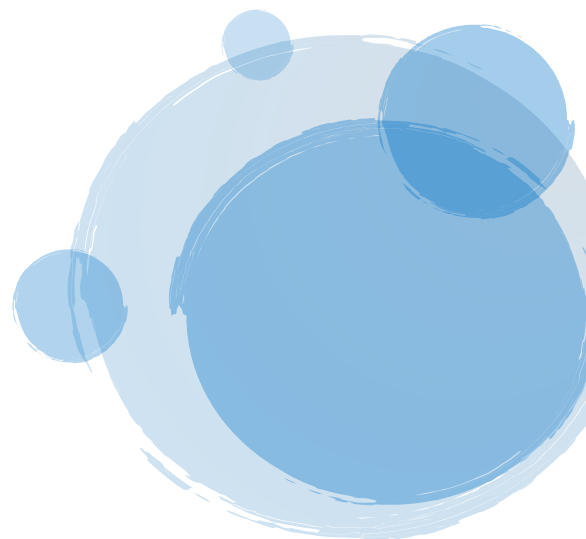




SoBraTA.org

**SOCIEDADE BRASILEIRA
DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES**

DEBORA OKSENBERG MESSER





DEBORA OKSENBERG MESSER

**CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS ACERCA DA
COMPULSÃO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA.**

Caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Transtornos Alimentares pelo Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Prof. Patricia Saceanu

Coorientadora: Prof. Dirce de Sá

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora e supervisora, Patricia Saceanu, pela disponibilidade, paciência e acolhimento desde o início do processo de escrita. Seu talento, sensibilidade e paixão pela profissão são uma inspiração na minha vida profissional.

Agradeço à minha coorientadora e coordenadora do curso Dirce de Sá, pelo suporte e disponibilidade desde o início do curso. Seu entusiasmo e empenho para oferecer um curso de especialização de excelência é um lindo exemplo para seguirmos na profissão com motivação e coragem.

Agradeço aos meus pais, José e Sonia Oksenberg, pelo apoio incondicional ao longo da minha trajetória profissional, sempre incentivando, prontos para me ajudarem no que for preciso. Desde o início da carreira estiveram ao meu lado dando todo o suporte, sem nunca duvidarem da minha capacidade. Sem a parceria e o amor deles, eu jamais teria conseguido.

Agradeço ao meu marido, Fabio Messer, pela parceria ao longo destes anos de profissão, dando total assistência aos nossos dois filhos, em especial nestes últimos seis meses de elaboração da monografia. Seu incentivo, amor e suporte são essenciais para eu acreditar em mim e continuar buscando novos desafios.

Agradeço aos meus dois lindos filhos, Marcos e Fernanda Messer, que são as minhas maiores motivações e inspirações na vida. Eles me fazem querer ser uma profissional e pessoa melhor a cada dia.

Resumo

Oksenberg Messer, Debora. **Considerações psicanalíticas acerca da compulsão após a cirurgia bariátrica. Caso clínico.** Rio de Janeiro, 2019. 50 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente trabalho pretende discutir, a partir de um caso clínico, o deslocamento de objeto da compulsão após a realização da cirurgia bariátrica. Procura-se abordar noções psicanalíticas como pulsão, narcisismo, ideal do eu e eu ideal, compulsão à repetição, além de percorrer por aspectos culturais da nossa contemporaneidade que influenciam diretamente a relação que o sujeito estabelece na escolha do objeto de consumo. Dessa forma, pretende-se compreender melhor a clínica da obesidade, assim como também contribuir para um melhor acompanhamento psicoterapêutico após a cirurgia bariátrica.

Palavras-chave

compulsão à repetição; obesidade; cirurgia bariátrica

Sumário

Introdução.....	5
Capítulo 1 – O mal-estar corporal na contemporaneidade	8
1.1 – A influência da cultura na busca pelo prazer imediato.....	8
1.2 - Cultura narcísica.....	12
Capítulo 2 – Alguns conceitos fundamentais para uma discussão acerca da obesidade	18
2.1– Pulsão	18
2.2– Narcisismo	21
2.3– Eu ideal e Ideal do eu	24
2.4– Para além do princípio do prazer e a compulsão à repetição.....	26
Capítulo 3 – O caso Maria e algumas contribuições da psicanálise na clínica da obesidade	32
3.1– O caso Maria.....	32
3.2– Contribuições da clínica psicanalítica para uma reflexão sobre o caso Maria	40
Conclusão	47
Referências	49

Introdução

Meu interesse em escolher o tema abordado no presente trabalho ocorreu a partir da observação de um caso clínico em meu consultório que me chamou muita atenção. Trata-se de uma paciente que me procurou, buscando uma análise após ter realizado a cirurgia bariátrica. Fizemos um trabalho em conjunto durante 10 meses. A questão que me despertou interesse foi observar o comportamento compulsivo da paciente, em que ela, depois de realizar a cirurgia bariátrica, fica impossibilitada de ingerir grandes porções de alimento conforme estava acostumada, e, então, troca o objeto comida por outros objetos. Após o procedimento bariátrico, Maria (nome fictício da paciente em questão) passou a apresentar compulsão por sexo; porém, seu sofrimento ao tentar tamponar suas emoções com a comida subsistia, na mesma intensidade.

A cirurgia bariátrica surgiu nos anos 1950, nos Estados Unidos, e a partir de 1970, no Brasil – e vem crescendo significativamente. Trata-se de uma intervenção no aparelho digestivo para o tratamento da obesidade e busca a redução do peso e a melhora das comorbidades clínicas decorrentes do excesso de peso. É importante, antes de indicar a cirurgia, investigar se outras opções de tratamento para a perda de peso falharam.

A obesidade é considerada uma síndrome crônica, de etiologia multifatorial: genética, biológica, psicológica, familiar e sociocultural.

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica precisam compreender, de forma mais ampla, a dinâmica da busca excessiva do alimento, para que possa ocorrer uma efetiva mudança de hábitos após o procedimento. Dessa forma, teriam mais chance de evitar o deslocamento para outros transtornos compensatórios ao distúrbio alimentar.

Vale ressaltar que a bariátrica ataca o sintoma do sujeito e não a sua causa. Pacientes que realizam a cirurgia podem apresentar outros transtornos compulsivos, pois a cirurgia não seria suficiente para eliminar a voracidade e a impulsividade, tão presentes nos obesos. A cirurgia atua diretamente no organismo do sujeito, proporcionando uma limitação na quantidade de alimento ingerido, porém não interfere de forma direta nos aspectos psicológicos do mesmo. Na compulsão alimentar, o objeto externo escolhido pelo sujeito ao qual ele se fixa é a comida, mas isso não impede que as dificuldades emocionais também se manifestem em outros objetos por meio de outras ações compulsivas.

Penso que me aprofundar neste tema contribuirá para um melhor entendimento na clínica da obesidade e no acompanhamento psicoterapêutico após a cirurgia bariátrica. Por meio do caso exposto e do estudo sobre o qual me debrucei neste trabalho, percebi que os indivíduos buscam com a cirurgia resolver seu sintoma de comer em excesso – porém, com o passar do tempo, se dão conta de que, ao solucionar esse sintoma buscando uma alternativa externa e não se implicando no processo, podem não resolver sua questão fundamental e ainda produzirem outras ações compensatórias que lhes trazem sofrimento da mesma maneira.

Veremos, adiante, que os sujeitos buscam o prazer imediato na comida para diminuir sua dor interna. Esse mecanismo impulsivo os leva a esperarem do procedimento bariátrico uma solução rápida, sem terem o trabalho introspectivo de buscarem dentro de si respostas para as razões que os levam a tamponar suas emoções com a comida ou com qualquer outro objeto escolhido.

Por meio deste estudo, observamos que há diversos fatores que provocam esse funcionamento compulsivo, desde fatores psíquicos, relacionados à história do indivíduo, a aspectos culturais de nossa contemporaneidade.

No primeiro capítulo, abordarei os aspectos culturais e sociais que refletem o mal-estar no corpo dos indivíduos na nossa sociedade atual, cujas causas principais são a busca incessante do prazer imediato e da forma como os sujeitos se relacionam entre si, assim como o estilo de vida que eles levam nos dias de hoje.

No segundo capítulo, irei me debruçar no campo teórico da abordagem psicanalítica, trazendo alguns conceitos fundamentais para uma discussão acerca da obesidade, como os conceitos de pulsão, narcisismo, instâncias ideais e compulsão à repetição.

E por fim, no terceiro e último capítulo, apresentarei o caso clínico de Maria, expondo o deslocamento de objeto da compulsão que ocorreu após a realização da cirurgia bariátrica dessa paciente. Também demonstro a contribuição da abordagem psicanalítica sobre esse caso específico e na clínica da obesidade.

Capítulo 1 – O mal-estar corporal na contemporaneidade

Quando a cirurgia bariátrica é utilizada como solução rápida e a magreza considerada a solução de todos os problemas, o sujeito não se implica no processo, procurando no externo aquilo que deveria ser observado e trabalhado dentro de si, seu desejo e sua falta essencial.

Essa atitude é reforçada por uma cultura que estimula a busca do prazer imediato, para eliminar qualquer mal-estar, e o excesso de valorização da aparência física, cultuando o corpo como um lugar de destaque nos ideais da cultura. O poder do discurso social produz efeitos sobre os indivíduos, assumindo um valor moral e opressor.

1.1 – A influência da cultura na busca pelo prazer imediato

Existe uma relação permanente entre o sujeito e as condições sociais nas quais ele vive. Para que um sintoma se apresente é necessária a junção dos elementos individual e social. Com relação ao individual, a pulsão repete o seu trajeto em busca de satisfação. Com relação ao social, a cultura muda a cada época, oferecendo ao sujeito diferentes maneiras de satisfação. Assim, novos sintomas se manifestam em resposta às condições externas.

Quanto ao aumento dos transtornos alimentares nos últimos 30 anos, percebemos uma provável relação entre este fato e as transformações ocorridas no modo de vida dos indivíduos e nas relações sociais. É necessário considerarmos o impacto da cultura na organização psíquica do indivíduo.

Nas duas últimas décadas especialmente, a obesidade tem indicado um problema grave de saúde pública, já que favorece o aparecimento de algumas doenças bastante frequentes como hipertensão, diabetes, enfartes, entre outras.

Sabemos que o homem, desde o início da civilização, busca o próprio prazer ao longo da vida. Mas o que observamos no homem contemporâneo, segundo Edler, é o fator “velocidade”, influenciando seu comportamento de maneira mais clara. A busca do prazer imediato tornou-se incessante, produzindo comportamentos repetitivos e sem controle. Existe, na atualidade, uma incidência maior de quadros compulsivos, depressões, violência contra si e contra o outro.

As compulsões são sintomas muito frequentes na vida cotidiana. Nelas, o sujeito cria um tipo específico de relação com o objeto, na qual o objeto em si não é o mais importante – ele pode variar. A busca pulsional do prazer é o fator desencadeante, mas, ao repetir infindavelmente a busca, o sujeito se aprisiona nesse comportamento, e, sem nenhuma possibilidade de escolha consciente, ele se torna dependente e refém de um objeto indispensável para a vida. O ato de comer compulsivo é acompanhado pelos sentimentos de culpa e vergonha.

