



Heloiza Cabral Vargas

EM BUSCA DE OUTRAS FORMAS DE PRAZER

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.

Orientador: Prof. Dra. Márcia Maria dos Anjos Azevedo
Co-orientador: Prof. Dra. Dirce de Sá Freire

Dedico a todos os pacientes, pois sem eles a interlocução entre a teoria e a prática seria impossível.

Agradecimentos

Primeiramente quero agradecer a minha orientadora Dra. Márcia Maria Azevedo dos Anjos pelos incentivos, ensinamentos e dedicação.

Agradeço a Dra. Dirce de Sá Feire por se dedicar e nos acompanhar nessa trajetória atravessada por uma pandemia. Seu esforço por nos ensinar, supervisionar, coordenar foi ímpar. Deu tudo certo!

Agradeço a todos os professores do curso de especialização em transtornos alimentares pelos ensinamentos e pelo alto nível de conhecimento de todos. Aprendi muito!

Agradeço aos meus colegas de turma e em especial a Carolina Chatack, Luciana Chaves, Bianca Azevedo e Evelin Minair pelas trocas construtivas e aprendizados.

Quero também agradecer aos meus pais e aos meus familiares por sempre me apoiarem e incentivarem a estudar.

E não poderia deixar de agradecer a duas amigas que são minhas irmãs do coração que sempre me dão forças, me incentivam, puxam minhas orelhas e que estiveram o tempo todo ao meu lado mesmo que de longe nesse momento de isolamento. São minhas queridas Lúcia Gozzi e Simone Guimarães.

Resumo

Vargas, Heloiza Cabral. **Em busca de outras formas de prazer**. Rio de Janeiro, 2020. No de páginas. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente trabalho propõe uma investigação sobre quais os caminhos que o aparelho psíquico busca para conter e aplacar o sentimento de angústia relacionados com a compulsão na obesidade. Para tal, foram estudados os conceitos de pulsão, compulsão e angústia e os primórdios do desenvolvimento infantil no referencial teórico da psicanálise. Durante o percurso, discorremos sobre um caso clínico de uma paciente com obesidade e que investiu na cirurgia bariátrica como solução para os problemas, não atentando para a questão emocional. Com o não sucesso esperado da cirurgia inicia um processo de deslocamento da comida, que era algo que lhe dava “prazer”, para o álcool. Foi quando buscou ajuda psicológica. Sendo assim, é importante frisar o quão é relevante o acompanhamento psicológico antes e depois das cirurgias bariátricas.

Palavras-chave

Compulsão, angústia, obesidade, cirurgia bariátrica.

Sumário

Introdução	07
1 Teoria e Clínica: suas interlocuções	10
2 Obesidade e as Teorias Psicanalíticas	18
2.1. O conceito de voracidade	18
2.1.1. Melaine Klein e a voracidade	19
2.1.2. O distúrbio do apetite e a voracidade em Winnicott	22
2.2. A importância do desenvolvimento emocional para os transtornos alimentares	26
3 A Obesidade, A Compulsão e a Cirurgia Bariátrica	31
Conclusão	37
Referências	39

“Toda experiência de aprendizagem se inicia com uma experiência afetiva. É a fome que põe em funcionamento o aparelho pensador. Fome é afeto. O pensamento nasce do afeto, nasce da fome. Não confundir afeto com beijinhos e carinhos. Afeto, do latim ‘affetare’, quer dizer ‘ir atrás’. É o movimento da alma na busca do objeto de sua fome. É o Eros platônico, a fome que faz a alma voar em busca do fruto sonhado.” (Rubem Alves)

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo investigar quais os complexos caminhos que o aparelho psíquico humano encontra de modo a conter e aplacar o aparecimento do afeto denominado por angústia. Nesse processo vemos que é necessário levar em consideração os aspectos envolvidos na produção do mecanismo denominado de compulsão. Nesse sentido vemos que na clínica é preciso levar em consideração a estreita relação entre comportamentos compulsivos e o aparecimento desse afeto enigmático que é a angústia. Essa relação tornou-se foco de interesse de pesquisa, principalmente, a partir de um caso clínico atendido no SPA da PUC Rio e de vários casos atendidos em consultório particular. Com base nesses atendimentos, foram levantadas algumas questões no que se refere a obesidade, cirurgia bariátrica, transtorno da oralidade, formas de prazer, compulsão e angústia, onde o sujeito tenta de diversas formas diminuir a angústia gerada, e para tal, a pulsão se utiliza de vários caminhos. O estudo se debruçará em autores da psicanálise, iniciando-se por Freud e sendo complementado por outros no decorrer da trajetória.

Vários estudos vem mostrando a complexidade da obesidade e porque dietas, cirurgias bariátricas e medicamentos não funcionam de forma tão eficaz. Na maioria dos casos há reganho de peso e uma culpa muito grande sobre o fracasso. Dessa forma, um caso clínico referido aqui na pesquisa tornou-se emblemático pelo fato da paciente em questão, ter se submetido a uma cirurgia bariátrica e, além de não conseguir ainda alcançar o peso « ideal », declarou estar ingerindo bebida alcóolica para aliviar a tensão. A partir daí, surgiram várias questões acerca de qual caminho a pulsão se destina para aliviar a angústia, quais os objetos são escolhidos para que se tenha prazer ou satisfação ?

Na tentativa de responder as questões que foram surgindo fomos pontuando-as sistematicamente, sendo assim a primeira questão levantada foi de quais são os motivos que levam uma pessoa que faz a cirurgia bariátrica substituir a comida pelo álcool ? Outras questões também foram surgindo : O que se busca nesse tipo de comportamento : Será que é a busca por prazer ou manutenção do sofrimento ?

Qual será o fator motivador para encontrar outro canal de busca de satisfação e aplacamento da angústia ? Gozo ou prazer ?

Durante décadas, houve alterações no modo de vida da população através da industrialização, urbanização, sedentarismo, avanço de tecnologias e a saída da mulher para o mercado de trabalho. Esses fatores são influenciadores também das mudanças nutricionais e da diminuição das atividades físicas que contribuíram para a atual pandemia da obesidade. Outro fator importantíssimo também gerador do aumento da obesidade é o excesso tão propagado na nossa sociedade de consumo. O excesso na oferta de comida, leva ao excesso no comer, que leva ao excesso de peso que gera o aumento de sobrepeso e obesidade. Tudo é em excesso!

Assim sendo, podemos dizer que a cultura também é um fator de organização psíquica dos indivíduos e que o mal-estar na civilização muda, no decorrer da história, os sintomas psicopatológicos constituindo, assim, as novas formas de subjetivação.

Apesar desse modelo que rege o nosso contexto contemporâneo, há uma contradição. A exigência de corpos magros e perfeitos faz com que cada vez mais aumente o número de pessoas que têm sobrepeso e obesidade. Segundo os dados do IBGE na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, 60,3% dos brasileiros estão acima do peso ideal considerado normal pela referência do IMC (índice de massa corpórea). A pesquisa também demonstrou um aumento assustador da obesidade infantil. A partir dessas evidências é levantada a seguinte questão: O que acontece que quanto mais se demonstra uma obsessão pela magreza e o corpo perfeito, mais se fracassa nesse propósito de padrão cultural da beleza?

A discussão desse tema poderá trazer mais conhecimento e compreensão sobre a questão dos transtornos da oralidade relacionados com a obesidade e outras formas de buscar prazer, para uma melhor estratégia de tratamento desses casos. Outra relevância seria a de fornecer a compreensão para a equipe médica da importância do acompanhamento psicológico antes e depois das cirurgias bariátricas e para a equipe multidisciplinar que trabalhe com transtornos alimentares.

Esta pesquisa apresenta como referencial a teoria psicanalítica e como conceitos principais encontram-se a pulsão, a compulsão e a angústia. Também foram estudados textos sobre os primórdios do desenvolvimento infantil em diversos autores da psicanálise para explicar os transtornos da oralidade e suas

consequências. Como metodologia foi aplicado o estudo de caso que é uma abordagem qualitativa, mas que explora um sistema delimitado contemporâneo da vida real, ou seja, o relato de um caso clínico que a partir dele, foram feitas investigações dos conceitos sobre o tema. Sendo assim, recorreremos, num primeiro momento, aos textos freudianos a fim de melhor compreensão das questões sobre os transtornos da oralidade, a compulsão e a angústia.

Apesar do tema ter surgido a partir de alguns pacientes, escolhemos, em especial, um caso clínico para poder ter um aprofundamento melhor das questões elaboradas. Portanto, no primeiro capítulo abordamos os principais conceitos freudianos delimitados para a pesquisa tais como: pulsão, compulsão e angústia, definindo-os. E em um segundo momento, apresentamos a descrição de um caso clínico e suas articulações com a teoria estudada.

No capítulo dois, foram desenvolvidos o que alguns autores tais como: Melaine Klein, Winnicott, Fontes, Fernandes e outros descreveram sobre a construção do sujeito e os transtornos alimentares, em especial sobre a obesidade. E em complemento no terceiro capítulo, nos debruçamos sobre a cirurgia bariátrica como uma das possibilidades de tratamento, suas consequências e a importância do trabalho do psicólogo especialista em transtornos alimentares nessa área de ação multiprofissional.

