnerabilidade que deve ser experimentada pelas pessoas que vão-se submeter à operação. Cleveland⁵ diz que o escore de Penetração indica a vulnerabilidade dos limites da imagem corporal da pessoa, como sustentam Fisher e Cleveland²⁷.

V - Sugere-se ainda que o índice de Penetração tenda a baixar depois de efetuada a cirurgia pois imagina-se que a vulnerabilidade deva diminuir depois de reestruturada a nova imagem corporal. Segundo Fisher¹⁰, o escore de Penetração parece ser mais sensível às condições situacionais imediatas.

2.7. - Critérios

O sistema teórico-experimental de Fisher e Cleveland define como alto índice de Barreira e/ou Penetração a presença de tres ou mais respostas características da queles conceitos num mesmo protocolo de Rorschach. Esse critério foi adotado após vários estudos estatísticos ¹³.

No entanto, Fisher e Cleveland aplicavam o teste de Rorschach exigindo número certo de respostas, ou seja ²⁴. Isso é criticado por alguns autores que afirmam ser essa medida uma forma de limitar a produção das respostas, podendo, assim, alterar grandemente os resultados.

Neste trabalho, não foi utilizado limite algum para as respostas. Contudo, parece ser de grande importância observar-se a representatividade do número de Barreiras e Penetração dentro do protocolo total. Foi com esse objetivo que se adotou o uso de percentagem para a computação estatística.

Para o cálculo do qui-quadrado era necessário ter-se um padrão de base que servisse para comparar as frequências observadas. Na falta de um grupo de controle, utilizou-se a frequência-critério estabelecida nos estudos experimentais originais, ou seja, de tres, em vinte e quatro respostas, o que percentualmente dá 12,5.

2.8 - Tratamento Estatístico

A primeira e segunda hipóteses foram testadas por meio da técnica de qui-quadrado (X^2) entre a efetividade das respostas de Barreira de todos os indivíduos testados, antes da cirurgia (B_1) e a frequência-critério de 12,5 estabelecida a partir do esquema experimental utilizado por Fisher e Cleveland. (Vide Quadro I em Anexo)

O nível de significância adotado foi de .05 para todo o trabalho.

O resultado do qui-quadrado foi de 97,82, com catorze graus de liberdade tendo-se rejeitado assim a hipótese nula que dizia não haver diferença entre as frequências observadas e as esperadas.

Fazendo-se o cálculo do somatório dos afastamentos das percentagens obtidas em relação à frequência-critério, encontra-se um saldo positivo, o que, confrontado com o resultado do qui-quadrado, permite confirmar a segunda hipótese a qual afirma que as pessoas que procuram cirurgia plástica tendem a dar um alto índice de Barreira, por serem muito preocupadas com o exterior de seu corpo. Ao mesmo tempo, fica rejeitada a primeira hipótese.

Para testar a terceira hipótese, referente à estabilidade do escore de Barreira, foi usado o teste de mudança de sinais de McNemar, entre as porcentagens de Barreira de todos os sujeitos, antes (B_1) e depois (B_2) da cirurgia. Este teste vem a ser uma forma derivada do qui-quadrado.

do, aplicável ao tipo de estudo "antes e depois", para medidas nominais, visando testar a significância das mudanças de direção dessas medidas. O que se procurou testar foi a significância das diferenças entre as duas fases: pré e pós-operatórias.

O resultado encontrado, trabalhando-se com um grau de liberdade foi de 0,07, não significativa; aceita-se portanto a hipótese nula de que não havia diferença entre os resultados das duas fases. Pode-se dizer que as diferenças encontradas são ao acaso e então confirma-se a terceira hipótese, que diz ser o índice de Barreira estável no indivíduo.

A fim de testar a quarta hipótese, que diz respeito ao índice de Penetração, foi usada a técnica de qui-quadrado entre as porcentagens dos escores de Penetração de todos os indivíduos antes da cirurgia (P_1) e a frequência-critério de 12,5.

O resultado de 183,28 com catorze graus de liberdade, permite rejeitar a hipótese nula que afirma não haver diferença entre as frequências observadas e as esperadas.