Freud, em “O mal-estar na civilização”, enfatiza que a civilização se constrói sobre a renúncia da pulsão. Isso significa que, para o homem ser civilizado, a pulsão, uma força constante em busca da satisfação e que tem como a fonte o corpo, precisa ser freada. O objeto de satisfação não é específico e a satisfação não é completa. Existe um encontro faltoso já que o objeto não coincide com o objeto primitivo que ficou perdido. E, as pulsões se repetem na procura de satisfação plena, repetindo sempre o mesmo circuito de busca.

O processo civilizatório impõe limites e tenta estancar o caminho das pulsões forçando a uma renúncia. Ele é marcado pelo conflito entre as exigências pulsionais e as restrições sociais, resultando em um mal-estar na civilização. A frustração imposta pela cultura domina grande campo dos relacionamentos sociais. Basta o homem viver na sociedade, que, necessariamente, terá que conviver com a posição do outro apontando um limite. Em “O mal-estar na civilização”, Freud destaca que a civilização impõe grandes sacrifícios à sexualidade e à agressividade do homem, o que permite compreender melhor a dificuldade que este tem em ser feliz nela. Para o autor, o homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma parcela de segurança. Sem dúvida, a liberdade sexual hoje é

mais aceita do que na época dos escritos de Freud; no entanto, outros fatores contribuem para o aparecimento das crises de ansiedade e neuroses.

Segundo Edler, vivemos numa época em que a velocidade tomou conta do sujeito. Os sintomas psíquicos hoje se apresentam de uma maneira bem diferente daquela em que Freud fundou a psicanálise. Sabemos que o sintoma apresenta dois polos: o polo interno da pulsão que se repete, e o polo da cultura circunstancial. Unindo os dois, aparece em cada época uma patologia social. E as compulsões se apresentam em destaque dentre as patologias representativas do sintoma social, assinalando uma busca apressada de satisfação para aliviar a dor de existir, a angústia.

Na atualidade, ninguém suporta esperar e não quer perder tempo. A cultura facilita esse comportamento, fornecendo e exaltando o consumo rápido e o desprezo, também rápido, de objetos. O sujeito é submisso ao consumo e tal consumo o infantiliza, já que o sujeito sai em busca de seu objeto de consumo, de uma maneira voraz, sem perceber que está agindo inconscientemente na busca de uma satisfação imediata e desenfreada.

É claro que os avanços científicos e tecnológicos são notáveis nas últimas décadas do século XX e início do século XXI. A globalização e a internet possibilitam maior interação entre as pessoas. Pesquisas e estudos em todas as áreas proporcionam melhor qualidade de vida e saúde, em geral. Obtemos respostas rápidas a quase todas as questões objetivas. No entanto, tudo tem um preço; esses avanços ocasionaram o aumento de quadros compulsivos, distúrbios alimentares, busca de excessos no modo de viver e o apelo às respostas rápidas.

Nos quadros compulsivos, fica claro que algo fugiu ao controle, ao pensamento e à razão. Há um “quantum de afeto” que resiste e precisa de tempo para ser elaborado e, o que resiste, impulsiona o sujeito a agir sem pensar.

Freud, no trabalho “Repetir, recordar e elaborar” (1914), ainda no primeiro tópico, já esboça a ideia de um impulso a repetir mesmo ainda não tendo introduzido o conceito de pulsão de morte. Neste texto, ele declara que o “paciente não recorda o que esqueceu de reprimir, mas expressa-o pela atuação (*acts out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o sem saber o que está repetindo”

(FREUD, 1914, p. 196). A compulsão à repetição é a sua maneira de recordar quando o paciente está em análise.

Como veremos adiante, Freud, no texto “Além do princípio do prazer”, fala do superego como uma instância psíquica que representa a lei e está ligada à herança das ordens e interdições familiares, principalmente às do pai. No entanto, além do caráter normativo para a formação do sujeito, o superego mostra o lado cruel que a lei impõe, fator importante no funcionamento compulsivo.

Segundo Edler, ao estudar as compulsões, nota-se como o superego, sob o efeito da pulsão de morte, impõe ao sujeito uma obediência cega às suas ordens, tornando-o passivo e sem condições de desfazer o comportamento compulsivo, processo causador da culpa. O superego cruel impõe uma ordem, que censura a satisfação da pulsão, e que, ao mesmo tempo, visa a satisfação momentânea por meio de um determinado objeto. O encontro com esse objeto alivia a dor, mas cria um apego e uma relação de dependência a ele, o que impossibilita que o sujeito modifique o comportamento repetitivo. Qualquer tentativa de saída dessa situação gera angústia e desconforto. Daí o aprisionamento tão comum do sujeito a um objeto no quadro obsessivo-compulsivo. Edler coloca que

nessas compulsões sobressai o esvaziamento do sujeito diante de algo maior e mais forte que ele, algo ao qual não consegue renunciar e com o qual se enreda – a despeito, muitas vezes, de sua vontade consciente – e que o arrasta num círculo vicioso” (EDLER, 2017, p. 49).

Segundo Motta, na relação com o alimento, o sujeito recebe amor e aconchego, afetos que não conseguiu obter por outros recursos. O medo de sofrer e frustrar-se faz com que permaneça na satisfação primária que o alimento oferece. A energia que utilizaria para realizar seus desejos acaba sendo direcionada para o ato de comer. É nessa satisfação que o sujeito obeso fica fixado no objeto, e, dessa forma, o comer impede o estabelecimento de limites entre o eu e o mundo externo.

Na cultura contemporânea, observa-se uma “clínica do excesso”, na qual estão incluídos os novos sintomas sociais: compulsão, depressão, transtornos alimentares, toxicomanias e manifestações corporais. A cultura alimenta o exagero e a transgressão. Fatores como a voracidade, velocidade, impulsividade e

automatismo são incentivados. Não existe, na cultura atual, uma lei forte para conter o excesso, ou algo que represente essa lei. A palavra do pai é fraca.

Veremos, no próximo capítulo, que a compulsão à repetição está internamente ligada à busca de satisfação, alvo das pulsões. Exige um gozo imperativo imediato, gozo esse que paralisa e aprisiona o sujeito ao ato que geralmente não é pensado. Já o desejo está ligado à falta, uma falta que leva à construção, que possibilita o movimento para realização e criatividade. Segundo Edler, “o gozo paralisa o movimento do desejo” (EDLER, 2017, p. 51). E todas as vezes que o desejo se impõe ao gozo, possibilita uma ligação à vida, à criatividade, à construção.

1.2 - Cultura narcísica

Vivemos numa “cultura narcísica”, termo lançado pelo autor Christopher Lasch para definir o estilo de vida dos indivíduos e a relação entre eles na contemporaneidade. O sujeito se preocupa demasiadamente com a imagem corporal, vivendo para ela. Mas além da imagem corporal, o sujeito tem que estar sempre surpreendendo positivamente o outro, isto é, sempre aparentando um bom desempenho. O sujeito precisa mostrar eficiência, aproveitar produtivamente o tempo, sem deixar-se perturbar pelos seus afetos. Ele quer ser visto pelo outro, manter sempre uma imagem positiva, tornando-se, muitas vezes, excessivamente dependente do mesmo.

Quando há dependência do objeto amado, há um efeito de redução do sentimento de autoestima do amante. Uma pessoa que ama priva-se de uma parte de seu narcisismo. Tal privação só pode ser substituída pelo amor de outra pessoa. A autoestima expressa o tamanho do eu, ela depende intimamente da libido narcísica: não ser amado reduz os sentimentos de autoestima, enquanto sentir-se amado, os aumenta.

Para Freud, “a finalidade e satisfação em uma escolha narcísica consiste em ser amado” (FREUD, 1914, p. 115). Assim, se existir na relação amorosa uma dependência intensa do objeto amado, havendo perda ou ameaça de perda desse objeto, a autoestima fica sensivelmente abalada, ocasionando um enfraquecimento

do eu. A principal fonte do sentimento de inferioridade para Freud é o empobrecimento do eu, devido às enormes catexias libidinais dele retiradas na relação com o outro. Segundo Freud,

nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desamparadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou seu amor (FREUD, 1930, p. 101).

Monica Vianna destaca, em seu livro *Da geladeira ao divã*, o pensamento de Lasch, que assinala a substituição de um mundo confiável por um mundo de imagens frágeis. Atualmente, as sociedades são baseadas na produção e consumo em massa, favorecendo um funcionamento de sujeitos sem iniciativa e autoconfiança.

Contribuindo para o pensamento de Lasch, Vianna ressalta o autor Lipovetsky – criador da expressão “era do vazio” – para se referir a uma época em que o sentimento de vazio interior é muito frequente. E junto a esse vazio, decorrem os sentimentos de solidão e desamparo.

Dessa forma, ao falar do sujeito na contemporaneidade, observa-se que um sentimento de vazio e paralisação pode levar à apatia e à depressão. A sensação do “tudo pode” e a liberação das exigências sociais não significam o fim das pressões sociais; pelo contrário, hoje existe uma forte imposição da *performance*. O corpo é muito valorizado, promovendo uma obsessão com a saúde, beleza, forma, higiene e aparência jovem. Existe hoje um padrão moral de bem viver. Nas palavras de Vianna,

segundo Lasch, o declínio institucionalizado da autoridade em nossa sociedade não leva a um “declínio do superego” dos indivíduos, mas, pelo contrário, encoraja o desenvolvimento de um superego severo e punitivo (arcaico). A instância superegoica “clássica” se esvaziaria de sua função mantenedora da lei e de lidar com o princípio da realidade, com a alteridade e a construção de ideais. No lugar desse superego clássico, se instalaria um superego arcaico, e no lugar do ideal do ego, um ego ideal tirânico e inalcançável (VIANNA, 2016, p. 45).

Esse ego ideal tirânico se apresenta, nos transtornos alimentares, como uma imposição na vivência corporal.

Observamos também um traço autoerótico na nossa cultura que se reflete nas formas de gozo direcionadas para o próprio corpo e para a própria imagem. O corpo se torna o objeto central de interesse e controle nos transtornos alimentares. Gozos

narcísicos e autoeróticos também se apresentam naqueles sujeitos que vivem isolados, imersos em seu próprio mundo, como por exemplo, em pessoas que estão absorvidas por jogos eletrônicos e aparelhos tecnológicos, sem nenhuma interiorização ou elaboração de pensamento – pelo contrário, a compulsão favorece o afastamento do sujeito de qualquer elaboração psíquica de enfrentamento da realidade.

O alimento é o objeto central no sujeito obeso. Lembramos que a relação com o objeto é também a relação com a sua falta. Lidar com a falta, para muitos, gera angústia. O objeto alimento, ao mesmo tempo presente, alcançável, é ausente de satisfação total. Repetir o movimento de busca pelo alimento pode significar uma tentativa de se certificar que a comida não vai faltar. O ato de comer por antecipação pode ser uma defesa perante uma possível falta – e a falta desperta angústia.

A ânsia em preencher o vazio é um ato automático do obeso, que vive o automatismo da repetição. Não existe a recusa do objeto e, uma vez tendo-o consumido, o sujeito não pode parar. Não existe freio. Nota-se uma posição de passividade e impotência.