1

Teoria e Clínica: suas interlocuções

O tema deste trabalho surgiu a partir do atendimento de alguns pacientes da minha clínica particular e do estágio da pós-graduação em transtornos alimentares que faço na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Neste capítulo, faremos um diálogo entre a teoria e a clínica, expondo alguns conceitos importantes para o esclarecimento do tema proposto, articulando-os com um caso clínico. Em primeiro lugar, seria interessante apresentar o conceito de pulsão. Trata-se de um dos conceitos fundamentais da teoria psicanalítica, para entendermos melhor o que faz com que o sujeito busque satisfação de várias formas na vida.

A busca pelo prazer é algo inerente ao ser humano. Freud já dizia em seus escritos que existe uma força ou excitação que vem de dentro e que faz com que o homem busque aliviar essa tensão para que se tenha prazer e cesse o desprazer. Ele conceitua essa força como pulsão. No texto “As Pulsões e seus Destinos”, Freud faz uma consideração sobre a vida mental, onde ele descreve que

uma pulsão nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam à mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação como o corpo (FREUD, 1915, p. 142).

A pulsão, segundo Freud (1915), apresenta quatro características. A primeira delas é a força ou pressão (*drang*) que é a essência da própria pulsão e o motor da atividade psíquica. A segunda característica é a sua finalidade ou o seu alvo (*ziel*) que sempre será a satisfação que só poderá ser obtida através da eliminação do estado de estimulação na fonte da pulsão. Entretanto, apesar do seu objetivo ser imutável, poderão existir diferentes caminhos que a leve ao prazer. Há também pulsões que são inibidas, ocasionando assim uma satisfação parcial. A terceira característica é o objeto (*objekt*) que é a coisa em relação à qual ou através da qual a pulsão é capaz de atingir a sua finalidade. É o mais variável, não é predeterminado e pode ser parte do próprio corpo ou fora dele. A pulsão é somente direcionada ao

objeto por este ser adequado a tornar possível a satisfação. Porém, mais tarde, Freud irá dizer que se não possui um objeto específico, a satisfação só poderá ser parcial, o que faz com que a pulsão persista numa procura de forma indefinida. Daí vem a sua indestrutibilidade. Os objetos podem ser modificados quantas vezes forem necessários conforme as variações que a pulsão pode sofrer durante a sua existência. E a última característica descrita pelo autor é a fonte (*quelle*) da pulsão. Sobre esse aspecto entende-se o processo somático que ocorre num órgão ou em uma parte do corpo cuja excitação é representada na vida mental pela pulsão.

Portanto, entender esse conceito é fundamental para compreendermos o que leva ao sujeito a buscar várias formas de satisfação das suas necessidades. Entretanto, aqui exponho o que há de mais simples dessa concepção, pois falar da pulsão de uma forma ampla daria para escrever um livro. Em seguida, será apresentado o caso clínico e durante esse processo serão feitas algumas articulações com as teorias estudadas referentes aos transtornos alimentares e especificamente no que tange a obesidade.

Atualmente Bella está com 37 anos, solteira, é graduada e trabalha numa empresa que é prestadora de serviços para uma empresa pública. Ela chegou ao SPA da PUC-Rio com a queixa de que não estava conseguindo emagrecer mais, após uma cirurgia bariátrica, e conseqüentemente não atingindo a meta proposta pelo médico cirurgião. Há 1 ano e meio, fez a cirurgia com 104 kg e hoje está com 80 kg e tem 1,58 de altura, com IMC de 32,05 constatando ainda como obesidade grau I. Além disso, sentia-se com muito medo de ficar alcoólatra, pois estava exagerando no álcool, principalmente na cerveja.

Os pais se separaram quando ela tinha aproximadamente 7 anos. Desse casamento, ela tem um irmão mais velho. O pai teve um relacionamento com uma outra mulher que gerou uma outra filha que faleceu com 23 anos. Ou seja, quando essa moça nasceu Bella era bem pequena. Ele se casou novamente com uma terceira mulher e teve mais dois filhos: um rapaz que é um jovem adulto e uma moça que tem aproximadamente uns 30 anos. Atualmente esse pai se casou com outra pessoa e mora numa cidade do interior de outro estado. Bella mora com a mãe e com o irmão num bairro da zona sul do Rio.

Bella relata em vários momentos da análise que exagera na comida para tamponar o vazio, dizendo com todas as letras: “Eu como para tapar o buraco que sinto”. Dado que não consegue comer muito devido a cirurgia bariátrica, ela

também acaba se utilizando do álcool (cerveja) dizendo que desce melhor (sic). Fontes (2010) faz uma alusão interessante sobre a correlação entre as primeiras angústias mais precoces que é a de esvaziamento e o ponto de vista de Fédida sobre as patologias aditivas. A autora conclui que o álcool seria uma tentativa de ingerir uma substância para forjar um aquecimento e criar uma forma interna ilusória de consistência. Dessa forma, o sujeito aliviaria por um período essa angústia.

O conceito de angústia de esvaziamento foi instituído por Frances Tustin a partir de suas observações dos seus pacientes autistas. No seu livro “A Psicanálise do Sensível”, Fontes (2010) descreve sobre as primeiras angústias precoces de esvaziamento baseadas nos estudos de Tustin (1990). Segundo a autora, o bebê sente o seu corpo como líquido ou gasoso e se não possui um envelope que contenha esse medo de se derramar, de se dissolver, ele sente um terror de se esvaziar, de um aniquilamento existencial. Logo, na obesidade e em outras patologias ditas atuais, o indivíduo não se sente envelopado psiquicamente e ele tem a sensação de que vai se esvaziar pelos “buracos” da pele ou dos orifícios, tendo uma angústia muito grande. É importante frisar que essas sensações soam da ordem do inconsciente e que são representadas no comportamento, no corpo e nos seus diversos modos de manifestação.

Segundo Fontes (2017), para o sujeito existir, nascer psiquicamente, ele necessita de um envelope que seja continente dos seus afetos, das suas ideias, das suas sensações, dos seus pensamentos. Quando esse contato entre a mãe e o bebê falha bem nos primórdios, esse envelope fica poroso, cheio de buracos, como se fosse uma pele esburacada. E nessa falta de um envelope corpóreo-psíquico, o sujeito lança mão de um envelope de gordura na obesidade, como uma prótese psíquica para cobrir a pele psíquica não adquirida. Nesses aspectos citados, podemos observar em Bella, a construção de um corpo volumoso através do excesso de alimento para constituir uma “consistência” ilusória que dê uma existência psíquica. É também uma forma de se sentir olhada, presente, mesmo que seja pela dor, e ao mesmo tempo, um modo de afastar qualquer investida de afetos de um outro. Necessita dessa prótese de gordura para se proteger e se sentir viva.

Um outro autor relevante para o aprendizado da constituição do eu, sobre a temática do corpo físico e do aparelho psíquico, e conseqüentemente sobre a subjetividade da obesidade é Didier Anzieu. Esse psicanalista francês desenvolveu os seus conhecimentos sobre a formação do Eu através de suas pesquisas acerca das

funções do eu-pele, uma metáfora construída por ele para destacar a importância de duas vertentes: a biológica e a cultural. Seus estudos acrescentaram ao arcabouço teórico da psicanálise as noções de “fronteira”, de “limite” e de “continente”, conceitos esses que para o estudo da obesidade são relevantes. Mas, o que precisa ser destacado aqui é que, segundo Anzier (1989), o sujeito precisa desenvolver envelopes psíquicos através da experiência corporal dos diversos sentidos tais como: tátil (a pele), sonoro, gustativo, olfativo, muscular e térmico para se constituir e se sentir por inteiro. Esse envelopamento só se constrói nos primórdios da relação mãe-bebê. Se acontece falhas na construção desse envelope, o sujeito tem a percepção de uma pele esburacada que precisa ser preenchida.

Nos relatos de Bella, conta-me que começou a engordar quando tinha uns 7 anos e que ficou durante quase toda a sua vida engordando, fazendo dieta e emagrecendo até 2 anos atrás, quando não conseguiu mais emagrecer. Ficou deprimida e chegou a tomar medicação para depressão. Foi só engordando até chegar aos 104 quilos e tomar a decisão de fazer a cirurgia bariátrica. Parece que a separação dos pais e a ausência desse pai na sua vida foi um gatilho para criar uma capa protetora de gordura, modificando a sua aparência, e à vista disso, apresentando dificuldades para manter uma relação com os homens. Ela descreve também sobre alguns relacionamentos que não deram certo, questionando sobre isso. O que acontece que só se relaciona com homens que não querem um compromisso, um casamento, já que diz querer se casar, ter filhos e uma família?