O somatório dos afastamentos dos escores em relação à frequência-critério dá um valor positivo, o que significa que os escores de Penetração foram realmente mais elevados do que era esperado. Pelo qui-quadrado pode-se dizer que essa diferença não é casual. Portanto, confirma-se a quarta hipótese.

A quinta hipótese diz que o índice de Penetração tenderia a baixar após a cirurgia. Para investigar a veraci

dade dessa afirmação, utilizou-se o teste de McNemar entre as porcentagens dos escores de Penetração obtidos antes (P_1) e depois (P_2) da operação.

O resultado encontrado com um grau de liberdade, foi de 0,10 não significante, o que confirma a hipótese nula. Com isso, fica rejeitada a quinta hipótese: não se pode dizer que o índice de Penetração baixe após a cirurgia; as diferenças encontradas devem-se ao acaso.

2.9. - Controle de variáveis

Com o objetivo de investigar mais detalhadamente as características da amostra em estudo, procurou-se controlar algumas variáveis, utilizando para isso grupos formados por dicotomias estabelecidas a partir de diversos critérios.

Inicialmente, o critério usado para dicotomizar a amostra total foi o da idade, pelo qual formaram-se dois grupos: o das pacientes mais jovens e o das mais velhas, respectivamente abaixo e acima da mediana das idades. (vide Quadro 2, em Anexo).

Desejava-se saber se a idade influenciava de alguma forma os resultados encontrados, uma vez que não foi possível limitar a faixa etária da amostra.

Aplicando-se o teste de mudança de sinais de McNemar para resultados obtidos antes e depois da cirurgia, com um grau de liberdade, encontrou-se o seguinte:

Grupo mais jovem	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Barreira } 0,14 - \text{ não significativa} \\ \text{Penetração } 6,00 - \text{ significativa} \end{array} \right.$.05
		.05
Grupo mais velho	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Barreira } 0,67 - \text{ não significativa} \\ \text{Penetração } 0,14 - \text{ não significativa} \end{array} \right.$.05
		.05

O que se pode observar aqui é que os índices de Barreira e Penetração no grupo das mais velhas não apresentaram diferenças significativas após a cirurgia; o mesmo ocorreu

reu com o índice de Barreira do grupo mais jovem. No entanto, o escore de Penetração desse mesmo grupo apresenta uma mudança bastante significativa no sentido de decréscimo, i. e., todas as pessoas do grupo das mais jovens tiveram uma diminuição em seus índices de Penetração, o que confirma a hipótese V, contrariamente ao resultado obtido pela testagem do grupo total.

Aplicando-se a técnica do qui-quadrado aos grupos, tomando-se como frequência observada o total dos escores de cada índice para cada grupo, em relação ao número total de respostas dos 2 grupos e como frequência esperada a média dessas porcentagens, encontraram-se os seguintes resultados, trabalhando-se com um grau de liberdade:

B_1	- 2,40	não significante a	.05
P_1	- 0,42	não significante a	.05
B_2	- 1,94	não significante a	.05
P_2	- 2,81	não significante a	.05

Esses resultados indicam não haver diferenças significativas entre os grupos, quando eles são tomados como um todo e comparados entre si; isso leva a crer que a idade não influi nesses resultados, o que parece contradizer o que foi encontrado por meio do teste de McNemar. Isso será abordado mais tarde na discussão.

Outra variável que se procurou controlar foi o tipo de cirurgia a que se submeteram as pessoas. Separaram-se os casos de cirurgia estética dos de reparadora, de acordo

com o critério médico. (Vide Quadro 3, em Anexo)

Aplicando-se o teste de McNemar para antes e depois da cirurgia, foram encontrados os seguintes resultados, com um grau de liberdade:

Estética	—	Barreira	-	0,9	não significativa	.05
		Penetração	-	0	não significativa	.05
Reparadora	—	Barreira	-	1,0	não significativa	.05
		Penetração	-	1,0	não significativa	.05

Os resultados encontrados confirmam os das testagens das hipóteses, não demonstrando qualquer diferença relevante; em nenhum dos grupos houve uma mudança significativa na direção dos índices.

