UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RAQUEL BERG

Uma análise freudiana da obesidade

São Paulo

2008

RAQUEL BERG

Uma análise freudiana da obesidade

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.
Orientador: Ana Maria Loffredo

São Paulo

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Berg, Raquel.
Uma análise freudiana da obesidade / Raquel Berg; orientadora Ana Maria Loffredo. -- São Paulo, 2008.
136 p.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Obesidade 2. Psicanálise 3. Freud, Sigmund, 1856-1939 4. Alimentação I. Título.

RC628

FOLHA DE APROVAÇÃO

Raquel Berg
Uma análise freudiana da obesidade

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Aprovado em:

Banca examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição:_____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição:_____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição:_____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha mãe querida Heloisa Maria Berg e ao meu namorado Márcio Lorencini, duas pessoas que sempre estiveram ao meu lado, dispostos a me ajudar e a mostrar que eu nunca estaria sozinha em minha jornada de amadurecimento profissional e pessoal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Ana Maria Loffredo, por me ensinar tanto sobre Freud;

Minha grande amiga Caroline Toshie Hara, alguém que esteve ao meu lado durante todo meu desenvolvimento profissional;

Minha terapeuta e amiga Carolina Vasconcellos Antonio, que esteve junto comigo durante toda minha jornada rumo ao amadurecimento;

Sandra Zanetti e Juliana Peixoto, duas amigas muito queridas que me ajudaram nas etapas importantes dessa dissertação;

Meus amigos Sinara Costa, Daniele Carli, Carlos Samejima, Tânia Biazioli e Juliana Fiquer, por seu carinho;

Meu pai Artur Berg e meus irmãos Rebeca, Edgar e Alice, por seu incentivo;

Minha sempre tia Deronice Souza, por sua doçura e orientação espiritual em todos os momentos que me senti perdida;

Meu tio Francisco Eloi Soares de Araujo, por sempre incentivar e acompanhar meu crescimento acadêmico;

Meus tios, por todo carinho e apoio que me deram durante meu período de formação;

Aos membros da banca do Exame de Qualificação Marina Ramalho e Léa Priskulnik, pelo carinho e apoio no desenvolvimento desse trabalho;

Aos professores da Psicologia e ao Instituto de Psicologia da USP, que tornaram meu projeto acadêmico possível.

Dos sete pecados despontam as fragilidades do homem
Sete ameaças, sete falhas, sete sentenças
Fantasmas da alma que nos consomem
Ceifando virtudes, sem recompensas

E de todas as vicissitudes da vida açoitada
O pecado da gula visível se torna
Altera a forma, o corpo, a morada
Desconfortável a mente transtorna

A psique confusa aflora aturdida
Permanece enrustida, incompreendida vazão
Da medicina a ajuda devida
Da psicanálise a real compreensão

Márcio Lorencini

RESUMO

BERG, R. **Uma análise freudiana da obesidade**. 2008. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Observa-se, na atualidade, um expressivo aumento na quantidade de pessoas que sofre de obesidade. Embora sejam apontados os fatores psicológicos envolvidos nessa perturbação alimentar, a maioria das ações de tratamento é feita somente sobre o organismo, e na modelagem de comportamento, sem levar em conta a dinâmica psíquica que opera nesses casos. Nesse contexto, a presente pesquisa teve como objetivo geral examinar, a partir do referencial freudiano, como a obesidade se articula à busca por um corpo ideal e aos sintomas relacionados às patologias da alimentação. Dessa forma, espera-se contribuir para o estudo da metapsicologia da obesidade, no campo das psicopatologias contemporâneas relacionadas ao corpo, assim como obter subsídios para a clínica psicanalítica no contexto hospitalar. Nesse sentido, ao tematizar a articulação entre o corpo, do ponto de vista do referencial freudiano, e a noção de corpo no âmbito da Medicina, objetivou-se delinear instrumentos que auxiliassem no tratamento de pacientes obesos, obtendo-se elementos para se investigar a formação de novos sintomas após tratamentos mais invasivos como a cirurgia bariátrica, já que a redução de peso não impede sua formação. Para a realização dessa pesquisa, foram examinados textos freudianos e seus comentadores referenciados ao tema, e foi feita uma revisão da bibliografia existente.

Palavras-chave: obesidade; psicanálise; Freud, Sigmund, 1856-1939; alimentação.

ABSTRACT

BERG, R. **A Freudian analysis of obesity**. 2008. 136 f. Dissertation (Master) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2008.

It is observed nowadays a significant increase in the amount of people suffering from obesity. Although have been highlighted the psychological factors involved in this disturbance food, the majority of the procedures of treatment is done only on the body and the modeling of behavior, without regard the psychological dynamics that operates in such cases. In this context, the present study aimed to examine, from the Freudian referential, as obesity is articulated to the search for an ideal body and linked to the symptoms of food diseases. Thus, it is expected to contribute to the study of metapsychology of obesity, in the field of contemporary psychopathologies related to the body, as well as obtaining subsidies for the psychoanalytic clinic in hospitals. So, when you put in evidence the link between the body, in the view of the Freudian reference, and the notion of the body as part of Medicine, the aims was to shape up tools that helped in the treatment of obese patients, obtaining data to investigate the appearance of new symptoms after more invasive treatments such as bariatric surgery, because the reduction in weight does not prevent their formation. To carry out this search, Freudian texts were examined and its commentators referred to the issue, and then was made a review of the literature.

Key words: obesity; psychoanalysis; Freud, Sigmund, 1856-1939; eating.

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO** 11

2 **CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA E DA PSICOLOGIA HOSPITALAR** 18

3 **A QUESTÃO DO CORPO NA CONSTITUIÇÃO DA PSICANÁLISE: A HISTERIA E A FORMAÇÃO DE SINTOMAS** 36

4 **A FOME E O AMOR: AS PULSÕES E SEUS DESTINOS NA OBESIDADE** 59

5 **CORPO E NARCISISMO: O PRAZER E A BELEZA NA ATUALIDADE** 78

6 **A FIGURA MATERNA NA ALIMENTAÇÃO E NA CONSTITUIÇÃO DA NOÇÃO DE CORPO** 93

7 **BANQUETE EM FAMÍLIA: O TRAJETO DA CONSTITUIÇÃO DO ÉDIPO** 104

8 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 117

REFERÊNCIAS 127

INTRODUÇÃO

O estado da arte da obesidade é particular nos dias de hoje. Num estudo de Monteiro, Conde e Castro (2003), observou-se que entre 1975 e 1989 a obesidade aumentou, chegando a seu extremo nas pessoas com maior escolaridade. Já entre 1989 e 1997, o aumento foi maior entre as pessoas sem escolaridade, e entre as mulheres com média e alta escolaridade a porcentagem diminuiu. Já em estudos transversais de Batista Filho e Rissin (2003), nas décadas de 1970-1990 se constatou uma redução da desnutrição e um aumento acelerado do sobrepeso e obesidade em adultos, cuja prevalência triplicou no período estudado[1].

Por conta desse aumento exponencial da obesidade[2], a sociedade tem tentado se adaptar: hoje, há uma quantidade infinita de alimentos de linha diet, mídias que oferecem técnicas para perder peso e orientações de saúde para aqueles que desconhecem as conseqüências do excesso de peso, cadeiras e equipamentos especiais para pessoas obesas e grupos virtuais destinados somente a esse público.

Apesar da discussão sobre a obesidade estar na moda, meu interesse sobre o assunto surgiu a partir de um caso clínico com o qual me deparei durante minha graduação no Instituto de Psicologia da USP, no segundo semestre de 2004. Esse atendimento fazia parte das atividades exigidas para uma disciplina da faculdade e, portanto, teve uma duração de seis meses e supervisão semanal. A paciente tinha diversas queixas, e algumas foram significativas para despertar meu interesse sobre a questão da obesidade e da noção de corpo.

A paciente procurou atendimento por sugestão do namorado, que já fazia terapia há algum tempo, e considerava que ela também pudesse aproveitar dos benefícios de um tratamento psicológico.

---

[1] No Brasil, segundo Dobrow et al (2002), a prevalência da obesidade aumentou 70% entre 1975 e 1989, o que sugere que essa enfermidade está se tornando um problema mais grave que a fome.

[2] Para mais informações, ver www.ibge.gov.br - Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003 / "Excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros adultos", de 16 de dezembro de 2004.

Ela era obesa, e chegou com a queixa inicial de que sentia muito medo de sair de casa. Sempre que saía, imaginava que algo ruim poderia lhe acontecer, como um acidente fatal, o que a impediria de aproveitar a vida como desejava. Como cada saída era encarada como sendo potencialmente a última, antes de ir a qualquer lugar, fosse a uma festa ou à faculdade, a paciente comia tudo o que encontrava por perto, pois dizia que se morresse, teria morrido sem passar vontade.

Ela também se assustava com a possibilidade de que algo acontecesse com entes queridos caso ela estivesse fora, como um acidente ou uma briga. Explicou que quando era mais nova, sua gata ficou muito doente. A paciente não deu muita atenção ao fato naquele momento. Pouco depois de retornar de um passeio com os amigos, ela encontrou sua gata morta, e isso a fez se sentir muito culpada.

Outro acontecimento que reforçava seu temor de sair foi o dia que sua mãe a deixou para viver em outro país. Logo depois que a paciente nasceu, a mãe viajou para o Japão, onde permaneceu 6 anos. Durante esse tempo, a paciente viveu com a tia e com a avó. Hoje, a paciente vive com as 3, mas afirma que ainda teme a possibilidade de sua mãe a deixar novamente.

Após o relato de suas justificativas, enfatizei que seus temores estavam baseados em acontecimentos de um passado distante. Ela concordou, mas disse que a possibilidade de perda sempre existira em sua vida, e ainda continuava a existir, o que a assustava. Deu como exemplo o fato de sua avó e seu tio (como ela chamava o padrasto) brigarem muito quando ela não estava por perto, e ela temia que seu tio fizesse alguma coisa contra a avó quando estivessem sozinhos. Questionei se ele seria capaz de matar a avó dela, e ela afirmou que não, mas que se a avó precisasse de ajuda, ele não faria nada para socorrer e ela morreria do mesmo jeito.

Seus familiares sabiam de seus temores e usavam isso para manipulá-la, de acordo com a percepção dela. A paciente conta que muitas vezes o padrasto a impedira de sair, dizendo que sua mãe ficaria magoada de vê-la sair ao invés de fazer companhia a ela. Isso fazia a paciente se sentir culpada e a desistir de sair, mesmo sabendo que nada faria em sua casa.

A paciente também explicou que tinha muitos animais em sua casa, e que os vizinhos já tinham envenenado um dos cachorros. Por causa disso e da experiência com a gata, a paciente se mantinha constantemente atenta e presente em sua casa, de forma a garantir certo controle sobre os episódios. Destaquei que não havia como ela controlar tudo o que se passava. Ela concordou, e explicou que quando se sentia impotente frente à realidade, ela comia.

Eu perguntei se já havia procurado ajuda antes, e ela disse que não, pois considerava uma atitude egoísta buscar ajuda profissional para os próprios problemas. Na opinião dela, a obrigação dela era se dedicar às necessidades de sua família, e somente isso. Além disso, sempre que ia ao médico ou ao dentista ela era repreendida, o que a deixava mais desanimada de manter as consultas regularizadas. Explicou que gostava da terapia, mas que só procurou ajuda porque seu namorado insistiu.

Sobre sua alimentação, ela tinha muita dificuldade de sentar sozinha para comer, e chegara a desmaiar em locais públicos por fome. Como se sentia embaraçada com a própria dificuldade, decidira comprar somente alimentos que ela pudesse consumir no balcão das lanchonetes e padarias, como pães de queijo. Em sua casa a situação era inversa, pois ela aproveitava para comer tudo que podia somente quando não havia ninguém por perto.

Outra questão que a aborrecia era sua dificuldade de recusar comida, pois dizia que: "*se foi oferecido, seria uma desfeita não comer tudo!*". Sempre que sua mãe ou alguém lhe comprava comida, ela comia tudo, mesmo que não gostasse do sabor. Ela dizia que o que

mais a assustava era ofender alguém por recusar a comida, e a possibilidade de perder o amor dessa pessoa em decorrência. Freqüentemente, comia restos que sobravam das refeições que eram guardadas na geladeira, principalmente à noite, com um sentimento misto de obrigação e aflição.

Ao mesmo tempo, ela sentia que sua capacidade de comer bastante lhe dava certa superioridade em relação aos outros. Conta que numa noite saíra para jantar com sua família e seu namorado num rodízio de pizza, e que lá comera 20 pedaços de pizza e mais duas porções de batata, enquanto seu namorado "*só havia comido 16 pedaços e uma porção!*". Perguntei se havia tomado café e almoçado, e ela afirma que sim, mas que comera essa quantidade para competir com o namorado, e mostrar que podia mais que ele.

Com relação a seu corpo, numa sessão pedi que fizesse três desenhos: um de si mesma no verão, um de si mesma no inverno, e um de como ela se vestia para ir à faculdade. Curiosamente, no desenho de si mesma no inverno ela se desenhou magra, enquanto que no desenho de si mesma no verão ela se desenhou muito mais gorda do que verdadeiramente era, afirmando que procurou enfatizar seu sentimento em detrimento da realidade. Detestava o verão porque suava muito e se sentia obrigada a usar roupas que mostravam suas formas, o que a chateava. Também não fazia exercícios porque não gostava de suar, e porque seu corpo ficava mais à mostra quando usava roupas de ginástica.

Na época da escola, a paciente conta que sofria muito nas aulas de Educação Física, pois sempre a colocavam como goleira por ser menos ágil. Para evitar essa situação, muitas vezes cortava as mãos para não precisar jogar. Sentia-se menosprezada quando via que suas colegas, mais magras, eram mais valorizadas pelos professores de Educação Física, e por isso evitava conversar com essas colegas, mesmo que elas a procurassem para fazer amizade.

Ela se sentia desconfortável com o fato de não ter um corpo que fosse sinônimo do protótipo de beleza existente hoje, e por isso evitava que as pessoas a tocassem,

principalmente profissionais da área da saúde. Ela permitia uma aproximação breve dos amigos e parentes somente para não os magoar, e para evitar que percebessem seu desconforto. A única pessoa que não a incomodava era seu namorado, mas durante seis meses de atendimento, ela nunca quis comentar sobre sua vida íntima com o namorado, o que tornava a afirmação passível de questionamento.

Ao final de 6 meses conseguimos levantar um bom material psíquico, mas infelizmente eu não podia prosseguir com os atendimentos. Sugeri que ela retornasse no semestre seguinte para reiniciar com outra terapeuta, mas ela não quis, e encerrou seus atendimentos. Soube que não voltou a procurar outro atendimento psicológico.

Por conta desse atendimento, decidi participar de congressos da área que abordassem a questão das perturbações do alimento. Nesses eventos, descobri que um dos tratamentos mais eficazes no combate à obesidade mórbida é a cirurgia bariátrica, mas era necessário um acompanhamento psicoterápico antes e depois da cirurgia, pois a rápida mudança na aparência poderia revelar conflitos que antes eram encobertos pelas queixas sobre a obesidade.

Nas enfermidades alimentares, a comida é eleita como representante afetivo; no caso da obesidade, a dificuldade em lidar com um corpo que não corresponde às exigências sociais pode gerar muita frustração, e a pessoa acaba se sentindo obrigada a buscar recursos psíquicos para lidar com isso, a procurar ajuda profissional, a recorrer a métodos “milagrosos” de emagrecimento (regimes dos mais variados tipos), ou a se submeter à cirurgia bariátrica. Ao mesmo tempo, nas patologias do alimento freqüentemente se observa um controle do ambiente e das pessoas pelo comer, como a paciente fazia, em sua hipótese de que pelo comer ela garantia o amor do outro e a superioridade sobre o outro.

No entanto, relatos de casos apresentados nesses eventos e encontrados na literatura apresentada nessa dissertação mostram que muitos pacientes submetidos à gastroplastia não

conseguem suportar ter que lidar com os próprios sentimentos sem poder usar a aparência física como desculpa para evitar os problemas, e voltam a engordar. Além disso, a mudança física repentina decorrente da cirurgia pode gerar comportamentos destrutivos ou auto-destrutivos naqueles que não estavam preparados psicologicamente para conviver com um "novo" corpo, como poderemos ver ao longo dessa dissertação. Entretanto, pudemos observar no relato de caso aqui descrito que em alguns casos, esses tipos de comportamentos já estão presentes no paciente muito antes de ele dar início a um tratamento, mas são encobertos por atitudes socialmente aceitas.

Algumas pessoas com quem conversei informalmente e que se submeteram a essa cirurgia enfatizaram que, apesar da obesidade ser fonte de muita insatisfação, antes elas não conseguiam parar de comer em excesso. Uma dessas pessoas afirmou:

> *Eu sentia que ninguém me olhava, eu estava feio, mas era mais forte. Mas minha família toda é assim gorda, e só quando meu pai morreu por causa das doenças que acompanham a obesidade é que percebi que tinha que fazer algo, mesmo que para isso eu tivesse que parar de comer.*

Conforme o relato dessa pessoa, muitos que se submetem à cirurgia o fazem porque não conseguem controlar o comer. Entretanto, como a impossibilidade de comer em excesso decorre da própria cirurgia e não de uma iniciativa do paciente, muitos não suportam a restrição e buscam estratégias para continuar comendo compulsivamente (como ingerir leite condensado).

Como obtive a maioria das informações sobre as perturbações do alimento na literatura médica e na literatura referente à psicologia hospitalar, e naquele mesmo período do atendimento se intensificaram meus estudos sobre Freud, considerei a possibilidade de desenvolver um fértil estudo do tema baseada nos preceitos freudianos. Nesse sentido, optei por fazer meu mestrado dentro desse contexto. Minha meta inicial era fazer essa análise a partir de entrevistas, pois naquele momento, considerava essencial que houvesse um material proveniente da escuta que complementasse meu levantamento de hipóteses.

Entretanto, por conta de fatores externos, tive que abandonar a parte prática da pesquisa em prol de um estudo mais aprofundado sobre a teoria freudiana, e sobre sua contribuição na análise do comer excessivo.

Atualmente, há um impasse nessa pesquisa, já que quando falamos em obesidade, existe um campo muito amplo para trabalhar, pois há pessoas obesas que não comem compulsivamente (mas mantém o peso por conta de um distúrbio metabólico), assim como há pessoas que comem de forma exagerada e não engordam porque vomitam. Há também aqueles que comem de forma exagerada e ficam obesos, e aqueles que comem demais e se tornam obesos mórbidos. Portanto, o comer em demasia possui diferenças muito amplas de uma pessoa para outra, diferenças essas que o próprio modelo da Medicina e da Psicologia Hospitalar tentam esquematizar em um quadro definido de sintomas.

Contudo, quando falamos de obesidade e comer compulsivo, descontrolado, entramos num campo desconhecido, pois há uma grande dificuldade em se compreender até que ponto a obesidade mórbida sofre muito mais influência de fatores biológicos (como predisposição genética, distúrbios do metabolismo ou distúrbios hormonais), e até que ponto a questão psíquica é decisiva para essa relação particular com o comer.

Minha meta, aqui, não é de forma alguma levantar conjecturas com base biológica ou evolutiva, mas compreender a obesidade mórbida a partir de sua dinâmica inconsciente, segundo o referencial psicanalítico.

Assim, esse trabalho tem por meta dois objetivos: utilizar o instrumental teórico psicanalítico para a compreensão da dinâmica da obesidade e, a partir dos conhecimentos assim obtidos, tanto contribuir no debate interdisciplinar envolvendo questões relativas à obesidade, como apresentar subsídios, do ponto de vista teórico-metodológico, ao trabalho peculiar do psicanalista no ambiente multidisciplinar necessário ao tratamento dessa patologia.

CONTRIBUIÇOES DA MEDICINA E DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

Nesse capítulo, serão apresentadas pesquisas sobre a obesidade e sobre suas formas de tratamento. Essas pesquisas foram feitas tanto sob a ótica da Medicina quanto da Psicologia Hospitalar, a qual atualmente tem um enfoque muito mais comportamental e multidisciplinar. Com essa exposição, objetivo levantar fatores comportamentais e ambientais freqüentemente relacionados à obesidade.

Segundo Loli (2000), no século XIX se acreditava que a obesidade fosse resultado de um distúrbio emocional, relacionada a momentos de grande estresse emocional na vida do indivíduo. Entretanto, segundo Silva (2001), somente no século XX a obesidade foi encarada como um excesso de células gordurosas proveniente de um desarranjo metabólico, e os fatores psicológicos foram retomados apenas após as décadas de 40 e 50.

Segundo Benedetti (2003), a partir do momento que a obesidade passou a ser relacionada a complicações orgânicas e mortalidade, o obeso recebeu *status* de doente, e como tal, necessitando de tratamento médico.

Foram desenvolvidas diversas técnicas para diferenciar obesos de indivíduos com sobrepeso. Entretanto, essas técnicas são caras, o que exige avaliações por meios indiretos, como pela correlação peso-altura – Índice de Massa Corporal ou IMC. De acordo com o IMC, as pessoas podem ser sub-divididas em cinco categorias:

Faixa	**IMC**
Sobrepeso	entre 25 e 29.9 kg/m²
obesidade grau I	entre 30.0 e 34.9 kg/m²
obesidade grau II	entre 35.0 e 39.9 kg/m²
obesidade grau III	> 40.0 kg/m²
normalidade	entre 18,5 e 24,9 kg/m²

A obesidade pode ser classificada nas formas clínicas andróide e ginecóide. Na forma ginecóide, há um maior acúmulo de gordura na parte inferior do corpo. Essa forma está mais

presente nas mulheres e acarreta menos riscos para a saúde. Já na forma andróide a gordura se acumula mais na metade superior do corpo, e é mais freqüente em homens.

No geral, sabe-se que a obesidade é resultado de energia excedente que leva a um acúmulo de gordura, e seu surgimento pode estar ligado aos seguintes fatores etiológicos (BENEDETTI, 2003): a) *regulação metabólica do gasto energético*: é possível que os obesos sejam mais eficientes energeticamente que os magros, já que precisam de menos calorias para manter o peso corporal; b) *tamanho e número dos adipócitos*: do ponto de vista morfológico, a obesidade pode ser caracterizada pelo aumento de volume de seus adipócitos, pelo aumento numérico dos mesmos ou por ambos; c) *alterações endócrinas*: é possível que a obesidade possa decorrer do mau funcionamento de algumas glândulas como a tireóide, hipófise e supra-renais; d) *suscetibilidade genética*[3]: sobre esse aspecto, é fundamental considerar que em alguns casos a obesidade é conseqüência uma dificuldade na capacidade de perceber a saciedade, ou falhas metabólicas, o que muitas vezes dificulta o diagnóstico clínico do médico e do psicólogo; e) *contexto sociocultural*: é possível que a obesidade seja reflexo de uma não-aceitação do ideal de beleza moderno, pois no passado o ser humano vivia com escassez de alimentos, e a era industrial e o maior acesso aos alimentos favoreceu o aumento da obesidade, especialmente nas culturas ocidentais nas quais a palavra de ordem é "consumo"; f) *consumo alimentar*: para alguns autores, o gasto da energia consumida é fator de mais relevante que propriamente o consumo exagerado[4]; e g) *aspectos psicológicos*: grande parte dos estudos psicológicos baseiam-se principalmente no comer em excesso e no ideal de corpo perfeito em contraste com o corpo real. Além desses itens, podemos considerar também a obesidade infantil, a desnutrição infantil[5] e as perturbações alimentares na infância como fatores que predispõem a obesidade na vida adulta.

---

[3] Sobre as causas genéticas da obesidade, ver Fioravanti e Zorzetto (2007).
[4] Observações realizadas em restaurantes fornecem resultados controversos; num estudo de Stallone e Stunkard (1992), citado por Benedetti (2003), os obesos tendiam a subestimar o que ingeriam em até 40%.
[5] Sobre desnutrição infantil como causador da obesidade, ver Guimarares (2007).

Quanto ao tratamento, as orientações mais indicadas atualmente pelo campo da Medicina, da Psicologia Hospitalar e da Nutrição são a restrição alimentar, o aumento da atividade física, uso de medicamentos de inibição alimentar, apoio psicológico para mudança de comportamento, apoio psiquiátrico e intervenção cirúrgica. No entanto, uma melhora não decorre necessariamente do emagrecimento, pois, segundo Benedetti (2003, p. 60) "é necessário haver um consenso entre as capacidades de mudança e adaptação à nova situação, sem as quais o emagrecimento significa apenas um corpo que perdeu peso".

A autora entrevistou 5 pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, três mulheres e dois homens. Sua pesquisa se norteou segundo três eixos temáticos: obesidade, tratamento cirúrgico e emagrecimento. Constatou-se que todos os entrevistados já haviam tentado perder peso, sendo que alguns obtiveram sucesso por um curto período, mas após algum tempo recuperaram o peso perdido e até ganharam mais alguns quilos. A percepção da obesidade como algo ruim também estava presente em todos os relatos, pois todos diziam ter dores articulares, cansaço e dificuldades respiratórias e em movimentos simples como cruzar as pernas ou se abaixar. Além disso, a obesidade também os prejudicava na busca por amigos e parceiros sexuais. Dentre os entrevistados, três já tiveram diabetes e um tivera um problema grave na coluna, o que o obrigou a se submeter rapidamente à cirurgia bariátrica. Num dos relatos, o entrevistado afirmou:

> Quando as pessoas falavam: 'Ah, mas você pode morrer por causa da cirurgia', eu respondia: 'Eu posso morrer de obesidade também' [...]. O gordo morre de qualquer coisa, menos de velhice. Morre sempre de alguma coisa que tem a ver com a obesidade (BENEDETTI, 2003, p. 83).

O medo de revidar agressões e a tendência a fazer tudo para agradar os outros e evitar a perda do vínculo também foram fatos relatados pelos entrevistados. Nenhum dos entrevistados considerou ser possível que uma pessoa gorda pudesse ser realmente feliz, pois o obeso passa constantemente por situações de discriminação, de humilhação:

> O gordo é muito ponto de referência. Eu estava na praia, sentei em uma daquelas cadeiras espreguiçadeiras, e a cadeira quebrou. Aí passou um molequinho e gritou: 'Eh, seu rolha de poço' (BENEDETTI, 2003, p. 87).

Um fator enfatizado pelos entrevistados foi que antes de serem operados, todos afirmavam terem com a comida uma relação peculiar: um dos pacientes comia para evitar brigas com a esposa; outro gostava da "companhia" da comida porque essa o ouvia; outro comia quando estava triste e quando estava feliz também, para comemorar. Somente um entrevistado disse que já era gordo na infância; os demais disseram que sempre haviam sido magros, mas depois de situações "traumáticas" eles começaram a engordar. Entretanto, eles não percebiam que estavam engordando, ou não se davam conta o suficiente para parar de comer.

Para os entrevistados, somente a cirurgia poderia solucionar seu problema, pois todas as outras formas de tratamento já haviam falhado. Após a cirurgia, os entrevistados também relataram que a adaptação alimentar foi marcante, já que a dieta inicial era à base de líquidos, e muitos se sentiam chegando ao extremo por suportar tal situação.

E, ao mesmo tempo em que diziam sentir dificuldade em se adaptar, também relatavam certo prazer em testar os próprios limites, em testar se seu corpo permitia que eles voltassem a ser obesos, como se a cirurgia fosse uma proibição externa a desejos que eles não conseguiam – ou não queriam – controlar:

> Essa fase é a de oba-oba, na minha opinião. Oba-oba é assim: você quer ver tudo que cabe. Como você tá perdendo peso e acha que vai continuar, vai naquela de comer o que quer. Aí você começa a passar mal e vê que não é bem assim. Aí tem mais uns três meses de adaptação do que você come, de passar mal, se acostumar a passar mal, não passar do limite para não passar mal, pra não vomitar. É quando você se conscientiza que tem que se adaptar. A partir dos seis meses dá uma estabilizada boa, mas estou me adaptando até hoje (BENEDETTI, 2003, p. 101-2).

Muitos relatavam esse período pós-operatório como muito feliz, pois mesmo vomitando e passando mal, às vezes, tinham a sensação de que estavam aprendendo a controlar a própria dieta. Ou seja, eles passavam a se sentir 'normais'. Ao mesmo tempo, nos

relatos surge uma ambigüidade, pois havia um prazer na dor na medida em que o desconforto do estômago cheio foi substituído pelos vômitos freqüentes, como se a comida estivesse diretamente ligada a um prazer na dor. E essa hipótese mostra-se totalmente coerente quando a autora explica que os pacientes vomitavam ou por comer em excesso, ou depressa demais. Com o vômito, entretanto, eles se sentiam mais leves, mais aliviados, mais satisfeitos.

Com relação ao próprio corpo, os entrevistados afirmaram que apesar de felizes com a nova aparência, ainda tinham dificuldade em se acostumar a ela. Alguns afirmavam ter medo que as pessoas vissem a mudança, outros continuavam enxergando o próprio corpo como ele era antes mesmo sabendo que estavam mais magros, mas nenhum entrevistado afirmou que gostaria de voltar à condição anterior:

> Foi notório que a satisfação decorria mais do grau de proximidade dos padrões de normalidade do que propriamente da beleza física do corpo; logo, a redução das dimensões foi mais associada à sensação de normalidade e ao fato de serem vistos como pessoas normais (BENEDETTI, 2003, p. 109).

A agressividade também foi mencionada como uma característica presente nas relações interpessoais após a cirurgia, como se houvesse a necessidade de estabelecer novos limites.

Segundo Almeida (2002), hoje, a obesidade é considerada uma doença crônica, que afeta pessoas de todas as idades e das mais diversas classes sociais em diversos países. Considera-se a obesidade como resultado de diversos fatores: internos, relacionais, comportamentais e psico-sociais. Nessas pessoas há principalmente sentimentos de insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a imagem do próprio corpo, o que se acredita que seja fruto, principalmente, de imposições sociais.