É comum nas pessoas que sofrem de transtornos alimentares haver uma distorção de imagem. Na anorexia, a pessoa percebe-se gorda, embora a balança e os outros apontem sua magreza. Na obesidade, a pessoa pode não se dar conta da gordura excessiva que manifesta no seu corpo. Esconde o corpo dos outros e de si própria, vestindo roupas largas que não mostram curvas nem contornos, não se olhando por completo no espelho, e, muitas vezes, não saindo de casa. O mundo fica limitado e a relação com os outros fica empobrecida, restando apenas o gozo autoerótico: dor e prazer voltados para o próprio corpo.

É importante salientar que as razões do distúrbio alimentar são inconscientes, da ordem das pulsões. A princípio, o ato de comer produz alívio e prazer; com o tempo, o sujeito sente-se escravizado e dependente do ritual a serviço da repetição do ego. No entanto, esse desconforto não é suficiente para romper o movimento de repetição. O gozo autoerótico se presentifica no sujeito por meio do comportamento voltado para si, distante do outro.

Na cultura contemporânea, como já vimos, o corpo se destaca como lugar de investimento. Os imperativos sociais no sentido de obter prazer imediato, de viver tudo em excesso e agora, de superar fragilidades, estímulo ao consumo sem limites, tudo isso alimenta os sintomas sociais.

É interessante destacar o termo “hipocondria da imagem”, utilizado por Fernandes, para explicar a atenção e insatisfação demasiada própria das pessoas com transtornos alimentares, que para ela significaria uma expressão de todo o mal-estar psíquico, frustrações e tristezas, impossíveis de serem nomeados. O corpo do obeso dispensa falas, sua intenção é mostrar-se por si só. Mesmo sendo alvo do olhar crítico alheio, é através do corpo que ele se faz existir para o outro.

No início dos anos 1970, a psicanálise se popularizou; o sujeito tinha grande interesse na interiorização de si. A teoria e a prática voltadas ao interesse pelo inconsciente encontravam retorno na cultura do “ideal do eu” – quer dizer, a cultura valorizava o esforço de construção inspirada em figuras supostamente ideais.

Atualmente, existe um excesso de exterioridade e uma diminuição da interioridade. O sujeito contemporâneo pouco ou nada quer saber de si. Segundo Edler, há uma

ênfase no ser, que, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, paulatinamente, foi se transferindo para o ter. A importância e o valor do dinheiro crescendo em proporções rápidas, ganhando o status de valor prioritário à vida. Estaríamos hoje diante da cultura do parecer (EDLER, 2017, p. 148).

Nas relações sociais e afetivas, observa-se uma rejeição à diferença, desvalorização do outro, exclusão, intolerância. Existe um apelo ao consumo de massa, à valorização do novo, e, quase simultaneamente, à aquisição do objeto e à sua substituição.

Joel Birman, baseando-se no conceito criado por Guy Debord, acredita que vivemos numa “sociedade do espetáculo”. Isso significa que existe hoje um excesso de exterioridade e quase total ausência de interioridade. Trata-se de uma cultura do parecer: aparentar uma boa *performance*, boa exibição e bom desempenho. Daí emergem os quadros compulsivos, uma busca desenfreada pelo prazer e uma dificuldade de aceitar limites. Ao mesmo tempo, essa cultura oferece paliativos que tamponam a angústia para que o sujeito viva funcionando e produzindo bem ao

olhar do outro. Em contraponto, referindo-se à espetacularização, “os TA’s¹ prestam muito bem à espetacularização; os corpos cadavéricos, as porções gigantescas consumidas durante a CA² e a oscilação de peso são captados e julgados pelo olhar alheio” (VIANNA, 2016. p. 39).

Os chamados “novos sintomas” na verdade sempre existiram, porém, vêm se apresentando com maior frequência desde os anos 1980 para cá. Dessa forma, existe uma ligação direta entre o sintoma individual e a cultura. Mas o movimento de adesão ao sintoma é sempre do sujeito. Por essa razão, por trás do sintoma existe o sujeito com sua história, sua singularidade, o que é prioritário no processo analítico. Assim, ele terá a chance de se responsabilizar, olhar para si, sair do automático, e ir em direção ao seu próprio desejo.

Muitas pessoas recorrem à cirurgia bariátrica buscando uma solução rápida para o sofrimento que o excesso de peso acarreta. Após o procedimento, é comum aparecer, no lugar da voracidade com o alimento, outro tipo de compulsão. A angústia que leva o sujeito a uma ânsia pela comida migra para outro objeto.

É fundamental para o sujeito que vai se submeter à cirurgia bariátrica ter consciência de que o sobrepeso é uma modalidade do sintoma que precisa ser aprofundado após o procedimento para que ele tenha condições de frear o circuito compulsivo.

O processo de análise implica que o sujeito, através da palavra, revise marcas doloridas e de mágoa; assim, não raro aparecem angústias e fortes emoções durante o trabalho. Sabemos que o tratamento de qualquer compulsão é difícil e longo, devido ao forte laço do sujeito com o objeto e a um afastamento de relações com o mundo externo.

É importante estabelecer primeiramente uma relação afetiva paciente/analista e esclarecer a importância da responsabilidade na escolha de sua outra maneira de viver. A abordagem psicanalítica das patologias do excesso que envolvem

¹ Transtornos alimentares.

² Compulsão alimentar.

autoerotismo e uma busca constante pelo prazer vem ampliando seus estudos frente aos novos sintomas sociais.

Capítulo 2 – Alguns conceitos fundamentais para uma discussão acerca da obesidade

Os problemas alimentares sinalizam atualmente uma das formas de expressão do mal-estar contemporâneo. Para aprofundarmos no estudo dos transtornos alimentares, é fundamental pesquisar alguns conceitos psicanalíticos escritos por Freud ao longo de sua obra. Neste capítulo, serão abordados alguns textos importantes para uma discussão dos transtornos alimentares.

2.1– Pulsão

A pulsão é um conceito essencial para ajudar a entender a patologia dos sintomas alimentares. Para isso, é necessário compreender melhor os seus componentes.

Freud, no texto “Os destinos e suas vicissitudes” (1915), define que a pulsão é um conceito que se situa na fronteira entre o psíquico e o corporal. Ela tem sua origem no corpo e seria um estímulo para o psíquico. De acordo com Garcia-Roza em seu livro *Metapsicologia freudiana*, o psíquico deve ser entendido como um aparato de captura, transformação e ordenação de estímulos (intensidades) que chegam de fora dele. A pulsão é externa ao psíquico e não está subordinada aos princípios que regulam seu funcionamento. Ela é uma força constante, indestrutível, que persiste indefinidamente na procura de alcançar seu objetivo – a satisfação. A pulsão teria como essência a pressão, seu fator motor. O alvo da pulsão é a satisfação, o que significaria o alívio da tensão. Tal satisfação nunca é alcançada plenamente, o que se atinge são as satisfações parciais.

O movimento da pulsão sexual é o de repetir a experiência primária de satisfação obtida por meio do seio materno. É uma busca da satisfação que procura

reeditar a satisfação primeira. Essa busca se repete infindavelmente através dos objetos que aparecem para ocupar o lugar do objeto primário.

O sugar, para Freud, é uma das primeiras exteriorizações da sexualidade infantil. O prazer de sugar consiste num contato com a boca que não tem, necessariamente, por finalidade a nutrição. Existe o prazer de sugar e não a satisfação de uma necessidade, embora ambos possam estar associados, eventualmente. Assim, “o que a criança busca no sugar não é a satisfação de uma necessidade, mas um prazer já experimentado e agora repetido e lembrado” (GARCIA-ROZA, 1995, p. 40). Os lábios da criança seriam uma zona erógena e o bico do seio, acrescido do alimento, funcionaria como estímulo da sensação de prazer.

Em geral, nessa fase do desenvolvimento infantil, o dedo polegar passa a ser o objeto de satisfação que pertence a uma parte do corpo – autoerotismo. Freud, no texto “Três ensaios sobre a sexualidade”, relaciona o prazer que o bebê sente na sucção do polegar à lembrança do prazer mais originário, o de ser alimentado no seio da mãe; assim, na experiência de satisfação da criança com o alimento, estão correlacionadas a alimentação e a sexualidade.

Segundo Freud,

em relação à escolha de objeto nas crianças de tenra idade, e nas crianças em desenvolvimento, o que primeiro notamos foi que elas derivavam seus objetos sexuais de suas experiências de satisfação. As primeiras satisfações sexuais autoeróticas são experimentadas em relação com funções vitais que servem à finalidade de autopreservação (FREUD, 1914, p. 103).

Voltando ao conceito de pulsão, seu objeto é o que há de mais variável e só através do objeto é que a pulsão pode atingir seu alvo, que é a satisfação, mesmo que parcial. Os objetos que se oferecem para ocupar o lugar do primeiro objeto de satisfação da criança, não cumprem inteiramente essa tarefa. A partir da primeira experiência de satisfação oriunda da necessidade corporal (fome), ao se repetir o mesmo movimento surgirá um impulso que procurará reinvestir a imagem mnêmica do objeto com a finalidade de obter o mesmo prazer original. Segundo Freud, este impulso seria o desejo. Melhor explicando, a experiência de satisfação faz surgir o desejo; este seria um impulso em busca da satisfação. Pode-se dizer que o desejo é vida. Mas, ao mesmo tempo, é falta, já que o desejo leva a uma atração pelo objeto

de satisfação original ou por sua imagem mnêmica, que nunca é encontrado. Daí resulta um comportamento repetitivo do sujeito desejante à procura do objeto original de satisfação. Portanto, o objeto do investimento pulsional é uma representação e não um objeto concreto.

Os conceitos de gozo e desejo são muito importantes na obra de Lacan, sendo fundamentais quando estudamos os transtornos alimentares. Para Lacan, gozo é excesso, é desprazer, é algo que vai além. Gozo é diferente do desejo. Quando se deseja, falta algo e o sujeito vai em busca desse algo. No gozo não falta nada, não há prazer.

Em muitos casos de transtornos alimentares, observamos que há uma mãe que não permite que apareça essa falta, e, assim, não permite que apareça o desejo. Essa falta pode não aparecer por um excesso de presença da mãe, ou por um excesso de ausência. Observa-se nos sujeitos que sofrem desse funcionamento, angústias vivenciadas como angústia de abandono, separação e perda de objeto, assim como angústia de invasão pelo objeto. Numa relação saudável, o bebê demanda que a mãe o alimente, e a mãe demanda que o bebê a deixe alimentá-lo. Entretanto, pode haver o fracasso desse encontro, dessa relação – este “me alimente” e “deixe eu te alimentar” pode fracassar. Isso acontece porque muitas vezes a demanda esconde o desejo, ou seja, mãe que oferta demais não permite que haja a falta, impedindo que apareça o desejo. Por essa razão é necessário dosar a demanda da mãe.

É importante frisar que, nesses casos, a autoridade paterna costuma ser fraca, e há uma relação fusionada da criança com a mãe. O pai não entra nesta relação, não há uma interdição por um terceiro. Pode-se dizer que não há o pai simbólico, ou seja, o pai da lei, do limite, que ajuda a criança a estar bem situada na relação com ele próprio e com os outros.

Segundo Érica Flávia Motta, em seu trabalho “O peso da obesidade: o excesso de peso como sintoma”, o corpo do obeso é a sua comunicação com o exterior e a imagem corporal, construída nas primeiras experiências, manteve-se presa à função alimentar. O eu do obeso é um eu primitivo e frágil, sem diferenciação com o mundo externo. As exigências do mundo externo que ocupam o lugar da lei, do

simbólico, não constituíram um ideal do eu fortalecido, conceito que veremos mais à frente neste capítulo.