Pensou-se ainda se a satisfação das pessoas após a cirurgia poderia ter influenciado em seus resultados na segunda fase de testagem. O critério que serviu para dicotomizar a amostra foi a própria verbalização das pessoas com relação à operação. Consideraram-se como mais satisfeitas aquelas pessoas que não fizeram restrição alguma à cirurgia, achando ter correspondido plenamente às suas expectativas; o outro grupo, das menos satisfeitas, inclui aquelas pessoas que manifestaram insatisfações - justas ou não - para com a operação, fazendo críticas, restrições ou admitindo a necessidade de "retoque". (Vide Quadro 4, em Anexo)

No teste de qui-quadrado calculado entre os grupos, tomando-se por frequência esperada a média dos dois grupos, com um grau de liberdade, obteve-se o seguinte:

Barreira:	2,80	não significante a	.05
Penetração:	2,39	não significante a	.05

Isso mostra que as diferenças encontradas entre os dois grupos são desprezíveis; devem-se ao acaso.

O teste de McNemar para antes e depois da operação confirma isso, tendo sido encontrados os seguintes resultados, ainda com um grau de liberdade:

maior satisfação	{	Barreira: 1,29	não significante a	.05
		Penetração: 0,14	não significante a	.05
menor satisfação	{	Barreira: 0,14	não significante a	.05
		Penetração: 1,29	não significante a	.05

Por esses dois testes pode-se dizer que a variável "satisfação" não exerceu influência sobre os resultados.

A reestruturação da imagem corporal é um processo relativamente lento, i.e., não se realiza imediatamente após a cirurgia. Por isso, achou-se que poderia estar havendo influência dessa variável nos resultados, uma vez que não foi possível retestar todas as pessoas com o mesmo espaço de tempo, decorrido após a operação.

Para verificar isso, dicotomizou-se a amostra a partir da mediana do tempo de espera de retestagem. (Vide Quadro 5, em Anexo)

Aplicado o teste de McNemar aos dados de antes e depois da cirurgia, com um grau de liberdade, encontraram-se os seguintes resultados:

menor tempo	-	Barreira:	0,14	não	significante	a	.05
		Penetração:	0,14	não	significante	a	.05
maior tempo	-	Barreira:	0	não	significante	a	.05
		Penetração:	1,8	não	significante	a	.05

Isso significa que não houve diferenças significativas entre os dois grupos, quanto aos índices de Barreira e Penetração.

A técnica de qui-quadrado aplicada aos grupos, comparando-se entre si os diferentes índices, acusou o seguinte, também com um grau de liberdade:

B_1	-	0,49	não	significante	a	.05
P_1	-	0,08	não	significante	a	.05
B_2	-	0,42	não	significante	a	.05
P_2	-	0,01	não	significante	a	.05

Concluiu-se, por meio dessas duas técnicas, que a diferença entre o espaço de tempo decorrido entre a operação e a retestagem, para as diversas pessoas, não influenciou nos resultados.

|2.10. - Discussão

No cômputo estatístico, a técnica de qui-quadrado veio comprovar a hipótese II, que atribuía às pessoas que se submetem à cirurgia plástica uma tendência a dar alto índice de Barreira; com isso, rejeitou-se a hipótese I, de que essas mesmas pessoas poderiam apresentar um baixo escore desse índice, por possuírem uma imagem corporal mal definida, uma vez que desejam alterar sua forma física.

Esse resultado não chegou a constituir surpresa, pois a preocupação de uma pessoa que se submeterá a uma cirurgia plástica deve estar realmente voltada para o exterior de seu corpo. Esse aspecto parece ser primordial, e por esse motivo encontrou-se um alto índice de Barreira.

A terceira hipótese refere-se à estabilidade do escore Barreira após a cirurgia, pois, segundo Fisher, esse índice mede mais os aspectos estruturais da personalidade, e não os situacionais. Pelo teste de mudança de sinais de McIlemar, ficou comprovada essa hipótese: as diferenças encontradas entre as fases pré e pós-operatórias não foram significativas a .05. Parece que o escore Barreira mantém-se realmente estável no indivíduo, apesar da cirurgia plástica, que modifica diretamente a forma física, trazendo muitas vezes repercussões visíveis para a personalidade total - há quem mude mesmo em atitudes e comportamento.