Na pesquisa de Almeida (2002), foram estudadas 60 mulheres entre 30 e 60 anos, divididas de acordo com seu IMC (grupo de mulheres não obesas *versus* grupo de mulheres obesas). Para a pesquisa, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada (abordando tópicos relativos à profissão, peso e alimentação, situação clínica atual, relacionamento interpessoal e

convivência social) e a Técnica do Desenho da Figura Humana (técnica criada com base nas proposições de Van Kock, em 1984). Concluiu-se que nas mulheres obesas havia sentimentos de subestima e de descontentamento com relação ao próprio corpo, além de uma falta de confiança em si e nos relacionamentos interpessoais.

Em outro estudo, Almeida (2005) estudou 150 mulheres com sobrepeso e obesidade dos tipos I, II e III separadas de acordo com seu IMC. Elas foram avaliadas quanto a seu peso e altura, entrevistadas (para coleta de informações sócio-demográficas), e depois foi aplicada uma "Escala de Desenho de Silhuetas"[6]. Observou-se que a maioria das mulheres em todos os grupos estudados escolheu, para homens e mulheres considerados normais, as representações de baixo peso corporal. Além disso, a maioria também escolheu representações de baixo peso corporal como o corpo que elas gostariam de ter. Assim, concluiu-se que para as mulheres, a exigência de corpos magros, enquanto sinônimo de normalidade, parece ser maior, fortalecendo a associação entre magreza e atributos positivos, normalidade e capacidade de ser bonita e atraente.

Detectou-se também que o grupo de obesidade III fez mais escolhas da representação com sobrepeso como a forma feminina considerada normal, o que sugeriu que esse grupo ou se apresentava menos submisso aos padrões estéticos vigentes ou apresentava maior dificuldade em discriminar formas corporais consideradas normais. No caso da avaliação do próprio peso, a autora identificou que o grupo com sobrepeso apresentou mais irregularidades, havendo escolhas sem sobrepeso, com sobrepeso ou com algum grau de obesidade, sugerindo distorção por parte destas mulheres quanto à percepção do próprio tamanho corporal, já que elas se situam numa faixa limítrofe entre a não-obesidade e a obesidade propriamente dita.

Autores como Dobrow et al (2002) sugerem que a obesidade é principalmente produto da vulnerabilidade genética associada a um ambiente promotor da doença. Entretanto, o

[6] Para informações mais detalhadas dessa escala, consultar *Nine-Figure Outline Scale*; Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983; In Almeida, 2005.

próprio autor constata que entre pacientes que procuram tratamento é alta a taxa de comorbidades psiquiátricas, o que impede a completa exclusão de modelos psicológicos na compreensão dessa patologia.

Nesse artigo, o autor observa:

> Embora a obesidade não seja em si mesma um transtorno[7] alimentar, um subgrupo de indivíduos obesos, incluídos aqueles com o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e com a síndrome do comer noturno – SCN (*night eating syndrome* – NES) sofrem de transtornos alimentares (DOBROW et al, 2002, p. 63).

Logo, existem obesos com padrões anormais de alimentação; essas pessoas comem muito mais que os demais obesos, tanto se forem instruídas a fazerem isso quanto se forem instruídas a comer normalmente. Principalmente os pacientes com Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) possuem a auto-estima mais baixa, possuem mais comorbidades psiquiátricas e se preocupam mais com a aparência do que os demais obesos[8].

Atualmente existem diversas formas de se diagnosticar os transtornos alimentares[9]. Os instrumentos para avaliação dos mesmos surgiram pela necessidade de sistematizar o estudo e o tratamento desses transtornos por meio do refinamento dos critérios diagnósticos para essas enfermidades (FREITAS et al, 2002). A autora considera os transtornos alimentares multifatoriais, e, sendo assim, necessitam de avaliações que contemplem os aspectos envolvidos em sua gênese e manutenção:

> A aplicação de instrumentos que avaliam as comorbidades (especialmente sintomas depressivos e ansiosos), a imagem corporal, a qualidade de vida e adequação social, além daqueles utilizados para o rastreamento ou diagnóstico de transtorno em si, será de grande utilidade para uma melhor compreensão do quadro clínico e elaboração de estratégias de tratamento

---

[7] Na literatura da Medicina e da Psicologia Hospitalar, utiliza-se o termo "transtorno alimentar" para se referir às patologias alimentares descritas no DSM-IV-TR (2003).

[8] Matos et al (2002) pesquisou um grupo de 50 pacientes com TCAP, IMC entre 40 e 81.7 Kg/m^2 (obesidade grau III) e idade entre 18 e 56 anos. O que se identificou foi que todos os pacientes possuíam depressão (e 84% com sintomatologia grave), 36% apresentavam transtorno da compulsão alimentar periódica, 54% apresentavam alguns comportamentos de compulsão e 76% estava preocupado coma aparência.

[9] Comorbidade: termo médico que designa "a coexistência de transtornos ou doenças, não de sintomas" (PETRIBÚ, 2001, pág. 17). Para a autora, "para haver comorbidade é necessária a contigüidade e a relação temporal entre dois transtornos, que podem surgir simultaneamente ou um preceder o outro" (PETRIBÚ, 2001, pág. 17). Normalmente, a comorbidade é descrita como a presença adicional de uma enfermidade, numa pessoa, durante a evolução de uma doença predominante.

> mais adequadas, que poderão melhorar os indicadores de sucesso terapêutico. (FREITAS et al, 2002, p. 34).

Os instrumentos de avaliação foram agrupados em três categorias principais: os questionários auto-aplicáveis, as entrevistas clínicas e a auto-monitoração. A grande vantagem dos primeiros é que são fáceis de administrar, são eficientes e econômicos, e deixam o entrevistado mais desinibido para contar coisas que ele teria vergonha se fosse uma entrevista face-a-face. Entretanto, alguns conceitos psiquiátricos como a compulsão alimentar periódica são difíceis de avaliar com exatidão pela falta de constância dos sintomas.

Quanto às entrevistas clínicas psiquiátricas, as mais utilizadas são as entrevistas clínicas semi-estruturadas como a EDE (*Eating Disorder Examination*[10]), que fornecem avaliações descritivas da gravidade da psicopatologia específica dos transtornos alimentares e gera diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (2003). Porém, a autora considera que em alguns casos esse tipo de entrevista não é viável uma vez que sua aplicação é demorada e requer pessoas treinadas e que conheçam bem os conceitos utilizados.

Finalmente, os instrumentos de auto-monitoramento consistem nos diários alimentares, nos quais os pacientes anotam a ingestão alimentar diária (hora, dia e local; quantidade e qualidade dos alimentos sólidos e líquidos), por uma semana em média. Sua principal vantagem é evitar um possível viés causado pela memória, além de que o próprio auto-monitoramento pode resultar em efeito terapêutico por influenciar na freqüência dos episódios de comer excessivo. A desvantagem desse tipo de método inclui a falta de aceitação por parte dos pacientes e a incerteza quanto à fidedignidade das anotações (ou pela incerteza, quando as informações não são transcritas logo em seguida, ou porque há omissão voluntária das informações).

[10] Sobre essa avaliação, ver Fairburn CG (1993), citado por Freitas et al. (2002).

Freitas et al (2002) inclui outros instrumentos de avaliação que também são usados em pacientes com patologias alimentares[11]. Portanto, a avaliação das perturbações do alimento deve abranger não somente os sintomas relacionados diretamente com o comer, mas também outros aspectos psicológicos que podem contribuir para a manutenção do sofrimento e dificultam o tratamento.

Assim, descrever a obesidade a partir dessa pluralidade de ângulos de tal forma a apresentá-la como um conjunto de fatores que a sobredeterminaram, não esclarece de modo consistente a patologia em questão. Por outro lado, as explicações no plano anátomo-patológico para a obesidade, como destaca Fisberg (1995), citado por Loli (2000) se restringem a menos de 5% dos casos.

Na atualidade, uma das formas de tratamento da obesidade mórbida se faz por meio de uma cirurgia que reduz o tamanho da câmara gástrica. Esta cirurgia foi realizada pela primeira vez por Payne, em 1969, sendo utilizada inicialmente no Brasil por Chaib, em 1974, e por Garrido Jr., em 1978, que a adotou no Hospital das Clínicas da FMUSP, abandonando-a logo em seguida. Na década de 90, Fobi e Capela desenvolveram, separadamente, uma nova técnica de cirurgia de redução do estômago, nos Estados Unidos, que foi introduzida em 1995 no Brasil, e é utilizada até hoje (SILVA, 2001).

Segundo Silva et al (2005, p. 139):

> Por ser uma cirurgia radical que pode ser definitiva e com conseqüências nos hábitos de vida, não está indicada apenas por motivos estéticos. Seu objetivo fundamental é melhorar ou curar co-morbidades para que os pacientes possam ter uma vida mais longa e saudável.

Para Segal e Fandiño (2002), segundo o Consenso Latino Americano de Obesidade, são reconhecidas 3 técnicas cirúrgicas: a gastroplastia vertical com bandagem (GVB), Lap

[11] Tais como testes sobre imagem corporal (como *Body Shape Questionnaire* – BSQ e *Body Dissatisfaction Scale* – BDS), sobre o controle do comportamento alimentar (como *Three-factor eating questionaire* – TFEQ), sobre psicopatologia geral (como *Beck Depression Inventory* – BDI e *Symptom Checklist* – SCL-90), e sobre adequação social (como *Social Adjustment Scale – Self Report* – SAS-SR ou sua versão em português, a Escala de Adequação Social – EAS).

Band e gastroplastia com derivação gastro-jejunal. Para os autores, os principais objetivos das cirurgias bariátricas são a redução de peso associada à melhora da qualidade de vida (queda no desemprego e na depressão[12], e melhora na interação social e na mobilidade física) e a redução de comorbidades (cardiopulmonares: hipertensão, asma, insuficiência cardíaca e insuficiência respiratória; diabetes; dislipidemia; esofagite; problemas ginecológicos como infertilidade, incontinência urinária e risco na gestação e no parto; cirrose e fibrose hepáticas; ósteoartrite e tromboembolismo).

Segundo Segal e Fandiño (2002, p.70):

> A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico [...] Esta afirmação se faz necessária dado que a doença foi por muito tempo compreendida como uma manifestação somática (ou seja, uma conseqüência) de um conflito psicológico subjacente que, em determinados indivíduos com formação egóica inadequada, somente poderia ser solucionado através da hiperfagia.
> Nas pessoas obesas que procuram tratamento, existe um aumento de prevalência de sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar, porém *parece não ser possível estabelecer uma relação de causa-efeito* (SEGAL E FANDIÑO, 2002, p. 70, grifo nosso).

Essa afirmação dos autores é ambígua, pois ao mesmo tempo em que se afirma que não há conteúdo psíquico envolvido na constituição da obesidade, constata-se o aparecimento de sintomas psicológicos logo após a cirurgia, ou mesmo algum tempo depois. Os autores ainda apontam:

> Como a obesidade é uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, seu tratamento envolve vários tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos anti-obesidade são os pilares principais do tratamento. Entretanto, o tratamento convencional para a obesidade grau III continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos. Devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves, a indicação das operações bariátricas vem crescendo nos dias atuais (SEGAL E FANDIÑO, 2002, p. 68).

Para a realização dessa cirurgia é necessária uma avaliação laboratorial de forma regular nos períodos pré e pós-operatório. Além disso, a avaliação desses pacientes no pré e

[12] Depressão entendida aqui sob o ponto de vista da Medicina.

pós-operatório deve ser feita por uma equipe multidisciplinar composta de médicos de várias especialidades (endocrinologia, cardiologia, pneumologia, psiquiatria e cirurgia), nutricionistas e psicólogos (SEGAL E FANDIÑO, 2002).

Os candidatos potenciais para a cirurgia são os pacientes com IMC acima de 40 kg/m^2 ou com IMC superior a 35 kg/m^2, associado a outras comorbidades de difícil manejo clínico. Além disso, esses candidatos devem ter um histórico de no mínimo 5 anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos anteriores. Tem se observado um crescente abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos à cirurgia. Para os autores, isso ocorre porque "quanto a critérios psicológicos e/ou psiquiátricos de exclusão para pacientes candidatos às operações bariátricas, não há um consenso na literatura" (SEGAL E FANDIÑO, 2002, p. 70). Normalmente, transtornos de humor e psicóticos são geralmente contra-indicações para o procedimento cirúrgico, porém não há dados que comprovem esses fatores como preditivos do insucesso da cirurgia.

De maneira geral, estudos e relatos de caso mostram uma melhora da qualidade de vida e dos quadros depressivos, ansiosos e alimentares após a cirurgia bariátrica. Ainda assim, resultados promissores não significam que os candidatos às operações não necessitem de acompanhamento psicológico pré e pós-cirúrgico[13], pois um tratamento não adequado ou a falta de tratamento pode ameaçar o prognóstico.

Silva (2001, p. 33) destaca que nem sempre a cirurgia bariátrica é sinônimo de solução de problemas:

> Nos primeiros meses após a operação, há um período de angústia e irritabilidade e às vezes depressão[14], pela supressão de prazer de comer antes da obtenção dos benefícios do tratamento, que só se evidencia após 6 a 8 meses do pós-operatório [...] após um ano mais ou menos, os conflitos internos em pacientes parece se acentuar. Parece não existir mais a 'camada protetora' e surgem dificuldades em lidar com sua nova imagem e com a

[13] Essa discussão também está presente nos artigos de Cordás (2002); e Posso (2002).
[14] Os termos angústia, irritabilidade e depressão estão sendo usados aqui conforme conceituação da literatura médica.

> vida, sem seus mecanismos de defesa, primários e protetores de conflitos mais intensos.

Em muitos casos, o emagrecimento pode dar origem a outras problemáticas aparente e diametralmente opostas:

> Aparentemente, nada pode ser mais distante, ou sugerir tanto uma oposição clínica, quanto pacientes com Anorexia Nervosa de um lado e pacientes com Obesidade Mórbida do outro. No entanto, com o crescente uso das cirurgias bariátricas no tratamento da obesidade, relatos de evolução pós-cirúrgica para Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa começam a ser descritos (CORDÁS, 2004, p. 564).

Cordás (2004), em sua revisão de literatura, verificou que pessoas submetidas à cirurgia gástrica podem apresentar episódios bulímicos, transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e síndrome do comer noturno (SCN). Assim, concluiu-se que a cirurgia foi eficaz na redução de peso, mas não impediu comportamentos alimentares de caráter patológico. O autor também constatou que em pessoas com perturbações do alimento e obesas pode haver uma melhora imediata dos sintomas após a cirurgia bariátrica (do tipo *bypass* gástrico[15]), mas num período de 3 anos há um ganho do peso perdido.

Para o autor, não é possível prever os casos nos quais pode haver perturbação alimentar após a cirurgia, mas enfatiza que a existência prévia dessas patologias no indivíduo obeso sugere um alerta maior por parte dos profissionais da saúde. Segundo suas conclusões:

> Os transtornos alimentares prévios tendem a sofrer uma parada transitória ou modificação em sua manifestação após a operação; [entretanto], o padrão alimentar desordenado tende a persistir após a operação e pode agravar a condição clínica do paciente, além de, a longo prazo, facilitar o reganho de peso (CORDÁS, 2004, p. 565).

Em seu artigo, Cordás (2004) descreveu o caso de uma mulher de 40 anos que tinha como queixa principal querer emagrecer num prazo de um mês. A paciente procurou tratamento psiquiátrico 11 meses após a cirurgia bariátrica. Nesse meio tempo, ela havia perdido 70 kg, o que correspondia a 50% de seu peso inicial. Durante 4 meses de tratamento,

---

[15] No *bypass* gástrico, usam-se grampeadores para cortar e separar o estômago em dois. O estômago excluído fica fora do trânsito alimentar e o estômago remanescente, com capacidade de 20 ml, é ligado a um segmento do intestino delgado [...] os nutrientes são mal-absorvidos, pois o estômago é ligado ao íleo, impedindo que a comida passe pelo duodeno e pelo jejuno, onde começaria a ser absorvida (SANTOS, 2005).

apresentou um quadro de vômitos auto-induzidos após as refeições, recusa em se alimentar, insatisfação com o próprio corpo, medo de voltar a engordar, e episódios de hipoglicemia que culminavam com quedas e desmaios freqüentes. A paciente também apresentava irregularidade menstrual, e um peso que variava entre a normalidade e o sobrepeso. Foi medicada com anti-depressivo e neuroléptico (para controlar a impulsividade), sendo descartada a hipótese de disfunção gástrica decorrente da cirurgia.

Com relação aos antecedentes pessoais, a paciente foi obesa desde criança, tendo passado por diferentes tratamentos em clínicas de emagrecimento a *spas*, além de dietas e uso de medicações anti-obesidade, prescritas ou não por médico. Chegou a um quadro de obesidade grau III (Índice de Massa Corporal ou IMC > 39,9 kg/m^2) no início da vida adulta, e estava com um IMC > 56,5 kg/m^2 no período da cirurgia. Nesse período ela apresentava também um quadro de Bulimia Nervosa.

Ela se considerava uma pessoa "impulsiva": tinha brigas freqüentes com familiares e amigos, e dificuldade de permanecer num relacionamento amoroso estável. Costumava agredir fisicamente seus amigos (que concordavam com a agressão) e sentia prazer no ato. Em casa, ela gostava de torturar pequenos animais domésticos até a eventual morte dos mesmos. A paciente relatou que tinha fantasias sádicas, e gostava de visitar *sites* na internet de sado-masoquismo.

Com relação aos antecedentes familiares, a maioria de seus parentes estava com sobrepeso. Ela nega a existência de problemas psiquiátricos na família, embora admita que seus irmãos também tivessem prazer sádico com relação a animais domésticos. Não se dava bem com a mãe.

Na época pós-cirúrgica, a paciente tinha por hábito fumar 40 cigarros, mas não relatou qualquer outro tipo de dependência de substâncias lícitas ou ilícitas. Queixava-se também de

sofrer com queda de cabelo acentuada, e não apresentou qualquer psicopatologia no momento da internação.

Para o tratamento, formou-se uma equipe composta por um psiquiatra, uma nutricionista, uma psicóloga e uma equipe de enfermagem.

Durante a internação, a paciente tinha rituais de limpeza posteriores à alimentação, pois ela dizia se sentir suja por dentro após comer, como se o alimento fosse algo imundo no seu corpo. Após 5 meses de internação, a paciente começou a se mostrar colaborativa com o tratamento, e por isso recebeu alta, passando a ter apenas consultas ambulatoriais.

Entretanto, após essa mudança ela passou a faltar nas consultas, deixou de tomar as medicações e voltou a restringir a alimentação e a induzir vômitos, o que provocou uma queda acentuada de seu peso. Não houve retorno de fantasias sádicas, mas seu quadro psíquico piorou muito. Por isso, levantou-se a hipótese de uma reversão parcial da cirurgia, hipótese essa rejeitada tanto pela família quanto pela paciente, que continuou o tratamento em outra clínica.

Após 7 meses, a paciente voltou a procurar o serviço, sem medicação, com o mesmo quadro alimentar anterior, e com retorno das fantasias sádicas. Ela voltou a ser medicada com anti-depressivo e neuroléptico, e novamente se voltou a cogitar a reversão da cirurgia, mas essa hipótese foi descartada com a descoberta de tumores nas mamas e ideação suicida.

De acordo com o autor, só recentemente os procedimentos cirúrgicos passaram a ter o efeito desejado, que é a redução de peso e a diminuição de comorbidades. Em clínicas especializadas, a mortalidade está abaixo de 0,5%, e os efeitos colaterais mais comuns são: a intolerância a alimentos sólidos, *dumping syndrome*[16], vômitos, obstipação e queda de cabelo.

[16] De acordo com Geer et al (1990), a síndrome de *dumping* é caracterizada pelo aparecimento súbito de sintomas como palpitações, fraqueza, mal-estar, e um intenso desejo de deitar-se. Os sintomas gastrintestinais são mais angustiantes são: inchaço, dores abdominais e diarréia. Esses sintomas ocorrem geralmente uma hora após uma refeição. Sintomas tardios incluem transpiração, ritmo cardíaco rápido, confusão mental e síncope.

De acordo com Cordás et al (2004), complicações psiquiátricas decorrentes da obesidade são pouco conhecidas, embora seja estimada uma incidência de depressão de 15%, e tentativas de suicídio. Apesar de ser constatada uma melhora dos sintomas psicológicos no primeiro ano após a cirurgia, no segundo ano as melhoras estacionam ou regridem. Embora sejam raros os casos em que se desenvolve outra perturbação alimentar, frequentemente se observam, no pós-cirúrgico, alterações comportamentais negativas ligadas à alimentação e à percepção distorcida do próprio corpo. Por isso, é importante que esses dados sejam investigados antes da cirurgia, pois eles podem comprometer de forma significativa a melhora do paciente.

No caso apresentado, a paciente já havia perdido peso e, no entanto, continuava a querer perder mais. Nos antecedentes pessoais se constatou a existência de Bulimia Nervosa, que se agravou com a cirurgia. Reversões cirúrgicas são pouco freqüentes, e esse estudo comprovou a necessidade de uma análise pré-cirúrgica mais profunda antes de se decidir pela cirurgia.

A maioria dos estudos médicos feitos sobre obesidade baseia-se no fato de que as perturbações alimentares atingem mais freqüentemente as mulheres. Porém, para Melin e Araújo (2002), a baixa quantidade de homens diagnosticados com perturbações alimentares contribui para que essas patologias fossem, muitas vezes, ignoradas pelos profissionais da saúde, “chegando-se inclusive à crença de que homens não sofrem desses distúrbios” (MELIN E ARAUJO, 2002, p. 73).

Segundo esses autores, o primeiro caso de anorexia nervosa em homens foi descrito em 1689 por Richard Morton, que analisou o caso de um rapaz de 16 anos e o comparou com um caso semelhante do sexo feminino. No século XVIII foram relatados mais 2 casos (por Robert Whytt em 1764 – quando ele descreve um caso de um jovem de 14 anos com comportamentos anoréxico e bulímico – e por Robert William em 1790 – sobre a morte de um

rapaz que ficou 78 dias em jejum). William Gull também descreveu um caso de anorexia nervosa em 1874. Depois disso, os homens ficaram excluídos do diagnóstico de perturbações alimentares devido à sua baixa freqüência e por falta de completude teórica.

As hipóteses sobre as causas das perturbações alimentares em homens são diversas, como a puberdade e o medo de envelhecer. Além disso, considera-se que algumas profissões facilitem o surgimento das perturbações alimentares. Ou, melhor dizendo, pessoas com predisposição a essas perturbações escolhem algumas profissões típicas:

> Alguns grupos de homens apresentam maiores chances de desenvolver um Transtorno Alimentar. Destacam-se aqueles cujas profissões estão ligadas a uma preocupação exagerada com o peso ou a forma corporal – bailarinos, modelos, jóqueis, ginastas, nadadores, fisiculturistas, corredores e lutadores de luta livre. A relação entre profissões que exigem um baixo peso corporal e os Transtornos Alimentares já foi amplamente discutida na literatura sobre mulheres. Vale acrescentar que a Bulimia Nervosa é o Transtorno Alimentar mais freqüente em atletas que precisam desenvolver grande massa muscular, mas que dependem de um peso mais baixo para apresentarem um melhor desempenho (MELIN E ARAUJO, 2002, p. 74).

Outro fator freqüentemente ligado às perturbações alimentares é a homossexualidade. Para Melin e Araujo (2002, p.74): “nos EUA, cerca de 20% da população de homossexuais masculinos sofre de um Transtorno Alimentar”. Ao contrário, nas mulheres, a homossexualidade teria um papel mais protetor.

Um fator importante para essa dissertação é que evidências sugerem que muitos pacientes com perturbações alimentares têm com mais freqüência uma história de obesidade mórbida, o que levou muitos optarem pela dieta para acabar com as críticas e apelidos de infância relacionados ao excesso de peso. Isso nos faz pensar que a obesidade não deve ser encarada como o oposto da bulimia e anorexia, mas outra forma de expressão de um mesmo sofrimento.

Melin e Araujo (2002) observaram que pacientes masculinos com perturbações alimentares têm mais semelhanças com mulheres com a mesma enfermidade que com homens sem perturbações alimentares. Para os autores em geral os homens enxergam seus próprios

corpos com menos distorção que as mulheres, o que pode ser explicado por fatores culturais: enquanto as mulheres se preocupam em manter um baixo peso, os homens relatam maior preocupação com a forma física e a massa corporal, e “pacientes bulímicos [homens], em especial, expressam uma preocupação com a imagem corporal mais no sentido de se obter uma aparência masculina do que pelo desejo de serem magros” (MELIN E ARAUJO, 2002, p. 74).

Quanto às comorbidades, perturbações alimentares em homens estão comumente associadas a outras perturbações psiquiátricas ligadas à oralidade, como depressão e abuso de álcool e drogas, tal como nas mulheres. Há um alto índice de tentativa de suicídio, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Uma descoberta interessante diz respeito ao relacionamento desses homens com seus pais, pois enquanto que nas mulheres com perturbações alimentares a relação com a figura materna é conturbada, nos homens a relação com a figura paterna é conturbada:

> Ainda, diferente das mulheres, os pacientes masculinos geralmente apresentam um relacionamento difícil com o pai. Esses pacientes começariam a fazer dieta com o propósito de não ficarem parecidos com o progenitor. Longas relações negativas, particularmente quando relacionadas a experiências de agressões físicas e abuso sexual, também podem elevar o risco de Transtorno Alimentar (MELIN E ARAUJO, 2002, p. 75).

Portanto, segundo a definição desses autores, podemos pensar nas patologias da alimentação, em especial a obesidade, como tendo aspectos importantes com as figuras parentais, seja nos homens ou nas mulheres.

A partir dos dados apresentados nesse capítulo, constatamos que diversas evidências encontradas no tratamento da obesidade podem ser articuladas à concepção psicanalítica de formação de sintomas, a cujo sentido o método analítico espera ter acesso. Ou seja, a proposta é mostrar que é insuficiente pensar nessa patologia somente a partir de um substrato orgânico. A banalização da descrença quanto à relação corpo-mente na constituição da obesidade e na

formação de sintomas após a cirurgia poderia ser remetida à postura da Medicina frente à histeria, no final do século XIX, contexto no qual essa patologia se apresentava como um enigma para o modelo médico, pela ausência de um correlato anátomo-clínico que a explicasse. Na atualidade, em contraposição, o excesso de evidências anátomo-clínicas na obesidade poderia dificultar a identificação de fatores psicológicos ligados a esse quadro. No entanto, a recorrência de sofrimento psíquico após a cirurgia nos possibilita considerar que a obesidade, assim como a histeria, destaca como a relação do sujeito com seu corpo está para além da noção de um corpo biológico.

No próximo capítulo, abordaremos a questão de como se dá a constituição de corpo e a formação de sintomas dentro do referencial psicanalítico, a partir das evidências encontradas por Freud no tratamento das histéricas.

A QUESTÃO DO CORPO NA CONSTITUIÇÃO DA PSICANÁLISE: A HISTERIA E A FORMAÇÃO DE SINTOMAS

A articulação entre as concepções de corpo, sintoma e psique é fundamental para a construção da concepção de obesidade, segundo o referencial psicanalítico. Portanto, quando falamos em obesidade, cabe ressaltar que estamos delineando duas abordagens no estudo e definição da obesidade. Para o campo médico, define-se obesidade como correspondente a um corpo com IMC $\geq$ 30.0 kg/m². No enfoque psicanalítico, por outro lado, a obesidade é investigada em sua relação com uma rede conceitual na qual as definições de pulsão, função materna e corpo representado ocupam papel central, não se restringindo, portanto, à ocorrência de um corpo obeso concreto definido segundo os padrões de objetividade do modelo médico. Essa concepção de obesidade será discutida nos capítulos subseqüentes, bem como será destacada a inter-relação entre ambas as concepções de obesidade, o que gera um campo fecundo para o estudo psicanalítico das patologias alimentares.

Para entendermos melhor a relação entre corpo, sintoma e psique, vamos retomar esses três elementos enquanto formadores do campo psicanalítico, a partir dos estudos de Freud sobre a histeria de conversão[17].

Esse quadro sintomatológico era caracterizado por ataques convulsivos, alucinações, delírios, supersensibilidade ou anestesia em determinadas partes do corpo, distúrbios da atividade sensorial, paralisias, contraturas, etc, os quais poderiam ser transferidos de uma parte do corpo a outra. Nenhum dos distúrbios que surgiam na histérica tinha efeito permanente, como em doenças neurológicas, e havia um profundo exagero na intensidade das reações, o que fazia com que as dores histéricas fossem descritas como extremamente dolorosas, tornando absolutas suas paralisias ocasionais. Portanto, é "especialmente

[17] Entre os artigos de Freud sobre o tema, destacam-se: "Histeria" (1888/1980), "Sobre a Interpretação das Afasias" (1891/1980), "Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas" (1893a/1980) e "Estudos sobre Histeria" (1895/1980).

característico da histeria que seja um distúrbio, ao mesmo tempo, desenvolvido no mais alto grau, e limitado da maneira mais nítida" (FREUD, 1888/1980).

Freud (1888/1980), a partir de sua experiência clínica, evidenciou que a histeria não criava nada de novo, apenas desenvolvia e exagerava reações fisiológicas já existentes no histérico. Entretanto, a histeria falhava em copiar corretamente outras patologias, o que permitiu concluir que "a histeria é tão ignorante da ciência da estrutura do sistema nervoso como nós o somos antes de tê-la aprendido" (FREUD, 1888/1980). Freud (1893a/1980), sobre isso, discute:

> A histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta [...] *na paralisia histérica, assim como na anestesia etc., o que está em questão é a concepção corrente, popular, dos órgãos e do corpo em geral*. Essa concepção não se fundamenta num conhecimento profundo de neuroanatomia, mas nas nossas percepções tácteis e, principalmente, visuais. (grifo nosso).