Podemos perceber no seu discurso que além das angústias primitivas de esvaziamento pela pele esburacada, pele esta constituída nos primórdios do seu desenvolvimento através das falhas de intrusão ou ausência na relação mãe-bebê, na qual durante sua vida, demonstrou através do excesso de comida e de bebida para aplacar o vazio sentido, tentando, dessa forma, preencher os buracos, ela também apresenta angústias de abandono, pois trouxe numa sessão, que até hoje sente que o pai a abandonou e que foi muito sofrida a separação dela com o pai. Quando pergunto se ele sumiu de vez, responde que não, que sempre a pegava no final de semana para passear e que até hoje é um pai presente, inclusive ajudando-a financeiramente. Apesar dos seus 37 anos e trabalhando, ainda acha que o pai tem que suprir o que faltou, que na verdade, o que faltou, na sua fantasia, foi o afeto desse pai. Acaba deslocando para as suas relações amorosas uma dependência e um medo muito grandes que o outro a abandone. Na relação transferencial, já me

perguntou algumas vezes se eu não iria abandoná-la também. Esse fato é consequência de como a criança vivenciou a perda do objeto.

Nesse ponto da análise dos aspectos que se encontram experimentados na vivência clínica, acreditamos ser importante explicar o que seria angústia. O conceito de angústia é descrito por Freud em 1926 no seu texto “Inibições, Sintomas e Angústia”. Ele discorre, a princípio, que a angústia é algo que se sente, é um estado afetivo, que apresenta um sentimento acentuado de desprazer e é acompanhado de sensações físicas que podem ser manifestadas em órgãos específicos do corpo tais como os órgãos respiratórios e o coração. Entretanto, Freud deixa claro que nem todo o desprazer poderá ser chamado de angústia. Existem outros sentimentos como a tensão, a dor e o luto que também tem o caráter de desprazer. De acordo com Freud, a angústia “*surgiu originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete*” (FREUD, 1926 [1925], p.157).

Para Freud (1926 [1925]), os geradores de angústia seriam a perda do objeto, a castração e o superego. Entretanto, ele vai mais além do que somente a perda do objeto. Ele descreve que a razão da criança pequena desejar a presença da mãe é que ela já sabe por experiência que esta satisfaz as suas necessidades. Logo, Freud conclui que o que a criança acha como perigoso e deseja ser protegida é contra a não satisfação, ou seja, o aumento da tensão devido a necessidade na qual ela é desprovida de meios de defesa. A ausência da mãe é que traz angústia, pois sem ela, a criança fica desprovida de satisfazer as necessidades e diminuir os estímulos desagradáveis.

Um outro gerador seria a angústia de castração na fase fálica, onde também institui um medo de separação que seria o mesmo determinante da angústia da perda do objeto. Freud diz que é o medo de sermos separados de um objeto altamente valioso, ou melhor dizendo, a separação da mãe que acontece desde o nascimento, que também desencadeará a angústia. Mas, nessa situação, também tem o perigo e o medo de se separar dos seus órgãos genitais.

Por último, o superego se torna o gerador de angústia. A partir da constituição do superego que é formado pela introjeção das instâncias parentais (núcleo do superego) e por protótipos sociais, a angústia de castração se transforma em angústia moral ou angústia social. O ego reage com angústia quando ele percebe

que o superego pode deixar de amá-lo, ficar com raiva ou puni-lo. O medo que o ego tem do superego, na verdade, é “*o medo da morte (ou medo pela vida) que é um medo do superego projetado nos poderes do destino*” (FREUD, 1926 [1925], p. 164).

Portanto, a angústia é um estado afetivo na qual a sua sede real é o ego. Apesar de na evolução das várias situações de perigo, Freud descrever que a partir do protótipo, que é o ato do nascimento, os outros determinantes que vão surgindo, não invalidam os anteriores, ele também acrescenta que conforme o ego vai se desenvolvendo,

as situações de perigo mais antigas tendem a perder sua força e a ser postas de lado, de modo que podemos dizer que cada período da vida do indivíduo tem seu determinante apropriado de angústia. Assim, o perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo da perda de objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo de castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego, até o período de latência. Não obstante, todas essas situações de perigo e determinantes de angústia podem persistir lado a lado e fazer com que o ego a elas reaja com angústia num período ulterior ao apropriado; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo. É possível, além disto, que haja uma relação razoavelmente estreita entre a situação de perigo que seja operativa e a forma assumida pela neurose resultante (FREUD, 1926 [1925], p. 166).

Continuando com o relato e a articulação do caso clínico, a questão da bebida é algo preocupante para ela, pois via na infância a sua avó, por quem tinha um carinho enorme, beber de forma exagerada e ficar tendo atitudes descompensadas, nas quais ficava triste. O seu medo maior é ir pelo mesmo caminho. Quando sai com os amigos acaba exagerando na bebida, ao ponto de tomar mais de quatro long necks mesmo tendo feito a cirurgia bariátrica. Relata que não consegue parar, que não consegue dar limites aos amigos que sempre oferecem a saideira, e que também não consegue dar limites a si própria. O “não” é algo negativo, é algo desagradável ao ponto de perder o controle. Surge aí o aspecto da compulsão, que é quando aparece a perda de controle. Antes, perdia o controle com a comida, agora como não consegue comer tanto devido ao procedimento, perde o controle com a bebida.

Um outro conceito importante para o estudo do caso é o de compulsão. Ela existe de diversas formas no nosso dia a dia. Podemos citar algumas, tais como: comidas, bebidas, drogas, exercícios físicos, compras, dinheiro, sexo, café, jogos, trabalho e a mais atual que é o uso da internet. Porém, a questão é o tipo de relação

que o sujeito produz com o objeto. Cria-se uma dependência e uma resposta automática reduzindo a capacidade do sujeito nas suas decisões e escolhas.

Para Laplanche e Pontalis (1986), é um

tipo de comportamento que o indivíduo é levado a realizar por uma coação interna. Um pensamento (obsessão), uma ação, uma operação defensiva, mesmo uma sequência complexa de comportamentos, são qualificados de compulsivos quando a sua não-realização é sentida como tendo de acarretar um aumento de angústia (LAPLANCHE & PONTALIS, 1986, p.123-124).

Edler (2017) define compulsão como coerção. O sujeito vivencia uma incessante repetição, sem a chance de escolher ou mesmo contra a sua própria vontade consciente. Para a autora, é *“uma condição de aprisionamento, nem sempre clara de início, que, possivelmente teve como fator desencadeante a busca legítima do prazer”* (EDLER, 2017, p. 16). A pessoa torna-se refém, é a compulsão que acaba regendo a vida, pois o prazer sobre ela acaba se tornando algo indispensável para viver.

A paciente quase não fala da mãe. Quando fala é para dizer que não quer ser igual a mãe que ficou presa no casamento com seu pai e que não reconstruiu a sua vida ou sobre algum atrito que teve, mas foge logo do assunto. Perguntei se sabia como tinha sido a sua amamentação e relatou que a mãe havia dito que era muito gulosa e que mamou até os nove meses e que sua mãe estranhou porque ela havia largado o peito já que ela era gulosa. Isso me fez pensar se já não tentava tapar os buracos e construir uma pele psíquica através do leite materno e sua voracidade.

Apesar de manifestar essas angústias primitivas com sensações de esburacamento e esvaziamento, tentando preencher de alguma forma os buracos e os vazios por quase toda a sua vida com a comida e atualmente também com a bebida, conseguiu atravessar as etapas de desenvolvimento chegando ao que conhecemos como período que contempla o complexo de Édipo e se tornando uma paciente que apresenta uma performance eminentemente caracterizada por um funcionamento neurótico ou com defesas conhecidamente neuróticas.

Atualmente a técnica psicanalítica é repensada para tentar compreender as situações clínicas que são considerados casos difíceis. Nesses são verificadas algumas características tais como: a linguagem falta para falar dos afetos e a representação ou simbolização é falha nesse sentido. Entretanto, Fontes (2002) descreve em seu livro: *“Memória Corporal e Transferência”* que a história do indivíduo fica registrada em seu corpo. Elas foram impressas num registro sensorial

(corporal) anterior à capacidade de representar. As sensações e experiências vividas nas cenas mais precoces na vida do indivíduo não podem ser lembradas pela linguagem verbal. É o corpo quem fala, ele não esquece as sensações vividas que ficam marcadas na memória corporal.

2 Obesidade e as Teorias Psicanalíticas

2.1. O conceito de voracidade

No capítulo anterior, houve uma preocupação maior em contextualizar princípios norteadores dessa pesquisa, tendo como eixo central o caso clínico e articulá-lo com conceitos primordiais tais como: pulsão, compulsão e angústia para a compreensão da obesidade. Dando continuidade à tessitura entre os conceitos que sustentam essa clínica de difícil manejo, nesse capítulo, será acrescentado o conceito de voracidade para ampliar a forma de entender o que leva o sujeito a comer exageradamente. Os termos voracidade e compulsão podem oferecer alguma proximidade, apesar de serem distintos e de virem por modos de explicações diferentes. Entretanto, podem vir a nos servir como orientadores para trabalhar com essas situações clínicas em que a compulsão toma a cena na vida psíquica.

Dois autores da psicanálise foram escolhidos para serem estudados e referenciados sobre o tema da voracidade. Uma é Melaine Klein que foi a precursora do termo e seguindo a sua escola, Winnicott prosseguiu com os estudos enfatizando a importância da voracidade para os distúrbios do apetite. Logo, esse subcapítulo será dividido em duas etapas: na primeira será explanado como Melaine Klein construiu a sua teoria do desenvolvimento e deu ênfase ao sentimento destrutivo de voracidade e na segunda, será descrito a visão de Winnicott sobre o tema.