A técnica do qui-quadrado, aplicada aos escores de Penetração dos indivíduos antes da cirurgia, veio a con-

firmar a quarta hipótese, relativa ao alto nível desse índice, que era esperado nessas pessoas, pois elas deveriam estar sentindo-se muito vulnerável com a perspectiva de mudança. Além disso, foi levantado o problema da falta de definição de seus limites corporais. Parece contraditório o fato de que essas pessoas, obtendo alto índice de Barreira - sinal de uma boa imagem corporal - apresentem ao mesmo tempo alto índice de Penetração. Aliás, de acordo com a teoria, a presença de respostas de Penetração é um indicador mais eficiente da falta de definição dos limites corporais do que a simples ausência de respostas de Barreira.

A quinta hipótese afirma que as pacientes, após se submeterem à cirurgia, tenderiam a apresentar uma redução do índice de Penetração, por diminuir a vulnerabilidade experimentada antes da operação. No entanto, o resultado obtido no teste McNemar rejeitou essa hipótese. Mas, no controle das variáveis, especificamente no caso da idade, dicotomizando-se a amostra a partir da mediana das idades dos indivíduos, os resultados apresentaram diferenças significativas com relação ao escore de Penetração: todas as pessoas do grupo jovem mostraram um decréscimo desse índice. É verdade que o teste de McNemar só leva em consideração a direção e não a intensidade da mudança; mesmo assim pode-se dizer que a idade influenciou, de certa forma, nos resultados. Talvez, se a amplitude da faixa etária fosse menor, os resultados tivessem sido mais satisfatórios com relação à quinta hipótese.

É provável que o grupo mais velho não tenha apresentado diferenças significativas quanto ao índice de Penetração por demorar mais a se refazer do traumatismo cirúrgico, pela rigidez que a própria idade acarreta. Nesse grupo, as tres pessoas que apresentaram decréscimo desse índice foram exatamente as mais moças. Essa observação, estatisticamente, não é válida, mas como dado isolado, é interessante de se ressaltar.

Quanto à Barreira, a variável idade não parece influir nos resultados.

Todas as outras variáveis que se procurou controlar - tipo de cirurgia, satisfação com a operação, tempo decorrido entre a operação e a retestagem - ao que parece, não exerceram influência sobre os resultados. As diferenças apresentadas não foram significantes, de modo que se deve atribuí-las ao acaso.

C A P Í T U L O III

Conclusão

Analisando-se em conjunto todos os resultados encontrados por meio de técnicas estatísticas, resultados esses contraditórios até certo ponto, surge uma observação: é possível que o índice de Barreira expresse mais a preocupação com o exterior do corpo, enquanto que índice de Penetração, mais as vivências de limite corporal propriamente dito.

A amostra específica utilizada nesse estudo parece abranger pessoas preocupadas com o aspecto externo de seus corpos e ao mesmo tempo possuidoras de uma definição pouco precisa de seus limites corporais. Assim se explicaria o fato de terem apresentado alto índice de Barreira, ao lado de um escore Penetração também elevado.

Após a cirurgia, a Penetração baixou apenas no grupo jovem, talvez por sua maior flexibilidade em reestruturar uma nova imagem corporal; nas pessoas mais velhas é provável que a recuperação do traumatismo cirúrgico e a consequente reformulação da imagem corporal obedeçam a um processo mais lento.

Se o índice de Barreira expressa, na verdade, a preocupação com o corpo, era de se esperar então que diminuísse uma vez cessada a expectativa da operação, o que não foi observado. Daí se conclui que essas pessoas talvez não estivessem preocupadas por causa da cirurgia mas, ao contrário, tivessem procurado a cirurgia plástica justamente por serem preocupadas com o próprio corpo. Isso se confirma ainda ao se observar que o índice de Barreira não decres-

ceu no grupo daquelas pacientes que se mostraram satisfeitas com o resultado da operação. Esse achado está de acordo com a afirmação de Fisher de que o índice de Barreira expressa aspectos estruturais de personalidade.