Para o autor, raramente o sintoma histérico aparecia logo depois da ocorrência do trauma desencadeante; poderia levar muitos anos até aparecer o primeiro sintoma, sendo que esse poderia aparecer e desaparecer, e somente reaparecer depois de muito tempo. Além disso, a histeria poderia estar combinada com muitas outras doenças nervosas neuróticas e orgânicas, e tais casos ofereciam grande dificuldade à análise.

Na histeria, a lesão deve ser compreendida como uma modificação da concepção ou idéia que se tem sobre aquele membro afetado, concepção esta associada à quantidade de afeto envolvida. Escreve Freud (1893a/1980):

> O braço [ou qualquer outro órgão] estará paralisado em proporção com a persistência da quantidade de afeto ou com sua diminuição através de meios psíquicos apropriados; [...] [logo], o órgão paralisado ou a função abolida estão envolvidos numa associação subconsciente[18] que é revestida de uma grande carga de afeto, e pode ser demonstrado que o braço tem seus movimentos liberados tão logo essa quantidade de afeto é eliminada.

Os tipos de lembranças potenciais para emergir o sintoma histérico tinham um caráter singular, segundo Freud (1888/1980): "pode-se, portanto, dizer que as idéias que se tornaram

[18] No artigo de 1893a, ressalta-se, numa nota de rodapé, que: "essa foi uma das raras vezes, talvez a primeira, em que ocorre essa palavra nos escritos de Freud" (1893a/1980).

patológicas persistiram com tanto vigor emocional porque lhes foram negados os processos de desgaste normais por meio de ab-reação e reprodução em estados de associação não inibida". Essa hipótese freudiana surgiu com a utilização do método catártico[19], e baseou-se na articulação entre uma situação traumática e a formação de sintomas.

Nessa época, para Freud (1893a/1980), o trauma[20] é definido como um acréscimo da excitação no sistema nervoso, o qual é incapaz de fazer dissipar-se adequadamente pela reação motora. Ele ressalta:

> Todo evento, toda impressão psíquica é revestida de uma determinada carga de afeto (*Affektbetrag*) da qual o ego[21] se desfaz ou por meio de uma reação motora, ou pela atividade psíquica associativa. Se a pessoa é incapaz de, ou reluta em, eliminar esse afeto excedente, a lembrança da impressão passa a ter a importância de um trauma e se torna a causa dos sintomas histéricos permanentes. (FREUD, 1893a/1980).

Assim, Freud (1893b/1980) conclui que "todo um grupo de sensações físicas que ordinariamente seriam consideradas como determinantes de causas orgânicas, eram no seu caso de origem psíquica, ou pelo menos possuíam um significado psíquico". No caso do comer, de especial relevância para esta pesquisa, podemos pensar que tanto o sintoma quanto o uso da língua extraem seu material de uma fonte comum:

> O que poderia ser mais provável do que a idéia de que a figura de linguagem 'engolir alguma coisa', que empregamos ao falar de um insulto ao qual não foi apresentada nenhuma réplica, originou-se na verdade das sensações inervatórias que surgem na faringe quando deixamos de falar e nos impedimos de reagir ao insulto? Todas essas sensações e inervações pertencem ao campo da "Expressão das Emoções", que, como nos ensinou Darwin |1872|, consiste em ações que originalmente possuíam um significado e serviam a uma finalidade. (FREUD, 1895d/1980).

---

[19] Sobre esse método em especial, Freud e Breuer faziam o paciente, sob hipnose, remontar a pré-história psíquica da doença, compelindo-o a reconhecer a ocasião psíquica em que se originou o distúrbio; esse foi o contexto para o surgimento da noção de *talking cure*, assim nomeada pela paciente Anna O. (ver adiante na pág. 44).

[20] O conceito de trauma é discutido, por exemplo, nos seguintes artigos: "Histeria" (1888), em que Freud exemplifica a vivência traumática em pessoas envolvidas em acidentes ou catástrofes; "Estudos sobre Histeria" (1893-5), em que evidencia, em especial, a existência de traumas quando considera que as histéricas sofrem sobretudo de reminiscências; e em "Inibições, sintomas e angústia" (1926a [1925]).

[21] O conceito de ego será apresentado de forma mais aprofundada em capítulo posterior. Nesse momento, cabe apenas assinalar que o ego é um aparelho adaptativo, que surgiu no contato com a realidade exterior (LAPLANCHE, 2001).

No tratamento das histéricas, Freud percebeu que a fala tinha efeito curativo, e que o sintoma histérico usualmente desaparecia quando se conseguia evocar a lembrança do fato que o provocou e despertar a emoção que acompanhava essa lembrança, e quando o paciente havia descrito aquele fato com os maiores detalhes possíveis e traduzira a emoção em palavras. Freud, ao utilizar o método catártico, confirma essa relação (1895e/1980):

> [O método catártico] elimina a eficácia (patogênica) da idéia que não fora abreagida, por ocasião da experiência traumática, permitindo que sua emoção estrangulada encontre uma saída através da fala; e submete essa idéia à correção associativa, introduzindo-a na consciência normal (sob a hipnose leve) ou eliminando-a por sugestão do médico, como se faz no sonambulismo acompanhado de amnésia.

Com a constatação da relação entre trauma e sintoma, Freud concluiu que as histéricas sofriam principalmente de reminiscências, e o trabalho hipnótico inicial com as pacientes mostrou que as lembranças relacionadas ao sintoma histérico estavam completamente ausentes de suas lembranças no estado psíquico normal, podendo, no máximo, estar presentes de forma bastante rudimentar.

Dois casos de Freud foram especialmente importantes para compreendermos as patologias alimentares: Emmy von N e Lucy R. Em Emmy von N, dentre os sintomas histéricos ela havia perdido o apetite depois da morte do marido, e comia apenas por um sentimento de dever, o que originava dores gástricas. Além disso, ela jogava fora o pudim (seco) de seu almoço, pois dizia que lhe fazia mal comer. Quando Freud a indagava sobre isso, ela explicava que tinha uma constituição física igual a de seu pai: só tolerava líquidos espessos, e água lhe perturbava a digestão. Numa das sessões de hipnose, ele propôs que ela bebesse água alcalina e comesse o pudim, mas essa estratégia não funcionou e ela voltou a ter dores gástricas violentas. Freud então propôs que essas dores provavelmente provinham de uma angústia[22] relacionada a experiências passadas, e Emmy aceita a sugestão sem estar de acordo. Ele lhe dá 24 horas para refletir sobre quais experiências poderiam estar ligadas à

[22] O termo angústia será discutido nesse trabalho posteriormente.

intolerância à água alcalina e a alguns alimentos, e Emmy então relata que durante muito tempo ela recusara comer carne no jantar por traquinagem, mas sua mãe, que era muito severa a esse respeito e a ameaçava com castigos, obrigava-a a comer a carne mesmo depois de ter sido colocada na mesa há duas horas. Depois desse tempo a carne já estava dura e fria, e comê-la lhe dava repulsa. Além disso, em sua infância, um de seus irmãos esteve doente; ele sempre jantava com ela e a família, e o conhecimento da doença a assustava porque Emmy temia tocar, por engano, numa faca ou garfo utilizado por ele. Tempo depois, outro irmão teve tuberculose, e esse tinha por hábito escarrar sobre os pratos. A escarradeira permanecia aberta ao lado da cama, e isso dava náuseas em Emmy, apesar de ela nunca ter dito isso a ele para não magoá-lo. Com relação à água, ela explica que em uma de suas viagens com a família todos contraíram catarro gástrico. Depois de algum tempo a família foi melhorando, mas Emmy ainda permaneceu doente por muito tempo. Após evocar essas experiências aparentemente esquecidas, ela voltou a comer e a beber água mineral, e Freud pôde evidenciar que, no caso de Emmy, o ato de comer se vinculara à lembrança repulsiva, tornando impossível comer e beber com prazer e repulsa ao mesmo tempo.

No caso Lucy R., ela perdera completamente o sentido do olfato e era perseguida por impressões olfativas que lhe eram muito aflitivas, e que eram interpretadas como sintomas histéricos crônicos. Durante o trabalho analítico, Freud buscou uma experiência de Lucy R. em que esses odores tivessem ocorrido realmente. Essa experiência, quando encontrada, seria o trauma estabelecido e simbolizado pelas sensações olfativas. Inicialmente, Lucy R. fala que sentia um cheiro de “pudim queimado”. Essa informação, Freud toma como tendo realmente acontecido e atuado na experiência dela. Ao investigar mais profundamente, Freud descobre que ela sentiu esse odor pela primeira vez quando, dois dias antes de seu aniversário, chegou uma carta de sua mãe, e os filhos de seu patrão não deixaram que ela lesse a carta. Quando recebeu a postagem, pensou que sua mãe estivesse pedindo para que voltasse para casa, o que

a deixou muito aflita, já que ela queria permanecer com as crianças. Naquele momento, percebeu que havia esquecido um pudim no forno, e quando se deu conta, o doce já havia queimado, produzindo um cheiro muito forte que se espalhou pela casa e fixou em sua memória. Naquela época, contudo, estava com um resfriado muito forte, mas o cheiro penetrou de tal forma que se associou à perda do olfato. Portanto, o cheiro de pudim queimado estava vinculado à ambigüidade entre ter que ir embora para cuidar de sua mãe, e o desejo de continuar cuidando das crianças e tomar o lugar da mãe delas. Ao longo da análise, Freud pôde perceber que essa paciente nutria uma paixão pelo patrão que se refletia na esperança de tomar o lugar da mãe das crianças; todavia, Lucy R. tentava reprimir essa idéia da consciência a todo custo. No dia em que o pudim queimou, a paciente temeu ser descoberta pelas crianças, e temeu que elas estivessem se divertindo às suas custas.

Tanto Emmy von N. quanto Lucy R. sofriam de anorexia, e Freud conclui que essa patologia, nas pacientes, poderia ser considerada como uma neurose nutricional paralela à melancolia. Sobre a questão da melancolia nas neuroses nutricionais, Freud, em "Rascunho G: Melancolia" (1895a/1980, grifo do autor), comenta:

> A neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa *anorexia nervosa* das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem *nenhum apetite*; não há qualquer outro motivo. Perda do apetite — em termos sexuais, perda da libido.

Posteriormente, Freud, em "Luto e Melancolia" (1917 [1915]/1980), apresenta o conceito de melancolia como uma forma patológica do luto. Afirma o autor:

> O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. [...]. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego.

Assim, para o autor, a anorexia nervosa poderia ser interpretada como uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu, e a perda de apetite poderia ser compreendida como uma perda da libido, como no caso Emmy, em que a paciente afirmava que não sentia fome, sem qualquer outro motivo associado, mas, na verdade, a ausência de fome estava vinculada a uma perda do prazer de comer devido a traumas relacionados a situações onde a comida fazia parte do pano de fundo das relações interpessoais. Já no caso Lucy, a perda do olfato estava associada a uma incapacidade de sentir prazer nos odores, e essa incapacidade se relacionava ao temor de que seu amor pelo patrão fosse descoberto e censurado.

Logo, fica assinalado como o corpo representado está diretamente relacionado a traumas, e a formação dos sintomas histéricos está vinculada a esses traumas de maneira causal. Com isso, é possível deduzir dos enunciados do paciente que, em cada ataque, alucina-se o mesmo evento que provocou o primeiro deles; os sintomas, que são ostensivamente espontâneos e produtos idiopáticos da histeria, estão relacionados com o trauma desencadeador; em alguns momentos, a conexão causal é bem clara; em outros casos, essa conexão não é tão simples, consistindo apenas no que se poderia denominar de relação "simbólica" entre a causa precipitante e o fenômeno patológico (FREUD, 1893a/1980).

Assim, a importância da histeria para a configuração da psicanálise se deu a partir da ausência de uma correspondência anatômica entre o sintoma histérico e as informações corporais obtidas pela avaliação médica. Vamos retomar o contexto histórico no qual ela foi construída enquanto enfermidade psíquica para podermos compreender melhor em que momento Freud se deparou com a histeria enquanto representante de um corpo em que sofrimento está para além do biológico.

Segundo Roudinesco (1989), no final do século XVIII surgiu a figura de Xavier Bichat, fundador da anatomia patológica. Ele juntou a observação anatômica à clínica numa

acomodação recíproca, de forma a criar a anatomia patológica. Seu trabalho consistia, de fato, em demarcar o caráter específico do fenômeno vivo, sem reduzi-lo ao mecanismo físico:

> [Bichat] rompeu o conceito de vida ao relativizar a morte. A doença que abalava o vivo foi analisada do ponto de vista da morte, de uma doença decaída de seu absolutismo e distribuída na própria vida dos órgãos (ROUDINESCO, 1989, p. 18).

Assim como Bichat, Corvisart desenvolveu a anátomo-clínica. De acordo com Roudinesco (1989), ele foi o criador do ensino anátomo-clínico junto ao leito do enfermo, tal como é feito ainda hoje: estudos de casos, observações e registros dos sintomas, visitas, discussões com os alunos, cursos pedagógicos, etc:

> Na Charité, [Corvisart] mandou construir uma sala de patologia, um anfiteatro de anatomia, uma sala de operações e um local de experiências elétricas; depois, transcreveu na prática o princípio da unidade do saber médico: a cirurgia figurava numa boa posição, ao lado da medicina, que se enriquecia com os progressos da física e da química e esboçava uma aproximação dos farmacêuticos e dos sanitaristas; começou a haver interesse pelos medicamentos e uma tentativa de combater a insalubridade das instalações hospitalares (ROUDINESCO, 1989, p. 19).

De Bichat a Corvisart, a anátomo-clínica permitiu à medicina ter um novo destaque ao elaborar uma nova conceituação de morbidez. Em acréscimo a isso teve a contribuição de Broussais e seus estudos sobre a fisiologia, e os trabalhos de Pasteur, que colaborou na questão da transmissão de doenças por agentes infecciosos e no estudo sobre a hereditariedade das taras.

Utilizando essa bagagem conceitual surge a figura de Charcot, que desacorrentou as histéricas do plano da simulação e da mentira (campo no qual elas estavam inseridas desde muito tempo), e colocou seus sintomas dentro de uma nosologia adequada. Com isso, surge uma nova maneira de “viver” a doença: “já não herdamos um mal como um destino; nós o fabricamos no corpo” (ROUDINESCO, 1989, p. 21).

O sentido dos sintomas neuróticos foi descoberto por Josef Breuer (entre 1880 e 1882), em seu estudo e cura bem sucedida de um caso de histeria de conversão. Anna O., dentre os sintomas existentes, tinha uma aversão por água se relacionava aos sentimentos

negativos direcionados à dama de companhia, sentimentos que ela tentara reprimir, mas que encontraram uma válvula de escape por meio dos sintomas histéricos. Esse caso permitiu inferir que as excitações que não encontravam descarga normal se tornavam patogênicas, sendo o sintoma produto desse processo.

Um dia, depois de fazer o relato de alguns sintomas, Anna O. os fez desaparecer por si mesma. Ela nomeou sua descoberta de usar a fala para tratamento como um "*talking cure*" (cura pela fala), e as sessões com Breuer eram, para ela, como um "*chimney-sweeping*" (limpeza de chaminé), já que seus sintomas desapareciam após o relato dos mesmos e de suas possíveis causas. Por isso, Roudinesco (1989) conclui que Anna O. literalmente inventou a psicanálise e o tratamento analítico.

Entretanto, Anna O. começou a trazer problemas para a vida conjugal de Breuer, o que o fez afastar-se da paciente e a negar a relação transferencial existente. Essa tentativa de Breuer em negar o caráter sexual na histeria foi definitivo para o rompimento entre ele e Freud, e, "de fato, foi realmente *por causa do sexual* que sobreveio a ruptura entre os dois amigos" (ROUDINESCO, 1989, p. 26, grifo do autor).

Para a autora, em Breuer, a rejeição do fator sexual não foi por motivos teóricos, mas por uma "repugnância moral e religiosa" (ROUDINESCO, 1989, p. 26), a mesma que Freud conseguiu superar. Freud não apenas constatou a evidência do sexual em algumas patologias que a medicina da época já havia diagnosticado, mas se utilizou daquele conhecimento para criar um novo saber. Nas palavras de Birman (1991, p. 137):

> [A histeria] provocou uma evidente ruptura com a racionalidade médica, pois, apesar de se manifestar através de uma variedade quase infinita de sintomas corporais complexos, não se deixava reduzir pela racionalidade da medicina somática, que pretendia relacionar as diversas composições sintomáticas com lesões anatômicas específicas.

Outra figura importante da época de Freud foi Bernheim, que postulava o oposto de Charcot. "Com ele, a figura da histeria foi completamente desarticulada da racionalidade anátomo-clínica, pois todos os sintomas decorreriam de processos de sugestão, que adquiriam

assim um prodigioso estatuto material" (BIRMAN, 1991, p. 138). Ao desarticular o corpo histérico da anatomia, a sugestão passou a estar na base dessa enfermidade, justificando o sucesso da hipnose no tratamento da histeria, e criando um contraponto ao trabalho de Charcot.

Essas diferenças teóricas apareciam entre as escolas de Salpêtrière e de Nancy, que, no fim do século XIX, tentavam ou manter a histeria no campo da patologia nervosa, ou torná-la autônoma em relação a esse campo, ampliando o conceito de sugestão e auto-sugestão como características etiológicas (com a hipnose como método de cura mais aconselhável).

Nesse período, Freud seguiu para Paris para fazer seus estudos de neuropatologia com Charcot, entre 1885-1886. E, à medida que se aproximou desse campo de investigação, começou também a se interessar pelas formulações de Bernheim, indo a Nancy, em 1889, para assistir as curas que ele promovia nas histéricas. Freud circula entre os dois pesquisadores, oscilando entre as duas tendências e criticando aspectos de ambas.

Das formulações de Charcot, Freud manteve a análise detalhada necessária para descobrir os pequenos detalhes que conduzem à constituição do sintoma histérico. Entretanto, Freud superou a perspectiva de Charcot "ao não reduzir esta singularidade do sintoma histérico à ordem racional da anátomo-patologia" (BIRMAN, 1991, p. 139).

Freud também incluiu a investigação do sintoma histérico num contexto intersubjetivo, o que o levou também a reconhecer a pesquisa de Bernheim. Porém, Freud contestou as conclusões de Bernheim por só relacionar toda a questão da histeria à sugestão, e é desse questionamento que estabelece o conceito de transferência, "através do qual o discurso psicanalítico vai conseguir articular a exigência charcotiana de reconhecimento da singularidade do sintoma histérico e a racionalidade sugestiva de Bernheim" (BIRMAN, 1991, p. 140), colocando, então, o fenômeno transferencial na base da sugestionabilidade.

Indo além de Charcot e de Bernheim, o pensamento freudiano realiza uma mudança radical na interpretação do fenômeno histérico ao mudar de espaço epistemológico para efetuar a análise do sintoma. A proposta de Freud articula agora a histeria no campo da representação e não no campo do corpo anatomopatológico, o que permite situar essa enfermidade num campo da verdade, no qual há algo a ser decifrado no sintoma histérico. Como sintetiza Birman (1991, p. 141):

> Na interpretação freudiana, os sintomas histéricos se articulam num sistema coerente, fundado na imagem do corpo, e não na estrutura do corpo, subordinada esta última às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais. O importante passa a ser como o histérico vivencia a sua corporalidade, ou seja, de que maneira investe as diferentes partes do seu corpo e as interpreta como superfícies dotadas de significação.

Assim, o postulado teórico da histeria considerou a existência de um corpo representado: os sintomas são sentidos na imagem do corpo, e não na materialidade de sua estrutura anatômica. Em 1905, com a formulação da teoria da sexualidade infantil, a psicanálise encontrou um novo desdobramento, descobrindo um corpo erógeno que se constituía a partir desse corpo representado originário e, com isso, a passionalidade alucinatória da crise histérica se transformou, no contexto fantasmático do sujeito, em signo de uma luta gigantesca entre pulsões sexuais.

A oposição entre corpo representado e corpo biológico permitiu a Freud inserir a questão da sexualidade como um elemento circulante entre o campo da representação e o corpo biológico, o que deu origem ao conceito de trauma, que indicava o investimento (*Besetzung*[23]) do corpo representado. Portanto, a sexualidade circulante é que estava em questão na produção de sintomas e do recalque.

[23] Neste trabalho, utilizaremos o termo "investimento" como tradução para *Besetzung*,o. Sobre as questões envolvendo essa tradução, ver Souza (1999).

De acordo com Freud (1915a/1980), no artigo "O recalque", *Verdrangung*[24] é um processo psíquico presente na própria constituição do aparato psíquico. Segundo a Introdução de Strachey (1980) a esse texto, o conceito de recalque surgiu por meio do fenômeno clínico da resistência, presente no tratamento das histéricas, e que por sua vez foi trazido à luz por uma inovação técnica (o abandono da hipnose no tratamento catártico da histeria). Nesse artigo, Freud trata o conceito de recalque como um destino para as pulsões que, se satisfeitas, poderiam acarretar em desprazer. Freud (1915a/1980) afirma:

> Aprendemos então que a satisfação de uma pulsão que se acha sob recalque seria bastante possível, e, além disso, que tal satisfação seria invariavelmente agradável em si mesma, embora irreconciliável com outras reivindicações e intenções. Ela causaria, por conseguinte, prazer num lugar e desprazer em outro. Em conseqüência disso, torna-se condição para o recalque que a força motora do desprazer adquira mais vigor do que o prazer obtido da satisfação.

Assim, o autor conclui que "a essência do recalque consiste simplesmente em afastar determinada idéia da consciência" (FREUD, 1915a/1980). Nesse sentido, Laplanche e Pontalis (2001) afirmam que o recalque é, às vezes, considerado por Freud como um mecanismo de defesa em especial, ou um destino da pulsão suscetível de ser utilizado como defesa.

Inicialmente, nos relatos apresentados nos estudos sobre a histeria, Freud utilizou os termos recalque e defesa como indiferenciados, remetendo-os ao processo responsável pelo deslocamento do investimento emocional, ou por sua completa exclusão da consciência, como aconteciam com as histéricas. Posteriormente, diferenciou-o do conceito de defesa, passando a ser o recalque uma das modalidades de defesa empreendidas pelo ego, considerando "'uma designação geral para todas as técnicas empregadas pelo ego em conflitos que possam levar a uma neurose" (FREUD, 1926a/1980).

---

[24] Verificamos que a tradução de *Verdrangung* trouxe certas complicações terminológicas para a literatura, pois o termo inicialmente traduzido para o inglês é *repression*: a partir desse, foi traduzido para o português por repressão, e, para o francês, por *répression*. No entanto, alguns autores ressaltam que a tradução mais adequada para *Verdrangung* seria recalque ou *refoulement*, enquanto que repressão seria mais adequado para Underdrückung, que anteriormente foi traduzido por supressão ou *supression*. Nesse trabalho, será utilizado o terno recalque.(Sobre a polêmica envolvendo essa tradução, ver Souza ,1999).

Segundo Laplanche e Pontalis (2001, p.432), “a concepção de recalque, tomada aqui na sua origem, surge desde o início como correlativa da de inconsciente (o termo recalcado será durante muito tempo, para Freud, até a definição da idéia de defesas inconscientes do ego, sinônimo de inconsciente)”. No processo de recalque, “os conteúdos recalcados escapam ao domínio do sujeito e, como ‘grupo psíquico separado’, são regidos por leis próprias” (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 432). Esse núcleo de cristalização pode atrair, de modo não-intencional, outras representações insuportáveis.

Esse material recalcado vai implicar na manutenção de um contra-investimento, necessário sempre que o desejo inconsciente tentar retornar à consciência (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001).

Em “O Recalque” (1915a/1980), Laplanche e Pontalis (2001) afirmam que o conceito de recalque pode ser interpretado sob dois pontos de vista: no primeiro, o processo de recalque seria composto de três momentos, conforme exposto por Freud (1915a/1980, grifo do autor):

> Temos motivos suficientes para supor que existe um recalque primevo, uma primeira fase de *recalque*, que consiste em negar entrada no consciente ao representante psíquico (ideacional) da pulsão. Com isso, estabelece-se uma fixação; a partir de então, o representante em questão continua inalterado, e a pulsão permanece ligada a ele. [...] A segunda fase do recalque, o *recalque propriamente dito*, afeta os derivados mentais do representante recalcado, ou sucessões de pensamento que, originando-se em outra parte, tenham entrado em ligação associativa com ele. Por causa dessa associação, essas idéias sofrem o mesmo destino daquilo que foi primevamente recalcado. Na realidade, portanto, o recalque propriamente dito é uma pressão posterior.

Por fim, o terceiro momento corresponderia ao retorno do recalcado sob a forma de sintomas e outras formações substitutivas como sonhos e atos falhos.

O segundo ponto de vista, por outro lado, trata do recalque num “sentido mais estrito que não passa do segundo momento do precedente” (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 433). Isso significa que, aqui, o recalque seria um processo composto somente pelo recalque primevo e pelo recalque propriamente dito.

Cabe enfatizar que o recalque não impede que o representante ideacional continue a existir no inconsciente, dê origem a derivados e estabeleça novas ligações. Segundo Freud (1915a/1980, grifo do autor), “na verdade, o recalque só interfere na relação do representante ideacional com um *único* sistema psíquico, a saber, o do consciente”. Além disso, o recalque não retira da consciência todos os derivados do representante recalcado, pois se os mesmos se tornarem suficientemente afastados do último, eles terão livre acesso à consciência. Freud (1915a/1980), sobre isso, enfatiza que no tratamento psicanalítico:

> [...] as associações que exigimos que o paciente faça sem sofrer a influência de qualquer idéia intencional consciente ou de qualquer crítica, e a partir das quais reconstituímos uma tradução consciente do representante ideacional recalcado — essas associações nada mais são do que derivados remotos e distorcidos desse tipo.

Assim, enfatiza o autor, no tratamento psicanalítico, o paciente é estimulado a produzir derivados do recalcado, de tal forma que esses derivados possam ser utilizados no processo terapêutico. No correr desse processo, o paciente continuará a criar sua rede de associações, até que em determinado momento um derivado tenha sua relação tão óbvia com o material recalcado que o ego será obrigado a efetuar uma nova tentativa de recalque.

Freud (1915a/1980) enfatiza que o recalque atua de forma individual; assim, “cada derivado isolado do recalcado pode ter seu próprio destino especial; um pouco mais ou um pouco menos de distorção altera totalmente o resultado”. Ademais, o recalque é também extremamente móvel: no caso dos chistes, exemplifica o autor, ocorre um processo cujo resultado é similar ao de um aumento ou de uma diminuição do grau de distorção: nesse caso, o que ocorre é uma modificação da condição de produção de prazer e desprazer. Logo, aquilo que de outra forma daria lugar ao desprazer, nessa ocasião resulta em prazer, eliminando o recalque do representante recalcado que, de outro modo, seria repudiado.

Para Freud (1915a/1980), além do representante ideacional,(*Vorstellung*[25]**)**, há outro elemento que a representa e:

> [...] que passa por vicissitudes de repressão que podem ser bem diferentes das experimentadas pela idéia. Geralmente, a expressão *cota de afeto* tem sido adotada para designar esse outro elemento do representante psíquico.Corresponde à pulsão, na medida em que esta se afasta da idéia e encontra expressão, proporcional à sua quantidade, em processos que são sentidos como afetos **(**FREUD, 1915a/1980).

De modo que, ao tratarmos do recalque, devemos acompanhar separadamente os destinos de cada um desses representantes da pulsão O fator quantitativo pode ter 3 destinos possíveis, segundo o autor: (1) ou ser inteiramente suprimido, de modo que não se encontre qualquer vestígio dele; (2) ou aparecer como afeto que de uma maneira ou de outra será qualitativamente colorido, ou transformado em angústia; (3) ou, após as duas primeiras, se transformado em afeto (especialmente em angústia) das energias psíquicas pulsionais.

Com isso, o autor considera que o destino da quota de afeto pertencente ao representante é muito mais importante do que o destino da idéia, sendo esse fato decisivo para o processo de recalque. Se um recalque não conseguir impedir que surjam sentimentos de desprazer ou de angústia, pode-se dizer que falhou, ainda que possa ter alcançado seu propósito no tocante à parcela ideacional.

Freud (1915a/1980) também observou que a parcela ideacional do representante pode criar uma formação substitutiva, como a formação de sonhos, atos falhos, chistes e sintomas, o que sugere um retorno do recalcado. Entretanto, cabe realçar:

> [...] (1) o mecanismo de recalque de fato não coincide com o mecanismo ou mecanismos da formação de substitutos, (2) existem numerosos e diferentes mecanismos de formação de substitutos e (3) os mecanismos de recalque têm pelo menos uma coisa em comum: *uma retirada do investimento de energia* (ou da *libido*, quando lidamos com as pulsões sexuais) (Freud 1915a/1980, grifo do autor).

[25] Sobre a questão da tradução de *Vorsttelung*, para a qual poderíamos também utilizar os termos idéia ou representação, ver Souza (1999).

Assim, entre a premência da pulsão e o antagonismo da renúncia ao sexual situa-se a saída para a doença, que não soluciona o conflito, mas procura escapar a ele pela transformação das aspirações libidinosas em sintomas (FREUD, 1905/1980).