Entretanto, antes de elucidar a visão de cada autor, seria interessante destacar como o conceito foi colocado por Zimerman (2001) no Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Ele explica sobre o termo voracidade que, na verdade, foi introduzido na psicanálise por Melaine Klein e que designa

uma forma de introjeção executada com ódio, de modo que a violência da incorporação oral, que implica um mastigar e morder raivosos, conduz, na fantasia, à

destruição do objeto. O estado final fica sendo o de que não houve satisfação oral, de vez que o objeto introjetado resultou desvitalizado e sem valor. Isso promove as identificações com objetos depressivos ou, pior, o objeto introjetado transformou-se em um perseguidor retaliatório, como é característico da posição esquizoparanóide. Quanto mais a criança sentir-se inundada por objetos maus ameaçadores e destruidores, mais fome voraz – às vezes de uma avidez insaciável – ela tem, na busca de uma incorporação de objetos bons, o que pode estabelecer um progressivo círculo vicioso maligno. O resultado final pode ser a inibição dos impulsos ligados à oralidade e uma restrição da introjeção, com o fim de poupar os objetos pelos quais sente fome voraz, fato que pode conduzir a um estado de anorexia, afasia e asensação de um mundo interno esvaziado (ZIMERMAN, 2001, p. 432).

2.1.1 Melaine Klein e a voracidade

Melaine Klein, em 1975, escreveu um texto muito interessante chamado “Nosso mundo adulto e suas raízes na infância” que fala da importância de se investigar como o desenvolvimento infantil ocorreu até a maturidade para compreender melhor a personalidade de cada indivíduo e conseqüentemente, a compreensão da sua vida social. Mas, o que esse texto tem de relevante para o trabalho é como Klein desenvolve de forma clara os primórdios do desenvolvimento e a partir daí elabora o conceito de voracidade.

A partir da observação do brincar na análise de crianças e através da técnica do brinquedo desenvolvido por ela, pode chegar a novas conclusões acerca das camadas mais profundas do inconsciente e dos estágios mais primitivos da infância. Klein se baseia no conceito de transferência de Freud para dizer que na análise o paciente restabelece na relação com o analista situações e emoções primitivas, tais como: *“a superdependência e a necessidade de ser orientado, juntamente com uma desconfiança inteiramente irracional”* (KLEIN, 1975, p.2). Sendo assim, a autora conclui que *“a vida mental é influenciada pelas emoções mais primitivas e fantasias inconscientes”* (KLEIN, 1975, p.3)

Para Klein (1975) existe uma ansiedade de natureza persecutória que é vivenciada pelo bebê recém-nascido desde o nascimento até o pós-natal. Por essa razão, a criança sente inconscientemente todos os desconfortos como se forças hostis fossem impostas sobre ela. Quando alguém aparece e satisfaz as suas necessidades aliviando o seu desprazer, o bebê percebe que algo bom ocorreu e dessa forma surge a primeira relação amorosa com o objeto. Nas primeiras

semanas, a criança já reconhece o rosto da mãe, a voz, o cheiro, o toque das mãos. Espera pelo alimento, mas também anseia pelo o amor e a compreensão da mãe. Sendo assim, o bebê vai instituindo dois sentimentos: um seria a capacidade de amar e o outro seria o sentimento de perseguição percebidos pela frustração, o mal-estar e a dor.

Esta relação com o mundo externo, representado pela mãe, faz com que os sentimentos bons ou maus cheguem ao bebê, através dos mecanismos de introjeção e projeção. Desse modo, o mundo interno vai sendo estruturado, em parte pelo reflexo do mundo externo e em parte pelas fantasias infantis. Klein (1975) descreve o termo fantasia a partir dos estudos de Suzan Isaacs sobre o tema.

A fantasia é (...) a representação psíquica do instinto. Não há impulso, nem pressão ou resposta instintiva que se não experimentem como fantasia inconsciente... Uma fantasia representa o conteúdo específico das necessidades ou sentimentos (por exemplo, desejos, temores, ansiedades, triunfos, amor ou pesar) que dominam a mente no momento (KLEIN, 1975, p. 7-8).

Portanto, essas fantasias inconscientes são atividades mentais importantes, nas quais o bebê alucina a satisfação de lhe darem o seio, que poderá ser um seio bom que proporciona prazer ou poderá alucinar um seio mau que é aquele que traz desprazer e que o faz se sentir privado e perseguido por ele.

Sendo assim, um fator fundamental para o desenvolvimento é a mãe ser introjetada e com ela também se introjeta suas fantasias, privações, lutos etc. Segundo Klein, “a introjeção significa que o mundo externo, seu impacto, as situações que a criancinha vive, e os objetos que ela encontra, são experimentados não só como externos, mas são recebidos dentro do eu e se tornam parte da vida interna dela” (KLEIN, 1975, p. 6). Esse mecanismo de introjeção continua pela vida a fora, ele não para.

Entretanto, alguns bebês experienciam, após um período de privação, um intenso ressentimento. Klein (1975) irá dizer que estas crianças apresentam uma agressividade inata e uma voracidade mais intensa, onde a raiva não dizima rapidamente. Quando esse ressentimento não é muito intenso, o bebê se identifica com o objeto bom, ou seja, com as boas características da mãe.

Esse primeiro estágio primitivo que vai mais ou menos até os 3 ou 4 meses é chamado por ela por posição esquizo-paranóide. Nesse estágio, Klein dá bastante

importância a dois sentimentos de destruição. São eles a voracidade e a inveja, mas o conceito que será exposto aqui por sua relevância para o trabalho é o de voracidade.

Segundo Klein,

a voracidade varia consideravelmente de uma criança para a outra. Há bebês que nunca se satisfazem porque sua voracidade ultrapassa tudo o que eles possam receber. A voracidade se acompanha do impulso de esvaziar o seio da mãe e de explorar todas as fontes de satisfação sem consideração por quem quer que seja. A criança muito voraz pode se satisfazer, por alguns instantes, com o que recebe; mas tão logo desaparece a gratificação, ela fica insatisfeita e é impelida a explorar, primeiro, a mãe, e, a seguir, todos da família que lhe possam proporcionar atenção, alimento ou outra gratificação. Não resta dúvida que a ansiedade aumenta a voracidade – a ansiedade de se sentir privado, de se sentir roubado e de não se sentir suficientemente bom para ser amado. A criança que se mostra tão voraz por amor e atenção sente-se também insegura quanto a sua capacidade de amar; e todas essas ansiedades reforçam a voracidade (KLEIN, 1975, p. 13).

Klein (1975) denomina um segundo momento de vida, entre o quinto e o sexto mês, de posição depressiva onde há uma predominância da ansiedade depressiva e um declínio da ansiedade persecutória. Estas nunca desaparecem por inteiras e podem retornar. Nesse período também surge os sentimentos de culpa e a necessidade de preservar e reparar os danos causados aos objetos amados pela sua voracidade.

Um outro ponto importante que a autora coloca é sobre a relevância das experiências externas durante a vida e de como a criança vai interpretar e apreender tais influências. Isso vai depender da intensidade com que operam os impulsos destrutivos (voracidade e inveja) e as ansiedades persecutórias e depressivas.

Uma outra questão levantada por Klein é a de qual papel a voracidade desempenha na formação do caráter e o quanto ela influencia as atitudes dos adultos? Para a autora, o papel da voracidade é considerado um elemento bastante destrutivo na vida social. O indivíduo voraz é aquele que quer algo a qualquer custo, que não tem consideração e nem generosidade com o outro. O sujeito muito voraz é ambicioso e não se satisfaz, mesmo apresentado todos os êxitos na vida. Ele é igual a um bebê voraz que nunca fica satisfeito.

Neste subcapítulo foi apresentado, de uma forma bem resumida, os pontos principais da teoria kleiniana sobre o desenvolvimento infantil e sobre o conceito

de voracidade. A seguir, será explicitado, dando continuidade ao tema, um pouco do que Winnicott desenvolve sobre a voracidade e os distúrbios do apetite.

2.1.2 O distúrbio do apetite e a voracidade em Winnicott

Foi em 1936 que Winnicott escreveu o texto: “O apetite e os problemas emocionais” onde discutiu sobre a ampla concordância entre a literatura psicanalítica e a psicológica, no que tange aos distúrbios do apetite. O autor descreve que eles são muito comuns nas doenças psiquiátricas, mas que o ato de comer e sua importância ainda não haviam sido reconhecidos e que também achava importante a discussão dos vínculos entre os termos voracidade e apetite. Esse posicionamento de Winnicott ressalta a importância da multidisciplinaridade no trabalho com pacientes que apresentam distúrbios alimentares

Ele relata que o termo voracidade apresenta um significado muito bem definido, entretanto, é raro encontrar nos escritos psicológicos. A única autora que fala de voracidade, segundo o conhecimento de Winnicott, é Melaine Klein no seu livro “Amor, ódio e reparação”. Esse termo *“reúne em si o psicológico e o físico, o amor e o ódio, o que é aceito e o que não pode ser aceito pelo ego”* (WINNICOTT, 2000, p. 91).