O movimento originário da pulsão se apoia na necessidade, promovendo uma fixação da pulsão no alimento. O ato de comer revela uma tentativa de satisfação concreta, o que leva o obeso ao ato compulsivo, numa tentativa permanente de aliviar a angústia. Na obesidade, o corpo do obeso seria o principal depositário de tudo o que ele quer mostrar. Para a psicanálise, o corpo é um corpo pulsional e o aparelho psíquico do obeso é marcado pela força motora originária da pulsão, em busca do seu alvo, a satisfação. Nas palavras de Motta,

o alimento para o obeso, assim, é ligado de tal forma ao objeto de satisfação de forma que essa satisfação é sempre parcial, pois ao mesmo tempo, o objeto buscado se torna sempre um objeto perdido” (MOTTA, 2011, p. 15).

2.2– Narcisismo

O narcisismo é um dos conceitos centrais para este tema, por permitir uma reflexão acerca do curso do desenvolvimento normal e do desenvolvimento patológico. Quando se fala de narcisismo, fala-se tanto desse primeiro momento do sujeito, quanto de um movimento possível de retraimento da libido em várias outras etapas da vida. Embora seja um conceito atemporal, é necessário refletirmos sobre as especificidades do conceito para o sujeito de hoje.

Garcia-Roza (1995) registra que Freud indica três momentos do desenvolvimento da libido: autoerotismo, narcisismo e amor objetal. As pulsões autoeróticas estão presentes desde o início, e neste começo da vida não existe uma unidade comparável ao eu. O estado autoerótico da sexualidade é anterior ao narcisismo. Este último viria reunir em uma unidade as pulsões sexuais que até então trabalhavam autoeroticamente. Tal unidade seria o próprio corpo. Para se atingir o amor objetal é necessário que o indivíduo tenha um amor narcísico. Destacando que mesmo no amor objetal, parte da libido se mantém voltada para o próprio ego.

Freud destaca, no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, que no narcisismo primário é a partir do outro que o sujeito se reconhece como unidade. É um reflexo do outro. Posteriormente, o investimento libidinal recai sobre os objetos,

o que corresponde à transformação da libido narcísica em libido objetal. Freud define:

Formamos a ideia de que há uma catexia libidinal original do ego, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais, assim como o corpo de uma ameba está relacionado com os pseudópodos que produz” (FREUD, 1914, p. 91).

Para Freud, durante toda a vida o eu continua sendo o grande reservatório libidinal. Em “O mal-estar na civilização”, o autor afirma que “o ego, na verdade, constitui o reduto original da libido e continua a ser, até certo ponto, seu quartel-general”. (FREUD, 1930, p. 140). A libido na qual o eu é catexizado é a libido narcísica. Esta última se volta para os objetos tornando-se assim libido objetal, podendo transformar-se novamente em libido narcísica. O retorno desse investimento libidinal ao eu, após ter investido em objetos externos, Freud denomina narcisismo secundário. O que falta no autoerotismo é uma unidade, já que o eu ainda não está constituído. A constituição desse eu se dá a partir do outro. Para Freud, o eu se dá a partir de revivescência do narcisismo dos pais, que atribuem ao filho todas as perfeições e qualidades que faltaram a eles. Nas palavras do autor, “o amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior” (FREUD, 1914, p. 108).

Maria Helena Fernandes, em seu livro *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*, observa que a noção de autoerotismo interessa à compreensão dos transtornos alimentares, nos quais o corpo é tomado como um objeto de investimento. No início da vida do bebê, quando ele expressa, através do choro, uma queixa, cabe à mãe responder a essa demanda, apaziguando as sensações corporais desconfortáveis. A autora cita que

o trabalho de escuta e interpretação só é possível quando existe um investimento da mãe no corpo da criança. Esse investimento supõe que a mãe é capaz de transformar esse “corpo de sensações” em um “corpo falado”. Isso vem naturalmente assinalar à mãe a importância de sua função na constituição dos processos de simbolização da criança”. (FERNANDES, 2012, p. 212).

Dessa forma, é a escuta e interpretação que a mãe faz dos apelos do bebê o que possibilita a construção da imagem do corpo dele e, conseqüentemente, da

identidade dele. Se a mãe tiver dificuldades para perceber a demanda do bebê, ela interpretará as solicitações de acordo com as próprias necessidades dela. Assim, poderá haver prejuízos no desenvolvimento do bebê, como, por exemplo, o prolongamento da dependência do objeto primário. Dessa maneira, para se constituir o autoerotismo, é preciso a existência de um objeto maternal que garanta a satisfação das necessidades originais. O autoerotismo corresponde a uma resposta à perda desse objeto originário. O acolhimento da mãe é uma condição para que o bebê possa lidar com a ausência do objeto perdido sem se sentir ameaçado de destruição.

No início da vida do bebê, como existe apenas a necessidade, a ausência da mãe o expõe a uma experiência de dor. Freud qualifica a ausência maternal como uma situação traumática. O outro maternal exerce uma função de escudo protetor (para a excitação); sem essa função, o aparelho psíquico fica vulnerável à força pulsional.

Motta destaca que o obeso, em todos os seus movimentos, tenta inconscientemente se relacionar com seu objeto primário (a mãe). O objeto alimento se tornou representação da mãe – de afeto e cuidados. A experiência de ausência da mãe e do alimento na infância é sentida como dor e frustração. Já na fase adulta, ao sentir qualquer dor ou ameaça de frustração, ele se direciona ao objeto que mais lhe é alcançável e representativo da relação primitiva, a comida. Essa última representa o objeto de prazer e alívio para as tensões. Dessa forma, o alimento está associado ao afeto e pode servir como escudo protetor para as fraquezas e frustrações do indivíduo.

2.3– Eu ideal e Ideal do eu

O tema das instâncias ideais também é fundamental para o nosso estudo, pois, na clínica, observamos que os pacientes obesos apresentam uma dificuldade nas suas primeiras relações parentais, além de, frequentemente, manifestarem ideais fixos e imagéticos. É importante perceber, pela história dele, a imagem idealizada que ele tem de si como um fator de entendimento de suas relações precoces parentais e assim associar com a formação dos seus sintomas alimentares.

Esse eu inicial que surge da junção da imagem unificada que a criança faz do seu próprio corpo acrescido do ressurgimento do narcisismo paterno é o eu ideal, que corresponde ao narcisismo primário.

No narcisismo secundário, a libido que investia no eu passa a investir nos objetos externos e, posteriormente, volta a investir no eu como objeto. O que foi projetado no outro, volta para o sujeito como um ideal do eu. Seria a introjeção da libido objetual. Esses modos de investimento não correspondem a etapas ou fases – pode haver uma simultaneidade dessas formas de investimento, com a primazia de uma delas. Para Freud, o eu não está presente desde o começo; o eu seria um complexo de representações advindas de imagens provenientes das impressões externas.

É interessante nesse momento introduzir a teoria da fase do espelho de Lacan interpretada por Garcia-Roza. Segundo o autor, Lacan teoriza que o estágio do espelho refere-se à fase em que a criança, por volta dos 6 meses, adquire uma representação de sua unidade corporal por identificação à imagem do outro. A identificação produz uma transformação no sujeito quando este assume uma imagem. A experiência assinala um tipo de relação da criança com o seu semelhante, e demarca a totalidade do seu corpo. Nessa fase, a criança desenvolve pelo espelho ou pelo outro a primeira demarcação e estruturação do eu, embora ainda em um nível imaginário. Essa relação imaginária dual faz com que a criança perceba seu próprio corpo na imagem do outro, com a qual se identifica e na qual se aliena.

No livro *Transtornos Alimentares: Anorexia e bulimia*, Maria Helena Fernandes destaca a noção de imagem corporal de Françoise Dolto, que afirma que a imagem inconsciente do corpo vai se moldando desde as etapas pré-especulares, tendo início por meio de sensações e emoções precoces vividas na relação intersubjetiva com as figuras parentais. O corpo é o lugar da comunicação primária. Desse modo, a noção de imagem corporal se constrói a partir do outro nas experiências primeiras, experiências que passam necessariamente pela função alimentar.

É necessário a introdução do simbólico para superar toda relação dual especular. O simbólico passa a prevalecer sobre o imaginário organizando-o. A presença do pai é fundamental para fazer o corte na relação dual mãe-filho. É a partir da atividade interdutora paterna que o filho organiza seu mundo interno. É o pai que introduz a lei por meio da qual é possível a diferenciação entre bebê e a mãe. A excessiva intrusão da mãe dificulta a experiência da falta, e, conseqüentemente, a inclusão da figura paterna. A falta de diferenciação entre mãe e filho impede a experiência de ausência, que daria lugar ao pensamento e ao processo de simbolização. Nos quadros compulsivos, fica claro que algo fugiu à capacidade do sujeito de simbolizar – há um “quantum de afeto” que resiste e precisa de tempo para ser elaborado e o que resiste impulsiona o sujeito a agir sem pensar, a atuar.

Há portanto um eu original primitivo, construído através da imagem refletida que o sujeito tem do seu próprio corpo e um eu ideal, que seria a imagem idealizada do eu, construída por meio do ressurgimento do narcisismo dos pais – narcisismo esse que eles próprios tiveram que abandonar por exigência da realidade.

Dessa forma, o eu ideal é o resultado do discurso apaixonado dos pais, que produz uma imagem idealizada. O eu ideal não desaparece, permanece transformado no sujeito adulto.

De acordo com Garcia-Roza, o desenvolvimento do eu ocasiona um afastamento em relação ao narcisismo primário, resultado de um deslocamento da libido para um ideal do eu imposto de fora. São exigências externas ao sujeito que ele terá que satisfazer e que ocupam o lugar da lei, o lugar do simbólico. Mas, da

mesma maneira que há o distanciamento da libido para o exterior, há uma tentativa de regresso ao narcisismo perdido; de tal forma, segue-se um retorno à posição primitiva do eu, dando origem ao narcisismo secundário.

Tanto o eu ideal quanto o ideal do eu são efeitos do discurso do outro. O primeiro se refere ao discurso idealizante de paixão incondicional ausente de consciência crítica, que produz uma imagem idealizada. O segundo, ao discurso de quem julga os atos do sujeito de acordo com normas e leis. Pode-se dizer que diante desse segundo discurso do outro se dá a identificação narcísica secundária, a identificação do outro tomado como ideal do eu.

2.4– Para além do princípio do prazer e a compulsão à repetição

Na problemática alimentar, o alimento é o objeto externo central do sujeito. Ele repete o ato de comer buscando um prazer primitivo. O encontro com esse objeto cria um apego e uma relação de dependência e qualquer tentativa de modificar a situação repetitiva gera angústia. Daí o aprisionamento tão comum do sujeito a um objeto no transtorno compulsivo.

Em 1920, no texto “Além do princípio do prazer”, além de introduzir a nova dualidade da pulsão – pulsão de vida e pulsão de morte – Freud introduziu o conceito de compulsão à repetição. O que está mais além do princípio do prazer é a repetição e a essa compulsão à repetição são atribuídas características da pulsão – uma força constante involuntária que tem como meta a satisfação. Quando capturada pelo aparato psíquico, a pulsão consegue se fazer representar pela ideia e pelo afeto, mas quando está fora do aparato, ela aparece de forma livre no ato compulsivo que insiste em se repetir.