No entanto, essas conclusões não devem ser generalizadas sem prévia confirmação, tendo-se em vista que a amostra tomada para a pesquisa foi excessivamente reduzida, e por isso mesmo, apresenta deficiências quanto à técnica de amostragem. Era necessária a realização de uma triagem dos casos, limitando a amostra quanto à faixa etária e ao tipo de cirurgia.

Além disso, por falta de grupo de controle, muitas vezes esses resultados foram comparados com a frequência-critério utilizada por Fisher e Cleveland. É preciso lembrar que essa frequência foi obtida numa população totalmente diferente da nossa, moldada a outros padrões culturais que não os nossos, o que pode ter provocado a influência de variáveis fora de controle.

Todos esses fatores devem ser levados em conta ao se examinar este trabalho experimental, pois eles podem ter impedido a obtenção de resultados mais significativos, impossibilitando, desta maneira, uma conclusão mais categórica.

Este estudo fica em aberto para futuras comprovações e possíveis ampliações.

Q U A D R O I

Análise da Diferença entre os Grupos quanto às Fases
Pré e Pós-Operatórias

	R ₁	R ₂	B ₁	%	B ₂	%	P ₁	%	P ₂	%
Cenira	15	16	3	20,0	4	25,0	4	26,7	4	25,0
Sandra	8	8	1	12,5	2	25,0	2	25,0	2	25,0
Amélia	18	11	1	5,6	0	0	0	0	1	9,1
Fedra	12	11	3	25,0	1	9,1	4	33,3	4	36,4
Aurora	52	53	16	30,8	17	32,1	5	9,6	9	16,9
Clara	31	41	4	12,9	6	14,6	0	0	5	12,2
Julia	27	25	3	11,1	2	8,0	4	14,8	2	3,0
Zulma	19	21	3	15,8	1	4,8	3	15,8	2	9,5
Joana	33	38	5	15,2	7	18,4	5	15,2	8	21,1
Cecília	25	26	5	20,0	4	15,4	3	12,0	2	7,7
Regina	14	19	2	14,3	1	5,3	1	7,1	1	5,3
Andréa	11	11	0	0	1	9,1	5	45,5	4	36,4
Célia	14	19	3	21,4	6	31,6	2	14,3	2	10,5
Sonia	11	11	0	0	0	0	2	18,2	1	9,1
Ângela	9	10	0	0	2	20,0	1	11,1	0	0
TOTAL	299	320	49		54		41		47	

Q U A D R O I I

Análise da Diferença entre os grupos quanto à idade

	Idade	R ₁	R ₂	B ₁	%	B ₂	%	P ₁	%	P ₂	%
Regina	14	14	19	2	14,3	1	5,3	1	7,1	1	5,3
Julia	25	27	25	3	11,1	2	8,0	4	14,8	2	8,0
Sandra	29	8	8	1	12,5	2	25,0	2	25,0	2	25,0
Ângela	32	9	10	0	0	2	20,0	1	11,1	0	0
Célia	32	14	19	3	21,4	6	31,6	2	14,3	2	10,5
Zulma	32	19	21	3	15,8	1	4,8	3	15,8	2	9,5
Cenira	34	15	16	3	20,0	4	25,0	4	26,7	4	25,0
Amélia	38	18	11	1	5,6	0	0	0	0	1	9,1
Sônia	39	11	11	0	0	0	0	2	18,2	1	9,1
Andréa	40	11	11	0	0	1	9,1	5	45,5	4	36,4
Cecília	42	25	26	5	20,0	4	15,4	3	12,0	2	7,7
Clara	48	31	41	4	12,9	6	14,6	0	0	5	12,2
Aurora	51	52	53	16	30,8	17	32,1	5	9,6	9	16,9
Joane	54	33	38	5	15,2	7	18,4	5	15,2	8	21,1
Fedra	64	12	11	3	25,0	1	9,1	4	33,3	4	33,3