Winnicott sugere que *“a voracidade jamais é encontrada nos seres humanos, mesmo em bebês, de forma aberta e sem disfarces, e quando aparece como sintoma trata-se sempre de um fenômeno secundário, implicando em ansiedade”* (WINNICOTT, 2000, p. 91). Para ele é algo tão primitivo que só poderia aparecer sob disfarces e sintomas complexos.

Através dos seus estudos, Winnicott (2000) percebeu que há uma continuidade clínica dos distúrbios do apetite desde o início da infância até a adolescência e a vida adulta. Segundo o autor, é nitidamente inexistente uma linha divisória nas seguintes condições: anorexia nervosa na adolescência, dificuldades na alimentação durante a infância, distúrbios do apetite devidos a certas condições específicas em momentos críticos, tais como: o nascimento de um novo bebê, perda da primeira pessoa que amamenta o bebê, afastamento de casa, primeira refeição

com ambos os pais, tentativas de induzir a criança a comer sozinha, introdução de alimentos sólidos ou simplesmente mais consistentes, reações ansiosas a mordidas no bico do seio, inibições da amamentação na primeira infância, mesmo no período inicial.

Portanto, as dificuldades de amamentação de bebês estão numa ponta de uma escala e na outra ponta está a melancolia, a toxicomania, a hipocondria e o suicídio. Acredito que aqui também entrariam os transtornos alimentares e as psicossomatizações. Ou seja, *“em todos os tipos de doença, bem como na saúde, pode-se concluir que o comer é afetado”* (...) e há *“diversos modos de o apetite tornar-se vinculado à defesa contra a ansiedade e a depressão”* (WINNICOTT, 2000, p. 92).

Winnicott afirma que existe uma complexa estrutura mental nos bebês e nas crianças pequenas e a partir das observações destas brincando com os objetos, pode nos descrever a função oral. Primeiramente, há um reconhecimento da pulsão oral. Em segundo, surgem as fantasias orais e em terceiro, acontece a vinculação entre a fantasia oral e o ‘mundo interno’ (ideias sobre o que se passa dentro da criança e, juntamente, ideias sobre como está o interior da fonte do alimento, o corpo da mãe). A visão winnicottiana é bem semelhante com a de Klein exposto no subcapítulo anterior, pois ele vem da mesma escola inglesa e se baseia na teoria kleiniana.

Para Winnicott,

é esta elaboração sem fim que constitui o ‘mundo interno’. O termo ‘interno’ desta expressão diz respeito primariamente à barriga e, secundariamente, à cabeça e aos membros, e a qualquer parte do corpo. O indivíduo tende a colocar os acontecimentos da fantasia dentro de si e a identificá-los com o que acontece dentro do corpo. Esse mundo interno é normalmente um mundo vivo de movimentos e sentimentos (WINNICOTT, 2000, p. 93).

Segundo o autor, alguns casos de doenças físicas tais como: vômito, diarreia, cólica infantil, anorexia ou constipação podem ser explicadas através das fantasias inconscientes e conscientes da criança sobre o interior do seu corpo. O mundo interno também pode ser expressado por quadros pintados por artistas.

A partir de vários casos atendidos, Winnicott tenta mostrar a importância que a alimentação tem e os seus aspectos comuns que se relacionam entre os problemas emocionais e os distúrbios do apetite. Ele assinala de que como as fantasias orais

infantis afetam as crianças ao ponto de apresentarem sintomas físicos. Descreve também que crianças com voracidade sintomática, mudança da inibição para a compulsão e voracidade inibida acarretam transtornos na alimentação e que a atitude em relação à comida é uma atitude em relação à mãe, onde o desmame é um dos momentos mais críticos da infância. Apresenta também um caso de um adulto que teve a sua voracidade inibida desde a sua infância, quando ao nascimento de seu irmão. E que, atualmente, essa voracidade inibida retorna em forma de atos vorazes contra o seu próprio filho.

Winnicott descreve outro caso como sendo de uma criança com o desenvolvimento normal, onde esse bebê pega uma espátula, coloca-a na boca e depois a deixa cair no chão. A seguir, o bebê pega a espátula e a joga no chão propositadamente fazendo um barulho, percebendo que a brincadeira é divertida e querendo repetir por várias vezes. O autor explica que esse colocar a espátula na boca é um processo de incorporação. Três meses depois desta consulta, o bebê retorna e tenta pegar a tigela como se estivesse procurando a espátula. Winnicott percebe e oferece a ele uma espátula, na qual o bebê a leva à boca e logo a seguir começa a martelar a mesa e a tigela com a espátula fazendo muito barulho. O bebê percebe que é o centro das atenções na sala onde tem mais pessoas e crianças e começa a se exhibir. Então, começa uma brincadeira onde leva a espátula em direção a boca de Winnicott que entra na brincadeira fingindo comê-la. Repete essa atitude com a mãe e com todos que se encontram ali. Winnicott vai dizer que o bebê só pode fazer essa brincadeira de alimentar a todos porque ele havia incorporado a espátula. Ou seja, é o que ele chama de *“possuir um seio bom internalizado, ou simplesmente, confiar num relacionamento com o seio bom com base na experiência”* ... Um outro ponto de vista colocado é que *“no momento em que, em termos físicos, o bebê pega a espátula para si e brinca com ela e a deixa cair, ao mesmo tempo ele fisicamente a incorpora, a possui e depois livra-se dessa ideia”* (WINNICOTT, 2000, p. 106).

O autor ainda comenta a seguinte situação sobre esse bebê: o que ele

faz com a espátula (ou com qualquer outra coisa) entre o tomar e o deixar cair é um filme sobre o pequenino pedaço de seu mundo interno que no momento se relaciona comigo e com sua mãe, e disto é possível supor inúmeras coisas sobre as experiências de seu mundo interno em outros momentos e em relação a outras pessoas e coisas” (WINNICOTT, 2000, p. 106).

Winnicott (2000) classifica os casos em uma escala que vai desde a extrema normalidade através do brincar que é *“uma simples e prazerosa dramatização da vida do mundo interno”* até a extrema anormalidade onde o *“brincar contém uma negação do mundo interno, sendo esse brincar sempre compulsivo, excitado, impulsionado pela ansiedade, e mais interessado na exploração de sensações do que simplesmente feliz”* (WINNICOTT, 2000, p. 106).

Em outro caso, ilustra-se *“a relação que se pode encontrar entre fenômenos físicos e psicológicos, e a relativa pobreza do mundo interno que pode se seguir à inibição das fantasias orais e à conseqüente ausência de prazer na retenção seja do que for”* (WINNICOTT, 2000, p.107). Winnicott conta que esse bebê ao se aproximar da mesa onde estava a espátula, a pega rapidamente e a joga no chão, repetindo essa ação com tudo que a sua mão podia alcançar. O estágio de aproximação tímida, de exploração e o colocar o objeto na boca estão ausentes. Além disso, ao se exhibir para as outras pessoas presentes na sala e essas evitarem prestar a atenção nele devido ao comportamento estranho de contorcer-se de forma que seu antebraço fizesse pressão sobre a virilha, como estivesse se masturbando, faz com que ele se sinta sem apoio. Sendo assim, continua apresentando esse comportamento como uma forma desesperada de negar a sua miséria e o seu sentimento de rejeição. Essa criança também apresentava incontinência fecal, principalmente após as refeições. O autor conclui que

neste menino ocorre uma negação do mundo interno que afeta seus relacionamentos externos, e em paralelo acontece a exploração das sensações físicas, movida pela ansiedade. Mas não se trata de sensações orais, ou seja, ele segura o pênis e aperta a virilha enquanto sua curiosidade bucal permanece adormecida (WINNICOTT, 2000, p. 107).

A descrição de seus últimos casos é sobre perturbações referentes a comida através da inibição do apetite e suas ansiedades, onde os conflitos entre o instinto e a fantasia de natureza oral estão envolvidos. Para Winnicott,

a inibição indica uma pobreza da experiência instintiva, ou do desenvolvimento do mundo interno, e a conseqüente ausência relativa de ansiedade normal a respeito dos objetos internos e dos relacionamentos ... Portanto, ...em todos os tipos de casos psiquiátricos podem ser encontradas perturbações do apetite, as quais podem sempre estar entrelaçadas aos outros sintomas (WINNICOTT, 2000, p. 110).

A partir da leitura desse texto, podemos fazer uma correlação entre os transtornos alimentares e os distúrbios do apetite descritos por Winnicott. A

voracidade nos primeiros meses de vida pode se transformar em uma compulsão ou ao contrário, pode ser inibida, fazendo com que o sujeito rejeite a comida. A relação do bebê com a mãe na hora da alimentação (do mamar) é muito importante porque pode trazer consequências emocionais futuras. Se o bebê não incorpora o seio bom e não tem uma boa experiência na amamentação, provavelmente este bebê terá um 'comer afetado', onde o apetite se tornará vinculado a uma defesa contra a ansiedade a depressão.