Quando a pessoa adoece, um único sintoma corresponde a diversos significados simultâneos e em sucessão, pois esses sintomas correspondem a uma anatomia fantasmática que é a imagem que a pessoa faz de seu próprio corpo. Como o significado dos sintomas é flexível e mutável, o sintoma pode corresponder a diversos significados em diferentes períodos. Freud (1905[1901]/1980) afirma:

> No decorrer dos anos, um sintoma pode alterar seu significado ou seu significado principal, ou o papel principal pode passar de um significado para outro. É como se houvesse no caráter das neuroses um traço conservador que assegura que um sintoma uma vez formado será, se possível, retido, muito embora o pensamento inconsciente a que ele deu expressão tenha perdido seu significado.

A partir do momento que o ego detecta a ascensão de um material recalcado, trava-se uma luta defensiva que pode terminar na formação do sintoma, como é o caso da conversão histérica, em que os desejos e aspirações encontram descarga mediante o processo de *conversão* em fenômenos somáticos (FREUD, 1905/1980).

A formação de um sintoma tem um desenvolvimento particular, pois o sintoma é resultado de um conflito originado na tentativa de satisfazer a libido que, insatisfeita, busca outras formas de satisfação. Nesse caminho, a libido é obrigada a regredir para encontrar satisfação em objetos e modos de funcionamento psíquico deixados para trás ou abandonados ao longo da vida. O significado da regressão é particular, afirma Freud (1917c/1980):

> Por um lado, durante esse período (na infância), pela primeira vez se tornam manifestas as tendências pulsionais que a criança herdou com sua disposição inata; e, em segundo lugar, outras pulsões suas são, pela primeira vez, despertados e postos em atividade pelas impressões externas e experiências casuais.

Mas por que a libido retorna de modo tão regular às experiências infantis? Segundo Freud (1917f/1980), provavelmente porque certa quantidade de energia libidinal ficou retida

num determinado período, e a isso damos o nome de fixação. Os objetos abandonados são fixações das quais o ego havia se protegido, no passado, por meio de repressões. Ao investir nessas fixações antigas, a libido se retira do ego, e assim, se afasta das leis que regem esse ego (FREUD, 1917c/1980).

As fixações permitem que a libido regrida a partir de situações de conflito e frustração, sendo desencadeado o mecanismo defensivo. Esse caminho indireto, via inconsciente e antigas fixações, possibilita que a libido encontre uma saída até a satisfação, ainda que essa satisfação seja restrita e muito distorcida de sua forma original. Freud (1917f/1980) descreve bem essa busca de satisfação em pontos de fixação:

> Os sintomas [...] criam, portanto, um substituto da satisfação frustrada, realizando uma regressão da libido a épocas de desenvolvimento anteriores, regressão a que necessariamente se vincula um retorno a estádios anteriores de escolha objetal ou de organização. Descobrimos, há algum tempo, que os neuróticos estão ancorados em algum ponto do seu passado; [...] esse ponto é um período do seu passado, no qual sua libido não se privava de satisfação, no qual eram felizes. Buscam na história de sua vida, até encontrarem um período dessa ordem, ainda que tenham de retroceder tanto, que atinjam a época em que eram bebês de colo — tal como dela se lembram ou a imaginam, a partir de indícios posteriores. De algum modo, o sintoma repete essa forma infantil de satisfação, deformada pela censura que surge no conflito, via de regra transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença.

Portanto, a libido é capaz de retomar objetos e tendências infantis porque eles não foram abandonados em todos os sentidos, sendo ainda mantidos, com alguma intensidade, nas fantasias[26]. As fantasias são satisfações de desejos infantis que foram recalcados e operam no contexto da realidade psíquica[27]. Com a regressão, a libido se satisfaz repetindo uma forma de satisfação infantil, distorcida e misturada aos elementos desencadeantes da doença.

E por que essas fantasias sobreviveram como pontos de fixação depois de todo esse tempo? Elas foram toleradas porque não entravam em conflito com o ego. Mas, com a

---

[26] Para Freud (1917f/1980), "as fantasias possuem realidade psíquica, em contraste com a realidade material, e gradualmente aprendemos a entender que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva".

[27] A realidade psíquica é "aquilo que no psiquismo do sujeito apresenta uma coerência e uma resistência comparáveis às da realidade material; trata-se fundamentalmente do desejo inconsciente e das fantasias conexas" (LAPLANCHE, 2001, p. 426)

regressão da libido, o investimento de energia dessas fantasias é aumentado de tal modo que elas começam a exigir sua satisfação, o que torna um conflito com o ego inevitável, mesmo que esse conflito não seja desejado pelo ego em momento algum. Freud (1917f/1980), quanto a esse ponto, esclarece:

> O objetivo fundamental da atividade mental, que pode ser descrito qualitativamente como um esforço para obter prazer e evitar desprazer quando examinado do ponto de vista econômico, surge como tarefa que consiste em dominar as quantidades de excitação (massa de estímulos) que atuam no aparelho mental e em conter sua acumulação, capaz de gerar desprazer.

Para Freud (1917f/1980), o objetivo fundamental da atividade mental é obter prazer e evitar o desprazer, e o sintoma, ao ser examinado do ponto de vista econômico, surge para controlar as quantidades de excitação e evitar sua acumulação no aparelho mental (que gera o desprazer). As excitações são sempre produzidas; entretanto, algumas são impedidas de atingir seu alvo e empurradas para muitos outros caminhos. O resultado pode se aproximar de uma vida sexual normal (restrita, na maioria das vezes), ou complementada pela doença psiconeurótica.

O conceito de sintoma é fundamental na teoria freudiana, pois foi a partir do sintoma histérico que Freud começou a se debruçar sobre o fenômeno psíquico como não sendo apenas um resultado de transformações orgânicas.

Segundo Birman (2006, p. 57), “foi a psicanálise quem constituiu o campo psicossomático propriamente dito, em decorrência do qual a psicopatologia voltou-se também para a exploração desse novo continente do mal-estar”. Na contemporaneidade, as patologias do corpo e da alimentação têm se mostrado cada vez mais freqüentes, numa sociedade em que o somático surge como emblema de um mal-estar que se utiliza de vias corporais tortuosas para encontrar expressão, tal como na patologia histérica. Assim, “a presença de sintomas corporais em perturbações eminentemente psíquicas, se considerarmos devidamente as suas

formas de produção, destacam-se cada vez mais na contemporaneidade" (BIRMAN, 2006, p. 55).

Quando articulamos corpo, histeria e patologias da alimentação, o que se encontra é um campo fecundo para o estudo psicanalítico e para a busca por propostas de tratamento. Cabe ressaltar que na teoria freudiana há diversas abordagens da questão da alimentação, mas nenhum estudo específico sobre obesidade. É importante destacar que a proposta desse trabalho é tentar, justamente, estabelecer hipóteses teóricas sobre como opera a dinâmica da obesidade segundo o ponto de vista metapsicológico.

Para Jeammet (In URRIBARRI (Org.), 1999), há uma aparente simplicidade nas perturbações alimentares ligada ao caráter estereotipado de sua expressão comportamental, que acaba por esconder sua real complexidade. As perturbações alimentares ocupam uma posição de cruzamento entre a infância e a idade adulta, entre o psíquico e o somático, entre o individual e o social. Essa posição de cruzamento indica uma possível ligação entre essas perturbações e o processo de mudanças, seja em relação à puberdade e à autonomia, seja em relação às mudanças socioculturais, seja em função da impossibilidade de uma expressão puramente psíquica e representacional dessas dificuldades, o que obriga o sujeito a usar o recurso comportamental, a inscrição corporal, para dar vazão às emoções. Dentre as formas de vazão está também a depressão, constantemente presente nessas perturbações como uma comorbidade, e que não só enfatiza uma frustração, mas também uma inveja do corpo e da fome de outrem, que aparentemente é mais feliz e melhor dotado.

Com relação à depressão, é fundamental sublinhar que, segundo Freud (1923c/1980), a depressão se refere a um estado de abatimento, de apatia, em que o indivíduo é incapaz ou não tem disposição de trabalhar adequadamente, com uma inibição em suas atividades cotidianas e temores quanto ao seu futuro. Pode ser acompanhada também de ataques de

angústia e fobias, e pode estar ligada a traumas (depressão periódica), ao luto e ao estado de melancolia (depressão melancólica).

Sobre a depressão na contemporaneidade, Roudinesco (2000) comenta:

> Atingido no corpo e na alma por essa estranha síndrome em que se misturam a tristeza e a apatia, a busca de identidade e o culto de si mesmo, o homem deprimido não acredita mais na validade de nenhuma terapia. No entanto, antes de rejeitar todos os tratamentos, ele busca desesperadamente vencer o vazio de seu desejo. Por isso, passa da psicanálise para a psicofarmacologia e da psicoterapia para a homeopatia, sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade.

Segundo a autora, a depressão, enquanto forma atenuada da antiga melancolia, é a patologia de destaque da contemporaneidade, tal como foi a histeria nos fins do século XIX. E, posto que cada vez mais a neurobiologia encontra dados para comprovar que todos os distúrbios psíquicos estão ligados a uma anomalia genética ou metabólica, os tratamentos medicamentosos proliferam; com isso, "não surpreende, portanto, que a infelicidade que fingimos exorcizar retorne de maneira fulminante no campo das relações sociais e afetivas. [...] A violência da calmaria, às vezes, é mais terrível do que a travessia das tempestades" (ROUDINESCO, 2000, p. 17). Dentro desse contexto, o deprimido busca nas drogas, na religiosidade e "no culto de um corpo perfeito o ideal de uma felicidade impossível" (ROUDINESCO, 2000, p. 19).

Para Urribarri (1999, p. 31, grifo do autor), "além do caráter repetitivo e estereotipado do sintoma, os transtornos das condutas alimentares revelam uma *dinâmica específica das relações e dos investimentos*", pois ao mesmo tempo em que o sintoma tenta esconder algo, ele também revela uma dinâmica psíquica que busca constantemente o equilíbrio entre o latente e o manifesto.

As perturbações alimentares são expressão de um sofrimento do ego, tanto em seu transbordamento e desorganização quanto em suas tentativas de rearranjo. Para Urribarri (1999, p. 36, grifo dou autor) "*deve existir uma analogia entre a relação que estes pacientes*

mantêm com o alimento e seus corpos e suas relações de objeto, assim como suas modalidades de investimento em geral".

A relação com a alimentação, afirma Jeammet (In URRIBARRI (Org.), 1999, p. 37), é "o protótipo do conjunto das relações que são feitas de uma luta ativa contra um desejo de se apropriar daquilo que lhes falta, um desejo de se preencher sem restrição". O alimento representa um substituto objetal, e, portanto, o comer busca evitar uma situação de aniquilação. Ao mesmo tempo, o comer impede o estabelecimento de limites entre o eu e o objeto. A obesidade, quando chega a seu estado mórbido, revela os comportamentos auto-destrutivos do indivíduo, e a morte, a destruição e o aniquilamento surgem sem controle.

Assim, a perturbação alimentar pode ser vista como uma dificuldade e uma busca em estabelecer um limite entre o eu e o objeto. Nessa busca, o alimento substitui a relação objetal, e a busca de sensações no comer se substitui às emoções intoleráveis. Dessa forma, o sujeito tem o comer como seu único recurso para fugir da constante dependência e afirmação da identidade.

Para Salles (2005), sempre há o surgimento da angústia quando se interfere no ato compulsivo do obeso, pois a compulsão a comer, como em qualquer formação de sintomas, tenta evitar o aparecimento da angústia. O corpo do obeso é, assim, um invólucro cheio no qual o indivíduo vive um vazio sem fim. Pode-se entender daí, portanto, que a cirurgia bariátrica é um desencadeador de aflição, pois ela interrompe o ato compulsivo e impede o sujeito de utilizar a comida como tranqüilizador.

Segundo a autora, o obeso é um eterno prisioneiro em sua tentativa de evitar a frustração, colocando um objeto vazio no corpo. Por isso, para tratar da obesidade é preciso possibilitar ao sujeito capturar esse objeto "vazio" da fantasia e ir além desse invólucro de frustração. Em seu artigo, Salles (2005) relata que recebeu uma paciente com 140 kg, dez dias antes de passar pela cirurgia bariátrica. Ela diz que já havia tentado diversos tratamentos ante

de optar pela cirurgia. Entretanto, após a cirurgia a paciente afirma que “a cirurgia traz problemas que os médicos nem imaginam, eles falam nas mudanças, mas não sabem que mudanças são essas. Ser gordo é muito bom, é bom ter comida para nos acalmar” (SALLES, 2005, p. 2). A paciente apresentada descreve que antes ela deixava de fazer muitas coisas com a justificativa de que era gorda. Mas, após a cirurgia, ela percebe que esse argumento era, na verdade, um escudo que a protegia de se submeter ao que não queria. E, “na medida em que emagrece, sente o peso da vida cair sobre si” (SALLES, 2005, p. 2). Frente ao sofrimento latente, pulsante, muitos obesos encontram como solução equivalente outra satisfação oral ligada à alimentação: bebidas alcoólicas, leite condensado, etc.

Essa paciente descrita sempre foi gorda. Desde criança, sua mãe a entupia de comida. Ela era a filha mais velha do segundo casamento de seu pai. Ele não queria mais filhos, e dizia à filha que o casamento dele havia acabado no momento em que a paciente nasceu. Seus pais se separaram depois de cinco anos, e ele dizia aos filhos que quem ficasse com ele teria tudo, e quem ficasse com a mãe não teria nada: ela optou pelo nada e pela mãe. Continuou encontrando seu pai nas festas de fim de ano, mas sempre ficava sozinha. E se considerava um monstro, como seu próprio pai a chamava.

Após um ano de cirurgia e tendo perdido 40 kg, ela não conseguia se olhar no espelho e não conseguia comprar roupas compatíveis com seu corpo atual, e tinha dificuldades em aceitar a magra que começava a surgir, “chegando a dizer que não sabia se queria ser magra” (SALLES, 2005, p. 3). Com o emagrecimento, um de seus vizinhos lhe diz que naquele momento ela parecia uma pessoa normal. Ela se questiona com o que parecia antes de ser normal, e responde: “com o monstro, tal como meu pai me chamava” (SALLES, 2005, p. 3).

Para a paciente, houve um momento de encruzilhada em sua vida: quando era uma adolescente atraente, e seu pai a chamava de prostituta. Sua decisão, frente a tantas agressões, convergiu na solução materna na qual, ao se entupir de comida, seu atrativo feminino foi

escondido, obedecendo o imperativo paterno de ser um monstro. A palavra monstro abre caminho para a fantasia e para o desejo. E, quando a paciente se submeteu à cirurgia, foi como se ela tivesse submetido esse monstro a um outro significado, desistindo de utilizar o monstro para destruir a mulher e recorrendo à mulher como uma nova marca psíquica.

Assim, se a psicanálise se defronta hoje com impasses clínicos oriundos da proliferação de sintomas como a obesidade, significa que a relação entre corpo e formas de subjetivação precisa ser repensada, o que, de certa forma, nos reporta aos primórdios dos estudos freudianos.

No próximo capítulo, serão apresentados o conceito de pulsão e seus destinos, fundamentais para se pensar nas patologias alimentares.

A FOME E O AMOR:

AS PULSÕES E SEUS DESTINOS NA OBESIDADE

Segundo Freud, o curso tomado pelos eventos mentais é regulado pelo princípio de prazer, ou seja, "o curso desses eventos é colocado em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direção tal, que seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, com uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer" (FREUD, 1920/1980). Podemos considerar que a questão do desejo de comer, para além da necessidade biológica de se alimentar, remete-nos ao conceito de pulsão e à busca do prazer para além da satisfação das necessidades físicas.

O conceito de pulsão foi apresentado por Freud pela primeira vez em 1905, com o artigo "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade". Anteriormente, em "Projeto para uma psicologia científica" (1950 [1895]), já havia um discurso freudiano de que no movimento dos organismos há uma descarga total das excitações e um mínimo de energia para garantir a conservação do indivíduo. Nessa perspectiva, Freud estabeleceu a vigência do princípio de constância (segundo o qual o aparelho psíquico tende a manter a quantidade de excitação do organismo tão baixa quanto possível) e de seu correlato, que seria o princípio do prazer (o qual define que o objetivo da atividade psíquica é aumentar o prazer e reduzir o desprazer). Para o autor, o conceito de pulsão atua na correlação entre o somático e o psíquico, sendo que "ela está ligada, para Freud, à noção de 'representante', pela qual ele entende uma espécie de delegação enviada pelo somático ao psíquico" (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 395).

Roudinesco, em "Dicionário de psicanálise" (1998, p. 628), discute a origem do conceito freudiano de pulsão:

> Termo surgido na França em 1625, derivado do latim pulsio, para designar o ato de impulsionar. Empregado por Sigmund Freud a partir de 1905, tornou-se um grande conceito da doutrina psicanalítica, definido como a carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem.

Em seu primeiro artigo dedicado à discussão das pulsões, Freud (1905a/1980) considerou a existência de dois tipos de excitação que se relacionam à zona erógena[28], e que estão baseadas em diferenças de natureza bioquímica: uma das espécies de excitações é descrita como auto-conservadora, e outra é descrita como sendo especificamente sexual. Logo, "as necessidades sexuais dos seres humanos e animais se explica em biologia pela pressuposição de que existe uma 'pulsão sexual', assim como existe a pulsão da nutrição para explicar a fome" (FREUD, 1905a/1980).

Em "As pulsões e os destinos da pulsão" (1915b/1980), Freud define pulsão da seguinte forma:

> Uma pulsão é um conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em conseqüência de sua ligação com o corpo.

Na nota do editor inglês (FREUD, 1915b/1980), afirma-se que a pulsão tem origem nas células do corpo, e que essas células dão lugar a necessidades tais como fome, respiração e sexualidade. Para o autor, a pulsão tem impacto constante sobre a vida do indivíduo, incidindo dentro do organismo como uma necessidade, e cujo alvo é a satisfação.

Nesse artigo, Freud apresenta a pulsão segundo quatro dimensões: pressão (*Drang*), finalidade (*Ziel*), objeto (*Objekt*) e fonte (*Quelle*). Freud (1915b/1980), sobre isso, discute:

> Por pressão [*Drang*] de uma pulsão compreendemos seu fator motor, a quantidade de força ou a medida da exigência de trabalho que ela representa. [...] A finalidade [*Ziel*] de uma pulsão é sempre satisfação, que só pode ser obtida eliminando-se o estado de estimulação na fonte da pulsão. [...] O objeto [*Objekt*] de uma pulsão é a coisa em relação à qual ou através da qual a pulsão é capaz de atingir sua finalidade. [...] Por fonte [*Quelle*] de uma pulsão entendemos o processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, e cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão.

No período em que a criança obtém satisfação pela estimulação da boca, a atividade sexual ainda não se separou da ingestão de alimentos, e, portanto, a satisfação das pulsões

[28] A zona erógena é "qualquer região do revestimento cutâneo-mucoso suscetível de se tornar sede de uma excitação de tipo sexual" (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 533).

sexuais se associa à satisfação das pulsões de auto-conservação. Desde 1905, Freud afirmou que já na amamentação é possível observar a articulação entre as características das pulsões sexuais e as de auto-conservação:

> No chuchar ou sugar com deleite já podemos observar as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo *auto-erótica*, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma *zona erógena*. Antecipemos que essas características são válidas também para a maioria das outras atividades das pulsões sexuais infantis (FREUD, 1905a/1980, grifo do autor).

Essas pulsões se separam só gradativamente, sendo que parte das pulsões sexuais pode permanecer ligada às pulsões de auto-conservação, fornecendo-lhes componentes libidinais que, "no funcionamento normal, escapam à observação com facilidade, só sendo revelados de maneira clara no início da doença" (FREUD, 1915b/1980). Para que uma pulsão faça parte de uma doença, significa que ela foi capaz de se unir a outras pulsões e mudar sua finalidade[29], de modo a proteger a psique de um sofrimento maior do que ela seria capaz de suportar (nesse sentido, há uma ponderação entre o prazer obtido e o desprazer evitado).

Em Freud (1915c/1980), o conceito de pulsão surge para superar a dicotomia entre mente e corpo. A pulsão se apresenta, portanto, como "o representante psíquico das excitações que se originam no interior do corpo e chegam ao psíquico como uma medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em conseqüência de sua ligação com o corporal" (FREUD, 1915c/1980).

O corpo se torna lugar da emergência da pulsão parcial, sendo satisfeito pelo objeto correspondente. Sobre as pulsões parciais, Laplanche e Pontalis (2001, p. 402) comentam:

> O termo "parcial" não significa só que as pulsões parciais são espécies que pertencem à classe da pulsão sexual na sua generalidade; deve ser sobretudo tomado num sentido genético e estrutural: as pulsões parciais funcionam primeiro independentemente e tendem a unir-se nas diversas organizações libidinais.

[29] Alguns fins mais freqüentes são a sublimação, o recalque, a reversão ao oposto (como a passagem da atividade para a passividade, por exemplo) e o retorno em direção ao ego do indivíduo (FREUD, 1915b/1980).

Desde “Três ensaios...” (1905a/1980), Freud introduz a noção de pulsão parcial como parte da pulsão sexual. O que o guiou nessa diferenciação, afirmam Laplanche e Pontalis (2001), foi a preocupação de discernir componentes da pulsão sexual que poderiam estar ligados a uma zona erógena determinada, ou a uma meta específica.

Posteriormente, em “Além do princípio do prazer”, Freud (1920/1980) manteve a idéia da existência de dois tipos de pulsões. Entretanto, houve uma mudança conceitual, pois se antes as pulsões eram concebidas como pulsões de auto-conservação e pulsões sexuais, agora surgem pontos de questionamento que impedem essa diferenciação, pois poderia haver um mesmo tipo de libido destinada tanto a pulsões de auto-conservação quanto a pulsões sexuais, como é o caso da libido narcísica. Foi, assim, construído o conceito de dualismo entre pulsão de vida e pulsão de morte, trabalhado também nos textos que se seguiram[30]. Frente a essa nova diferenciação, Freud (1920/1980) ordenou suas classes de pulsões:

> Lidando não com a substância viva, mas com as forças que nela operam, fomos levados a distinguir duas espécies de pulsões: aquelas que procuram conduzir o que é vivo à morte, e as outras, as pulsões sexuais, que estão perpetuamente tentando e conseguindo uma renovação da vida.

Com a introdução da pulsão de morte, houve uma transformação da primeira teoria das pulsões, o que fez Freud (1923a/1980) redefinir o dualismo pulsional em duas novas classes:

> [*Eros* ou de vida] abrange não apenas a pulsão sexual desinibida propriamente dita e as pulsões de natureza inibida quanto ao objetivo ou sublimada que dele derivam, mas também a pulsão de auto-conservação; [e *Thanatos* ou de morte], cuja tarefa é conduzir a vida orgânica de volta ao estado inanimado.

A pulsão de morte se articula ao princípio do Nirvana, assim definido por Freud (1920/1980): “a tendência dominante da vida mental e, talvez, da vida nervosa em geral, é o esforço para reduzir, para manter constante ou para remover a tensão interna devida aos estímulos”. Cabe ressaltar que o princípio do Nirvana é derivado do princípio de constância: os dois enfatizam uma busca para reduzir e manter constante a quantidade de excitação

[30] “O ego e o id” (1923a) e “O mal-estar na civilização” (1930 [1929]).

presente no organismo. A diferença entre ambos é que no princípio de constância, “o aparelho psíquico tende a manter a nível [...] tão constante quanto possível a quantidade de excitação que contém” (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 355). Assim, o princípio de constância está ligado ao princípio do prazer numa perspectiva econômica, na qual o prazer está associado à diminuição da tensão. Para Freud, enfatizam Laplanche e Pontalis (2001), o princípio de constância pode ser entendido no sentido de uma auto-regulação, uma busca pelo nível ótimo de excitação. Já o princípio do Nirvana representa no aparelho psíquico “o propósito de reduzir a nada ou, pelo menos, de manter tão baixas quanto possível as somas de excitação que fluem sobre ele” (FREUD, 1924a/1980). Afirmam Laplanche e Pontalis (2001, p. 364): “nesta medida, o ‘princípio do Nirvana’ designa algo diferente de uma lei de constância ou de homeostase: a tendência radical para levar a excitação ao nível zero”

Assim, nesse novo dualismo, ambas as pulsões podem ser colocadas a serviço de Eros, e podem se expressar de diversas maneiras:

> As pulsões de morte podem se tratadas de diversas maneiras: em parte são tornados inócuos por sua fusão com componentes eróticos; em parte são desviadas para o mundo externo sob a forma de agressividade, enquanto que em grande parte continuam, sem dúvida, seu trabalho interno sem estorvo (FREUD, 1923a/1980).

Aqui, o conceito de compulsão à repetição foi fundamental para apoiar a tese freudiana de um novo dualismo pulsional. Desde a origem, afirmam Laplanche e Pontalis (2001), a psicanálise se viu confrontada com fenômenos de repetição. Entretanto, ao colocar em primeiro plano a noção de compulsão à repetição, em “Além do princípio do prazer” (1920/1980), Freud “reagrupa um certo número de fatos de repetição já descobertos e isola outros em que a repetição se apresenta no primeiro plano do quadro clínico” (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 84). Segundo os autores, muitas experiências aparentemente tidas como desagradáveis eram repetidas, e isso reforçou, para Freud, a idéia de que os motivos da compulsão à repetição obedecessem ao princípio do prazer. Roudinesco (1998, p. 631) comenta sobre a compulsão à repetição:

> De origem inconsciente e, portanto, difícil de controlar, essa compulsão leva o sujeito a se colocar repetitivamente em situações dolorosas, réplicas de experiências antigas. Mesmo que não se possa eliminar qualquer vestígio de satisfação libidinal desse processo, o que contribui para torná-lo difícil de observar em estado puro, o simples princípio do prazer não pode explicá-lo.

Nessa reorganização conceitual, surge uma diferenciação entre a pressão exercida pelas pulsões do ego[31] e pelas pulsões sexuais:

> É apenas quanto ao primeiro grupo de pulsões que podemos afirmar que possuem caráter conservador, ou melhor, retrógrado, correspondente a uma compulsão à repetição, porque, em nossa hipótese, as pulsões do ego se originam da animação da matéria inanimada e procuram restaurar o estado inanimado, ao passo que, quanto às pulsões sexuais, embora seja verdade que reproduzem estados primitivos do organismo, aquilo a que claramente visam, por todos os meios possíveis, é à coalescência de duas células germinais que são diferenciadas de maneira particular (FREUD, 1920/1980).

Assim, na pulsão de morte, há um movimento regressivo de retorno a um estado anterior que se confronta constantemente com as exigências do mundo externo.

Freud considera, desde seu trabalho com as histéricas, que as idéias são fortemente influenciadas pelo princípio do prazer, e essa proposição encontra expressão na hipótese de que o aparelho mental se esforça por manter sua quantidade de excitação tão baixa quanto possível, ou, pelo menos, constante. Partindo dessa última afirmação, Freud (1920/1980) avalia:

> Se o trabalho do aparelho mental se dirige no sentido de manter baixa a quantidade de excitação, então qualquer coisa que seja calculada para aumentar essa quantidade está destinada a ser sentida como adversa ao funcionamento do aparelho, ou seja, como desagradável.

Entretanto, é incorreto dizer que o princípio do prazer domina o curso dos processos mentais, pois se essa dominação existisse, a maioria de nossos pensamentos teria que ser acompanhada pelo prazer ou conduzir a ele. O autor conclui:

> O máximo que se pode dizer, portanto, é que existe na mente uma forte *tendência* no sentido do princípio de prazer, embora essa tendência seja contrariada por certas outras forças ou circunstâncias, de maneira que o resultado final talvez nem sempre se mostre em harmonia com a tendência no sentido do prazer (FREUD, 1920/1980, grifo do autor).

---

[31] Pulsões do ego enquanto uma pulsão de conservação de si mesmo, já que o ego "como instância é a agência psíquica a que está entregue a conservação do indivíduo" (LAPLANCHE, 2001, p. 417).

Portanto, ainda que o princípio do prazer domine o curso das idéias, o que se tem é uma análise interna sobre aquilo que trará mais prazer ou menos desprazer. No processo de recalque, por exemplo, quando surge alguma experiência que causa desprazer, seu conteúdo é reprimido e separado do afeto correspondente, de forma a evitar o desprazer que seria produzido por aquele conteúdo. Quando há uma tentativa de retorno do reprimido, esse pode surgir na forma de uma compulsão à repetição.

Segundo Freud (1920/1980), a compulsão se relaciona ao retorno desse reprimido porque nela há uma repetição ativa que rememora experiências do passado, e que pode ser característica e permanente. Essa repetição, que é a re-experiência de algo, é em si mesma uma *fonte* de prazer.

Freud (1920/1980) afirma: "A compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para pulsões que desde então foram reprimidas". No começo de nossas vidas, muitas situações percebidas como desagradáveis foram vividas de maneira passiva, e, posteriormente, o indivíduo poderia repetir aquela situação de angústia na busca por uma resolução do conflito, ao assumir um papel ativo. E, ao mesmo tempo em que repete, o indivíduo retira um prazer daquela situação. Portanto, surge a possibilidade de existência de duas pulsões, ambas prazerosas, mas com destinos diferentes: uma em direção à conservação da vida, e outra no sentido da morte, morte essa entendida como a ausência de tensão.

Subvertendo a lógica do prazer, Freud tenta explicar os impasses clínicos que surgiram a partir do fato de que o desprazer poderia ser vivido em alguns momentos como um prazer. Com isso, Freud introduz, em seu artigo "O problema econômico do masoquismo" (1924a/1980) o conceito de masoquismo erógeno, no qual haveria uma relação entre o princípio do prazer com a pulsão de vida e a pulsão de morte.