Com a introdução da pulsão de morte, Freud possibilita um melhor entendimento sobre a compulsão. A força pulsional destrutiva e desagregadora aparece na compulsão à repetição conduzindo o sujeito aos limites do suportável. “O gozo, em sua articulação com a pulsão de morte, conduz, efetivamente, a extremos mortíferos” (EDLER, 2017, p. 82).

Os sintomas alimentares referem-se às primeiras experiências de prazer e desprazer, ao movimento da pulsão na busca do prazer. Daí a importância de analisar o valor emocional dado à comida como compensação, qual a história pessoal do sujeito com o alimento, como é a alimentação na família, e qual o papel simbólico do alimento no desenrolar da vida do sujeito.

Existe na mente uma forte tendência no sentido do prazer; no entanto, esta tendência pode ser contrariada por outras forças ou circunstâncias. Tais circunstâncias que impediram o prazer de chegar à sua finalidade seriam: o princípio de realidade e o recalque.

Freud, em “O mal-estar na civilização” assinala que aquilo que chamamos de felicidade provém da satisfação represada, sendo possível apenas como uma manifestação episódica – já o sofrimento é mais fácil de ser encontrado. Para moderar os anseios de felicidade, o princípio do prazer, sob a influência do mundo externo, se transformou no princípio da realidade, quer dizer, o homem, de acordo com a realidade, procura evitar o sofrimento colocando o prazer em segundo plano. O princípio de realidade não abandona a intenção de obter prazer. Mas, frente às dificuldades externas, ele exige e realiza o adiamento da satisfação e tolera temporariamente o desprazer. O isolamento seria uma defesa perante o sofrimento que aparece nas relações humanas – “felicidade da quietude”. Uma outra maneira de evitar o sofrimento seria a intoxicação. No entanto, seu uso frequente causa danos físicos e psíquicos.

As pulsões que se mostram incompatíveis com as exigências do ego são expelidas do próprio ego pelo processo de recalque e impedidas de alcançarem a satisfação. Como as pulsões são insistentes, elas continuam forçando a obtenção de prazer (de acordo com o princípio de prazer), e novas interdições se dão como consequência do processo de recalque.

Segundo Marta Rezende Cardoso, no texto “A impossível perda do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade”, o processo de recalque advém basicamente do conflito entre instâncias, conflito próprio ao mundo interno do sujeito. É importante inserir o conceito de trauma entendido pela autora como excesso pulsional, excesso de energia livre. Ela aborda que, quando há excesso

pulsional, o ego não tem meios de elaborar psiquicamente essas excitações. Nessa situação, as marcas traumáticas que não podem ser interiorizadas como representações psíquicas são exteriorizadas pela via do ato e do corpo, quer dizer, se apresentam pela compulsão à repetição. O ego se torna passivo diante da irrupção de um excesso pulsional e recorre a defesas extremas, dentre as quais o mecanismo de compulsão à repetição. As manifestações resultantes do excesso pulsional não se inscrevem na ordem simbólica e nem são recalçadas; sendo assim, o corpo se apresenta no lugar de um processo de representação.

Recapitulando, a partir de 1920, Freud propõe um novo dualismo pulsional: pulsão de vida (englobando as pulsões sexuais e de autoconservação) e pulsão de morte. Freud assinala em “Além do princípio do prazer”, que

ao lado do instinto para preservar a substância viva e para reuni-las em unidades cada vez maiores deveria haver outro instinto, contrário aquele, buscando dissolver essas unidades e conduzi-las a seu estado primevo e inorgânico. Isso equivalia dizer que, assim como eros, existia também o instinto de morte” (FREUD, 1930, p. 141).

E conclui que os dois tipos de pulsões raramente aparecem isolados um do outro. A pulsão destrutiva ou agressiva é o principal representante da pulsão de morte e é na luta entre eros e a morte que se dá a evolução da civilização.

Como já foi citado previamente, de acordo com a segunda teoria das pulsões, na falta do escudo protetor decorrente da ausência materna, o bebê fica à mercê da defusão pulsional advinda do seu próprio corpo. Das pulsões de vida e de morte separadas decorre uma pulsão destrutiva solta, à procura de descarga. Como a pulsão de morte é descrita como uma pulsão sem representação, a defusão pulsional desencadeia a compulsão à repetição como uma tentativa última de fusão pulsional. A defusão pulsional pode ser um fator importante para se levar em conta no aparecimento da compulsão à repetição, tão presente nos transtornos alimentares.

Da tensão entre as exigências do superego tirânico e o ego que a ele se submete surge o sentimento de culpa, que se expressa como uma necessidade de punição. Os conceitos de superego e sentimento de culpa são fundamentais na clínica dos transtornos alimentares. Percebe-se, em muitos pacientes obesos, por

exemplo, devido à dependência do outro, uma enorme dificuldade de colocar um limite à demanda externa.

Referindo-se ao sentimento de culpa no desenvolvimento infantil, observa-se, devido ao desamparo e à dependência em relação a outras pessoas, uma submissão à influência externa que decide o que deve ser bom e mal. Se a criança perde o amor daquele de quem depende, deixa de ser protegida de vários perigos. Além disso, se perder o amor da pessoa que a protege, esta pode mostrar sua superioridade sob forma de punição. Dessa forma, a autoridade é internalizada por meio do estabelecimento do superego. Vale a pena ressaltar que não há distinção entre fazer algo mau ou desejar fazê-lo, já que nada pode ser escondido do superego.

Assim, existem duas origens do sentimento de culpa: uma decorrente do medo de uma autoridade, e outra, posterior, decorrente do medo do superego. A primeira requer uma renúncia às satisfações pulsionais, o que não basta para pôr fim ao medo do superego, já que o desejo persiste e não pode ser escondido dele; a segunda, além de exigir a renúncia, exige punição. A severidade do superego pode ser entendida como uma continuação da severidade externa, que, em parte, substituiu. Segundo Freud,

o sentimento de culpa é uma expressão tanto do conflito devido à ambivalência primordial dos sentimentos amor e ódio para com a autoridade pai, quanto da eterna luta entre eros e um instinto de destruição” (FREUD, 1930, p. 156).

Na maioria das formas de neurose, o sentimento de culpa não é consciente; os pacientes o sentem como um mal-estar atormentador (ansiedade), caso sejam impedidos de praticar certas ações. Mesmo na neurose obsessiva, alguns pacientes não se dão conta de tal sentimento. A ansiedade está sempre presente em todo sintoma. Por vezes, toma posse da consciência, enquanto outras vezes se oculta completamente, o que seria uma ansiedade inconsciente.

Qualquer satisfação pulsional frustrada pode resultar no aumento do sentimento de culpa. A inibição da satisfação ocasiona uma agressividade contra a pessoa que interferiu no objetivo do prazer – no entanto, essa agressividade tem que ser recalçada. Freud cita que

o sentimento de culpa é o derivado direto do conflito entre a necessidade de amor da autoridade e o impulso no sentido da satisfação instintiva, cuja inibição produz a inclinação para a agressão” (FREUD, 1930, p. 161).

No texto “Além do princípio do prazer”, Freud une o conceito de pulsão de morte à compulsão à repetição. O superego é o responsável pelas manifestações que resultam da pulsão de morte e da compulsão à repetição. Quando faltam recursos diante de frustrações e tensões provocadas pelo externo ao sujeito e pela tensão psíquica, observa-se uma compulsão. A compulsão à repetição serve como um mecanismo a serviço da pulsão de morte. A pulsão de morte situa-se além da representação, além da ordem, além do princípio do prazer. Este último se refere ao aparato psíquico. A sexualidade, que está sob a égide do princípio do prazer, constitui-se a partir da captura das pulsões pelo aparato psíquico. O sexual é a forma ou a determinação que a pulsão (pura potência) vazia de forma e de sentido vai receber.

A compulsão, sendo um mecanismo a serviço da pulsão de morte, impede o sujeito de alcançar uma elaboração psíquica. Diante desse impedimento, ele atua repetidamente no objeto para aliviar a dor da tensão, mas esta sempre retorna, seja pela culpa, pelo medo, pelas aflições e angústias da vida.

Por meio da repetição, o indivíduo rememora experiências desprazerosas do passado. Ele repete comportamentos decorrentes de pulsões que buscavam satisfação, mas que, por serem inibidas em seu fim, levavam ao desprazer. Para Freud, essa compulsão vai além do princípio do prazer; ele a atribui à compulsão à repetição, característica da pulsão. Ela é uma forma de descarga para evitar a dor, mas sem nenhuma contribuição para o comportamento emocional do sujeito.

Segundo Freud, a dor e o desprazer podem ser vividos como um prazer. Na compulsão à repetição se percebe que pode haver um prazer no seu ato, mesmo sendo uma repetição de uma experiência desagradável.

Na compulsão, há a repetição de experiências que não foram capturadas pelo aparelho psíquico. As pulsões, ao buscarem satisfação, geraram uma ação inibitória que causou desprazer. A finalidade da pulsão é a busca de satisfação, e esta se torna possível com o desenvolvimento de um aparelho psíquico que se inicia nas

experiências mais primitivas da criança com o outro. O aparelho psíquico se constitui para tornar possível o domínio das excitabilidades. A compulsão à repetição está fora do domínio do aparelho psíquico. O objeto da compulsão seria o objeto central do sujeito, representaria um apelo ao outro na busca de um lugar na existência. O seu uso serve como um anestésico frente à angústia e à dor de existir. A relação do indivíduo com o objeto seria da ordem de um apaixonamento.

O consumo alimentar excessivo no obeso parece ser repetidamente utilizado para conter o sofrimento, e a comida seria para ele um objeto capaz de amenizar ou acabar momentaneamente com a angústia advinda da sensação de vazio interno.

Capítulo 3 – O caso Maria e algumas contribuições da psicanálise na clínica da obesidade

3.1– O caso Maria

Neste capítulo, a partir dos conceitos básicos que discutimos nos capítulos anteriores e do contexto contemporâneo, irei me debruçar no caso clínico de Maria, de forma a abordar o deslocamento do seu objeto da compulsão após a realização da cirurgia bariátrica. Trata-se de uma paciente que atendi durante 10 meses e que, um mês e meio antes do início do tratamento, havia realizado a cirurgia bariátrica. Maria me foi encaminhada pelo seu cirurgião e pela sua endocrinologista para tratamento psicanalítico. Ao longo do trabalho, observei que, a partir da impossibilidade de ingerir a grande quantidade de alimento a que estava acostumada, Maria passou a trocar a compulsão por comida pela compulsão por sexo. Contudo, o sofrimento que sentia ao tentar tamponar suas emoções com a comida subsistia, na mesma intensidade.

Maria apresenta um quadro de transtorno alimentar. A partir da cirurgia bariátrica a qual se submeteu e, posteriormente, com o início do trabalho de análise, a paciente tem tido maior contato com sua história de vida e, por conseguinte, vem conhecendo melhor seu funcionamento psíquico e comportamental.