2.2 A Importância do Desenvolvimento Emocional Para os Transtornos Alimentares

A leitura de alguns autores da teoria psicanalítica, referentes as pesquisas dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional do indivíduo, suas considerações teóricas e práticas clínicas, são importantes para compreendermos melhor essas novas formas de subjetivação e suas consequências nos transtornos alimentares, nas adicções, nas psicossomatizações e nos casos limítrofes que são consideradas como as novas doenças da alma tão bem colocadas por Julia Kristeva. Vale destacar a relevância desses estudos para a questão da obesidade que é foco desse trabalho.

O bebê ao nascer é um corpo sensorial. O primeiro contato com o mundo externo é através das percepções e sensações. A partir do momento em que ele é investido de afetos pela mãe, ou substituto, para suprir as suas necessidades básicas, esse corpo vai sendo marcado. Ivanise Fontes (2010) descreve em seu livro “Psicanálise do Sensível” que uma memória corporal é formada por fragmentos de impressões sensoriais na primeira fase de vida do bebê. *“O corpo é testemunha de todas as circunstâncias vividas pelo indivíduo. Ele não esquece e mantém a memória do acontecimento”* (Fontes, 2010, p.16).

Esse corpo é marcado pela mãe suficientemente boa, usando o termo winnicottiano, que vai catexizando o seu bebê através do holding (sustentação, ou seja, suporte físico e psíquico oferecido pela mãe ao bebê) e do handling (manejo

ou manuseio corporal do bebê) fazendo a contenção do seu corpo que apresenta angústias bem precoces de esvaziamento. Esse bebê sente o seu corpo como sendo liquefeito ou gaseificado que precisa de um envelopamento para não se sentir esvaziado, com o terror de se desfazer. Essa sensação está na base da constituição psíquica, onde pode haver um grande perigo de aniquilamento existencial.

Ainda nos primórdios do desenvolvimento, além do bebê ser alimentado e cuidado, ele também precisa ter o seu corpo erotizado. Fernandes (2012) chamou essa função de para-excitação materna. Para a autora, essa função seria tripla na qual a mãe seria protetora, mediadora e libidinizadora. Essa última dimensão daria possibilidades de fusão das pulsões. Essa função só seria parcialmente sucedida pela sua introjeção, ou seja, é quando o bebê introjeta e internaliza esse objeto mãe e na sua ausência ele consegue apaziguar e enfrentar as discordâncias no decorrer do seu desenvolvimento. É essa mediação

que a criança adquire um conhecimento de seu corpo, de suas sensações, de suas necessidades e de seus afetos. É essa mediação que organiza o contato da criança com seus amores e seus ódios, sua capacidade de amar e de destruir, de vincular-se ao outro ou de isolar-se, mas também de promover o prazer e de suportar o sofrimento (Fernandes, 2012, p. 261-262).

O conceito de introjeção foi inserido, na psicanálise, por Ferenczi (1909). Ele aborda que tanto a projeção como a introjeção são mecanismos constitutivos da subjetividade, além de serem considerados na patologia como mecanismos de defesa, ou meios de proteção. Esses mecanismos fazem parte do modo como o bebê vai assimilando o mundo. A princípio o bebê não faz a diferenciação do que é de dentro e o que é de fora. A partir da introjeção (pôr para dentro) e da projeção (pôr para fora), ele vai se organizando e percebendo que o seu corpo é diferente do corpo do outro. Porém, Freud acrescentará que essa oposição introjeção/projeção irá se instituir, a princípio, na oralidade para depois se tornar abrangente. Fernandes (2012) faz uma excelente observação quando ela discorre sobre esses conceitos e acrescenta o conceito de incorporação. Ela aponta que existe uma diferenciação entre o conceito de incorporação e o conceito de introjeção, que é visto na maioria das vezes como sinônimo. A incorporação seria “*o protótipo (Vorbild) corporal*” da introjeção e ambas constituiriam o “*processo de identificação*” (Fernandes, 2012, p. 263). A autora esclarece melhor quando ela escreve da seguinte forma:

A incorporação, por sua vez, caracteriza um modo de relação objetal característico da fase oral, mantendo uma relação privilegiada com a atividade bucal e a ingestão

de alimentos. Embora a oralidade constitua o modelo da incorporação, esta não se limita à atividade oral propriamente dita nem exclusivamente à fase oral. A introjeção e a incorporação constituem, assim os protótipos do que se denomina identificação primária, que remete à relação pré-edípica do bebê com a mãe (Fernandes, 2012, p. 264).

Fernandes (2012) cita também uma outra autora que concorda que existe essa diferenciação entre a incorporação e a introjeção. Ela se refere a Maria Torok que afirma que a introjeção é da ordem do crescimento e não da ordem da compensação. A introjeção amplia o ego do bebê, enriquecendo-o com a libido inconsciente, autônoma ou recalcada do objeto mãe, ou seja, trata-se de introjetar “*o conjunto das pulsões e suas vicissitudes, cujo objeto é o próprio contexto e o mediador*” (Fernandes, 2012, p. 265-266).

Ferenczi (1989) descreve a “*introjeção como a extensão, ao mundo exterior, do interesse, de origem auto-erótica, pela introdução de objetos exteriores na esfera do ego*” (Ferenczi, 1989, 61). Insistiu no termo “introdução” para apontar que todo amor objetal (ou toda transferência) é considerado como extensão do ego ou introjeção. Ele chama de introjeção “a união entre os objetos amados e nós mesmos, a fusão desses objetos com o nosso ego” (Ferenczi, 1989, p. 61). Ainda ressalta que o homem só pode amar a si mesmo, que amar a um outro corresponde a integralizar esse outro em seu próprio ego. Portanto, a introjeção, segundo Ferenczi, leva a um alargamento do ego.

Freud em “O Ego e o Id” (1923) já se referia ao ego consciente como sendo, primeiro e acima de tudo, um ego corporal, onde

“não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície. (...) Isto é, o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo, além de representar as superfícies do aparelho mental” (Freud, 1976, p. 40).

Logo, Freud acreditava na importância do corpo como sendo o precursor para o desenvolvimento do aparelho psíquico e suas consequências. Também nos mostra a importância da pele como superfície, fronteira corpórea, maior órgão anatômico (e porque não dizer, pronto-psíquico), que marca o dentro/fora, o eu/não-eu, enfim, o limite.

Segundo Anzieu (1989), o bebê tem três experiências de vida concomitantemente. A primeira seria a amamentação, a segunda seria os cuidados e a terceira se constituiria de um conjunto de atividades em que o bebê

é segurado nos braços, apertado contra o corpo da mãe de quem ele sente calor, o cheiro e os movimentos, ele é carregado, manipulado, esfregado, lavado, acariciado, e tudo finalmente acompanhado por um banho de palavras e de cantarolar. (...) Estas atividades conduzem progressivamente a criança a diferenciar uma superfície que comporte uma face interna e uma face externa, isto é, uma interface que permite a distinção do de fora e do de dentro, e um volume ambiente no qual ele se sente mergulhado, superfície e volume que lhe trazem a experiência de um continente (Anzieu, 1989, p. 40-41).

Em cada experiência adquirida no atendimento clínico com seus pacientes, Winnicott, observa de forma cirúrgica, a total relevância de se atentar para as fases iniciais da vida da criança e sua relação ativa na dinâmica de investimento ou desinvestimento da figura da mãe neste processo tão psicodinâmico. Suas considerações trazem um olhar tão atual às questões da clínica nos transtornos alimentares, que nos sugerem que as questões etiológicas de tais quadros compulsivos, surgem a partir daquilo que insiste em se repetir, como um importante sintoma deste quadro.

De acordo com Fontes (2010), a construção do ego corporal é a condição para que se dê um nascimento psíquico. A autora complementa essa afirmativa ao estudar o livro “Nascimento psicológico da criança” de Margareth Mahler (1977), onde esta escreve que o nascimento biológico e o nascimento psíquico não coincidem no tempo. O primeiro (biológico) tem data e é um evento dramático e observável, já o segundo é um processo psíquico e um lento desabrochar, que se constrói a partir das experiências corporais vividas pelo bebê.

Para o nascimento psíquico acontecer, o bebê precisa passar por fases do desenvolvimento desde o nascimento até a formação do ego, ou seja, desde o ego corporal ao ego psíquico. Precisa existir o encontro entre o momento originário, um encontro tão complexo entre a mãe e o bebê. Aulagnier apresenta esse acontecimento de uma forma poética:

... no momento em que a boca encontra o seio, ela encontra e absorve um primeiro gole do mundo. Afeto, sentido, cultura estão co-presentes e são responsáveis pelo gosto das primeiras gotas de leite que o *infans* toma. A oferta alimentar se

acompanha sempre da absorção de um alimento psíquico, que a mãe interpretará como absorção de uma oferta de sentido” (Aulagnier, 1979, p. 40).