Nesse artigo, Freud (1924a/1980) questiona como uma pulsão de morte pode derivar de uma pulsão de auto-conservação, pois se os processos mentais são governados pelo princípio de prazer de modo tal que o primeiro objetivo é a evitação do desprazer e a obtenção de prazer, o caminhar em direção à morte é incompreensível. Freud (1924a/1980) explica:

> Todo desprazer deve assim coincidir com uma elevação e todo prazer com um rebaixamento da tensão mental devida ao estímulo; o princípio de Nirvana (e o princípio de prazer, que lhe é supostamente idêntico) estaria inteiramente a serviço das pulsões de morte, cujo objetivo é conduzir a inquietação da vida para a estabilidade do estado inorgânico, e teria a função de fornecer advertências contra as exigências das pulsões de vida — a libido — que tentam perturbar o curso pretendido da vida. Tal visão, porém, não pode ser correta. Parece que na série de sensações de tensão temos um sentido imediato do aumento e diminuição das quantidades de estímulo, e não se pode duvidar que há tensões prazerosas e relaxamentos desprazerosos de tensão.

Isso obrigou Freud a concluir que há um fator qualitativo além do fator quantitativo na dinâmica do prazer. No começo da vida mental, a luta pelo prazer era muito mais intensa que mais tarde, mas não tão irrestrita: passava por constantes interrupções. Depois, o domínio sobre como obter prazer se tornou muito mais fácil e seguro, mas o princípio do prazer ainda continuava sendo influenciado pelos resquícios do passado, por traumas ocorridos num período em que o ego estava frágil e desprotegido. E o comer, enquanto necessidade e desejo, assumiu um vínculo ímpar com a dinâmica pulsional.

Como pensar a relação com o comer, frente a modalidades de pulsão que não se excluem, mas se complementam?

Laplanche, ao retomar a primeira classe de pulsões, afirma (1985, p. 17): “é a sexualidade que representa o modelo de toda a pulsão e é, provavelmente, a única pulsão propriamente dita”. Para o autor, a oralidade implica ao mesmo tempo um modo de *relação*, que é uma incorporação**,** e um tipo de *objeto*, que é justamente suscetível de ser engolido e incorporado, tal como o seio materno. Assim, a pulsão sexual se apóia numa função não sexual ou numa “função corporal essencial à vida” (LAPLANCHE, 1985, p. 24), que primeiramente trata-se da fome e da função alimentar. Nos bebês, a pulsão sexual se apóia na

função de auto-conservação pela amamentação, na qual primeiro vem o sugar com o objetivo de alimentar e sobreviver, e em seguida surge o sugar com *finalidade* erótica, com excitação dos lábios e da língua pelo mamilo e pelo fluxo de leite morno.

É a atividade inicial de sucção do leite materno que familiariza a criança com o prazer, pois a satisfação da zona erógena está intimamente ligada à satisfação da necessidade alimentar.

A criança sugando seio materno torna-se o protótipo de toda relação amorosa posterior, e possivelmente o comer como busca de satisfação também pode ser encarado como a busca de reencontrar o *objeto* original provedor de prazer, o que significa, segundo Laplanche (1985), que o objeto a ser encontrado não é o objeto perdido, mas seu substituto por deslocamento.

Para Freud, afirma Laplanche (1985), a incorporação generaliza a ingestão em toda uma série de relações possíveis: não se trata mais somente da ingestão alimentar, mas da incorporação por meio de outros orifícios corporais, como a pele e os olhos.

A circulação da libido permite tanto seu deslocamento quanto seu retorno auto-erótico para processos de auto-conservação. Aqui aparecem duas faces de um mesmo processo: a interiorização auto-erótica e a constituição de um "corpo estranho interno" que é fonte contínua da pulsão sexual. Logo, há uma ordem vital assinalada pela ordem sexual, marcada e apoiada pela fome e pelo amor:

> Por que é necessário que se force freqüentemente as crianças a comer; por que é necessário propor-lhes "uma colher para o papai, uma colher para a mamãe", isto é, uma colher pelo amor do papai, uma colher pelo amor da mamãe, se não é pelo fato de que o apetite é sustentado e substituído, na criança, pelo amor? A prova em *contrário* reside na anorexia mental, em que a perturbação de ordem sexual induz diretamente a uma perturbação de auto-conservação, isto é, da função alimentar (LAPLANCHE, 1985, p. 54-5, grifo do autor).

Assim, há um dualismo das forças vitais: de um lado está o amor, e do outro lado está a fome, ou seja, de um lado está a sexualidade, e do outro está a auto-conservação. O sujeito

busca um equilíbrio dessas duas forças, de forma que a sexualidade não destrua o sujeito, nem que a auto-conservação destrua o desejo do indivíduo de viver e ter prazer.

Assim como explica Mezan (1980), o conceito de pulsão se apóia sobre as grandes necessidades biológicas como a nutrição e a excreção como necessidades de auto-conservação, cujo protótipo da primeira é dado pelo fenômeno da fome. Mas o conceito de sexualidade freudiana não envolve qualquer limitação a um órgão ou conjunto de órgãos, pois qualquer parte do corpo pode se tornar uma zona erógena. Assim, "a boca serve tanto para comer quanto para beijar" (MEZAN, 1980, p. 156).

A indiferenciação inicial entre os dois gêneros de pulsões, imbricadas entre si no ato de mamar, vai aos poucos sendo substituída por uma diferenciação fundamental. As duas pulsões são, portanto, idênticas quanto à sua natureza, mas com origens diferentes: como explica Mezan (1980, p. 158, grifo do autor): "o que constitui a especificidade de cada uma delas é a relação com a acessibilidade do *objeto*, mediada num caso pela realidade exterior e no outro pelo corpo próprio".

Assim, o tema da pulsão em Freud surgiu da necessidade de se definir como o registro da qualidade se constitui a partir do registro da quantidade, ou seja, como se constitui a produção de representações no aparelho psíquico, considerando-se o primado econômico na metapsicologia (BIRMAN, 1997). Para Freud, enfatiza Birman (1997, p. 63, grifo do autor), "a pulsão é uma força (*Drang*), antes de mais nada, que precisa ser submetida a um trabalho de ligação e de simbolização para que possa se inscrever no psiquismo propriamente dito". Mas, para que haja essa inscrição, é necessário que a força da pulsão se transforme num circuito pulsional, de forma que se introduzam formas de mediação que evitem a descarga imediata. Essas formas de mediação surgem do outro, que oferece um campo onde é possível encontrar a satisfação.

Essa ambigüidade entre a força pulsional e a representação marca uma descontinuidade entre os registros quantitativo e qualitativo, que é, para Birman (1997), correlato da relação entre o caos e a ordem. O caos viria de um indeterminismo, de onde viria, posteriormente, a ordem do psiquismo. Assim: "A ordem psíquica seria articulada nos diferentes registros do *objeto*, da representação e da alteridade, tendo na oposição prazer / desprazer e nos processos de simbolização os seus eixos fundamentais de regulação" (BIRMAN, 1997, p. 64, grifo do autor).

Com a segunda tópica e a conceituação de uma pulsão de vida e uma de morte, o sujeito fica à mercê de instâncias que limitam sua capacidade de se livrar do próprio destino, determinado pelos desejos do próprio sujeito. E o sentimento de impotência frente ao próprio destino cria um mal-estar.

Para o autor, o mal-estar é a matéria-prima necessária para a produção de sofrimento. E, num mundo conturbado onde os recursos individuais estão sempre aquém da rapidez dos acontecimentos, esse sofrimento fica presente no cotidiano do indivíduo, o qual busca recursos para aliviar esse sofrimento, como comer em excesso, trabalhar em excesso, uso de drogas, etc. E o resultado disso é *"a homogeneização das subjetividades, o silenciamento das diferenças"* (BIRMAN, 1997, p. 72, grifo nosso). Por fim, Birman (1997, p. 86, grifo do autor) conclui:

> Portanto, para que exista alguma possibilidade para o sujeito face ao desamparo, é necessário que o sujeito invente um *estilo de existência*, de maneira a dar um lugar para a singularidade do seu desejo.

Pensando nesse estilo de existência, é possível pensar no destino da pulsão pela sublimação. Laplanche e Pontalis (2001, p. 493) explicam que a sublimação "corresponde a certos tipos de atividades alimentadas por um desejo que não visa, de forma manifesta, um objetivo sexual". Freud (1908a/1980, grifo do autor), sobre isso, comenta:

> A pulsão coloca à disposição da atividade civilizada uma extraordinária quantidade de energia, em virtude de uma singular e marcante característica: sua capacidade de deslocar seus objetivos sem restringir consideravelmente a sua intensidade. A essa capacidade de trocar seu objetivo sexual original por outro, não mais sexual, mas psiquicamente relacionado com o primeiro, chama-se capacidade de *sublimação*.

O discurso freudiano realiza uma leitura metapsicológica das formações de cultura, onde o que se discute é a existência e o funcionamento do *sujeito* na sociedade. E a sublimação, nesse contexto, surge como a manutenção do *objeto* da pulsão, onde existe a transformação do alvo da pulsão.

A questão do desamparo só se torna possível quando abordamos a segunda teoria das pulsões, com a presença da pulsão de morte como um facilitador para o aparecimento do desamparo. Freud (1926a [1925]/1980) define o desamparo na vida do indivíduo conforme apresentado abaixo:

> 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 resistir 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 (FREUD, 1926a [1925]/1980).

Com relação à questão da angústia, cabe aqui um breve esclarecimento: podemos observar, segundo Green (1982), três momentos na produção teórica freudiana relativa à angústia.

O primeiro, presente entre 1893 e 1895, gira em torno da neurose de angústia e das suas relações com a vida sexual. A idéia principal, aqui, é que a angústia não deve ser buscada na esfera psíquica, mas na esfera física. Logo, “em lugar de se transformar em (...) uma tensão psicossexual, a tensão física se transforma em angústia” (GREEN, 1982, p. 74). O autor compara a dinâmica da angústia à histeria de conversão, enfatizando que na primeira há a

passagem do físico sexual para o somático, enquanto que na segunda há a passagem do psíquico sexual para o somático.

O segundo, de 1909 a 1917, discute as relações entre a angústia e a libido recalcada. Nesse momento, a pesquisa freudiana se centra nas relações entre o afeto e o representante-representação da pulsão, e no destino e transformação desses afetos. Conforme as afirmações de Green (1982), à medida que Freud avança em seus estudos sobre a sexualidade infantil, ele percebe a relação entre a angústia e o recalque. Com isso, ele conclui que "embora a angústia responda a uma aspiração libidinal recalcada ela não é essa própria aspiração; o recalque é causa de sua transformação em angústia" (GREEN, 1982, p. 76).

O terceiro momento, por sua vez, entre 1926 e 1932, destaca as relações de angústia com o aparelho psíquico. Aqui, Freud reformula suas hipóteses sobre a angústia, listadas por Green (1982):

(1) o ego passa a ser interpretado como a única sede da angústia, ou seja, "só o ego pode sentir angústia" (GREEN, 1982, p. 80);

(2) o sinal de angústia pode suscitar somente no ego uma reação ativa ou passiva;

(3) substitui-se a hipótese de que o recalque produz a angústia, para a idéia de que a angústia produz o recalque;

(4) a angústia passa a ser compreendida como a evocação de uma situação de perigo antiga, em função de uma exigência pulsional nova;

(5) a energia da exigência pulsional pode sofrer diversos destinos;

(6) o ego, em sua relação com o id, está, por um lado, sob a dependência do último, e por outro, mostra-se menos impotente do que parece, pois é apto a usar o recalque para desencadear o sinal de angústia;

(7) a angústia neurótica passa a ser vista como causada pelo aparecimento de uma grande carga de tensão, cuja descarga é impossível;

(8) a evolução libidinal demonstra que a percepção de perigo muda ao longo do desenvolvimento;

(9) a angústia, aqui, é compreendida como dependente do recalque originário e do recalque posterior;

(10) o sinal de angústia e a expressão de uma situação traumática correspondem ao papel desempenhado pelas instâncias id, ego e superego.

Em "Inibições, sintomas e angústia" (1926a/1980), Freud correlaciona de modo mais sistemático a questão da angústia com o comer e as patologias alimentares:

> A função da nutrição é, com a maior freqüência, perturbada por uma falta de inclinação para comer, acarretada por uma retirada da libido. Um aumento do desejo de comer também não constitui coisa incomum. A compulsão para comer é atribuída ao medo de morrer de fome, mas isto é um assunto pouco estudado. O sintoma de vômitos é conhecido por nós como uma defesa histérica contra o comer. A recusa de comer devido à angústia é concomitante de estados psicóticos (delírios de ser envenenado).

Segundo Delouya (1998, p. 5), "O afeto e os estados depressivos encontram-se atrelados a uma situação originária, determinante do espaço psíquico e da condição de possibilidade da representação". Logo, podemos considerar que a depressão, frequentemente presente em pessoas obesas, está ligada à situação de desamparo.

Conforme afirma Freud (1924/1980), dentro do desamparo há um masoquismo circulante, e, nesse caso, o conceito de masoquismo circulante será fundamental para se compreender a obesidade.

Freud apresenta o tema do masoquismo em diversos artigos, tais como "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905), "As pulsões e os destinos da pulsão" (1915), e "Uma criança é espancada" (1919). Nesses artigos anteriores, o masoquismo é apresentado como uma derivação de um sadismo anterior, mas não se reconhece um masoquismo primário. Em "Além do princípio do prazer" (1920), com a introdução da pulsão de morte, surge a hipótese de um masoquismo primário, hipótese essa que se confirma com o artigo de 1924 ("O problema econômico do masoquismo"), no qual a existência de um masoquismo primário é

explicada com base na fusão e desfusão de duas classes de pulsões, e a natureza aparentemente contraditória de uma pulsão que visa o desprazer é tratada a partir da distinção feita entre o princípio de constância e o princípio de prazer.

Na posição masoquista, o sujeito se agarra ao outro, oferecendo a esse outro o próprio corpo, que servirá de *objeto* de prazer. Dessa forma, ele evita, a todo custo, a tragicidade da experiência de desamparo. A solidão contida no desamparo é insuportável para tal indivíduo, de forma que ele prefere se agarrar ao outro a suportar a própria angústia. Assim, o que caracteriza o masoquismo não é o desejo de ser humilhado ou de sentir dor, pois ambos os desejos surgem de maneira secundária, e são derivações da impossibilidade de suportar o desamparo. O masoquismo é o oposto da angústia, ele é a contrapartida mais rigorosa, pois o sujeito prefere a posição masoquista para que a angústia seja afastada. Assim, o masoquismo evidencia a repulsa do sujeito ao desamparo, submetendo-se ao outro para evitar a dor e a solidão. Mas, ao mesmo tempo em que a dor traz sofrimento, é acompanhada também pelo prazer. Freud (1915b/1980), sobre o prazer ligado à dor, comenta:

> Temos todos os motivos para acreditar que as sensações de dor, assim como outras sensações desagradáveis, beiram a excitação sexual e produzem uma condição agradável, em nome da qual o sujeito, inclusive, experimentará de boa vontade o desprazer da dor. Uma vez que sentir dor se transforme numa finalidade masoquista, a finalidade sádica de *causar* dor também pode surgir, retrogressivamente, pois, enquanto essas dores estão sendo infligidas a outras pessoas, são fruídas masoquisticamente pelo sujeito através da identificação dele com o sujeito sofredor. Em ambos os casos, naturalmente, não é a dor em si que é fruída, mas a excitação sexual concomitante (grifo do autor).

Assim, a passagem do sadismo ao masoquismo ocorre por um duplo movimento que coincide: por um lado, há a inversão do contrário, que é a passagem da atividade à passividade ou da passividade à atividade, e o retorno sobre a própria pessoa. Ou seja, “existe uma passagem da posição ativa – eu faço sofrer o outro – para uma posição passiva ou, em todo caso, uma posição média – eu me faço sofrer – por auto-punição” (FREUD, 1915b/1980).

Para Birman (1997), a cultura é o outro do sujeito, e sem ela é impossível pensar em qualquer possibilidade de constituição do mesmo. Ao mesmo tempo, essa relação entre sujeito e cultura é constantemente permeada pelo mal-estar e pelo conflito de interesses. Assim, conclui-se que "o sujeito do inconsciente é uma produção simbólica e desejante que se delineia entre os pólos da pulsão e da cultura" (BIRMAN, 1997, p. 10).

Há diferentes registros do corpo que são provenientes de diferentes níveis de organização da subjetividade. O enredamento entre corpo e sujeito se dá de forma a criar diferentes níveis de organização do ser, impossíveis de serem separadas daquele corpo. Vida e morte estão ligadas a esse corpo: de acordo com Birman (2003, p. 88, grifo do autor): "os registros da finitude, do desamparo e da incerteza remetem à mortalidade do sujeito. Esses atributos remetem à *corporeidade* do sujeito, isto é, ao fato de que este é encorpado e incorporado". Freud buscou a superação dos registros da linguagem e do corpo pela mediação de uma teoria dos afetos. Dessa forma, "o sujeito seria corpo e pensamento, marcado então pelo destino das pulsões. Portanto, se inscreveria imediatamente no registro da ação, sem que essa se contrapusesse ao da reflexão" (BIRMAN, 2003, p. 93).

Quando pensamos em corpo na atualidade, rapidamente nos remetemos à discrepância entre o corpo do obeso e o protótipo de corpo considerado ideal. Sobre a questão da beleza, Freud (1930/1980) afirma:

> A felicidade na vida é predominantemente buscada na fruição da beleza, onde quer que esta se apresente a nossos sentidos e a nosso julgamento [...]. A atitude estética em relação ao objetivo da vida oferece muito pouca proteção contra a ameaça do sofrimento, embora possa compensá-lo bastante. A fruição da beleza dispõe de uma qualidade peculiar de sentimento, tenuemente intoxicante. A beleza não conta com um emprego evidente; tampouco existe claramente qualquer necessidade cultural sua. Apesar disso, a civilização não pode dispensá-la.

A vivência do ser humano numa cultura de narcisismo implica num constante fracasso do indivíduo e na estetização de sua existência. A trilha de seu desejo nem sempre segue a mesma trilha daquilo que é definido como ideal pelo mundo da *performance*. Quando uma

trilha é recusada pela sociedade, o indivíduo tem a opção de buscar outras trilhas ou ficar à margem; quando a trilha não é recusada pela sociedade, o indivíduo passa a desfrutar desse prazer, mesmo que à custa de sua própria saúde, como ocorre possivelmente com a obesidade, que apesar de trazer danos visíveis à saúde do indivíduo, é considerada uma estratégia aceitável. Assim, frente a uma situação de angústia gerada pela necessidade de satisfazer o desejo, o sujeito submerge numa situação masoquista que pode custar até mesmo sua própria vida.

Birman (2003, p. 246, grifo do autor) conclui: "a existência do sujeito se constitui pelo eixo da estetização. É a *estetização da existência* que toma volume como *estilo* existencial do sujeito". Essa estetização atinge as fronteiras dos espaços públicos e privados, criando uma trilha entre ambos no espaço psíquico.

Assim, o sujeito do inconsciente oscila constantemente entre os pólos narcísico e da alteridade, e, nessa oscilação, o desejo só é possível se o sujeito se encontra no segundo pólo. Nessa condição, o outro deve se apresentar como algo sedutor e atraente, capaz de despertar o desejo do sujeito. Caso contrário, "o desejo se apresenta como da ordem do impossível, e ao sujeito resta tão-somente a utilização voraz do corpo do outro para afirmar de maneira predatória seu autocentramento" (BIRMAN, 2003, p. 297). Apreender canibalisticamente o corpo do outro, apropriar-se do corpo do outro auxilia o sujeito a anular as noções de alteridade e reconhecimento da diferença que surgem nesse universo da estetização da existência. Mais do que se servir do corpo do outro, resta ao sujeito a possibilidade de gozar continuamente para sobreviver, à custa da própria carne, do próprio corpo como um todo.

Segundo Nogueira e Gromann (2005), observa-se que a questão da voracidade no obeso está ligada ao desejo de preencher uma privação afetiva com alimento, como se o alimento aliviasse a tensão e apaziguasse o medo de não suportar a frustração. Assim, a

obesidade é “um problema vivenciado como uma infelicidade engolida e não verbalizada” (NOGUEIRA E GROMANN, 2005, p. 75).

A escolha pela comida como objeto de alívio pode se dar porque inicialmente aprendemos a lidar com situações estressantes usando o próprio corpo e a alimentação, e muitas vezes continuamos a usar essa dinâmica quando nos deparamos com situações nas quais outros recursos falham, como ocorre nas patologias alimentares. Recorrer ao próprio corpo é, assim, retomar um objeto narcísico e recorrer a formas primárias de satisfação (NOGUEIRA E GROMANN, 2005).

Para Varela (2006), o corpo obeso é um corpo marcado pelo excesso de comida e pelo vazio afetivo, inchado no prazer e no desprazer, e movido pela fome. Aqui, a fome é uma necessidade humana de regular o balanço energético e garantir seu desenvolvimento. Entretanto, mesmo depois de supridas as carências nutritivas, o ser humano obeso continua comendo, como se houvesse uma falha entre o sinal corporal de se sentir repleto de comida e o sinal psíquico correspondente. Para a autora, essa falha está diretamente ligada à falha de simbolização de um sofrimento que encontrou como válvula de escape a satisfação no comer.

Essa falha de simbolização remete à situação do bebê, no qual as excitações oriundas de urgências somáticas e do contato com o mundo externo invadem seu precário aparelho psíquico e não encontram possibilidade de escoamento pela via das representações, pois o aparelho psíquico desse bebê ainda está sendo formado. Então, essas excitações retornam e encontram uma possibilidade de descarga pela via do somático, sobrecarregando-o.

Dependendo da intensidade das excitações, da via de liberação dessas excitações, da eficiência dessa liberação e do significado que a figura materna tem sobre a formação da psique, as experiências são significadas de forma a criar um elo entre a satisfação pulsional e o objeto provedor de prazer, como a comida.

Nos obesos, afirma Varela (2006), os desejos, satisfações e insatisfações aparecem pela via do corpo, e do encher esse corpo. Com isso, há um empobrecimento das associações e da compreensão dos sentimentos, que prende o obeso no concreto tão somente. Essa satisfação pelo concreto permite ao obeso erotizar a si mesmo por meio da satisfação de uma forma de prazer já experimentada, em que não é a fome pela falta de nutrientes que está em jogo.

Com a experiência de perda do seio, o bebê tem a percepção de ausência materna, e busca formas de simbolização para conter o sofrimento vinculado à perda. O obeso, nessa dinâmica, come para preencher o sentimento de vazio e para não dar espaço para a simbolização desse sofrimento. Entretanto, à medida que a pessoa engorda, seu próprio corpo se torna a marca de um vazio que não consegue passar despercebido pela própria dimensão corporal.

Assim, na obesidade está em jogo a questão do corpo, enquanto invólucro determinante dos limites e da expressão do sofrimento. A fome do obeso é pulsional, e, portanto, a compreensão dessa patologia só é possível quando articulamos corpo e desejo enquanto fatores determinantes para a inscrição da fome num circuito não só de prazer, mas também como além desse prazer.

No próximo capítulo, serão apresentadas as questões relativas ao narcisismo e ao ideal de beleza estabelecido na contemporaneidade, elementos-chave para o entendimento da dinâmica da obesidade.

CORPO E NARCISISMO:

O PRAZER E A BELEZA NA ATUALIDADE

A relação de idealização que se estabelece com a comida e com o corpo magro, enquanto objetos de desejo, é uma relação narcísica, que, como assinala Freud (1914/1980), se refere à "atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo [ou outro objeto] da mesma forma pela qual o corpo de um objeto sexual é comumente tratado".

Houve uma transição até que o narcisismo se tornasse um conceito-chave na teoria freudiana. Em 1898, Havelock Ellis utiliza o mito de Narciso para discutir sobre as mulheres que se cativavam pela própria imagem refletida; Paul Näcke, em 1899, introduz o termo narcisismo pela primeira vez no campo da psiquiatria, designando-o como um estado de amor por si mesmo, que caracterizaria uma nova categoria de perversão (NASIO, 1989, p. 47). Nessa mesma época, Freud estava formulando sua questão sobre a escolha da neurose, mas é somente em 1910 que Freud utiliza esse termo pela primeira vez, para explicar a escolha de objeto nos homossexuais (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 287). Em *Caso Schreber* (1911), Freud classifica o narcisismo como uma fase natural da evolução sexual, e em 1914 ele introduz o termo por meio de um estudo específico (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 287).

Nesse estudo, Freud (1911/1980) apresenta a concepção de um narcisismo primário; conforme as palavras de Laplanche e Pontalis (2001, p. 290), "o narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda a sua libido em si mesma". Posteriormente haverá um afastamento desse narcisismo primário, e a libido será direcionada a objetos externos. No entanto, poderá surgir um narcisismo oriundo de investimentos objetais, que foram retirados do próprio objeto e redirecionados ao ego. Assim, "o narcisismo secundário

designa um retorno ao ego da libido retirada dos seus investimentos objetais" (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 290).

Enquanto no narcisismo primário não há uma unidade comparável ao ego, e, portanto, as pulsões parciais procuram satisfação no próprio corpo, no narcisismo secundário o ego já se constituiu, e, portanto, há dois movimentos da libido[32]: o primeiro em direção ao objeto, e o segundo em direção ao próprio ego.

No narcisismo estão em jogo as pulsões de auto-conservação e sexuais. Aqui, o indivíduo se vê numa existência dúplice, com uma pulsão que vive para garantir a sobrevivência, e outra que serve conforme seus próprios desejos. No período em que as pulsões sexuais estão ligadas à satisfação do ego, o bebê vive como ser onipotente, pois tudo que ele deseja é atendido como se ele fosse uma majestade. Essa vivência da onipotência leva o homem a fixar um ideal em si mesmo, o qual condicionará ao recalque, o direcionamento futuro da libido e a própria formação de sintomas[33]. Afirma Freud (FREUD, 1917/1980, grifo do autor):

> Esse ego ideal é agora o alvo do amor de si mesmo (*self-love*) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor. Como acontece sempre que a libido está envolvida, mais uma vez aqui o homem se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação de que outrora desfrutou. Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcisista de sua infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal.

[32] Apesar de já termos apresentado anteriormente o termo, cabe ressaltar que aqui Freud retoma uma diferenciação fundamental entre "libido do ego" e "libido do objeto". Segundo o autor, a relação entre ambos é "o corolário inevitável de uma hipótese original que estabelecia distinção entre as pulsões sexuais e as pulsões do ego" (1914/1980). No entanto, na segunda tópica, em "O ego e o id", as pulsões serão pensadas a partir de "pulsões de vida" e "pulsões de morte" (FREUD, 1923a/1980).

[33] Em sua Conferência XXVI, Freud irá retomar esse assunto, mostrando que as pulsões sexuais são ostensivamente reprimidas e obrigadas a encontrar satisfação por si mesmas, por vias regressivas e indiretas, e que, com isso, elas são capazes de encontrar compensação por haverem sido frustrados em sua inflexibilidade (FREUD, 1917/1980).

O ego real[34] (*Real-Ich*) é avaliado mediante esse ego ideal, o qual é criado pelo próprio indivíduo no decorrer de seu desenvolvimento, com a intenção de restabelecer a auto-satisfação vinculada ao narcisismo infantil primário, mas que, desde então, sofreu muitas perturbações e modificações (FREUD, 1917/1980). Freud (1914/1980) comenta:

> Por causa de seus excessivos investimentos objetais, é empobrecido em seu ego, sendo incapaz de realizar seu ideal do ego. Ele procura então retornar, de seu pródigo dispêndio da libido em objetos, ao narcisismo, escolhendo um ideal sexual segundo o tipo narcisista que possui as excelências que ele não pode atingir.

Apesar de Freud não fazer uma clara diferenciação entre ideal de ego e ego ideal, o ego ideal seria "um ideal narcísico de onipotência forjado a partir do modelo do narcisismo infantil" (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 139), enquanto que o ideal do ego, também analisado no texto de 1914, resulta "da convergência do narcisismo (idealização do ego) e das identificações com os pais, substitutos ou ideais coletivos" (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 222). Na nota do editor inglês, (FREUD, 1914/1980), afirma-se que os conceitos de ideal de ego e do agente auto-observador a ele relacionado constituíram a base do que veio a ser descrito posteriormente como o superego. Assim, o ideal do ego age como um elemento de censura, e faz com que alguns meios de satisfação sejam rejeitados como sendo incompatíveis onde não se formou tal ideal. Logo, um homem, quando não está satisfeito com seu próprio ego, tem a possibilidade de encontrar satisfação no ideal do ego.

O ideal do ego também desvenda um importante panorama para a compreensão da psicologia de grupo. Para o autor, além do seu aspecto individual, esse ideal tem seu aspecto social, pois constitui também "o ideal comum de uma família, uma classe ou uma nação" (FREUD, 1914/1980).

Quando o indivíduo não corresponde à própria expectativa, há um sentimento de inferioridade, tal como nos obesos, em que a percepção de um corpo imperfeito gera um

[34] A concepção de um ego real em contraposição a um ego de prazer surgiu no artigo "Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental", de 1911.

sentimento de culpa e frustração: “o indivíduo sofre por não estar em conformidade com o ideal do ego, na medida em que a expectativa dos outros tornou-se sua própria expectativa” (LAPLANCHE, 1993, p. 332). Essa expectativa não é a do próprio sujeito, mas é uma expectativa interiorizada.

À medida que a formação de um ideal aumenta as exigências do ego, a sublimação se torna uma saída, uma maneira pela qual essas exigências podem ser atendidas sem envolver recalque (FREUD, 1914/1980)[35]. Nas patologias alimentares, podemos analisar o comer como a sublimação de um ideal de corpo e de hábitos inalcançável, fonte de sofrimento para o indivíduo que come com dor e com prazer. Porém, uma não corresponde à outra, pois “um homem que tenha trocado seu narcisismo para abrigar um ideal elevado do ego, nem por isso foi necessariamente bem-sucedido em sublimar suas pulsões libidinais” (FREUD, 1914/1980).