Q U A D R O I I I

Análise da Diferença entre os grupos quanto ao tipo de Cirurgia

ESTÉTICA

	R ₁	R ₂	B ₁	%	B ₂	%	P ₁	%	P ₂	%
Joana	33	38	5	15,2	7	18,4	5	15,2	8	21,1
Fedra	12	11	3	25,0	1	9,1	4	33,3	4	36,4
Sonia	11	11	0	0	0	0	2	18,2	1	9,1
Aurora	52	53	16	30,8	17	32,1	5	9,6	9	16,9
Cenira	15	16	3	20,0	4	25,0	4	26,7	4	25,0
Andréa	11	11	0	0	1	9,1	5	45,5	4	36,4
Julia	27	25	3	11,1	2	8,0	4	14,8	2	8,0
Célia	14	19	3	21,4	6	31,6	2	14,3	2	10,5
Ângela	9	10	0	0	2	20,0	1	11,1	0	0
Clara	31	41	4	12,9	6	14,6	0	0	5	12,2
Amélia	18	11	1	5,6	0	0	0	0	1	9,1

REPARADORA (1: antes 2:depois)

	R ₁	R ₂	B ₁	%	B ₂	%	P ₁	%	P ₂	%
Sandra	8	8	1	12,5	2	25,0	2	25,0	2	25,0
Regina	14	19	2	14,3	1	5,3	1	7,1	1	5,3
Zulma	19	21	3	15,8	1	4,8	3	15,8	2	9,5
Cecília	25	26	5	20,0	4	15,4	3	12,0	2	7,7

Análise da Diferença entre grupos quanto à Satisfação

Maior Satisfação

	R ₁	R ₂	B ₁	%	B ₂	%	P ₁	%	P ₂	%
Júlia	27	25	3	11,1	2	8,0	4	14,8	2	8,0
Cenira	15	11	3	20,0	4	25,0	4	26,7	4	25,0
Andréa	11	11	0	0	1	9,1	5	45,5	4	36,4
Célia	14	19	3	21,4	6	31,6	2	14,3	2	10,5
Aurora	52	53	16	30,8	17	32,1	5	9,6	9	16,9
Fedra	12	11	3	25,0	1	9,1	4	33,3	4	36,4
Joana	33	38	5	15,2	7	18,4	5	15,2	8	21,1

Menor Satisfação

	R ₁	R ₂	B ₁	%	B ₂	%	P ₁	%	P ₂	%
Sonia	11	11	0	0	0	0	2	18,2	1	9,1
Amélia	18	11	1	5,6	0	0	0	0	1	9,1
Regina	14	9	2	14,3	1	5,3	1	7,1	1	5,3
Clara	31	41	4	12,9	6	14,6	0	0	5	12,2
Cecília	25	26	5	20,0	4	15,4	3	12,0	2	7,7
Ângela	9	10	0	0	2	20,0	1	11,1	0	0
Sandra	8	8	1	12,5	2	25,0	2	25,0	2	25,0
Zulma	19	21	3	15,8	1	4,8	3	15,8	2	9,5

Análise da Diferença entre grupos - quanto ao tempo de restetagem

meses	R		B		B		P		P		
	R ₁	R ₂	B ₁	%	B ₂	%	P ₁	%	P ₂	%	
Andrea	2	11	11	0	0	1	9,1	5	45,5	4	36,4
Aurora	2	52	53	16	30,8	17	32,1	5	9,6	9	16,9
Ângela	3	9	10	0	0	2	20,0	1	11,1	0	0
Júlia	4	27	25	3	11,1	2	8,0	4	14,8	2	8,0
Amélia	4	18	11	1	5,6	0	0	0	0	1	9,1
Zulma	6	19	21	3	15,8	1	4,8	3	15,8	2	9,5
Clara	6	31	41	4	12,9	6	14,6	0	0	5	12,2
Célia	8	14	19	3	21,4	6	31,6	2	14,3	2	10,5
Sonia	9	11	11	0	0	0	0	2	18,2	1	9,1
Cenira	11	15	16	3	20,0	4	25,4	4	26,7	4	25,0
Fedra	12	12	11	3	25,0	1	9,1	4	33,3	4	33,3
Regina	13	14	19	2	14,3	1	5,3	1	7,1	1	5,3
Sandra	13	8	8	1	12,5	2	25,0	2	25,0	2	25,0
Joana	13	33	38	5	15,2	7	18,4	5	15,2	8	21,1
Cecília	18	25	26	5	20,0	4	15,4	3	12,4	2	7,7