A partir desse primeiro encontro de prazer, o bebê tende a buscar pela satisfação novamente. Não é somente o seio que faz o bebê se sentir satisfeito e fusionado com a mãe nesse primeiro instante, mas também o aconchego dos braços, do calor do corpo, do olhar, do som e tom da voz, do amparo que o ser humano necessita. Sendo assim, o bebê sente desprazer, chora, recebe acalento e fica saciado novamente por um período da vida até poder se dar conta gradativamente que ele e a mãe são diferenciados, que ele não é a continuação do corpo da mãe, que existe o eu e o não-eu. Essa separação precisa ser de forma gradual para que não aconteça uma separação de forma catastrófica e que garanta a continuidade do existir. Como o próprio Winnicott apresenta na sua teoria do amadurecimento emocional, o bebê vai desde a dependência absoluta até a integração, pois o ser humano tem a tendência a se desenvolver e unificar, e o faz através do processo de maturação, se constituindo como sujeito, ou seja, através da formação e evolução das instâncias psíquicas: ego, superego e id, além dos mecanismos de defesa.

Se, durante esse processo, as angústias impensáveis não são aliviadas e o bebê continua sentindo-as, permanecendo as sensações de explosão, liquefação ou de cair no nada, esse bebê não constituiu um contorno, um limite, uma pele psíquica ou a constituiu esburacada, ele irá se sentir pela vida a fora a necessidade de um preenchimento desses buracos ou um contorno para dar-lhe continência.

Fontes (2010) descreve muito bem as patologias modernas que são vistas por esse ângulo. Ela escreve:

Se não me sinto ‘envelopado’ psicologicamente, corro perigo de me esvaziar pelos ‘buracos’ de minha pele ou de meus orifícios. Faço meu corpo volumoso, ‘trabalho’ meus músculos ou me alimento em excesso (em muita quantidade) para garantir uma ‘consistência’ que me dê uma existência psíquica, esta sim vivida como diáfana, franzina. Essa tentativa de se ‘encorpar’ pelo medo de desaparecer impõe um paradoxo (Fontes, 2010, p.41).

Conhecer o percurso nada fácil da constituição do eu que vai desde o ego corporal ao ego psíquico nos ajuda nas intervenções dos sujeitos que chegam aos nossos consultórios nos dias atuais sob a configuração das novas patologias.

3

A Obesidade, a Compulsão e a Cirurgia Bariátrica

Nos capítulos anteriores foram discutidos alguns conceitos básicos da psicanálise tais como: pulsão, compulsão e angústia e foi articulado também um caso clínico com estes conceitos e com as teorias de vários autores sobre os primórdios do desenvolvimento infantil. O termo voracidade foi acrescentando para ilustrar a relevância que este tem acerca de uma melhor compreensão dos transtornos alimentares, e em especial, da obesidade. No atual capítulo, debruçaremos sobre o que é a obesidade e como a cirurgia bariátrica pode ser um dos tratamentos possíveis para tal, mas não para a compulsão. O quão é importante uma avaliação psicológica séria para autorizar esse tipo de cirurgia, já que a compulsão não é operável. Além disso, falaremos brevemente a respeito da cobrança que a sociedade contemporânea impõe sobre o corpo perfeito e que precisa de uma solução rápida para que o sujeito ocupe um lugar social longe dos preconceitos.

A obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial. Os fatores podem ser genéticos, sociais, emocionais, econômicos, culturais, ambientais, políticos. No que se refere ao psíquico, há vários autores da psicologia, em especial da psicanálise, que articulam sobre a construção do psiquismo como sendo importante para entendermos melhor a obesidade, a compulsão alimentar e os transtornos alimentares, como foi discutido no capítulo anterior.

A compulsão alimentar, que pode ser um dos fatores que leva a obesidade, é um transtorno alimentar. Porém, a obesidade por si só não é considerada como um transtorno, logo, não é uma doença psiquiátrica. Portanto, a obesidade, segundo a Organização Mundial da Saúde, é uma doença endócrina, nutricional e metabólica, na qual pode ocorrer a compulsão alimentar, que é considerada como um transtorno psíquico. Deste modo, por ser uma doença complexa deve ser tratada por uma equipe multidisciplinar.

Na nossa sociedade contemporânea é valorizado o aspecto físico enaltecendo a magreza e a beleza como as imagens de “corpos perfeitos”, principalmente nas mulheres que devem ter o corpo magro e bem definido. Entretanto, os homens, na

atualidade, também não estão escapando aos padrões impostos pela sociedade onde devem ser viris e musculosos.

A sociedade contemporânea percebe a obesidade como sendo um problema moral, uma falha na conduta ou um sinal de desorganização da vida emocional e pessoal. O obeso é aquele que é visto como o preguiçoso que não faz atividade física, que não tem força de vontade para fechar a boca e emagrecer, que tem o corpo feio e deformado etc. Ele é estigmatizado pela nossa cultura “gordofóbica” que acaba levando o sujeito a ter mais questões emocionais como a depressão, a baixa autoestima, aumento da ansiedade, culpa e vergonha. Torna-se um ciclo vicioso onde não se consegue sair disso.

A partir de vários estudos, Vianna (2019) descreve que em pacientes gravemente obesos há um aumento das psicopatologias. A autora conclui que *“sintomas depressivos, de ansiedade e do comportamento alimentar estão diretamente relacionados com o julgamento social e moral, preconceitos, estigmas e discriminações enfrentadas pelos obesos”* (Vianna, 2019, p. 49). Ela também afirma que *“grande parte das doenças psiquiátricas vinculadas à obesidade é fruto dessa impossibilidade de adequação e aceitação imposta pelo social”* (Vianna, 2019, p.49).

Dessa forma, há uma busca desenfreada pelos corpos perfeitos a qualquer custo e de qualquer forma. Não queremos dizer com isso que a obesidade não deva ser tratada. Pelo contrário, o tratamento deve levar o sujeito a ter saúde até porque o excesso de peso é gerador de várias comorbidades como doenças endócrinas, cardiovasculares, ortopédicas, gastrointestinais, infertilidade e outras mais que já foram comprovadas, trazendo prejuízos a saúde e sendo responsáveis pela má qualidade de vida, inclusive diminuindo a sua perspectiva. A cirurgia bariátrica entraria aqui também como uma forma de tratamento, principalmente nos casos de obesidade mórbida, contudo se não houver um acompanhamento psicológico nos casos de compulsão alimentar, não haverá, a médio e longo prazo, uma eficácia favorável.

A cirurgia bariátrica surgiu no Brasil a partir dos anos 70 e desde então, vem expressivamente crescendo o número de procedimentos feitas aqui tanto na rede privada como na rede pública. É uma cirurgia de risco como qualquer outra cirurgia e que realiza intervenções no aparelho digestivo (redução do estômago) com o objetivo de estimular a perda de peso e dessa forma aumentar a qualidade de vida

através da melhoria das comorbidades clínicas que estão ligadas a obesidade. Entretanto, há critérios que devem ser respeitados para a realização deste procedimento cirúrgico.

No que se refere aos fundamentos clínicos, Vianna (2019) descreve que para o obeso ser indicado a fazer a cirurgia bariátrica existem vários critérios. São eles: 1) IMC acima de 40 kg/m² após ter realizado durante dois anos tratamentos específicos para a obesidade sem ter tido sucesso; 2) IMC acima de 35 kg/m² apresentando comorbidades (hipertensão arterial, apneia do sono, diabetes, doenças osteoarticulares, cardiopatias, aumento de câncer, etc.) que fizeram tratamento prévio durante dois anos sem resultados satisfatórios; 3) Deve ter entre 18 e 65 anos; 4) Os candidatos a cirurgia devem passar por um período mínimo de 5 anos de evolução da obesidade ocorrendo fracassos nos tratamentos convencionais.

A autora também apresenta os atuais critérios de contraindicações para efetuar a cirurgia bariátrica, segundo o Ministério da Saúde. São eles:

- 1- limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- 2- quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas (no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia);
- 3- doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco/benefício;
- 4- hipertensão portal, com varizes esofagogástricas;
- 5- doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco; e
- 6- síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos (Vianna, 2019, p. 111).

O exposto acima é para termos conhecimento nas indicações e contraindicações clínicas para ajudar na hora de fazer uma avaliação psicológica. Além dos critérios próprios de um parecer psicológica, temos que ter também a clareza de que os pacientes que apresentam dificuldades para compreender os riscos e benefícios, e possuem uma resistência maior a mudanças do estilo de vida, mudanças estas que serão essenciais para o sucesso pós cirúrgico, terão maiores dificuldades para obter êxito com a cirurgia bariátrica.

Outro fator importante para o sucesso da cirurgia bariátrica é o psíquico. Os obesos que apresentam compulsão alimentar tem uma propensão maior a recaídas após o tratamento para perder peso, incluindo a cirurgia bariátrica. Além disso,

demonstram maior comorbidades como depressão, abuso de álcool e/ou drogas, transtornos de personalidade e insatisfação com a imagem corporal. Com a redução do estômago na cirurgia bariátrica e conseqüentemente a restrição quantitativa de alimentos ingeridos, o obeso perde consideravelmente os quilos a mais. Porém, a limitação imposta pela cirurgia pode representar um grande risco para os obesos compulsivos. Além do reganho de peso, o paciente pode deslocar a compulsão para outros objetos. Podemos fazer aqui uma referência ao caso clínico citado no primeiro capítulo, onde a paciente desloca a compulsão para o uso do álcool, já que não consegue mais ingerir uma grande quantidade de alimento. “O álcool desce mais fácil” como ela mesmo diz. Dessa forma, o deslocamento da compulsão segue um novo caminho para obter satisfação. Antes ela seguia o caminho da comida, agora, além desse, segue o caminho do álcool para aplacar o vazio e atingir o prazer.