Os fatores ligados ao narcisismo também têm profunda relação com a auto-estima. A auto-estima, para Freud (1914/1980), expressa o tamanho do ego; ela representa tudo aquilo que uma pessoa realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência. Para o autor, “uma parte da auto-estima é primária — o resíduo do narcisismo infantil; outra parte decorre da onipotência que é corroborada pela experiência (a realização do ideal do ego), enquanto uma terceira parte provém da satisfação da libido objetal” (FREUD, 1914/1980). Quando a quantidade de libido atribuída aos objetos é excessiva, o ego se torna empobrecido, sendo incapaz de satisfazer seu ideal de ego. Como as duas primeiras vias deixam de ser satisfeitas, o ego, para evitar a destruição da auto-estima, procura meios de satisfazer parcialmente essas vias, e a maneira que ele encontra é regredindo a um tempo quando a felicidade era plena, dinâmica muito semelhante à formação de sintomas. E, quando a escolha objetal é feita segundo um tipo narcísico, a sexualidade se apóia no objeto da função de auto-

[35] Essa ligação entre narcisismo e sublimação Freud faz também no texto “O ego e o Id” (FREUD, 1923a/1980).

conservação, objeto esse representado pela figura materna, pois “a finalidade e satisfação em uma escolha objetal narcisista consiste em ser amado” (FREUD, 1914/1980).

Ao longo dessa análise podemos perceber que o fator de destaque no desenvolvimento é o ego. De acordo com Bastos (1997), com a tematização do narcisismo na obra freudiana, o ego mudou radicalmente de lugar dentro do aparelho psíquico: “o narcisismo como um amor de si mesmo (um investimento libidinal de si mesmo) passa, necessariamente, no homem, pelo investimento libidinal do ego e este, por sua vez, é inseparável na constituição do ego” (BASTOS, 1997, p. 159). Para Freud, com o narcisismo, “o ego passou a ser não apenas o reservatório da libido, de onde esta flui para os objetos, mas, ele próprio, objeto de investimento libidinal, marcado pelas vicissitudes da libido, no centro da economia pulsional” (BASTOS, 1997, p. 159).

Com a 2ª tópica, o ego sofre uma série de alterações. Em “O ego e o id” (1923a/1980), Freud afirma que em cada indivíduo existe uma organização coerente de processos mentais conhecida como ego. A esse ego está ligada a consciência, e ele é responsável pelo controle de como será feita a descarga de excitações para o mundo externo por meio da motilidade. O ego supervisiona os processos que nos constituem, exercendo recalque até mesmo nos sonhos. Ele controla aquilo que chega à consciência, executa repressões, exclui certas tendências da mente. Posteriormente, essas tendências retornam e podem ser detectadas, por exemplo,durante o curso da análise, por meio dos atos falhos.

A criança é constantemente submetida às exigências do mundo externo, tais como exigências familiares e dos meios de comunicação. A partir do momento que ela verifica que sua ligação com a figura materna (geralmente representada pela mãe) se dá pela comida, e que seu corpo não corresponde ao ideal de corpo perfeito construído socialmente, ela pode partir para o uso de estratégias ligadas à alimentação como forma de garantir o amor do outro.

No mito de Narciso, Brandão (1989) considera que haja uma repulsa, uma rejeição do mundo objeto e da relação sujeito-objeto, e uma ilusão de que a própria imagem, a sombra, é a única realidade. Nessa relação com a imagem, torna-se crucial introduzir a discussão sobre a simbologia do espelho. Castro (1983), citado por Brandão (1989, p. 186, grifo do autor), enfatiza:

> Peguemos um espelho, olhando-o, captamos nele a nossa imagem. Atentemos à imagem: podemos achar que corresponde, mas a imagem não é o que somos: ela é, sendo outra que não nós. [...] O que é um espelho? É o lugar *a partir do qual*, especulando, colhemos o que *somos* e o que *não* somos.

Com isso, o espelho funciona para estimular um desejo pelo corpo, pelo distinguível, pela particularidade. Essa imagem, ou sombra, é parte integrante do corpo e suscetível a todas as suas virtudes, poderes e perigos.

Segundo a psicanálise, todo narcisismo é dirigido para o objeto do desejo do outro; o narcisismo infantil deriva do narcisismo dos pais, ou seja, a criança ama em si aquilo que nela é desejado pelos pais (COSTA, 1984, p. 162). Assim, a captação da imagem especular só se dá em sua plenitude quando essa imagem é investida pelo outro, e o sujeito só se institui enquanto tal após viver a experiência da apreensão narcísica desta imagem desejada pelo outro; como enfatiza Costa: "todo narcisismo, portanto, *surge e permanece dirigido*" (COSTA, 1984, p. 162, grifo do autor).

Com isso, é consistente pensar na obesidade como uma patologia contemporânea, pois numa sociedade de consumo onde a idealização do corpo e do prazer da comida passam pela repressão alimentar, os desejos circulam em torno do objeto interditado. Como frisam Hermann e Minerbo (1998), o prazer máximo a ser obtido na comida é um ideal, da mesma forma que a obtenção de um corpo perfeito está sempre para ser alcançada, mas nunca o é de fato.

Segundo enfatiza Birman (2003), o mal-estar vivido na atualidade fragiliza o indivíduo que, frustrado pelo abandono do outro e por nunca alcançar aquilo que a sociedade idealiza,

concentra suas energias na busca de objetos e ações que proporcionem um preenchimento, mesmo que temporário, dessa solidão e vazio, utilizando, como referencial, uma infância idealizada e recordada como onipotente, feliz e sem sofrimento. Como ressaltado por Menezes (2005, p. 195-6, grifo do autor):

> Certas formas de sofrimento psíquico podem ser consideradas *psicopatologias da atualidade*, no sentido de expressões dos modos de subjetivação promovidos pela sociedade contemporânea. Há um estilo de sociedade em pauta que gera condições e possibilidades para produção de determinadas psicopatologias como típicas de sua época. Isso não quer dizer, necessariamente, que são psicopatologias inéditas, mas são novas formas de padecimento expressas por meio do pânico, da bulimia, da anorexia, das disposições depressivas, das toxicomanias, das psicossomatizações, dentre outras, que ganham espaço progressivo na cena social atual.

Para Hermann e Minerbo (1998), a sexualidade foi deixando de ser o lugar preferencial dos conflitos morais para dar lugar à repressão alimentar e ao ideal social do que é ser saudável. Assim, a comida é hoje permeada por racionalizações sobre o que pode e o que não se pode comer, e a transgressão dessas exigências representa o principal veículo de prazer e de pecado (1998). Enfatizam os autores:

> Os complexos morais migraram da sexualidade para a dieta, da cama para a cozinha e para a mesa. Você hoje sai do sério, come uma lasanha. E aproveita. Tendo quebrado o regime, pede também uma torta de sobremesa [...] Enchemo-nos de legumes à espera daquela distante feijoada. Mas a virtude é parca e a racionalização constante [...] faltaria apenas acrescentar que o que vale é a intenção, no reino moral das gorduras insaturadas. (HERMANN; MINERBO, 1998, p. 22-3).

Essa moralidade implica numa recusa do prazer – ou pelo menos num prazer excessivo e desregrado. Entretanto, mais à frente, os próprios autores enfatizam que o prazer é, por princípio, excessivo e desregrado, e, portanto, será certa a permanência no desprazer ou na evitação do prazer, situação tão contraditória com a própria dinâmica da libido.

O sexo já foi o paradigma da moralidade, mas perdeu lugar para o campo alimentar. Hoje, a culinária é berço dos desejos e culpas, e se antes éramos interditados sexualmente, hoje barramos nosso prazer na alimentação (HERMANN e MINERBO, 1998). Também para Miranda (2004), as patologias da alimentação são algumas das principais patologias

contemporâneas (assim como o alcoolismo, a síndrome do pânico e as drogadições), que se caracterizam pela concretude das expressões, pelo vazio de significações, pelos sucessivos *actings*, pelos constantes *splittings* e pela impulsividade das ações violentas em detrimento da ponderação elaborada do pensamento. Explicita:

> Vivemos numa época em que o indivíduo expressa muito de sua maneira de pensar e expõe seu perfil e, ainda, inscreve suas angústias e conflitos através da forma como lida com seu corpo e sua alimentação. O conceito alimentar contemporâneo configura-se como severamente repressor e está imbuído de interdições e penalidades para aquelas que antigamente se diziam "gordas felizes" e hoje dizem, indignadas, em nossos consultórios: "Como uma mulher pode ser feliz *gorda*?" (MIRANDA, 2004, p. 315, grifo do autor).

Assim, o indivíduo inscreve suas angústias e conflitos na sua relação com seu corpo e com a alimentação; confrontado com a ditadura da magreza, dos padrões alimentares severos e da proibição do envelhecer, "o homem moderno é um narcisista talvez cruel, mas sem remorso. O sofrimento o prende ao corpo – ele somatiza" (KRISTEVA, J., 2002, citado por MIRANDA, 2004, p. 316). Quando o corpo adoece, está reagindo concretamente aos conflitos gerados entre as imposições sociais e as necessidades e possibilidades individuais (BIRMAN, 1980), expressando como as manifestações subjetivas se articulam com o mal-estar na civilização, desde que a relação sujeito-cultura é permeada pelo antagonismo entre as exigências pulsionais e as restrições sociais (FREUD, 1930/1980).

O que está em jogo atualmente é uma busca em ampliar as oportunidades de gozo, muito mais que no prazer efetivo – "a nossa é, portanto, uma cultura de possibilidade, muito mais que de realização" (HERMANN e MINERBO, 1998, p. 26). Dentro dessa idéia de possibilidade, o objeto de nosso desejo se apresenta, como sempre, como inalcançável: "A manga perfeita, só na Bahia. O legume desejado não existe. O prazer com o bolo é indecoroso, tanto pelo excesso, quanto pela ausência de culpa. O sintoma [...] denuncia o conflito moral" (HERMANN e MINERBO, 1998, p. 30). Esse objeto de desejo, seja ele o doce perfeito ou o corpo escultural, faz parte de um conjunto de pressupostos determinados

pela propaganda de massa, a qual define seu consumidor como alguém eternamente insatisfeito, ansioso e entediado.

Se o mal-estar na atualidade se refere ao risco iminente da solidão e do vazio a que o sujeito contemporâneo se depara, a cirurgia bariátrica poderia ser pensada como a ilusão de destruição desse mal-estar, ilusão essa perdida no momento que o sujeito se depara com um corpo esvaziado e cercado de novas demandas? A cirurgia bariátrica é um procedimento atual que age no corpo do obeso de modo a satisfazer as exigências sociais como a garantir sua sobrevivência; mas, do ponto de vista freudiano, isso não quer dizer que a libido não possa formar novos sintomas na tentativa de lidar com a impossibilidade de se satisfazer, pois, no adoecimento, um único sintoma corresponde a diversos significados simultâneos e em sucessão, associados à anatomia fantasmática presente na imagem que a pessoa faz de seu próprio corpo (FREUD, 1905[1901]/1980).

Logo, se na obesidade há pretextos fisiológicos "atenuantes e geralmente falsos, como os hormônios, o hipotireodismo funcional, a tendência a engordar" (HERMANN, 1998, p. 23-24), esses podem ser tomados como desculpas para não se entrar em contato com conteúdos psíquicos subjacentes à obesidade (HERMANN e MINERBO, 1998). Numa pesquisa realizada por Almeida et al (2005), observou-se que a maioria das mulheres entrevistadas, sejam elas obesas ou não, indicou, na escolha de uma forma corporal ideal, uma forma mais magra que a forma corporal delas mesmas, o que mostra que a insatisfação com o próprio corpo não deve ser considerada como um problema exclusivo aos obesos.

A obesidade se relaciona à dificuldade em renunciar a uma satisfação outrora desfrutada pelo prazer do contato materno durante a amamentação; mas a necessidade de comer de maneira desenfreada choca-se com a exigência social de um corpo magro e saudável; e a cirurgia bariátrica, aqui, surge como a possibilidade de se alcançar esse corpo ideal de maneira mais rápida. No entanto, a necessidade de comer menos para manter o corpo

esbelto entra em conflito com o prazer de comer muito, e o obeso, impossibilitado de obter prazer, adoece para buscar prazer em outras sintomatologias, como freqüentemente ocorre com pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, e que desenvolveram novas patologias após algum tempo de cirurgia (como foi apresentado em capítulo anterior).

Para Lasch (1980), a sociedade moderna considera como importante o auto-crescimento psíquico, que inclui: entrar em contato com os próprios sentimentos, comer alimentos saudáveis, tomar lições de dança clássica ou dança-do-ventre, mergulhar na sabedoria do Oriente, correr, aprender a se relacionar, superar o "medo do prazer". No entanto, essas exigências, aparentemente benignas ao desenvolvimento humano, na verdade se revelam como alheias a qualquer sentimento de satisfação ou necessidade de conscientização de si, e incorporam, cada vez mais, um discurso autoritário em que só se pode ser feliz obedecendo-as integralmente, sendo que qualquer falha ou desvio é encarado como fracasso e culpa do próprio sujeito, e não como uma revelação das diferenças individuais ou das incongruências sociais. No caso do obeso, sua incapacidade em corresponder ao ideal social de corpo perfeito o torna alvo de críticas e discriminação. Segal e Fandiño (2002, p. 70) apontam:

> Os obesos são alvo de preconceito e discriminação importantes em países industrializados. Isto pode ser observado nas mais variadas e corriqueiras situações, como programas de televisão, revistas e piadas. Além ou por causa disso, são pessoas que cursam um menor número de anos escolares e que têm menor chance de serem aceitas em escolas. O mesmo se dá em empregos mais concorridos, resultando em salários mais baixos. Além disso, têm menor chance de estarem envolvidas num relacionamento afetivo estável. Este preconceito pode ser visto também na população que presta serviços de Saúde: 80% dos pacientes de operação bariátrica relataram terem sido sempre ou quase sempre tratados desrespeitosamente pela classe médica devido ao peso.

Portanto, ao obeso, hoje uma das principais vítimas da retaliação social, só resta tentar adequar-se ao modelo vigente de corpo perfeito, ou abandonar-se ao comer compulsivo e exagerado. Para alguns, a cirurgia bariátrica surge como a melhor opção; entretanto, essa transformação implica numa mudança total nos hábitos alimentares, no peso do corpo e na

maneira como se dão os vínculos afetivos, mudança essa que nem sempre o obeso está disposto a incorporar em seu cotidiano.

Podemos compreender essa resistência como uma busca de ausência de conflitos. Lasch (1983, p. 33-4) afirma:

> Perseguido pela angústia, pela depressão, por vagos descontentamentos, e por uma sensação de vazio interior, o "homem psicológico" do século vinte não busca nem o auto-crescimento individual, nem a transcendência espiritual, mas a paz de espírito, sob condições que, cada vez mais, combatem contra ela.

Assim, uma das principais estratégias do homem atual para encontrar alguma satisfação, para Lasch, se apresenta da seguinte maneira: "viver para o momento é a paixão predominante – viver para si, não para os que virão a seguir, ou para a posteridade" (LASCH, 1983, p. 25). Costa (1984), quanto a isso, ressalta:

> [Os homens] complacentes ou cruéis com os próprios sofrimentos [...] contemplam o caos e sobrevivem à espera da 'coisa maravilhosa'. Mas, enquanto o milagre não surge, concentram-se no próximo orgasmo e no próximo 'barato'. Céticos em relação a tudo, parecem buscar no corpo e no prazer que dele podem extrair o que lhes resta do sentimento de identidade histórica e pessoal. È como se o 'penso, logo existo' tivesse sido substituído pelo 'gozo, logo sou'. (p. 118).

Hoje em dia as pessoas não desejam a salvação pessoal ou uma restauração de uma era áurea primitiva, mas "o sentimento, a ilusão momentânea de bem-estar pessoal, saúde e segurança psíquica" (LASCH, 1983, p.27). Para Costa (1984), essa busca de prazer torna-se uma obsessão, possibilitando ao narcisista contemporâneo ser intransigente em relação a tudo e a todos que possam se opor à gratificação imediata de seus desejos. O narcisista contemporâneo, em sua auto-absorção e ilusões de grandeza, assemelha-se ao deus, ao imperador e ao bebê, para os quais tudo é possível, a fantasia se confunde com realidade (já que seus desejos podem ser satisfeitos imediatamente), e ele mesmo é a única existência possível de ser captada. Lasch (1983, p. 29) denuncia: "A trama do tempo é, a cada instante, partida e são apagados os traços de gerações. Os que se foram, logo serão esquecidos; dos que

virão, ninguém faz qualquer idéia; o interesse do homem confina-se àqueles que estão em estreita proximidade consigo mesmo".

Para Costa (1984), o narcisismo é uma resposta válida às exigências alienantes da sociedade, assim como o comer torna-se um comportamento satisfatório para suportar as pressões sociais. A comida serve como uma estratégia para se alcançar a auto-satisfação, para preencher um vazio interior, sentimentos hostis, perigos e incertezas que cercam nosso futuro e nossos sonhos de felicidade, mesmo que por um curto período (LASCH, 1983). Entretanto, essas estratégias privam o indivíduo de sua liberdade, ao mesmo tempo em que o colocam numa situação de desigualdade (SEGAL E FANDIÑO, 2002).

Assim, "ser livre significa ao mesmo tempo não estar sujeito às necessidades da vida nem ao comando do outro, e também não comandar. Não significava domínio, como também não significava submissão" (COSTA, 1984, p. 135). Costa (1984) considera a idéia de igualdade como um mito, no qual se acredita que a sociedade de consumo é uma sociedade em desequilíbrio que poderia se equilibrar, caso se priorizasse o bem comum ao invés de interesses particulares. No entanto, mesmo quando os produtos tornam-se acessíveis a todos, criam-se novos objetos de consumo que só uma minoria privilegiada pode ter acesso: "quando todos podem ter automóvel e televisores a cores [...], criam-se outros bens e objetos aos quais só a minoria privilegiada tem acesso. É o caso do espaço, do tempo, do ar puro, do verde, da água, do silêncio, da cultura, do bom gosto, etc., no meio urbano" (COSTA, 1984, p. 152); e, por que não incluir também, o prazer de comer bem e do corpo perfeito.

O narcisismo pode ser pensado como proveniente da super valorização do corpo magro na sociedade de consumo; o corpo se tornou um dos principais objetos de consumo, e o indivíduo é repetitivamente induzido a investir atenções e cuidados a esse corpo: "ao contrário das sociedades tradicionais, o corpo, em vez de servi-lo, existe para ser servido" (COSTA, 1984, p. 154). Porém, o próprio autor explicita que esse investimento no corpo não representa

uma possibilidade de dar vazão à sexualidade ou aos desejos reprimidos, pois a sexualidade é recalcada sob um erotismo de fachada, espetacular em sua superfície, mas desvitalizado nas profundezas (COSTA, 1984, p. 154). Esse investimento no corpo não objetiva investir naquilo que esse corpo tem de singular ou específico, mas a torná-lo um reflexo daquilo que a sociedade preconiza como o ideal: "os predicados corporais investidos pelo sujeito são aqueles que refletem os traços ou insígnias colocadas no topo do prestígio social"; ou seja, o corpo é convertido num mero significante de *status* social, sob a qual há uma hierarquia de prestígio (COSTA, 1984, p. 155).

O narcisismo moderno é um narcisismo defensivo, voltado para o investimento de um corpo que se tornou foco de sofrimento e ameaça de morte; assim, a ideologia do bem-estar dissimula o medo do sofrimento e da morte, que apavoram o indivíduo moderno (COSTA, 1984, p. 178). A imagem do corpo foi culturalmente transformada: associada ao sexo, ambos são agora exaltados como virtudes do capitalismo, e cria-se um mito de igualdade diante do prazer e do bem-estar, o que reforça uma ideologia de competição e de sucesso individual (COSTA, 1984, p. 178). O pano de fundo desse culto ao corpo impõe a seguinte problemática: posto que o capitalismo é inevitável, compete a cada um buscar meios para se adequar, não lhe sendo concedido o direito de criticar ou tentar mudar; e só os incapazes, os que opõem entraves psicológicos à aquisição desse bem-estar, permanecem marginalizados da democracia do corpo e do prazer (COSTA, 1984, p. 178-9). Desse modo, esse posicionamento do corpo instaura um paradoxo em que esse corpo é, ao mesmo tempo, sede de prazer e de sofrimento.

Como o corpo ideal não pode ser alcançado, os indivíduos se mantém num estado perpétuo de insatisfação. Como conseqüência, o indivíduo volta-se para si mesmo na esperança de suportar esse estado de privação em que seu corpo é constantemente mantido (COSTA, 1984, p. 181), e a comida surge como o objeto perfeito para preencher esse

sentimento de incompletude, de vazio. Contudo, quando o sujeito se depara com a moralidade alimentar, novamente ele se encontra num estado de privação do qual não parece ter saída.

O corpo é alvo de privação e sofrimento, mas, para que o ego possa investir libidinalmente nesse corpo, é preciso que esse corpo seja inocentado de sua própria condição. E, quanto mais o corpo é efetivamente ameaçado, mais o paradoxo se acentua e mais o ego, para evitar um conflito que o oporia ao próprio corpo, superinveste esse corpo, posto como vítima do sofrimento e não como causa do sofrimento (COSTA, 1984, p. 183). Logo, o impasse do indivíduo não é a questão da saúde ou da doença, mas é a impossibilidade de escapar da situação de angústia (COSTA, 1984).

Segundo Costa (1984, p. 187):

> O corpo tornou-se um objeto persecutório, que ameaça constantemente a integridade egóica. O prazer buscado visa, primordialmente, a proteger o indivíduo da marginalização sócio-cultural, ou, o que é mais dramático, da ameaça de morte pelo *stress*. Este corpo, insaciável, não é mais para o ego o objeto que realiza o desejo de prazer. É o objeto que o ego tenta dominar e controlar, à custa de um crescente sentimento de culpa e de uma angústia infindável.

O ideal narcísico de hoje carrega uma ameaça de morte inevitável, pois ou o indivíduo encarna as imposições sociais e sofre por viver num corpo passível de envelhecer e morrer, ou repudia completamente as exigências culturais e desenvolve uma relação de ódio para consigo e para com o ideal invejado e inacessível (COSTA, 1984, p. 188). E o indivíduo, na medida em que assume um narcisismo secundário, se protege da desintegração, pois a consciência da morte e a determinação de permanecer vivo pressupõem uma percepção dos objetos como distintos do ego, e o narcisismo, na medida em que implica uma não-diferenciação entre mundo interno e externo, torna-se indiferente ao tema da sobrevivência (LASCH, 1986, p. 167).

Assim, a obesidade expõe radicalmente uma problemática social e atual, na qual os indivíduos se encontram, cada vez mais, numa encruzilhada em que “se correr o bicho pega, e se ficar o bicho *come*”!

No próximo capítulo, será apresentado como a relação do obeso com a figura materna é fundamental para entendermos a dinâmica psíquica da obesidade.

A FIGURA MATERNA NA ALIMENTAÇÃO
E NA CONSTITUIÇÃO DA NOÇÃO DE CORPO

A partir do exposto anteriormente e do papel fundamental das relações primárias na constituição da subjetividade, qual a importância da figura materna na formação e estabelecimento da obesidade enquanto sintoma?

A recorrência de sofrimento psíquico nos possibilita considerar que a obesidade, assim como a histeria, destaca como a relação do sujeito com seu corpo está para além da noção de um corpo biológico, incluindo também um corpo erógeno. Segundo Leclaire (1979, p. 32), "[o corpo erógeno] deve ser concebido a partir da superfície do corpo ou do corpo concebido enquanto superfície". Todas as partes da superfície corporal estão incluídas num conjunto orgânico que possui determinada ordem, e qualquer uma delas pode originar uma excitação de tipo sexual, ou seja, transformar-se numa zona erógena. Para Leclaire (1979) há uma rede, um determinado número de relações entre os elementos que constituem o corpo erógeno, e esses elementos se relacionam de modo aparentemente não hierarquizado. Isso se deve, para o autor, ao fato de que a zona erógena representa "uma abertura ao inconsciente, uma abertura estritamente equivalente em qualidade, na medida em que forneceria acesso a esta ordem que, tomada em seu limite, é a ordem do gozo, e não a ordem da sobrevivência" (LECLAIRE, 1979, p. 33).

Assim, no corpo erógeno, há uma ordem que escapa completamente de uma unidade totalizadora, que "desconhece esse Um totalizador avaliado pela coerência" (LECLAIRE, 1979, p. 35). Da mesma forma, há uma lógica própria na sexualidade desde a infância, "ou seja, do corpo erógeno tal como se manifesta, diria mesmo que sem estar ainda submetido a todos os processos organizados de defesa, totalização, coerência, etc... É precisamente este

aspecto da perversidade polimorfa[36] que parece típico da sexualidade dita infantil" (LECLAIRE, 1979, p. 35).

Qualquer parte do conjunto erógeno pode e deve ter uma função não somente auto-conservadora, mas também de prazer, e a concentração da libido em determinadas partes é produzida "pela zona em que a função orgânica predomina, isto é, em que esta função orgânica é particularmente solicitada" (LECLAIRE, 1979, p. 36).

Mas qual o papel da figura materna na constituição desse corpo erógeno? Quando falamos dessa figura, referimo-nos também às expressões relativas à devoração, ao desejo de retorno ao seio materno e ao corpo materno, o qual exerce uma atração irresistível.

A figura materna é marcada freqüentemente por sentimentos ambíguos de amor e ódio na medida em que ela tenta, a todo instante, controlar as necessidades naturais do bebê, o que faz com que ela seja percebida como "protetora e tranqüilizadora, por um lado, e devoradora e inquietante, por outro" (LECLAIRE, 1979, p. 40). Essas duas percepções, tão diferentes entre si, vão determinar o surgimento de certo número de representações, as quais estão envolvidas intimamente com a sensação de preenchimento que essa figura proporciona pela amamentação.

A figura materna se responsabiliza tanto por atender as necessidades naturais do bebê quanto por conter suas insatisfações e anseios. Além disso, ela também é responsável por desejar o bebê e dar a ele uma noção de corpo, de dentro e fora, de interno e externo. Logo, a criança, enquanto objeto de desejo, é investida libidinalmente por essa figura. Entretanto, para que o corpo da criança se torne um corpo erógeno, é preciso que ela não seja entupida pela fartura orgânica (no sentido de ser alimentada de modo mecânico), mas que haja um duplo

[36] A existência da disposição perverso-polimorfa infantil foi considerada por Freud primeiramente em "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905a/1980), no qual ele alude à capacidade da criança de, sob a influência da sedução, ser induzida a todas as transgressões possíveis, já que a vergonha, o asco e a moral ainda não foram consolidados em sua mente.

aspecto na alimentação, ou seja, que a comida não seja fornecida nem como objeto de desejo somente, nem como “farta ração”.

A figura materna é percebida como o primeiro objeto, e modelo para as futuras relações que a criança vai estabelecer. A principal possibilidade em observar a relação prazerosa que se estabelece entre ambos é “o prazer que a criança tem, quando ao saciar sua fome no peito da mãe (pulsões de auto-conservação) experimenta uma satisfação erógena (pulsões sexuais), que logo terá uma existência autônoma, mas apoiada na necessidade de satisfazer as necessidades corpóreas” (LECLAIRE, 1979, p. 46).

Qualquer parte do corpo pode ter uma função erógena, e, portanto, todas podem ser erotizadas. Após o nascimento, as primeiras necessidades se organizam em torno da fome e do peito materno como objeto parcial saciador, ou seja, as pulsões de auto-conservação estão ligadas às pulsões sexuais.

A boca é uma das primeiras zonas erógenas, além de constituir uma zona de auto-conservação importante. No período de amamentação, a criança obtém satisfação pela estimulação da boca e, nesse período, a atividade sexual ainda não se separou da ingestão de alimentos; portanto, a satisfação das pulsões sexuais se associa à satisfação das pulsões de auto-conservação.

Freud, em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905a/1980), explica que a atividade sexual no bebê busca satisfação no próprio corpo, sendo seu protótipo a satisfação na amamentação. Os lábios da criança funcionam como uma zona erógena, e o fluxo do leite morno é a própria sensação de prazer.

Na fase oral, a atividade sexual não é separada da ingestão de alimentos; o objeto de ambas as atividades é o mesmo (no caso, o seio como representante da figura materna, e como fornecedor de alimento), e o objetivo das duas consiste na incorporação do objeto. Futuramente a ligação entre bebê e figura provedora de comida será protótipo de futuras

identificações, possibilitando que o comer, enquanto atividade de sobrevivência, possa ser vivenciado também como situação prazerosa e de estabelecimento de novos vínculos e, portanto, a perturbação na alimentação também poderá ser interpretada como uma perturbação no estabelecimento de vínculos.

O objetivo inicial do comer é a incorporação do objeto; entretanto, como a criança não diferencia seu próprio corpo do mundo externo, tanto a comida como o corpo da figura provedora são percebidos como se fossem seu próprio corpo, ou seja, a incorporação do corpo materno nada mais é que uma incorporação do próprio corpo da criança. Um vestígio posterior dessa fase será a sucção do polegar, em que fome e prazer podem ser encontrados no mesmo objeto, segundo o ponto de vista da própria criança (FREUD, 1905a/1980).