Maria, atualmente com 37 anos, casada e com dois filhos, sente-se perdida e muito infeliz com seu casamento. Ela traz em seu discurso questões relevantes e complicadas sobre sua família e sua história de vida. Ela narra sua “mãe como ausente e seu pai como inexistente”. Sua mãe a teve muito nova e imatura. Quando Maria tinha 5 anos, seus pais se separaram e ela e sua mãe se mudaram para a casa de sua avó materna. Maria expressa que “vivia numa jaula”, cheia de regras. Não havia muito afeto e carinho. Ela relata sua avó como uma avó funcional, muito sofrida pelo fato de seu avô tê-la abandonado e casado com outra mulher. Sua mãe

trabalhava bastante e ainda queria “sair e curtir a adolescência perdida” por conta do casamento e do nascimento da filha, declarando ter sido aquela uma gestação não desejada. Segundo Maria, tanto sua avó quanto sua mãe apresentam quadros de transtorno alimentar: sua mãe era bulímica, e sua avó, obesa. O relacionamento de ambas com a comida sempre foi péssimo; ambas passavam para a Maria, desde criança, uma preocupação excessiva com o peso.

Maria fala de seu pai com muito desprezo, conta que nunca gostou de seu jeito “falastrão e grosso”, e que nunca existiu diálogo entre eles. Ela diz, também, que ele nunca fez questão de se aproximar dela. Seu pai morreu de câncer quando Maria tinha 22 anos e, antes de seu falecimento, tinha pouco contato com ele.

Maria não teve o suporte emocional necessário por parte da família, nem das mulheres e nem dos homens. A avó, com quem foi morar ainda pequena, deu um suporte funcional, ou seja, suficiente para suprir as necessidades básicas, o que talvez possa ter contribuído para a busca repetida do objeto alimento.

Uma das questões principais em torno da qual gira o discurso de Maria é o feminino. Sua mãe e avó foram mulheres marcantes na sua vida, porém, na opinião da paciente, não são modelos de mulheres a seguir. Maria expressa que vem de uma família machista e patriarcal, na qual as mulheres são menos valorizadas. Sua avó vivia a amargura de ter sido abandonada e sua mãe procurava um parceiro que pudesse ser um provedor. Essa falta de modelo de feminino valorizado pode esclarecer a dificuldade que Maria tem com a sua sexualidade e, também, o deslocamento do objeto comida para o objeto sexo após a cirurgia bariátrica.

Vale ressaltar, neste momento, que após a cirurgia, Maria passou a ter relações sexuais fora do casamento mesmo vivendo junto com o marido. Ela não conseguia deixar de ser dependente dele, embora declarasse não querer mais esta relação. É interessante observar que Maria passou a ter como colegas de diversão mulheres que ela relatava serem garotas de programa; e, ao mesmo tempo em que buscava essas amigas, ela se envergonhava das mesmas. O mesmo mecanismo que ocorria com a comida – de se envergonhar por comer em excesso –, acontecia na sua relação com sexo – sentia vergonha de estar com pessoas que representavam liberdade sexual.

A análise a ajudaria a construir o seu modelo de feminino, e a inclusive encontrar o seu papel de mãe e de mulher, pois Maria ainda não havia encontrado o seu próprio modelo, alternando entre a mulher conservadora e idealizada que não pode ser desejada e nem desejar, e a mulher liberal. Esse funcionamento de M. denota algo que vem se repetindo compulsivamente em sua vida, uma relação de “tudo ou nada” com o objeto, na qual não há a possibilidade de um processo de separação e não é possível suportar a espera.

Quando Maria fala de um pai inexistente mostra-se um vácuo que a comida tenta repor. Em seu discurso, é possível observar um vazio ligado às figuras masculinas: o avô que abandonou a avó e construiu outra família, o pai, cuja existência ela não consegue sentir. Assim, Maria considera que o avô faltou com sua avó, assim como seu pai faltou com ela. E esse sentimento é transferido para o marido, de quem ela também cobra uma atenção sempre faltosa. São homens insuficientes. Em sua fala, ela quer que o marido supra o tempo todo todas as suas vontades, que vão desde demandas materiais à atenção e cuidado com a casa e os filhos. Ela tem uma relação utilitária com o marido. Busca nele um lugar de pai e mãe, que aplaque o sentimento de solidão e as dores que ela carrega desde a infância. Essa demanda insaciável de Maria em relação ao marido está ligada a essa busca de objetos de satisfação, que abordamos a fundo nos capítulos 1 e 2. E vale frisar que a demanda de Maria se estende ao sogro, de quem o marido é dependente financeiramente e que, portanto, é a fonte do dinheiro. Além da sua história de vida individual, podemos também ver aqui a influência da nossa “cultura dos excessos”, a qual Maria está inserida e é exposta diariamente, o que amplifica e agrava o seu funcionamento, suas demandas, gozos e caprichos.

Além disso, antes do casamento, havia uma repetição no fato de Maria escolher para namorar homens que não necessariamente a atraíam fisicamente. Talvez, já nessa época, expressasse uma defesa face ao medo de ser rejeitada como sua avó foi no passado. Ao mesmo tempo, escolhia homens que tivessem uma boa condição financeira, que pudessem suprir suas demandas, na tentativa de preencher o enorme vazio que existia dentro de si.

É possível constatar que Maria não recebeu o cuidado necessário, nem o aconchego ou o acolhimento capazes de lhe oferecer um espaço seguro criativo para simbolizar e criar. A falta desse cuidado pelo outro compromete os vínculos que ela estabelece com os objetos. Vimos no segundo capítulo que é através de uma boa escuta e interpretação que a mãe faz das solicitações da criança que será possível a construção da imagem corporal do sujeito, e, conseqüentemente, a sua identidade. Se não houver esse contorno da mãe, poderá ocorrer o prolongamento da dependência no objeto primário. Pode-se ver uma enorme fragilidade nas relações de Maria; um misto de raiva, de desprezo pelo outro, misturado com uma excessiva dependência. Isso é bem evidenciado na sua relação com o marido. Todo esse desamparo faz com que o outro seja vivenciado como intrusivo, ameaçador, porém, extremamente necessário. Há uma angústia paradoxal observada na paciente: a angústia que envolve a perda do objeto (experimentada como perda de si) e um engolfamento, uma sensação de ser engolida pelo objeto.

O texto de Rezende Cardoso nos ajuda a entender um pouco melhor sobre o funcionamento das patologias alimentares e particularmente sobre o caso de Maria. A autora localiza os transtornos alimentares no campo dos funcionamentos limites. Segundo ela, a designação “estados limites “diz respeito às afecções psíquicas nas quais se faz presente de maneira significativa e particular uma dimensão traumática” (REZENDE CARDOSO, 2007, p. 330).

Nos funcionamentos limites, existe a tendência a repetir um movimento de exteriorização em detrimento da capacidade de interiorização, em função da precariedade da capacidade de representação e de recalque. Observa-se nos sujeitos que sofrem desse funcionamento angústias vivenciadas como angústia de abandono, separação e perda de objeto, assim como angústia de invasão pelo objeto. Diante do excesso pulsional, o sujeito se encontra em um estado de angústia intensa, estado de terror, e, como recurso defensivo, tenta colocar para fora de si o que é excessivo para o espaço interior. Segundo a autora, “diante do traumático, uma das tentativas possíveis, como recurso limite, é justamente colocar fora de si os elementos intraduzíveis” (REZENDE CARDOSO, 2007, p. 331).

Além disso, nos estados limites, o risco da perda de si acontece com frequência, o que faz com que o sujeito demande o objeto exaustivamente. Existe uma vivência de ausência de si, o que acarreta uma necessidade do objeto, caracterizando uma situação de servidão. Nesses estados, a precariedade narcísica resultaria na necessidade permanente do outro, e a perda desse outro, o seu desaparecimento, corresponderia à perda de si. A presença de dependência ao lado da impulsividade e do apelo à passagem ao ato gera uma relação destrutiva com o objeto, o que provoca muita angústia, e uma vivência de ameaça em função dessa destrutividade. Como, nesses casos, não é possível a simbolização, a destruição do objeto teria como consequência a destruição de si.

Dando continuidade ao caso, aos 13 anos Maria mudou-se para um condomínio enorme com sua mãe. Ela conta que se sentiu “saindo da jaula e indo para a selva”. Sua mãe trabalhava o dia todo e ainda estudava à noite. Maria relata que ficava largada o dia inteiro, sem proteção e orientação. Ela declara que, nesse período de sua vida, teve que crescer e amadurecer à força, e tem consciência de que essa mudança de trajetória não foi positiva para ela. Maria destaca que esse distanciamento de sua avó foi duro e radical – conforme suas palavras, era “melhor viver na jaula do que na selva”. Pode-se observar que ocorreu um corte na relação de Maria com a avó, que lhe dava algum amparo. Em seu discurso ao longo da análise, pôde ser vista uma identificação forte de Maria com a avó. Assim como ela, Maria tem uma relação funcional e de controle com os filhos e com a casa. Ela tem a seguinte exigência com a babá, com o marido e consigo mesma: tudo deve estar “organizado” e controlado, as crianças devem estar na escola, com horários regrados para comer, dormir, passear etc. No entanto, não vemos em Maria a preocupação de dar para aos filhos afeto, carinho e atenção.

É curioso observar que Maria tem um grande desequilíbrio interno, uma dificuldade que sai do controle com a comida, com o dinheiro, com a sua agressividade, mas, ao mesmo tempo, precisa de controle e quer tudo funcionando bem. A agressividade dela pode estar associada ao fato de precisar do marido emocionalmente, percebendo que não é autossuficiente. A falta de referência em sua família aponta para uma falta interna permanente. Ela não aguenta o marido,

mas a ideia de viver sem ele parece ainda pior. Maria carrega um conflito interno entre uma enorme carência e o ideal da independência. Quando o controle de Maria é abalado, junto com a constatação da dependência, aparece a raiva. Há uma ambivalência em relação ao marido, ambivalência essa que envolve dependência e ódio. Como Maria tem uma grande fragilidade narcísica, acaba defensivamente se voltando mais para si mesma na tentativa de se proteger do sofrimento de relações decepcionantes.

Maria afirma que tem muitos “buracos dentro de si” por conta de tanto desamparo desde a primeira infância, e nesse momento que foi morar distante da avó, o desamparo cresceu e ficou ainda mais evidente para ela. Mais uma vez, através de sua fala, podemos constatar que a angústia de desamparo acompanha com frequência os casos limites, incluindo aqui os transtornos alimentares.

Maria sempre foi muito impulsiva, mas com projetos de vida conservadores, apegados a um ideal do eu bastante rígido, como, por exemplo, o de construir uma família nos moldes tradicionais. Vimos no segundo capítulo que o conceito do ideal do eu é um efeito de um discurso do outro de acordo com normas e leis. Podemos pensar que a ausência do pai dificultou a organização interna de Maria, e sua capacidade de simbolizar tornou-se precária. Nesse contexto, seu ideal do eu ficou atravessado pela fala das mulheres, que diziam o que era bom para ela: “precisava casar até certa idade e ter dois filhos, de preferência um casal”.

Com sua frágil capacidade de simbolização e poucos recursos psíquicos, atua permanentemente. Ela atua para não pensar, agarra-se na ação para conseguir o que acredita que quer e que seja importante para ela, entretanto, suas ações não têm consistência, são isentas de qualquer reflexão mais profunda. O vazio, o buraco presente em Maria passa a se apresentar de forma evidente em seu corpo, no momento em que se agride comendo excessivamente e, inclusive, prejudicando sua saúde.