Segundo Vianna (2019) existem vários estudos científicos, realizados nas últimas décadas, que tentam compreender melhor a relação entre os obesos que fazem a cirurgia bariátrica e os aspectos emocionais e comportamentais dos transtornos alimentares dessa população. Há várias divergências nessas pesquisas sobre o que tange ao assunto, mas, a autora consegue destacar alguns tópicos de convergência tanto entre as pesquisas quantitativas quanto nas pesquisas qualitativas. São os seguintes pontos:

- o peso mais baixo alcançado costuma ocorrer aproximadamente um ano após a cirurgia;
- os sintomas do TA surgem em média entre 12 e 24 meses após a intervenção bariátrica, podendo comprometer as melhoras conquistadas anteriormente;
- os pacientes com TCA antes da CB podem mostrar uma perda de peso inicial mais alta do que o usual nos primeiros meses, mas a CA tende a ser reassumida parcialmente após 12 meses de cirurgia (Vianna, 2019, p.121 apud Conceição, Utzinger & Pisetsky, 2015).¹

Por conseguinte, podemos observar que há um indício forte de que a cirurgia bariátrica contribui para a eliminação do peso excessivo com sucesso, porém, não consegue a manutenção do peso e a garantia de atenuar a compulsão alimentar. Ela continua ali agindo e se o paciente não fizer o acompanhamento psicológico, de preferência por alguém especializado em transtornos alimentares, terá reganho de peso após o procedimento a médio e a longo prazo, comprometendo todos os esforços feitos gerando culpa e vergonha por não ter conseguido alcançar os objetivos. A paciente citada no primeiro capítulo chegou a clínica com o discurso

de que estava se sentindo muito culpada e com vergonha de não ter conseguido alcançar a meta de emagrecimento colocada pelo médico após a cirurgia.

Podemos pensar que a dificuldade do sujeito suportar o processo de investir num emagrecimento propriamente dito, mudando os hábitos alimentares e fazendo atividades físicas, e a dificuldade de lidar com a compulsão, leva-o a buscar a cirurgia bariátrica como a solução mágica para os seus problemas. Entretanto, todo o extrato que foi estudado aqui, no que se refere a questão da compulsão, a dificuldade de limites observados e a primariedade do funcionamento do sujeito nestas situações, mostra-nos que o corte no corpo, pela cirurgia, seria o recurso mais comumente pensado como uma saída para aquilo que o eu do sujeito não está podendo conter e resolver. A compulsão, o ato, a força exercida pela pulsão e a geração de angústia que esta força faz sobre o aparelho psíquico, faz com que o sujeito se sinta sem possibilidades de fazer uma contenção adequada a essa angústia que surge, a esse derramamento no corpo. E neste corpo que vivencia os transtornos alimentares, compulsão não será resolvida com o corte no corpo. A cirurgia bariátrica surge no cenário psicanalítico como uma saída radical para aquilo que o eu do sujeito não tem condição de resolver por si só.

Voltando ao caso descrito no trabalho, Bella fez a cirurgia bariátrica como uma tentativa de saída, de resolução, para dar conta de uma angústia que vem do corpo. O alimento era aquilo que apacava a sua angústia e que, mesmo assim, não dava conta. Por conseguinte, a cirurgia bariátrica não pode dar conta também. Então, o corte no corpo, não necessariamente, vai ser uma contenção da compulsão. Muito pelo contrário. Bella promoveu um deslocamento para o álcool, pois ainda precisa de algo que anestesie a força da compulsão no seu aparelho psíquico.

Fazer as pazes com a comida é um grande passo para obtermos uma dieta fisiológica e psicologicamente saudável. Resultados rápidos e milagrosos não existem. A cirurgia bariátrica é um tratamento como qualquer outro que pode ajudar no emagrecimento, porém, ela sozinha não é a solução para a obesidade. Ela auxilia, de uma forma mais radical, ao indivíduo a reaprender a comer. Vide a forma como é introduzida a alimentação após a cirurgia, começa com a líquida (o bebê se alimenta dessa forma no início da vida), depois vem a pastosa, granular, até chegar à consistência em pedaços como fazemos com o processo alimentar infantil. Entretanto, se o sujeito não cuida da “cabeça”, ele terá reganho de peso ou deslocará

a compulsão para algum outro objeto. Logo, o tratamento psicológico é de suma importância para o tratamento da obesidade junto com uma equipe multidisciplinar.

Conclusão:

Os estudos e a elaboração deste trabalho proporcionaram um aprendizado muito grande no que se refere a clínica dos transtornos alimentares e em especial, a obesidade. Fazer essa interlocução entre a teoria psicanalítica e a prática clínica enriquece nosso dia a dia no exercício da psicologia.

A obesidade vem se transformando durante séculos em uma pandemia mundial e que gera muitas preocupações. Com essa crescente, vem intensificando também todas as formas possíveis de tratamento, desde as mais sensatas que são alimentação saudável e atividades físicas com mudanças nos hábitos de vida, passando por uma variedade de dietas restritivas e a cirurgia bariátrica. Através dessa pesquisa podemos observar que um dos fatores importantes para que o sujeito possa emagrecer saudavelmente e se sentir bem com o seu corpo é com a ajuda do tratamento psicológico. Ele é um facilitador para que o sujeito possa lidar melhor com a compulsão e suas angústias.

Vimos que os estudos psicanalíticos sobre os primórdios do desenvolvimento humano são relevantes para a compreensão dos fatores que podem levar a um comportamento compulsivo onde a comida ou o álcool podem ser os protagonistas da história de vida desses sujeitos. O sentimento de vazio é algo comum aos obesos e como foi estudado, eles precisam da comida em excesso para construir uma capa de gordura como uma prótese psíquica, uma segunda pele, para aplacar a angústia e anestesiar a dor existencial.

Porém, nos dias atuais, a procura por soluções rápidas e a cobrança da sociedade para que as pessoas tenham um corpo magro e perfeito gera uma ânsia desenfreada por métodos, inclusive mais radicais, como a cirurgia para se adequar ao padrão de beleza imposto pela cultura. Entretanto, existe algo para além do desejo de ser magro e saudável que ultrapassa e que vai na contramão. A busca pelo prazer pode ser insaciável a tal ponto que faz com que o sujeito busque a comida para aplacar a angústia sentida no corpo.

Sendo assim, há um grande número de pessoas que investem na cirurgia bariátrica como uma tentativa de solucionar aquilo que o eu do sujeito não tem condição de resolver. Um eu sem defesas, um eu sem recursos, faz um investimento direto na cirurgia bariátrica como se o corte no corpo fosse dar conta daquilo que o

eu não está conseguindo solucionar. Ele não consegue se conter no sentido da alimentação, do álcool, mas, também não será com o corte no corpo que essa compulsão vai ter solução.

A partir do momento que a paciente descrita na pesquisa pode trabalhar as suas questões que estavam lhe afligindo e se conscientizar melhor do que precisava fazer para recuperar a sua autoestima, conseguiu emagrecer mais, vem diminuindo a quantidade de álcool consumida e vem buscando outras formas de prazer e não de gozo. O gozo, um conceito introduzido por Lacan, seria considerado tanto um excesso insuportável de prazer como uma manifestação no corpo que traga sofrimento. O processo de psicoterapia ainda está em andamento, mas o trabalho de conclusão da especialização em transtornos alimentares termina aqui. Porém, deixa um “gostinho de quero mais” para continuar investindo nas pesquisas e nos estudos sobre a obesidade, ampliando o conhecimento sobre o assunto.

Referências

- ANZIEU, D. O eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- AULAGNIER, P. A Violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- EDLER, S. Tempos Compulsivos: a busca desenfreada pelo prazer. Rio de Janeiro: Ed. Casa da Palavra, 2017.
- FERENCZI, S. Escritos psicanalíticos: 1909-1933. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora, 1989.
- FERNANDES, M. H. Transtornos Alimentares: Anorexia e bulimia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- FONTES, I. A descoberta de si mesmo: na visão da psicanálise do sensível. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.
- _____. Psicanálise do Sensível: fundamentos e clínica. São Paulo: Ideias & Letras, 2010.
- _____. Memória Corporal e Transferência. Fundamentos para uma psicanálise do sensível. São Paulo: Via Lettera, 2002.
- FREUD, S. (1930 [1929]). O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 75-171.
- _____. (1926 [1925]). Inibições, sintomas e angústia. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 95-201.
- _____. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 129-162.
- GARCIA-ROZA, L. A. Introdução à metapsicologia freudiana (1914-1917): narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.
- _____. Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
- KLEIN, M. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: O sentimento de solidão. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- ROUDINESCO, E. & PLON, M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- VIANNA, M. Do bisturi ao divã: cirurgia bariátrica, compulsão alimentar e psicanálise. Curitiba: Appris, 2019.

_____. Da geladeira ao divã: psicanálise da compulsão alimentar. Curitiba: Appris, 2016.

WINNICOTT, D. O apetite e os problemas emocionais. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZIMERMAN, D. Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Porto Alegre : Artmed, 2001.