Assim, inicialmente a satisfação sexual está vinculada à ingestão de alimentos, e o objeto sexual está sob a forma do seio materno, o qual é percebido como pertencente ao corpo da criança; ou seja, não há uma diferenciação entre seio e bebê. Mais tarde, há uma separação (não total) entre fome e amor, entre pulsões de auto-conservação e pulsões sexuais. Entretanto, a criança que suga o seio materno permanece como protótipo da relação de amor, e a busca futura para o encontro de um objeto amado nada mais será do que a busca pelo reencontro desse primeiro modelo de relação (FREUD, 1905a/1980)

Didieu Anzieu (2000), a partir da hipótese freudiana da existência de um ego corporal (o eu-pele), considera-o como uma estrutura intermediária entre a figura materna e o bebê, entre a relação fusional primitiva e a diferenciação entre o ego e o mundo externo. Durante esse estado fusional, a pele que a criança aprende a conhecer melhor é a das mãos e dos seios da figura materna. Aos poucos, ao projetar essa pele sobre seu corpo, a criança percebe que seu próprio corpo pode oferecer tanto ou mais prazer que o corpo materno, e a criança começa a explorar esse seu corpo até então desconhecido. No começo, diz Anzieu, “a boca serve, para os pequeninos, tanto para tocar os objetos quanto para absorver o alimento, contribuindo

assim para o senso de identidade e para a distinção entre o animado e o inanimado" (ANZIEU, 2000, p. 35). Entretanto, para o autor a incorporação do objeto pela pele é anterior à absorção pela boca, sendo o desejo de ser incorporado tão freqüente quanto o desejo de se incorporar pela pele, como um desejo de retorno ao útero.

Para Anzieu (2000), Freud não limitava a fase oral à região da boca e ao prazer de sucção: ele sublinhava também a importância do prazer seguido ao sentir-se repleto:

> Se a boca fornece a primeira experiência, viva e breve, de um contato diferenciador, de um lugar de passagem e de uma incorporação, a repleção (sic) alimentar dá ao recém-nascido a experiência mais difusa, mais durável, de uma massa central, de uma plenitude, de um centro de gravidade (ANZIEU, 2000, p. 57).

Além da amamentação e dos cuidados, o bebê também é segurado, apertado contra o corpo materno, de quem ele sente o calor, o cheiro e os movimentos; ele é lavado e acariciado enquanto falam e cantam para ele. Essas atividades estimulam a criança a diferenciar o dentro e o fora de seu corpo, mundo interno / mundo externo. De todo o corpo materno, o seio, por ser o primeiro objeto de prazer (objeto aqui entendido de um ponto de vista psicanalítico), pode ser analisado sob quatro aspectos: de nutrição, de preenchimento, de suavidade e calor no contato de pele, e como um receptor ativo e estimulante. De acordo com Anzieu (2000), o seio, de modo geral, é o primeiro objeto mental e foco do investimento das pulsões parciais. A experiência do bebê adquirida pela boca, pela sensação de incorporação, faz com que ele tenha a sensação de superfície e de volume. Essa sensação da pele associada à relação afetiva com o corpo materno permite ao bebê não só ter a noção de um limite entre o interno e o externo, como também estar seguro da integridade de seu "envelope corporal" (ANZIEU, 2000, p. 60).

O corpo materno possibilita não só experiências importantes pela sua qualidade emocional, como a aquisição do sentimento de confiança, de prazer e de pensamento (noção de espaços externos e internos), mas também experiências ligadas ao desenvolvimento das capacidades cognitiva e motora. Na medida em que a figura materna fala e brinca com a

criança, ela se comunica com essa criança, e “a massagem se torna uma mensagem” (ANZIEU, 2000, p. 61). Essa erotização da pele da criança, esses prazeres integrados são preliminares da atividade sexual adulta; portanto, a sexualidade genital só é acessível depois que a criança adquiriu uma confiança mínima de sua integridade corporal.

Para Anzieu (2000), o recém-nascido, para sobreviver, necessita receber não somente cuidados repetidos e adequados da figura materna ou “círculo maternante” (ANZIEU, 2000, p. 79), como também responder a esses cuidados para refiná-los, explorar o ambiente em busca de estímulos que o façam exercer suas potencialidades cognitivas e intensificar seu desenvolvimento sensório-motor. Logo, o bebê deve ser um parceiro ativo da figura materna, interagindo a todo momento com ela e com o ambiente, e requisitando sua atenção quando sentir necessidade. Essa interação é como um circuito de auto-regulação ou *feedback* constantemente presente, que permite ao bebê agir sobre o círculo humano e sobre o ambiente físico, aprender a diferenciar o animado do inanimado, imitar comportamentos e assim se preparar para adquirir a linguagem verbal.

Entretanto, se a figura materna não alimenta esse circuito de auto-regulação ou se uma deficiência priva o bebê de tomar iniciativas sensório-motoras em relação às pessoas que o cercam, esse bebê pode passar a apresentar reações de retraimento ou cólera, as quais podem ser passageiras ou permanentes, dependendo da persistência da frieza e da indiferença materna. Anzieu enfatiza que “essas reações” da criança “tendem a permanecer duráveis, intensas e patológicas se a não-resposta do círculo maternante persistir” (ANZIEU, 2000, p. 80). Portanto, é fundamental que a figura materna esteja atenta às necessidades do bebê para garantir um vínculo bem-sucedido.

A figura materna é o principal objeto de prazeres e angústias, podendo ser acusada de possessiva, imperiosa e obscena, ou indiferente, fria e mortífera, presente demais ou ausente demais, excessivamente atenta ou muito distraída, que mima demais ou priva demais, que se

preocupa em demasia ou é negligente. Ela aparece como a imagem das primeiras angústias e dos primeiros prazeres, o lugar, ao mesmo tempo, de uma ameaça e de uma segurança, e determina hábitos regulares, significando o corpo da criança.

Freud, em seu texto "Sexualidade Feminina" (1931/1980), expõe uma lista de motivos pela qual uma criança pode se queixar da figura materna: ciúmes pela figura materna ter dado seu amor a outros, como irmãos e irmãs, figura paterna (geralmente representada pelo pai) e outros rivais, a queixa pela figura materna ter gerado uma criança castrada (no caso das meninas), por essa figura materna se revelar ela própria castrada, censura por haver seduzido o próprio filho e, ao mesmo tempo, ter impedido a masturbação.

Se articularmos a análise do vínculo entre figura materna e as causas das perturbações alimentares, podemos levantar algumas hipóteses sobre a problemática da obesidade mórbida.

Para isso utilizaremos as idéias de Green sobre a existência de uma figura de mãe morta[37]. Em seu texto o autor discute a imagem da figura materna como uma fonte de vitalidade que pode se tornar uma figura distante, átona, quase inanimada, e que vai influenciar no futuro objetal desse bebê.

Segundo Green (1980), o sujeito que vivencia uma experiência de mãe morta desenvolve sintomas do tipo depressivo, que refletem o fracasso de uma vida afetiva amorosa ou profissional. Segundo o autor, há um forte sentimento de impotência para sair da situação conflitiva, impotência para amar, para tirar partido de seus dotes, para aumentar suas aquisições, insatisfação profunda frente ao resultado de permanecer gordo, mesmo após várias tentativas de emagrecer. Já o pai não responde à aflição da criança, e o sujeito, preso entre uma mãe morta e um pai inacessível, angustia-se.

Green (1980) afirma que depois de tentar uma reparação mal-sucedida, o ego vai pôr em ação uma série de defesas, como o desinvestimento do objeto materno e a identificação

[37] Essa escolha não é casual, mas se relaciona à hipótese de que na situação de vínculo do obeso estão em jogo a questão do desamparo e da melancolia.

inconsciente com essa figura materna (pois, já que não se pode ter o objeto, o sujeito torna-se ele mesmo o objeto). Essa identificação é a condição da renúncia ao objeto e, ao mesmo tempo, de sua conservação segundo o modo canibalístico; nas relações de objeto posteriores, o sujeito irá repetir compulsivamente esse modelo de relação, repetindo a defesa antiga, e desinvestindo o objeto. E, aqui, os objetos do sujeito ficam no limite do ego, nem completamente dentro, nem completamente fora, numa confusão entre mundo interno e mundo externo. Aqui há uma ambivalência, uma sobrecarga de ódio ligada à tentativa de recuperar o objeto morto.

Para o autor, "o ódio recalcado é o resultado de uma desintrincação pulsional, sendo que todo desligamento enfraquece o investimento libidinal erótico liberando, em conseqüência, os sentimentos destrutivos" (GREEN, 1980, p. 263). O sujeito deseja vincular-se a outro objeto, mas seus sentimentos estão tão presos à mãe morta, que ele não consegue dar seu amor, apesar de o desejar. Por um lado, não há prazer suficiente; por outro, a "função parental está sobreinvestida" (GREEN, 1980, p. 264). A identificação com essa mãe morta ao nível da relação oral nada mais é que um medo do sujeito de perder completamente o objeto, de ser "invadido pelo vazio" (GREEN, 1980, p. 268).

Considerando que a comida tem, possivelmente, a função de preencher um vazio interior, o comer excessivo tem por objetivo fortalecer o contorno corporal para que o sujeito possa aproveitar das vantagens secundárias obtidas com a situação de gordo.

Para a psicanálise, afirma Laplanche (1985), a alimentação é o protótipo das futuras relações amorosas de uma pessoa, e, portanto, redirecionar a busca de satisfação por meio do comer pode ser encarado como um retorno aos primórdios da constituição do psiquismo, em que a libido era mais bem controlada e satisfeita. A oralidade, como primeiro destino pulsional, "implica ao mesmo tempo um certo modo de relação, isto é, a incorporação, e um

certo tipo de objeto, aquele que é suscetível de ser engolido, incorporado" (LAPLANCHE, 1985, p. 19).

A pulsão sexual se apóia inicialmente na amamentação. Aqui o mamar possui dois tempos: a sucção do leite, que visa à sobrevivência pela supressão da fome, e o chupar, no qual há a excitação dos lábios e da língua pelo mamilo e pelo fluxo de leite morno. Portanto, à medida que a criança se satisfaz com o alimento, começa a aparecer um processo sexual, no qual "isso [o objeto] entra pela boca" (LAPLANCHE, 1985, p. 25).

O comer evoca uma função corporal de busca à vida, apoiando-se numa função não-sexual relacionada ao registro de auto-conservação. Porém, perturbações nesse período de indiferenciação entre pulsão sexual e pulsão de auto-conservação, entre mundo interno e mundo externo podem acarretar nas perturbações do alimento, em que o sofrimento nada mais é do que a ambigüidade entre comer para sobreviver / comer para ter prazer / comer como punição.

Essa pulsão sádica entraria em ação a serviço da função sexual, e remontaria aos primórdios do desenvolvimento, quando pulsões de conservação e pulsões sexuais tinham um só objeto e objetivo. Durante a fase oral, a obtenção de domínio sobre o objeto correspondia à destruição desse objeto, e o masoquismo, pulsão complementar ao sadismo, representa um sadismo que se voltou para o próprio ego do sujeito, constituído na regressão (1915b/1980). Essa fase de incorporação ou devoramento é ambivalente na medida em que é um tipo de amor associado à destruição completa; posteriormente, essa ambivalência dá ao sadismo/masoquismo seu caráter de dor associado ao prazer (1915b/1980).

Logo, o par sadismo-masoquismo poderia ser visto como intimamente ligado à obesidade, já que no comer parece haver o desejo de infligir dor no objeto (o próprio corpo), e dar prazer ao mesmo tempo, como uma retomada da operação das pulsões parciais. Essa pulsão agressiva, de obtenção de prazer na própria dor, é um vestígio das pulsões canibalescas

que buscam a satisfação nas pulsões de auto-conservação. No caso dos obesos, o comer excessivo poderia corresponder a uma tentativa de preservação e prazer de comer e, ao mesmo tempo, uma destruição do próprio corpo, como se esse corpo não fosse digno de sobreviver e ser amado. Portanto, a alimentação está relacionada não só à sobrevivência, mas também a uma busca angustiada de satisfação sexual, a qual nunca será encontrada, o que garante a continuidade do comer excessivo. Esse comer excessivo estaria baseado no protótipo da relação de amor (a saber, a criança que suga o seio da mãe), e seria a busca incessante pelo encontro com o objeto primário, ou a busca pelo reencontro com esse objeto irremediavelmente perdido.

Para Assoun, em "Freud e a Mulher", Freud associa a figura materna, no inconsciente, ao desejo de morte, assim como faz, posteriormente, Green, com seu complexo de "mãe morta" (que nada mais é que a mãe como representante da própria morte). Em "O tema dos três escrínios" (1913), Freud afirma:

> Há três inevitáveis relações que um homem tem com uma mulher — a mulher que o dá à luz, a mulher que é a sua companheira e a mulher que o destrói; ou que elas são as três formas assumidas pela figura materna no decorrer da vida de um homem — a própria mãe, a amada que é escolhida segundo o modelo daquela, e por fim, a Terra Mãe, que mais uma vez o recebe.

Para Assoun (1993), entre bebê e figura materna há uma transmissão do que é vida (como realidade) e do que é morte (como mensagem), ao passo que à figura paterna fica reservada a transmissão da lei social e da ameaça de castração.

Nas patologias da alimentação, o que chama a atenção é a íntima relação entre fome e sexualidade, num "curto-circuito da sexualidade com a função nutricional, segundo o esquema teorizado por Freud em seu primeiro dualismo das pulsões" (ASSOUN, 1993, p. 117). Entretanto, ao contrário da bulimia e da anorexia nas quais se tenta controlar o desejo sexual por meio do controle do comer (e, nesses casos, há uma clara indiferenciação entre as pulsões sexuais e de auto-conservação), na obesidade o que parece estar em jogo é algo mais

primitivo, é a tentativa de preencher o vazio, de satisfazer ambas as pulsões e garantir o amor do objeto, a figura materna. Porém, isso não significa que a dinâmica da obesidade é oposta à dinâmica das outras patologias alimentares, apenas que a obesidade representa uma dinâmica com características peculiares.

Para Gurfinkel (2001), em seu artigo *Sexualidade Feminina e oralidade: comer e ser comida*, pode-se dizer que "no princípio tudo era boca": a oralidade era a origem de tudo e se bifurcava em suas direções: pulsões de auto-conservação e pulsões sexuais (tal como já afirmado por Freud). Ao citar Lemoine-Luccioni (1990, p. 24-5), a autora indaga:

> O que comemos, então? [...] Se a anoréxica nada come, a bulímica come tudo, todo o tempo. Uma e outra respondem, assim, a uma demanda materna. Uma não quer preencher-se, e a outra não quer esvaziar-se. O vazio e o cheio são dois fantasmas. Mas trata-se do mesmo vazio, o que a mãe deixou ao esvaziar-se. [...] Sem dúvida, o corte entre a filha e a mãe é particularmente fértil em transtornos orais de toda a classe.

O ato de comer, enquanto simbólico, remete diretamente às relações constitutivas do sujeito. Logo, a alimentação pode ser considerada como uma pulsão desviada de sua meta, como um casal que, quando já não podem fazer amor, põem-se a comer. É como se cada prazer transgredisse sua própria zona erógena, sua zona sensível, e atingisse outros campos, que se relacionam às necessidades de auto-conservação e as necessidades de prazer. Em seu artigo (GURFINKEL, 2001), a autora explica que o comer permite ao indivíduo se deixar penetrar, se deixar transformar pela via oral de percepção e de conhecimento, permitindo que os papéis masculino e feminino ganhem reversibilidade. Com isso, o ritual da refeição – estar à mesa – é um resumo de todos os dramas familiares, onde tudo se encena.

No capítulo seguinte será discutida a questão do Édipo e das mudanças na estrutura familiar enquanto fatores predisponentes à obesidade.

BANQUETE EM FAMÍLIA:

O TRAJETO DA CONSTITUIÇÃO DO ÉDIPO

Se considerarmos que as perturbações alimentares têm uma ligação estreita com o vínculo materno (o que pode ser observado já nos estudos iniciais de Freud, em 1895), podemos supor que o que pode estar em jogo não se limita à circulação da libido em torno da oralidade, como também o complexo de Édipo assume importância única aqui.

O tema da sexualidade masculina foi abordado por Freud em uma série de artigos[38]. Para o autor, o desenvolvimento da sexualidade é diferente em homens e mulheres. Inicialmente, considera que o primeiro objeto sexual de toda criança é o seio da figura materna, e esse será o protótipo de toda relação amorosa posterior (FREUD, 1905a/1980). Nesse artigo, o autor já discute a existência de um complexo de castração, mas somente em 1924 é que será escrito um artigo dedicado à questão da dissolução do Édipo.

Com a chegada no período edipiano do desenvolvimento, ocorre nas crianças a compreensão das diferenças anatômicas entre homens e mulheres, a descoberta do prazer que pode ser obtido na manipulação genital e a transformação do objeto de amor.

Para o autor, o complexo de Édipo é um fenômeno central do período sexual da primeira infância. Após esse período, ocorre a dissolução do complexo de Édipo, que sucumbe ao recalque, e segue o período de latência. Para ele, não é claro o que ocasiona essa dissolução, mas suas análises o conduzem a atribuir essa destruição a experiências de desapontamentos penosos:

[38] "Interpretação dos sonhos" (1900/1980), "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905a/1980), "Sobre as teorias sexuais das crianças" (1908b/1980), Conferência XXI (1917d/1980), "Psicologia de grupo e análise do ego" (1921/1980) "O ego e o id" (1923a/1980), "A organização genital infantil (Uma interpolação na teoria da sexualidade)" (1923b/1980), e "A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial" (1926b/1980),

> A menina gosta de considerar-se aquilo que seu pai ama acima de tudo o mais, porém chega a ocasião em que tem de sofrer parte dele uma dura punição e é atirada para fora de seu paraíso ingênuo. O menino encara a mãe como sua propriedade, mas um dia descobre que ela transferiu seu amor e sua solicitude para um recém-chegado (1924b/1980).

Assim, a dissolução do complexo de Édipo ocorre pelos efeitos de sua impossibilidade, pela falta de sucesso de fusão com o objeto de amor, o que pode permitir que um resquício dessa frustração surja pela via alimentar.

O desenvolvimento edipiano avança até determinada fase, quando é chegada a fase fálica. Essa fase é contemporânea do complexo de Édipo; nela não há o desenvolvimento definitivo da organização genital. Ela fica submersa, sendo sucedida pelo período de latência. Durante essa fase, a criança descobre o prazer que surge de seus órgãos genitais, descobrindo-os por meio da manipulação, e descobrindo também a desaprovação dos adultos em manipular-se (desaprovação oriunda principalmente da figura materna). Para Freud (1924b/1980), a ameaça de castração, ligada à perda do seio materno e o controle dos esfíncteres, ocasionam a destruição da organização genital fálica.

A relação edipiana exerce papel fundamental, pois a criança pode se colocar no lugar da figura paterna e ter relações com a figura materna, ou se colocar no lugar da figura materna e desejar ser amada pela figura paterna. A criança tem noções vagas do que é uma relação erótica satisfatória; no começo, a criança acredita que tanto homens quanto mulheres possuem pênis, mas a descoberta da castração feminina põe fim às duas maneiras de se obter satisfação no complexo de Édipo: a masculina (ficar com a figura materna) como punição resultante, e a feminina (ficar com a figura paterna) como pré-condição:

> Se a satisfação do amor no campo do complexo de Édipo deve custar à criança o pênis, está fadado a surgir um conflito entre seu interesse narcísico nessa parte de seu corpo e o investimento libidinal de seus objetos parentais. Nesse conflito, triunfa normalmente a primeira dessas forças: o ego da criança volta as costas ao complexo de Édipo (FREUD, 1924b/1980).

Nesse afastamento, os investimentos de objeto são abandonados e substituídos por identificações. A autoridade da figura paterna ou dos pais é introjetada e forma o núcleo do

superego, “que assume a severidade do pai e perpetua a proibição deste contra o incesto, defendendo assim o ego do retorno do investimento libidinal” (FREUD, 1924b/1980). Portanto, pode-se concluir que o superego é o herdeiro do Complexo de Édipo. As tendências libidinais do Édipo são em parte dessexualizadas e sublimadas, e em parte são inibidas em seu objetivo e transformadas em impulsos de afeição. Com isso, preserva-se o órgão genital de uma possível perda e se remove a função desse órgão. Esse processo introduz o período de latência, que interrompe o desenvolvimento sexual da criança.

Para o autor, “a destruição do complexo de Édipo é ocasionada pela ameaça de castração” (FREUD, 1924b/1980). Entretanto, o complexo de Édipo ocorre diferentemente em homens e mulheres. Nos homens, o processo ocorre conforme explicitado abaixo:

> A observação que finalmente rompe sua descrença é a visão dos órgãos genitais femininos. Mais cedo ou mais tarde a criança, que tanto orgulho tem da posse de um pênis, tem uma visão da região genital de uma menina e não pode deixar de convencer-se da ausência de um pênis numa criatura assim semelhante a ela própria. Com isso, a perda de seu próprio pênis fica imaginável e a ameaça de castração ganha seu efeito (FREUD, 1924b/1980).

Apesar de, nas meninas, estar excluído o temor da castração (já que a castração é um fato consumado), outro processo ocorre:

> Nela, muito mais que no menino, essas mudanças parecem ser resultado da criação e de intimidação oriunda do exterior, as quais a ameaçam com uma perda de amor. [...] A renúncia ao pênis não é tolerada pela menina sem alguma tentativa de compensação. Ela desliza [...] do pênis para um bebê. Tem-se a impressão de que o complexo de Édipo é então gradativamente abandonado de vez que esse desejo jamais se realiza. Os dois desejos — possuir um pênis e um filho — permanecem fortemente catexizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para seu papel posterior (FREUD, 1924b/1980).

Assim, a menina “aceita a castração como um fato consumado, ao passo que o menino teme a possibilidade de sua ocorrência” (FREUD, 1924b/1980).

Para Freud (1925/1980), no complexo de Édipo a criança inicialmente retém o objeto que previamente catexizou sua libido – a figura materna, aquela que cuidou e amamentou.

Entretanto, o complexo de Édipo possui uma orientação dupla, ativa e passiva, “de acordo com sua constituição bissexual” (1925/1980).

O seio é uma fonte de prazer que possibilita fantasias posteriores e tentativas de substituição. No entanto, a instauração do complexo edipiano leva os investimentos libidinais a serem abandonados, dessexualizados e, em parte, sublimados – como sugar o polegar.

A questão do reconhecimento da castração, Freud (1905a/1980) discute a questão do fetichismo:

> O substituto do objeto sexual geralmente é uma parte do corpo (os pés, os cabelos) muito pouco apropriada para fins sexuais, ou então um objeto inanimado que mantém uma relação demonstrável com a pessoa a quem substitui, de preferência com a sexualidade dela (um artigo de vestuário, uma peça íntima).

Nesse artigo, o fetichismo é o possível resultado de impressões sexuais percebidas na primeira infância, ou por uma conexão simbólica de pensamentos ligados a valores culturais. Em seu artigo posterior, Freud (1927/1980) afirma que o fetiche é o substituto do pênis. Entretanto, não é o substituto de um pênis qualquer, mas de um pênis que foi importante na primeira infância e que foi perdido: o pênis materno. Normalmente, esse pênis da primeira infância deveria ter sido abandonado com o reconhecimento das diferenças anatômicas entre homens e mulheres. Entretanto, o fetiche é o desejo de conservar esse pênis tão especial. A criança, ao ter a consciência da ausência de pênis nas mulheres, rejeita esse fato e recusa essa percepção, e o pênis perdido é substituído por um objeto de fetiche. Para o autor, como o significado de um fetiche não é acessível a outras pessoas, ele não pode ser retirado de seu dono, que poderá desfrutar do prazer obtido pelo objeto do fetiche.

Com relação não só à obesidade, como também às demais patologias da alimentação, podemos levantar a hipótese de que o obeso tem uma relação fetichista com a comida, ao contrário da anoréxica, cujo objeto de fetiche sofre uma ambigüidade, pois tanto o corpo quanto o alimento são objetos de desejo, mas a anoréxica opta pelo corpo, deixando a comida como um amante, desejado, mas escondido.

Na obesidade, o alimento é desejado e impudico, e o corpo só toma presença com as demandas sociais e as próprias dificuldades que o corpo impõe pelo excesso de peso. Esse objeto de fetiche, dentro da análise freudiana, se mostra como um substituto de prazer sexual e uma negação da falta fálica da mãe (FREUD, 1905; FREUD, 1927). Segundo Rivera (1997), o fetichista recusa a falta de pênis da mãe, pois aceitar esse fato implicaria em reconhecer que sua própria possessão de um pênis está ameaçada. Por isso, o substituto encontrado para esse pênis faltante da mãe é o fetiche, e a comida, enquanto primeiro elemento de ligação com a mãe, pode ser entendido como esse objeto fálico faltante.

Em "Sexualidade Feminina", Freud (1931) afirma que durante a fase do complexo de Édipo, a criança se encontra fortemente ligada com o genitor do sexo oposto, sendo hostil com o genitor do mesmo sexo. No caso da menina o processo é mais complicado, pois enquanto o menino permanece com a mesma zona genital e com o mesmo objeto de amor, a menina faz duas mudanças: ela abandona o que originalmente constituiu sua principal zona genital – o clitóris – em favor da vagina, e abandona seu primeiro objeto de amor – a figura materna – para dar lugar à figura paterna.

O complexo de Édipo é o núcleo das neuroses: portanto, se pensarmos nas patologias alimentares, podemos supor que está em jogo um temor de ser morto (ou devorado) pela figura materna, temor esse ligado ao período em que a figura materna ficava responsável pelos cuidados com o corpo da criança.

Algumas hipóteses sobre as causas das patologias alimentares serem mais freqüentes em mulheres podem se relacionar ao período em que a menina descobre sua castração, o que a leva a supor, em primeira instância, que a ausência de pênis em seu corpo é fruto de uma carência alimentar, como se ela não tivesse recebido leite suficiente de sua figura materna, como se não tivesse sido amamentada e amada o bastante. A figura da nutridora se confunde com o objeto de satisfação. Quando essas figuras não se fundem, freqüentemente a criança se

queixa de que a nutridora foi mandada embora pela figura materna muito cedo. Nesses casos, a avidez da criança é insaciável, e a criança nunca supera a perda do seio. Entretanto, não parece ser suficiente essa hipótese.

Assim, Freud (1931/1980) levanta a possibilidade de que o conflito no vínculo com a figura materna esteja relacionado ao fato de a ligação com a figura materna estar fadada a perecer por ter sido muito intensa, e, tal como nas relações de muito amor, a relação está fadada a sucessivos desapontamentos e ocasiões de agressão. Na obesidade, possivelmente a comida representa a busca de preenchimento pelo objeto perdido, e não há rejeição desse alimento porque a rejeição representaria a repetição do desamparo, da angústia pela perda do amor da figura materna e do risco iminente da morte.

As primeiras experiências sexuais de uma criança são de caráter passivo – ela é alimentada, limpada, ensinada e vestida por sua figura materna. Surgem desejos orais agressivos e sádicos contra a figura materna forçados pelo recalque precoce, por um temor de seu morto ou devorado por essa figura materna. Por fim, impulsos cheios de desejo, intensos e ativos, dirigidos no sentido da figura materna, também surgem na fase fálica. Assim, no período do complexo de Édipo, há um abaixamento dos impulsos sexuais ativos e uma ascensão dos passivos, o que facilita a transição para o objeto paterno.

Como a diferenciação entre os sexos se dá somente na infância, Freud (1932/1980) discorre sobre a existência de uma bissexualidade em homens e mulheres: “a proporção em que masculino e feminino se misturam num indivíduo, está sujeita a alterações muito amplas [...] dizemos que uma pessoa, seja homem ou mulher, se comporta de modo masculino numa situação e de modo feminino, em outra”. Para o autor, a feminilidade é associada ao passivo e a masculinidade, ao ativo: “quando dizem ‘masculino’, os senhores geralmente querem significar ‘ativo’, e quando dizem ‘feminino’, geralmente querem dizer ‘passivo’”. Freud (1932/1980) explica:

> É inadequado fazer o comportamento masculino coincidir com a atividade e o feminino, com passividade. Uma mãe é ativa para com seu filho, em todos os sentidos [...] os homens não conseguem viver em companhia dos de sua própria espécie, a menos que desenvolvam uma grande dose de adaptabilidade passiva.

Segundo Roudinesco (2003), Freud sempre reivindicou a invenção do Édipo como um princípio essencial da psicanálise, como um fundamento da sociedade na medida em que assegurava uma escolha saudável de amor.

Em 15 de outubro de 1897, três semanas depois de abandonar a teoria da sedução[39] (na carta do equinócio), Freud menciona pela primeira vez o nome de Édipo, e inventou o modelo edipiano "no exato momento em que passava de uma concepção traumática do conflito neurótico para uma teoria do psiquismo inconsciente. Os dois gestos eram complementares" (ROUDINESCO, 2003, p. 59).

Segundo a autora, Freud interpreta o mito de Édipo e o torce, pois para validar sua tese do desejo recalcado pela figura materna, seria preciso demonstrar que Édipo mata o pai intencionalmente para consumar o incesto. Entretanto, na tragédia grega o assassinato precede o incesto, e este não é motivado pelo desejo do herói, pois sua mãe Jocasta lhe é oferecida como um direito. Assim, "em Sófocles, o incesto com a mãe não é a conseqüência de uma rivalidade com o pai, mas uma união sacrificial que anula as leis da necessária diferença entre as gerações" (ROUDINESCO, 2003, p. 62).

Entretanto, isso não impediu Freud de reinterpretar o mito grego da união sexual com a mãe e o assassinato do pai como um sonho universal a todo ser humano. Mas, para alcançar seu objetivo, Freud levou em conta a história do filho culpado de desejar sua mãe e querer assassinar seu pai. Pois, para transformar a história edípica num modelo universal e capaz de resumir a história da humanidade, Édipo deveria ser culpado não de ter assassinado seu pai, mas de ter desejado sua mãe. A própria ignorância de Édipo é a descrição correta do

[39] A teoria dita "da sedução", segundo Roudinesco (2003) supõe que toda neurose tem como origem um trauma sexual concreto sofrido na infância.

inconsciente no adulto, e a sentença taxativa do oráculo de inocentar o herói significa um reconhecimento da implacabilidade do destino que condena todo ser humano a passar pelo complexo de Édipo.