É possível ver em Maria características centrais da contemporaneidade: ela busca constantemente um preenchimento imediato do vazio por meio da ação. Além disso, em função de uma fragilidade egoica, busca no outro um reflexo especular. Isso aparece na sua dificuldade de ficar sozinha, ao tornar-se dependente

emocionalmente, financeiramente e intelectualmente do marido, ou seja, apresentando todo tipo de dependência do outro. Ainda que tenha uma vitalidade grande e queira controlar tudo em sua vida, Maria carrega consigo uma grande insegurança e precisa, constantemente, do aval do outro para sobreviver.

Ademais, pode-se observar fronteiras psíquicas frágeis, o que dificulta a formação de uma unidade e de uma identidade, comprometendo, pois, a introjeção da alteridade (a compreensão do que é de si mesmo e do que é do outro, das diferenças e dos contrastes). Como vimos no segundo capítulo, a noção de autoerotismo é fundamental para a compreensão dos transtornos alimentares. Para Fernandes, o investimento da mãe apaziguando as sensações corporais desconfortáveis pode capacitar a transformação desse corpo de sensações em um corpo falado. Isso assinala a importância de uma mãe que garanta a satisfação das necessidades originais para a constituição do autoerotismo. As funções autoeróticas estão presentes desde o início da vida e, neste começo, não existe uma unidade comparável ao eu. No caso, Maria não teve as figuras parentais presentes o suficiente para ajudá-la a constituir uma unidade fortalecida do eu. Em consequência disso, Maria tem dificuldade na formação de vínculos, relações e laços que são fundamentais para a sobrevivência de todo e qualquer sujeito. No caso dela, é visto com clareza que não foi possível estabelecer essa fronteira/limite psíquico como uma “distância mínima” – separação e vínculo – para que se encontrem e mantenham duas unidades sem que se destruam mutuamente.

Hoje, infeliz em sua vida, quer resgatar a liberdade que tinha na fase da sua adolescência (busca do eu ideal), sem críticas e sem lei. A busca por homens, sexo e liberdade está ocupando o lugar que a comida ocupou durante tanto tempo na tentativa de preencher o grande vazio instalado dentro de si. No entanto, Maria mantém o pensamento fixo de construir um novo casamento e uma nova família (ideal do eu) com uma outra pessoa. Pode-se ver aqui que ela continua atuando. O ideal do eu se mantém e o comportamento da adolescência se repete: hoje saindo com muitos homens, sem nenhum critério, ela demonstra em seu discurso querer se desfazer de seu casamento, o qual foi construído sem consistência, e permanece

com a ideia fixa de encontrar outro homem para, se possível, casar e, ainda, ter mais filhos, caso o seu “futuro” parceiro queira.

Ao longo do seu discurso, fica muito evidente o quanto Maria é desamparada, desamparo este que se apresenta desde sempre. Ninguém ao seu redor a olhava com atenção e amor. Sua mãe a teve muito nova e sem planejamento. Seu pai nunca conseguiu ter uma relação com a filha. E sua avó foi sempre muito sofrida, sempre amargurada pela perda do marido. Cada qual esteve o tempo todo centrado na sua própria dor.

Talvez, por isso, como forma de se proteger e não se sentir tão sozinha e desamparada, Maria se agarrou, posteriormente, na ideia fixa de casar e ter filhos, sem ter tido, no entanto, exemplos positivos para fazer boas escolhas. Casou-se sem amar o marido, mas acreditava que ele preencheria um vazio de algo que ela nunca teve, ou seja, que seria um bom companheiro e um bom pai para seus filhos (um pai que ela nunca teve). Observa-se, então, que Maria apresenta frequentemente o impulso de preencher um sentimento de vazio que a acompanha ao longo da vida.

Neste contexto, pode-se afirmar que é fundamental a qualidade dos primeiros objetos para a formação do próprio eu, para a construção da imagem narcísica. Muitas vezes o investimento pelo outro se dá de forma invasiva e agressiva. Em muitos outros casos, pode existir um excesso de investimento narcísico, forjando um ideal que não consiste com a realidade.

A metáfora utilizada por Maria em seu discurso quando fala que “se sentiu saindo da jaula para a selva” mostra exatamente um excesso de invasão, em uma relação autoritária e esmagadora com sua avó, que, ao mesmo tempo, era quem lhe dava algum amparo (um amparo agressivo), sem que a mesma percebesse o outro com seus desejos e individualidade próprios. Além disso, em outro momento, quando foi morar apenas com sua mãe, a ausência desta foi potencializada, pois ali passou a existir um desamparo absoluto, distanciamento concreto e excessivo por parte de sua mãe, colocando Maria em um sentimento de grande risco constante, devido ao envolvimento dela com rapazes que não eram boas influências. Tanto a presença invasiva da avó quanto a ausência de sua mãe causaram em Maria um sentimento de desamparo, de vazio, comprometendo sua constituição egoica.

A presença esmagadora da avó e a ausência da mãe podem ter contribuído para a construção de um eu frágil em Maria. A paciente não era vista como pessoa, nem pela avó, e nem pela mãe. Frente ao eu frágil de Maria, as duas mulheres se tornaram demasiadamente fortes, e, a fala delas era acatada de uma maneira submissa pela paciente. Devido à sua dependência dessas figuras primitivas em sua vida, Maria colocava uma enorme dificuldade em estabelecer um limite à demanda externa, submetendo-se às influências do meio exterior.

Embora Maria apresente toda essa dificuldade psíquica, ela buscou ajuda para minimizar seu sofrimento e tentar se entender. Mesmo que ainda mostrasse uma urgência em resolver seus problemas e sofrimentos com seu modo de atuar constante, ela começou a se conscientizar de que precisava ser menos impulsiva e mais reflexiva, que tanta atuação gera mais sofrimento, e que é necessário falar para conseguir simbolizar, e assim fortalecer seu ego, sua autoimagem e sua relação com o outro.

3.2– Contribuições da clínica psicanalítica para uma reflexão sobre o caso Maria

De acordo com Freud, no texto “Recordar, repetir e elaborar” (1914), a transferência é um fragmento da repetição, e, a repetição é uma transferência do passado esquecido. O tratamento analítico se faz essencialmente a partir da transferência, e quanto maior a resistência (quando os atos e palavras do paciente se opõem ao acesso ao inconsciente), mais a repetição do ato (*acting out*) substituirá o recordar.

O objetivo do acompanhamento analítico no paciente obeso é favorecer a simbolização. O analista pode contribuir no sentido de oferecer uma “tradução” dos significados que o paciente comunica através do corpo, com a finalidade de possibilitar o surgimento de novos significados para além deste. É através da transferência analítica que se pode fazer emergir um discurso do inconsciente e atualizá-lo na relação paciente/analista. E é no manejo da transferência que se tornará possível um outro destino para a compulsão à repetição.

Maria apresentou durante muitos anos um pragmatismo e uma racionalidade ligados ao ideal do eu que podem ter trazido alguns benefícios para ela, no sentido em que a fez conquistar muitos objetivos. Esse comportamento, em alguns momentos pôde afastá-la do lugar de vítima, da queixa, da revolta, para o lugar da ação e da realização. Por outro lado, ao longo deste movimento, ela foi se distanciando do seu desejo inconsciente, e, atualmente, declara estar se sentindo “perdida”, sem um sentido de vida. Há algo interno que está paralisando o seu desejo.

Maria, com frequência, se queixava de haver uma repetição em seus atos e em seu modo de viver e se relacionar. Neste contexto, é importante frisar que o psicanalista tem uma escuta que entende que o sujeito repete. Ele valoriza essa repetição para que o paciente faça as associações necessárias e elabore suas queixas e sintomas. É importante que o paciente entenda que o repetir faz parte do processo de toda análise.

Além disso, por Maria ter uma vida pouco desejante, é comum ouvir em seu discurso uma demanda excessiva, dirigida principalmente ao marido. Um dos trabalhos da analista é fazer com que ela se responsabilize mais pela sua vida. O objetivo é que ela se implique subjetivamente em suas escolhas e renúncias, se fortalecendo, e, assim sendo capaz de conquistar uma maior independência e autonomia. Vale ressaltar que um dos objetivos centrais da análise é transformar a demanda em desejo; no caso de Maria, a demanda é intensa.

A cirurgia bariátrica favoreceu Maria a entrar em maior contato com os seus desejos, pois, no momento em que a comida não era mais utilizada como recurso para tamponar as emoções, a sensação de angústia e vazio passou a ser inevitável. Tal circunstância possibilitou que Maria fizesse contato com novos sentimentos, e a inclusive questionar a sua situação de vida: o casamento ruim com seu marido, seu trabalho, do qual dizia não gostar, e aquilo que gostaria de realizar em sua vida. O sofrimento começou a aparecer e, aliado a ele, a necessidade de buscar ajuda para aliviar a intensa dor do vazio. Como foi falado anteriormente, a racionalização em busca de seus objetivos foi perdendo espaço para o desejo inconsciente de descobrir um sentido maior para a sua vida.

No entanto, a análise estava trabalhando para que Maria entrasse cada vez mais em contato com suas questões, com seu desejo, possibilitando a ampliação de novos significados para o sofrimento e para o comportamento compulsivo que se repetia. A resistência diretamente ligada à pulsão de morte aparece com muita força, fazendo com que Maria deslocasse sua compulsão por comida para o objeto sexo. O novo objeto vem para tentar novamente preencher o vazio de Maria. A busca exagerada por homens e sexo aparecia como uma compensação da solidão que ela sentia e tornou-se o tema central de sua vida.

A compulsão foi crescendo de tal maneira que sua vida conjugal ficou seriamente abalada e a violência física e verbal passou a fazer parte da relação, colocando Maria em uma sensação de risco. Ela sentia-se constantemente ameaçada pelo marido; existia uma sensação de terror e medo entre eles. Entretanto, Maria não conseguia mais sair dessa situação, estava totalmente dependente desta compulsão, sem nenhum controle sobre a sua vida.

Maria perdeu o domínio de sua vida. Antes, a cobrança aumentava sua ansiedade, o que contribuía para a compulsão alimentar, o que a levou a recorrer à bariátrica. Hoje, após a realização da cirurgia, Maria se vê no outro extremo; está vivendo compulsivamente a liberdade sexual, reprimida durante tantos anos, e abrindo mão de todo o “controle” que sentia como fundamental para se sentir minimamente em equilíbrio. Mais uma vez aparece o funcionamento impulsivo de “tudo ou nada” em Maria, sem aguentar a espera. Nesse funcionamento voraz na busca de homens, ela não tem nenhum controle de si e de sua vida.

É importante Maria ter um espaço de diálogo, onde ela possa colocar as questões e olhar para elas com mais clareza. É possível que esteja buscando esse espaço de conversa nos homens com quem se relaciona. Ela busca alguém que supra a sua carência. Como Maria é muito impulsiva, é necessário que a analista estimule e acompanhe a sua reflexão, fazendo-a pensar nas consequências dos seus atos, dando o devido contorno. É necessário frear a ação e incentivar a reflexão antes de qualquer decisão, porém mantendo uma posição de não julgamento, que só reforçaria uma crueldade superegoica.

Como Maria foi pouco cuidada, faz parte do tratamento que a analista mostre um cuidado com ela. A via do cuidado é uma saída para que ela possa compreender o que sente pelo seu marido e o que ele representa para ela. O lugar da analista aqui é ao lado da paciente, apostando que, através da conexão consigo mesma, ela vá se valorizando, se fortalecendo e encontrando o caminho das suas escolhas. A dificuldade de Maria escolher está relacionada em se deparar com o vazio. Se ela desacelera, se fica sozinha e começa a pensar, ela entra em contato com um vazio insuportável; por isso, frequentemente, tenta transferir a decisão acerca da sua separação para a analista.