B I B L I O G R A F I A

1. Arruda, Elso - O Tema da Árvore em Psiquiatria - Tese de Cátedra de Clínica Psiquiátrica. Rio, 1956
2. Augras, Monique - A Dimensão Simbólica Fundação Getúlio Vargas. Rio, 1967.
3. Bochner, Ruth; Halpern, Florence - L'application Clinique du Test de Rorschach. Bibliothèque Scientifique Internationale; Presses Universitaires de France. Paris, 1948.
4. Bohm, E. - Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach - Editora Morata. Madrid, 1968.
5. Cleveland, S. - Body Image changes associated with Personality Reorganization - J. Consult. Psychol. 1960, 24, 256-261.
6. Davis, A.D. - Some Physiological Correlates of Rorschach Body

- Image Productions.
J.abnorm Psychol, 1960 ,
60, 432-436.
7. Daston, P.G. e
McConnell
- Stability of Rorschach Penetration and Barrier Scores over Time.
J. Consult. Psychol.,
1962, 26, 104.
8. Eigenbrode, C. e
Shipman, W.
- The Body Image Barrier Concept - J. Abnorm Soc. Psychol. 1960, 60, 450-452.
9. Fisher, S.
- Prediction of Body Exterior vs. Body Interior Reactivity from a Body Image Schema - J. Personality, 1959, 27, 56-62(b).
10. Fisher, S.
- A Further Appraisal of the Body Boundary Concept
- J. Consult. Psychol.,
1963, 27, 62-74
11. Fisher, S.
- Body Sensation and Perception of Projective Stimuli
- J. Consult. Psychol.,
1965, 29, 135-138.
12. Fisher, S. E
Cleveland, S.
- Body Image and Personality - Dover Publications ,
N.Y. 1968.


13. Fisher, S. e
Cleveland, S. - The Body's Barriers go Rorschach - Contemp. Psychol., 1959, 4, 276-277.
14. Fisher, E. e
Fisher, R. - Body Image Boundaries and Patterns of Body Perception - J. Abnorm. Soc. Psychol., 1964, 68, 255-262.
15. Fisher, E. e Renick - Induction of Body Image Boundary Changes - J. Proj. Techn. Person. Assessm., 1966, 30, 429-434.
16. Freud, S. - El Yo y el Ello in Obras Completas - Vol. II Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1967.
17. Klineberg, Otto - Psicologia Social - Vol. I Editora Fundo de Cultura. Rio, 1957.
18. Kuhn, Roland - Fénomenologie du Masque, a travers le Test de Rorschach Desclée de Brower. Belgica, 1957,
19. Landis, Bernar - Ego Boundaries - Psychological Issues, Vol. VI, nº 4, Monograph 24. Interna-

- tional Universities Press
N.Y., 1970.
20. Rincón, B., Cassandra - La Imagem Corporal - Editorial Pax-México. México, 1971.
21. Ruitenbeek, H.M. et al - Psicoanálisis y Filosofía Existencial - Paidós. Buenos Aires, 1965.
22. Schafer, Roy - Bodies in Schizophrenic Rorschach Responses - J. Proj. Techn., 1960, 24 , 267-281.
23. Schilder, Paul - Imagen y Aparencia del Cuerpo Humano - Paidós. Buenos Aires, 1958.
24. Serviço de Pesquisa e Ensino do ISOP - Teste de Rorschach, Atlas e Dicionário - Fundação Getúlio Vargas, Rio, 1969.
25. Siegel, Sidney - Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences. McGraw Hill. N.Y., 1956.
26. Silveira, Nise - Jung, Vida e Obra - José Alvaro Editor. Rio, 1971.
27. Wapner, S.;
Werner, H. et al - El Percepto del Cuerpo Paidós. Buenos Aires, 1969.

Tese apresentada no Departamento de Psicologia
da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, fa-
zendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:



Dra. Monique Augras



Prof. Aroldo Rodrigues



Dr. Carlos Paes de Barros

MARIA EUCHARÉS MOTTA
Diretora
Dept.º Psicologia - PUC/Rio

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, ~~05 de abril~~ de 1972.

2079/96



Coordenador dos Programas de Pós-Graduação
do Centro de Teologia e Ciências Humanas.