Vale ressaltar que há uma desvalorização recíproca entre Maria e os homens. Ela desvaloriza os homens e se sente desvalorizada por eles. Repete uma marca de rejeição pelos pais, marca esta que fez parte da sua construção. Maria vive sentimentos contraditórios: a necessidade e a desvalorização do outro. Entretanto, ela busca intensamente a valorização, tanto é que qualquer homem que a valoriza um pouco mais desperta sua atenção.

Cabe ao analista ajudá-la a buscar uma valorização interna, por meio do exercício de se olhar, se enxergar, se autoconhecer, se fortalecer e, assim, poder alcançar uma valorização maior. Seu casamento está em crise, mas sair desta relação teria que ser uma decisão muito bem pensada, pois assim sairia com mais recursos próprios internos, com mais força, convicção e preparada para enfrentar a nova realidade.

Maria busca até hoje o olhar da mãe, olhar de valorização, de cuidado. Ela ainda espera receber algo da mãe. Por isso, o olhar e o afeto do analista podem ajudar muito no tratamento.

Em um determinado momento do tratamento, Maria se viu dividida entre dois homens: seu marido, que lhe trazia estabilidade financeira e segurança, e um amante, que representava o desejo de viver sua sexualidade intensamente. Ainda se vê uma atuação em seu apaixonamento pelo amante, porém há mais simbolização nessa nova situação. Maria passa a deslocar a compulsividade, a atuação excessiva de sair com vários homens para sair com um homem só. Aparece, então, para ela,

o conflito entre a fantasia ou a infelicidade da segurança com o marido. Seu lugar é um lugar infantil – ou vive na dependência do marido ou no mundo da fantasia.

Como foi marcada por uma falta de modelo de feminino valorizado, ou seja, como viveu apenas entre mulheres que dependiam emocionalmente e financeiramente dos homens, sem um suporte interno ou uma família para as sustentar, Maria demonstrava uma grande dificuldade para decidir. Uma decisão pensada é uma decisão difícil para ela – uma decisão de um adulto. E Maria tem sentimentos e a forma de agir de uma menina.

É através da transferência analítica que a analista deve ajudá-la a construir a sua simbolização, a encontrar um suporte interno e fazê-la caminhar “com suas próprias pernas”. É importante colocá-la para pensar, levantando os pontos das consequências da separação, ou seja, que ela, como adulta, pense nas consequências. Pensar antes de agir por impulso, como um adulto faz. A analista é o suporte para ela ser capaz de tomar a própria decisão; ela precisa da segurança de saber que a analista estará ali para dar esse suporte.

Quando Maria briga com o marido e sua mãe fica sabendo e “tira satisfação” com ela, como relatado algumas vezes, Maria desaba. Nesse momento, ela sente o perigo de perder o amor da família (da mãe). É esse suporte que precisa ser construído na análise para ela não desmoronar e conseguir sustentar o seu desejo inconsciente.

Maria, com sua excessiva atuação, vive só de corpo. Está na vida só de corpo. Onde estão seus sentimentos? Como foi falado anteriormente, a analista pode contribuir no sentido de uma “tradução” dos significados que o paciente comunica pelo corpo, com a finalidade de possibilitar o surgimento de novos significados além do corpo. Fazer a paciente falar, refletir, sentir por meio de perguntas pontuando o que ela está vivendo e associar com memórias anteriores a ajuda a fazer ligações, laços, a simbolizar e, assim, poder atuar menos e, conseqüentemente, ficar menos insatisfeita.

O ato repetido compulsivo é uma negação da dor, e no processo analítico acontece, muitas vezes, de o paciente ficar depressivo, o que é importante e

necessário para o tratamento, pois assim abre-se outras possibilidades de outros destinos para a compulsão à repetição.

Maria é impulsiva e busca a ação imediata para tampar o vazio interno, mas, na verdade, ela é pouco produtiva e não tem investimento a longo prazo. Ela não se envolve com os movimentos que dão mais trabalho, que tomam mais tempo para obter resultado. Não considera o prazer que não venha do gozo imediato.

O tratamento analítico pode contribuir para ajudá-la a obter prazer de formas que não sejam imediatistas, exercitar o trabalho do passo a passo em sua vida, de construir “tijolo por tijolo”. E neste sentido, a cirurgia bariátrica seria uma etapa desse trabalho de construção, sendo uma das camadas, um dos tijolos. Faz parte da análise abrir junto dela (fazendo-a pensar e não apenas a ouvindo falar) uma multiplicidade de caminhos, mostrando que entre o tudo e o nada há diversas possibilidades para ir construindo projetos a longo prazo, conquistar sua autonomia e independência e obter um prazer mais duradouro na vida.

A sua compulsão por sexo foi destruindo cada vez mais seu casamento, transformando-o em uma relação totalmente sem respeito. Em seu discurso, Maria apresentava uma situação em que estava correndo um perigo real. O casamento, que era uma proposta de proteção e segurança, tornou-se o contrário, virou um risco para ela. Cabe à analista apoiá-la e mostrar o que ela pode fazer para parar com isso, deixando claro que apenas falar sobre o assunto não resolverá a situação. A analista deve pensar junto com ela no que pode ser feito e não dar uma resposta.

Neste momento em que Maria se viu cada vez mais angustiada e pressionada a tomar uma decisão, ela resolveu interromper o tratamento. Vale ressaltar que a sua interrupção foi mais uma atuação. O corte foi um ato impulsivo. Maria está vivendo um impasse em uma fase delicada de seu casamento. Ficou muito evidente para ela que aquele casamento não se sustentava. Ao longo da análise, Maria falou assuntos importantes, custosos. Acredito que ela reconheça o valor da análise, mas sabe-se que a ambivalência existe, e ela cobra da analista uma atitude, uma resolução para a sua vida. Ao mesmo tempo, Maria sabe como uma separação será extremamente custosa para ela; mais do que o custo financeiro, há o custo que ela depositou nesse homem, nesse projeto de família.

Vale destacar que muitas vezes o analista serve de modelo para o paciente. Pensando no manejo da transferência com a analista, uma hipótese a se considerar é que, por Maria ter referências frágeis de mulheres, sua analista passou a ser um modelo de mulher para ela. Talvez na transferência, Maria a veja como uma mulher forte, independente, que pode escolher ou não se separar do marido. Como ela não está conseguindo ser essa mulher, há um incômodo grande consigo mesma. Neste sentido, Maria pode ter tomado a decisão (inconsciente) de se separar da analista para não ter que se separar do marido. É possível que, inconscientemente, tenha sentido vergonha frente à analista por não conseguir ser essa mulher forte que sustenta a separação e, por isso, preferiu interromper a análise, pelo menos por enquanto.

Conclusão

Ao longo deste trabalho e do caso clínico exposto, vimos que quando as palavras faltam, as ações e o corpo são acionados na tentativa de o sujeito existir e se comunicar. No entanto, como há uma falha no processo de simbolização no sujeito compulsivo, o não simbolizado exige do indivíduo um trabalho que, muitas vezes, ele não é capaz de fazer.

O tratamento analítico, por meio do trabalho de escuta e afeto, ajuda a “traduzir” esses registros e comportamentos que estão aquém de palavras e solicitam interpretação e uma ressignificação.

Diferentemente do que é esperado nos dias de hoje, no processo analítico não há respostas rápidas, nem soluções mágicas, tão valorizadas pela cultura da *performance* na sociedade do espetáculo. O intuito do trabalho analítico é dar voz ao sujeito que atua insistentemente e fica mudo frente à sua impulsividade e voracidade em agir sem pensar, e permitir que ele possa construir e reconstruir laços e vínculos e ressignificar o seu vazio.

Pacientes bariátricos experimentam, após a cirurgia, uma saciedade física, mas não um alívio apaziguador resultado de uma “saciedade emocional”. A insatisfação e o vazio que levam ao impulso de comer em excesso permanecem no sujeito, muitas vezes, provocando um deslocamento da compulsão por comida para outro objeto. A angústia persiste naquilo que o bisturi não alcança.

Maria não conseguiu manter um vínculo suficiente com a análise ao ponto de arriscar uma possível perda na relação com o marido. A interrupção da análise pode ter sido um ato inconsciente para não sentir a dor de uma ameaça de separação. Por ter um eu frágil, a separação se revelaria uma perda difícil de suportar.

Maria atuou transferencialmente na análise, evitando um maior aprofundamento de seus conflitos que pudesse provocar sofrimento. Mas sua

procura pela análise significa um movimento importante de querer uma ajuda fora de si e do ambiente familiar, para sair dessa teia que a aprisiona.

Concluimos, assim, o quão importante é um acompanhamento tanto no pré, como no pós da cirurgia bariátrica como possibilidade de abertura para novos modos de funcionamento que não se resumam na atuação. Por meio do processo de transferência analítica é possível a atualização de comportamentos repetitivos na relação paciente/analista, o que permite a construção de novos significados e uma comunicação para além do corpo.

Referências

- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997
- DOLTO, F. (1984). **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2002.
- EDLER, S. **Tempos Compulsivos – A busca desenfreada pelo prazer**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2017.
- FERNANDES, M.H. **Transtornos Alimentares: Anorexia e bulimia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- FIGUEIREDO, L.C. “Cuidado e saúde: uma visão”. **Alter Revista de Estudos Psicanalíticos**. Brasília, v. 29, n. 2, p. 11-29, 2012.
- FREUD, S. (1914). “Sobre o narcisismo: uma introdução”. In: FREUD, S. **Obras completas**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FREUD, S. (1917). “Luto e Melancolia”. In: FREUD, S. **Obras completas**. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FREUD, S. (1930). “O mal-estar na civilização”. In: FREUD, S. **Obras completas**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FREUD, S. (1915). “Os instintos e suas vicissitudes”. In: FREUD, S. **Obras completas**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FREUD, S. (1920). “Além do princípio do prazer”. In: FREUD, S. **Obras completas**. vol. XVIII, Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GARCIA-ROZA, L.A. **O mal radical em Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- GARCIA-ROZA, L.A. **Introdução à metapsicologia freudiana**. v. 3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- LAPLANCHE, J L. & PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- LASCH, C.A. **O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LIPOVETSKY, G. **A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Lisboa: Relógio D'Água, 1983.

PINHEIRO DE FREITAS, L.A. **Adolescência, família e drogas – A função paterna e a questão dos limites**. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

MOTTA, E.F., “O peso da obesidade: o excesso de peso como sintoma”. **Psicologado**. Edição 09/2011. Disponível em:

<https://psicologado.com.br/abordagens/psicanalise/o-peso-da-obesidade-o-excesso-de-peso-como-sintoma>. Acesso em: 6 dez. 2019.

OKSENBERG MESSER, D. **Um enfoque psicanalítico sobre a drogadição**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2017.

REZENDE CARDOSO, M. **A impossível perda do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade**. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia da Universidade do Rio de Janeiro, 2007.

VIANNA, M. **Da geladeira ao divã**. Rio de Janeiro: Appris editora, 2016.

VIANNA, M. **Do Bisturi ao Divã: Cirurgia Bariátrica, Compulsão Alimentar e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Appris editora, 2019.