Para Freud, afirma Roudinesco (2003), o desejo de Édipo pela mãe já estava presente na decifração do enigma e na morte da esfinge, um monstro substituto do pai. Portanto, Édipo mata o pai duas vezes: na primeira vez, ele mata seu pai real na estrada; na segunda, ele mata a esfinge, representante simbólica do pai.

Roudinesco (2003) resume a percepção desse conceito para os psicanalistas:

> Pelos psicanalistas, enfim, [o complexo de Édipo é percebido] como um modelo psicológico capaz de restaurar uma ordem familiar normalizante na qual as figuras do pai e da mãe seriam determinadas elo primado da diferença sexual. Segundo esta última abordagem, cada filho era chamado a se tornar o rival de seu pai, cada filha a concorrente de sua mãe, e toda criança o produto de uma cena primitiva, lembrança fantasística de um coito irrepresentável (ROUDINESCO, 2003, P. 87).

Para a autora, o complexo de Édipo se tornou o paradigma da família, pois a organização implica numa organização das leis de aliança e filiação, e embora haja o interdito do incesto e a perturbação entre gerações, todo indivíduo um dia é obrigado a descobrir que tem um inconsciente e que é diferente do que imaginava ser, o que o obriga a encontrar seu destino: “culpado de desejar sua mãe e de querer assassinar seu pai, ele se define, para além do complexo, como o ator de um descentramento da subjetividade” (ROUDINESCO, 2003, p. 89).

A família é o filtro de uma força essencial à civilização, pois ela obriga os sujeitos a se submeterem a uma lógica separada dos desejos individuais. Ligada à dinâmica edipiana, a família permite ao Complexo de Édipo se tornar ao mesmo tempo o restaurador da autoridade, o responsável pelo aparecimento do tirano culpado e do filho rebelde, figuras indispensáveis à ordem familiar.

Logo, sobre a existência da estrutura edipiana, Roudinesco (2003, p. 91) afirma:

> [A estrutura edipiana existe tanto para] dar conta da natureza inconsciente das relações de ódio e de amor entre os homens e as mulheres, entre as mães e os pais, entre os filhos e os pais, e entre os filhos e as filhas, como para recentrar a antiga ordem patriarcal, já derrotada, em torno da questão do desejo.

Em determinado momento é necessária a separação entre figura materna e bebê, e para isso entra em cena a figura paterna. Freud discute a entrada dessa figura e do complexo de castração pela primeira vez em "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905a/1980), no qual é discutida a separação do vínculo fusional entre figura materna e bebê a partir do momento que um terceiro surge para reivindicar o compartilhamento do amor da mãe e assegurar sua autoridade e desejo de também ter o amor desse bebê.

Ao mesmo tempo, esse terceiro permite à criança perceber a existência de diferenças anatômicas entre homens e mulheres, o que ocasiona o aparecimento de lutas internas que acarretarão no complexo de castração. Para Freud (1905a/1980), "as crianças de um sexo e de outro formam a teoria de que as mulheres tanto quanto os homens tinham originalmente um pênis, mas que perderam pela castração". Freud retoma posteriormente esse conceito em outros artigos[40]. Laplanche (2001, p. 73) resume:

> [O complexo de castração em Freud é] o complexo centrado na fantasia de castração, que proporciona uma resposta ao enigma que a diferença anatômica dos sexos (presença ou ausência de pênis) coloca para a criança. Essa diferença é atribuída à amputação do pênis na menina.

Assim, a percepção de ausência de pênis traça um correspondente na fantasia, a qual se refere a um "roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente" (LAPLANCHE, 2001, p. 169).

[40] Principalmente "Pequeno Hans", 1909/1980; "Organização genital infantil", 1923a/1980; "Dissolução do Complexo de Édipo", 1924b/1980; "Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos", 1925/1980; e "Inibições, sintomas e angústia", 1926a/1980.

O surgimento do complexo de castração permite à criança levantar hipóteses sobre seu corpo, sobre o corpo dos outros, sobre o surgimento dessas diferenças, sobre a origem dos bebês e sobre o amor sexual e não-sexual.

Segundo Freud (1924b), no modelo edípico a figura materna é responsável pela satisfação primária e objeto de desejo, e a figura paterna foi incumbida da função de limite, portadora de proibições e da separação entre bebê e figura materna. Entretanto, com a crescente independência feminina, a função paterna tem se tornado cada vez mais ausente, seja porque a figura paterna foi destituída de seu lugar, seja porque essa figura optou por se excluir da posição de onde é convocada enquanto representante da lei. Leclaire (1979, p. 40) afirma:

> Na medida em que o pai não assume sua função de protetor por respeito ao desejo materno, a criança se acha exposta, praticamente sem defesa, a algo como a devoração materna, já que o pai não mais constitui uma barreira contra essa ameaça.

Para Roudinesco (2003), a família sofreu grandes mudanças ao longo dos tempos, podendo-se dividir essas transformações em três grandes períodos:

> Numa primeira fase, [...] Os casamentos são arranjados entre os pais sem que a vida sexual e afetiva dos futuros esposos, em geral unidos em idade precoce, seja levada em conta. Nessa ótica, a célula familiar repousa em uma ordem do mundo imutável e inteiramente submetida a uma autoridade patriarcal, verdadeira transposição de uma monarquia de direito divino. Numa segunda fase, a família dita "moderna" torna-se o receptáculo de uma lógica afetiva cujo modelo se impõe entre o final do século XVIII e meados do XX. Fundada no amor romântico, ela sanciona a reciprocidade dos sentimentos e os desejos carnais por intermédio do casamento. Mas valoriza também a divisão do trabalho entre os esposos, fazendo ao mesmo tempo do filho um sujeito cuja educação sua nação é encarregada de assegurar. A atribuição da autoridade torna-se então motivo de uma divisão incessante entre o Estado e os pais, de um lado, e entre os pais e as mães, se outro (ROUDINESCO, 2003, p. 19).

Na terceira e última fase, iniciada a partir dos anos de 1960, a estrutura familiar passa a se compor de dois indivíduos em busca de relações íntimas ou realização sexual. Com isso, a transmissão de autoridade se torna cada vez mais problemática à medida que divórcios, separações e recomposições conjugais aumentam. Assim, a família autoritária de outrora,

triunfal ou melancólica, foi substituída pela família mutilada de hoje, feita de feridas íntimas, de violências silenciosas, de lembranças recalcadas; e a figura paterna, antes vista como virtuosa, agora apresenta uma imagem invertida de si mesmo, deixando transparecer um eu descentrado, autobiográfico, individualizado e fraturado. Roudinesco (2003, p. 10) afirma:

> Sem a ordem paterna, sem lei simbólica, a família mutilada das sociedades pós-industriais seria, dizem, pervertida em sua própria função de célula de base da sociedade. Ela se entregaria ao hedonismo, à ideologia do 'sem tabu'.

Ao mesmo tempo, a juventude passou a contestar a sociedade, as guerras, o preconceito, a universalidade dos direitos do homem e a própria transmissão de saberes, e passou a questionar também a autoridade dos pais, dos representantes sociais da ordem e da própria pátria. Entretanto, "não se quis entender que essa juventude reivindicava uma outra autoridade, uma nova ordem simbólica, uma nova lei do mundo e do desejo, capazes de responder às mutações da família que surgiam na vida social" (ROUDINESCO, 2003, p. 149).

Além disso, as mulheres foram se tornando cada vez mais livres da autoridade masculina, e passaram a ter a possibilidade de trabalhar e pagar o próprio sustento (e, em muitos casos, o sustento de toda a família). Com isso, foram acusadas de serem as responsáveis pela perda da ordem social por atentarem contra as normas que definiam o que era responsabilidade masculina exclusiva e o que pertencia somente ao universo feminino. Para a autora, desde sempre os homens foram incapazes de se reproduzirem somente entre si, o que os levava a aceitar recorrerem às mulheres para fabricar seus filhos e lhes transmitir seu nome. Mas, ao serem obrigados a lhes confiar essa tarefa, eles dominaram e regulamentaram os corpos de suas companheiras por meio do casamento e da divisão de tarefas (quem provê o dinheiro e quem cuida da casa e dos filhos).

Todavia, agora as mulheres se emancipam dessa clausura a que foram submetidas pelos homens. Elas não se contentam mais em olhar a história como expectadoras, elas querem ser suas próprias heroínas. Segundo Roudinesco (2003, p. 151), "as mulheres

conquistaram, ao preço de lutas difíceis, direitos e poderes que lhes permitiram não apenas reduzir a dominação masculina, mas inverter seu curso. Seus corpos se modificaram juntamente com seus gostos e aspirações". A autora comenta que já em 1899, Émile Zola aponta que o ideal de beleza da época valorizava corpos longos e delgados, e quadris estreitos, fazendo esse ideal de beleza recair na esterilidade da mulher. Mais tarde, os médicos constataram o "eclipse do ventre" que causava furor nos salões da *belle époque* (ROUDINESCO, 2003, p. 151). Os vestidos "*garçonnières*" (mais curtos e apropriados para mulheres com quadris finos e seios pequenos) dos anos loucos também chegaram para reafirmar a beleza na esterilidade da mulher, pois simbolizavam o "desdém moderno pela maternidade" (ROUDINESCO, 2003, p. 151).

Na segunda metade do século XX as transformações foram radicais. Roudinesco (2003, p. 151-2) discute:

> A generalização de novas regras estéticas impostas pelo mercado da moda e a domesticação padronizada das aparências corporais contribuíram, até mesmo em seus excessos, para uma verdadeira revolução da condição feminina. Nesse contexto, as mulheres se preocupavam mais com sua imagem e em garantir um papel social que lhes permitisse mascarar sua interioridade afetiva. Foram então menos rebeldes, menos histéricas, menos depressivas. Logo se afirmou que elas se "masculinizavam" e que os homens se "feminilizavam", e deduzia-se que os filhos dessas mulheres "viris" e desses homens "andrógenos" não conseguiriam nunca garantir para si uma identidade estável. Todas essas metamorfoses não faziam senão traduzir as angústias de um mundo abalado por suas próprias inovações.

Com isso, a própria noção de família exigiu novas reflexões, pois se antes a família dependia do casamento entre um homem e uma mulher (casamento aqui entendido como uma união permanente), com a legalização do divórcio o casamento "perdeu efetivamente sua força simbólica" (ROUDINESCO, 2003, p. 153). Daí surgiu um duplo movimento de dessacralização do casamento e de humanização dos laços de parentesco. Ao invés de ser percebida como divina e natural, a família contemporânea agora se apresenta como "frágil, neurótica, consciente de sua desordem", mas também preocupada em fornecer um equilíbrio entre homens e mulheres que não é oferecido no meio social: "construída, desconstruída,

reconstruída, recuperou sua alma na busca dolorosa de uma soberania alquebrada ou incerta" (ROUDINESCO, 2003, p. 153).

Dentro dessa transformação que a família vive, o que se observa muitas vezes é a mulher com filhos e o homem livre para procurar outra mulher e recomeçar uma família quantas vezes ele quiser, já que as obrigações parentais (excluindo aqui a questão da pensão familiar) ficam a cargo somente da mulher.

A função materna é substituível, e as mães, repletas de atividades que, hoje em dia, incluem tanto o trabalho doméstico quanto a profissão e os cuidados com o próprio corpo, optam por deixar seus filhos aos cuidados de um outro que cumprirá essa função materna, geralmente um profissional especializado que servirá como modelo para as angústias e desejos, como se houvesse uma compreensão de que as mães não podem assumir sozinhas a humanização completa dos filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desse trabalho foi analisar a obesidade a partir da ótica psicanalítica freudiana. Nesse sentido, o objetivo principal aqui foi fazer um levantamento de como o comer permeia as relações interpessoais e o desenvolvimento humano, segundo textos freudianos, e como os conceitos de beleza e saúde na contemporaneidade interferem na relação do sujeito com sua alimentação. Nesse contexto, investigamos como a obesidade está na articulação entre as necessidades e limitações corporais e o desejo de obter prazer e evitar o desprazer.

Pudemos observar que a obesidade ocupa um espaço importante na sociedade atual. Ao longo de sua história, ela deixou de ser vista como uma patologia exclusiva de pessoas de maior renda para se tornar uma epidemia que não escolhe classe social, cor, idade, sexo ou anos de estudo. Apesar de muitos estudiosos da área médica considerarem a obesidade como uma doença de cunho exclusivamente orgânico (SEGAL E FANDIÑO, 2002), autores como Hilde Brush (1973) já levantavam a possibilidade da obesidade ser trazida para o terreno das patologias alimentares.

Em decorrência do aumento exponencial do número de casos, surgiram muitas formas tratamento e prevenção da obesidade: por meio de intervenção profissional, com o oferecimento de novos tipos de alimentos de baixas calorias, e por meio de técnicas milagrosas para emagrecer.

A obesidade se tornou um paradigma não somente porque traz prejuízos à saúde, mas também porque ela é o oposto do ideal atual de corpo perfeito. Por um lado, a obesidade se tornou foco de preocupação dos profissionais da saúde a partir do momento que passou a ser relacionada com doença e mortalidade. Criou-se um campo de trabalho acerca das causas e do tratamento, onde a principal preocupação é a perda de peso e a melhora das condições de

saúde física – já que há um sofrimento por trás da dificuldade em movimentos simples como se abaixar ou sentar. Por outro lado, os tratamentos tornaram-se um passaporte para se alcançar um protótipo de beleza considerado ideal. Numa realidade em que o belo é o corpo magro, a impossibilidade de se ter esse corpo traz um sentimento de inferioridade e culpa, e, com isso, estratégias mais invasivas como a cirurgia bariátrica tornam-se uma opção atraente.

A insatisfação, enquanto sentimento de impotência, reflete também uma dinâmica familiar baseada no próprio sentimento de onipotência dos pais, pois a criança é um depósito de expectativas e frustrações desses pais, tanto em relação à questão da imagem corporal quanto em relação à comida como meio em que os relacionamentos acontecem. Segundo Oliveira (2001), as dificuldades familiares ligadas ao exercício das funções materna e paterna e à elaboração de perdas ficaram expressas e impressas no relacionamento com a criança. Hoje, muitas vezes colocar limites dentro de casa é traduzido como maus-tratos, e as famílias, confusas sobre que ação tomar, são orientadas a buscar apoio de profissionais quando têm dificuldade de educar seus filhos (ROUDINESCO, 2003). Entretanto, pode-se supor que esse tipo de dinâmica tem conseqüências na travessia da constituição edipiana e na entrada da figura paterna, o que favorece o aparecimento de patologias em que a falta de limites é a palavra de ordem.

Além disso, a comida tem valor singular hoje, pois se antes a moralidade se ligava à sexualidade (com a histeria como patologia central), hoje o controle passa pela alimentação, o que justifica que as patologias da alimentação estejam tanto em voga. O sujeito, fragilizado e abandonado numa modernidade racionalizada e desencantada, em que o imediato dita as regras, para sobreviver retoma sua forma mais primitiva de satisfação: pela boca. Daí se compreende porque as patologias ligadas à oralidade são tão freqüentes: tabagismo, alcoolismo, drogadição, obesidade.

Dois elementos foram centrais para esse estudo: o corpo e o comer. E ambos, apesar de aparentemente focados em questões diferentes, desembocam em uma só questão: a do vínculo.

Com relação ao corpo, as pesquisas apresentadas no âmbito do modelo médico demonstraram que na maioria dos casos o corpo ideal feminino, para as mulheres, é o corpo de baixo peso. Entretanto, em alguns casos se constatou que entre as obesas mórbidas a forma física com sobrepeso é avaliada como dentro da faixa da normalidade, e entre mulheres com sobrepeso há maior irregularidade de julgamentos (ALMEIDA, 2005), como se a situação de indefinição dessas mulheres que não são nem gordas, nem com peso normal, refletisse nas suas próprias escolhas.

Há uma consciência do obeso de que para se satisfazer ele deixa de atender às exigências sociais de corpo perfeito, e por isso vive uma existência dúplice, entre satisfazer necessidades internas ou atender uma demanda cultural.

Assim, há uma ambigüidade nos sentimentos com relação ao próprio corpo: ao mesmo tempo em que esse corpo é uma possibilidade de se obter sucesso, ele é o principal obstáculo para esse sucesso, pois a existência de um corpo magro é incompatível com o comer em excesso.

A partir de evidências encontradas no pós-operatório das cirurgias bariátricas, verificamos que é insuficiente pensar na obesidade somente a partir de um substrato orgânico, pois a recorrência de sintomas psíquicos após a cirurgia nos possibilita considerar que a relação do sujeito com seu corpo está para além da noção de um corpo biológico, tal como na histeria, em que o corpo deve ser compreendido a partir da concepção ou idéia que se tem sobre ele, em conjunto com as intensidades afetivas envolvidas. Podemos entender esse corpo como “um corpo tecido na encruzilhada dos destinos pulsionais, constituído pelo campo das pulsões, manifestado enfim pelas excitações pulsionais” (BIRMAN, 2003, p. 60). Na

articulação entre corpo e sintoma, o último corresponde a uma anatomia fantasmática que é a imagem que a pessoa faz de seu próprio corpo, e, portanto, o sentido do sintoma, assim como o corpo, é mutável e pode ser composto de significados simultâneos e em sucessão, que podem variar com o tempo.

O obeso, na busca por um corpo perfeito e saudável, busca a cirurgia bariátrica como uma alternativa milagrosa de solução. Entretanto, nossa cultura é uma cultura de possibilidades e não de realização, e o obeso, nesse sentido, deseja o alimento perfeito, o corpo perfeito e o outro perfeito. Ao não encontrá-los (pois esses ideais não são criados para serem alcançados), ele permanece como contínuo consumidor, sedento e voraz.

Ao me remeter à questão do vínculo, em meu contato com pacientes obesos, pude observar que havia uma preocupação com a própria sobrevivência associada ao medo de perder o amor do outro, e a forma encontrada de conter esse temor é comer – comer a comida como se comesse o corpo do outro. E esse comer, na medida em que domina o temor, domina também a agressividade a ele associada.

Segundo Anzieu (2000) há um ego corporal ou eu-pele, responsável pela nutrição e pelo contato da criança com o mundo que a cerca. Quando pensamos em obesidade e perturbações do alimento, podemos supor que nesse período também há a formação de um eu-gordura, no qual o corpo é percebido como detentor de toda sexualidade circulante, sendo a gordura responsabilizada pela formação de laços de amor e ódio, e também pela proteção, como uma capa.

A obesidade é uma patologia de dúplices, em todos os campos de análise: sentimento de incapacidade de parar de comer, por um lado, e sentir poder comer mais que outros (ou sentir mais liberdade para comer o que quiser), por outro; temor de perda de amor, e ódio direcionado ao objeto de amor que não o admira como alguém bonito e atraente; tentativa de

ocultar os próprios ímpetos, por um lado, e a marcação de presença pelo tamanho corporal, por outro.

A comida é eleita como representante afetivo do amor. Por isso, quando um paciente obeso se submete a um método de emagrecimento repentino como acontece com a cirurgia bariátrica, muitas vezes se observa que os pacientes não conseguem lidar com os próprios sentimentos e com a mudança de sua relação com o mundo e com as outras pessoas, e voltam a engordar, tal como o sintoma histérico, no qual houve o recalque de um desejo, e caso esse recalque seja desfeito, o sujeito pode não suportar e buscar uma nova estratégia de recalque e de formação de sintoma (como nos casos clínicos de Freud). Assim, a melhora ou a permanência da obesidade não depende apenas de uma ação externa ao indivíduo, como também das condições psíquicas que esse indivíduo se encontra, pois, do contrário, o tratamento é efêmero.

Sabemos que quando se trata de obesidade, deve-se levar em consideração que há pessoas com distúrbios genéticos que facilitam a obesidade. Entretanto, a existência de fatores genéticos não exclui a possibilidade de fatores psicológicos estarem em jogo na dinâmica psíquica do obeso. Assim, é complicado, para não dizer improvável, tentar delimitar o que está exclusivamente no campo do biológico ou exclusivamente no campo do psíquico, se considerarmos que o corpo compartilha de ambas as esferas.

Muitas vezes, tratamentos para a obesidade como a cirurgia bariátrica dificultam que o paciente se depare com as próprias questões. Para muitos, a cirurgia se revelou como uma primeira oportunidade de ter limites em sua própria voracidade, e, com isso, dar limites para si e para os outros. Entretanto, para alguns o sucesso foi temporário e local, pois apesar de permanecerem magros, após um tempo emergiam conflitos que antes eram encobertos pela obesidade, o que obrigava o sujeito a se deparar com a possibilidade de voltar a engordar para esconder suas aflições, ou permanecer magro e ser obrigado a lidar com elas.

Ao analisarmos a obesidade, podemos encontrar semelhanças com outras patologias da alimentação, como com a bulimia e na anorexia. Com relação à primeira, enquanto na bulimia a principal figura de linguagem se relaciona a dificuldade de engolir certas coisas, na obesidade se engole tudo sem reclamar. Na obesidade, tal como na bulimia, a questão do comer retrata o próprio uso de figuras de linguagem, como quando dizemos "engolir alguma coisa" para remeter a uma situação em que houve uma situação desagradável que não pudemos responder, mas que originou sensações desconfortáveis. Com relação à segunda, podemos supor que na obesidade há uma melancolia, assim como na anorexia, na qual há uma dificuldade de elaboração da perda, o que acarreta num esvaziamento do próprio ego.

Na medida em que há uma busca de redução de tensão, há também uma destrutividade do próprio corpo, pois a incorporação generaliza a ingestão de uma série de relações possíveis que podem ser incorporadas não só pela boca, mas por meio de outros orifícios corporais, como a pele e os olhos. A boca serve aqui tanto para comer quanto para amar. Mas, presa na concretude e no vazio de representações, ela não consegue representar em palavras e sublima, mas não elabora.

A obesidade é uma patologia fortemente ligada ao vínculo materno, pois a oralidade, no desenvolvimento humano, é a primeira porta de entrada para o estabelecimento de relações. Podemos supor que ela, tal como as demais perturbações alimentares, ocupa uma posição de cruzamento entre a infância e a idade adulta, e possivelmente uma ligação com processos de mudanças que acarretam em perdas. A depressão é uma comorbidade freqüentemente presente na obesidade, pois na perda há o sentimento de desamparo, e um forte transbordamento e desorganização das emoções, transbordamento esse que se reflete no comer demais. Podemos associar a questão do vínculo também à noção de desamparo, no sentido de que o estado de desamparo (*Hilflosigkeit*0 possui um "caráter desorganizador das tensões libidinais para as quais não é possível nenhuma satisfação fora da mãe" (GREEN,

1982, p. 83). Assim, no obeso, a situação de desamparo remeteria às “primeiras matrizes de organização do ego” (GREEN, 1982, p. 83), período no qual a oralidade era a principal via de descarga da libido. Já na vida adulta do obeso, o ego, para se prevenir do possível sofrimento decorrente da perda do objeto, colocaria em ação operações defensivas capazes de conter a ameaça de desorganização, processo esse ligado diretamente ao desejo de comer.

O comer remete a uma situação infantil em que o bebê era alimentado, cuidado e amado, e, portanto, é uma opção para dar vazão a determinados sentimentos que permaneceram como uma fixação, em que parte da energia libidinal fica presa em estádios anteriores que trouxeram satisfação.

Com relação à figura materna, há uma relação de “devoramento”, de desejo de retorno ao seio e ao corpo materno. Mas, tendo em vista que a vida do obeso é permeada por ambigüidades, na relação com a figura materna também há sentimentos de amor e ódio, pois a mãe se apresenta, para o bebê, como protetora a acolhedora, por um lado, e voraz e inquietante, por outro. Essa ambigüidade dá margem para o aparecimento do sentimento de desamparo, que futuramente estará ligado à depressão que freqüentemente acompanha os sentimentos negativos ligados à frustração com o próprio corpo.

O temor de perda do amor da mãe se relaciona aos ciúmes dessa figura dar atenção a outras figuras, percebidas como rivais: percebe-se que o obeso, para sustentar um vínculo, come e se submete, como que para manter a vitalidade do amor dessa mãe. Na literatura apresentada nesse trabalho, observou-se que o aumento de peso associado a uma patologia alimentar muitas vezes surge após um grande trauma, como a perda de um ente querido. Assim, há uma ânsia em recuperar aquilo que foi perdido, ou o que está para ser perdido, e um desejo de preenchimento dessa possível falta: se eu ocupo o espaço vago, logo não haverá mais falta. É uma busca em achar a vida a partir de uma perda, como se originalmente a mãe

morta tivesse criado um vácuo que precisa ser preenchido pelo amor ou por seu substituto, a comida (como o leite materno).

Mas essa incorporação ou devoramento é ambivalente na medida em que é um tipo de amor associado à destruição completa, em que o comer excessivo poderia corresponder a uma tentativa de preservação e prazer de comer e, ao mesmo tempo, uma destruição do próprio corpo, como se esse corpo não fosse digno de sobreviver e ser amado.

Apesar de as pesquisas encontradas durante a elaboração desse projeto mostrarem que as patologias alimentares são mais freqüentes em mulheres, observou-se que na obesidade não há uma primazia entre homens e mulheres, mas evidenciou-se que as mulheres obesas buscam mais freqüentemente tratamento para essa patologia.

Na obesidade, pudemos observar que diante da dificuldade de reagir às imposições sociais e à própria voracidade, o obeso marca sua presença por meio de seu próprio tamanho físico e pela dificuldade de dar e ter limites. No outro oposto está a anorexia: totalmente inflexível à própria realidade, a anoréxica marca sua presença não somente porque está magra (tanto que muitos relatos revelam que a família demora em perceber o emagrecimento exagerado), mas por sua rigidez de pensamento e de comportamento. E talvez porque a anorexia seja o extremo oposto da obesidade no que diz respeito à capacidade de controle é que muitos obesos, após a cirurgia bariátrica, descobrem que são capazes de controlar a ingestão de alimento e os relacionamentos interpessoais e se tornam mais agressivos, podendo recair em outras patologias alimentares, tais como bulimia e anorexia.

Entretanto, ao contrário da bulimia e da anorexia nas quais se tenta controlar o desejo sexual por meio do controle do comer (e, nesses casos, há uma clara indiferenciação entre as pulsões sexuais e de auto-conservação), na obesidade o que parece estar em jogo é algo mais primitivo, é a tentativa de preencher o vazio, de satisfazer ambas as pulsões e garantir o amor do objeto, a figura materna.

Se correlacionarmos a finalidade da pulsão com a questão do comer excessivo e da obesidade, podemos pensar que no comer há uma busca de satisfação por meio da eliminação da tensão da pulsão. A *finalidade* ativa (desejo de controlar a angústia e o amor do outro) é substituída pela *finalidade* passiva (comer). Mas na obesidade também há o retorno da pulsão ao próprio ego do indivíduo como no masoquismo, o qual é um sadismo que retorna em direção ao próprio ego do indivíduo. Pois o comer, além da garantir a sobrevivência, é algo que dá prazer. Entretanto, é um prazer agressivo, quase que uma autodestruição, tanto pela discriminação social quanto pelos efeitos sobre o organismo.

Portanto, a obesidade é a expressão de um masoquismo circulante. Em outros capítulos, pudemos observar o quanto pacientes obesos relatam que há um momento em que não agüentam mais comer, mas continuam comendo, como se houvesse certo prazer em permanecer nessa situação. Esse desejo pelo corpo magro e pela comida possivelmente é, tanto na obesidade quanto nas demais patologias alimentares, fruto de uma relação fetichista baseada na relação de amor e nutrição com a mãe.

Finalmente, considero que tanto para a avaliação quanto para o tratamento da obesidade, é essencial a presença de um psicanalista na equipe multidisciplinar, pois nem tudo que precisa ser tratado pode ser medido, e apesar de não haver um consenso na literatura médica, sabe-se que fatores psicológicos interferem no sucesso da cirurgia. Não proponho aqui que a cirurgia seja eliminada, mas que haja um acompanhamento psicanalítico mais cuidadoso durante a avaliação e o tratamento de pessoas obesas. Como afirma Freud (1937/1980):

> Seria difícil dizer se e quando conseguimos êxito em dominar esse fator num tratamento analítico. Só podemos consolar-nos com a certeza de que demos à pessoa analisada todo incentivo possível para reexaminar e alterar sua atitude para com ele.

A psicanálise está na contramão da concretude, e por isso, pensar na obesidade a partir de um ponto de vista simbólico pode trazer grandes contribuições para se buscar propostas de

tratamento e, eventualmente, prevenção para essa modalidade de sofrimento psíquico. Afinal, conforme as palavras de Freud (1920/1980):

> Devemos estar prontos para abandonar um caminho que estivemos seguindo por certo tempo, se parecer que ele não leva a qualquer bom fim. Somente os crentes, que exigem que a ciência seja um substituto para o catecismo que abandonaram, culparão um investigador por desenvolver ou mesmo transformar suas concepções.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.A.N. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.15, n.2, p. 283-292, 2002.

ALMEIDA, G.A.N. et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.10, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR:* Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Coordenação de Miguel R. Jorge; Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 4. ed., 2003. 880 p.

ANZIEU, D. 2000. *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 309 p.

ASSOUN, P.L. *Freud e a mulher*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. 182 p.

BASTOS, L.A.M. *Eu-corpando O ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Escuta, 1998. 200 p.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, suplemento 1, p. S181-S191, 2003.

BENEDETTI, C. *De obeso a magro*: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor, 2003. 134 p.

BIRMAN, J. *Enfermidade e loucura*: sobre a medicina das inter-relações. Rio de Janeiro: Campus, 1980. 186 p. (Contribuições em psicologia, psicanálise e psiquiatria, v. 5).

BIRMAN, J. *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1991. p. 136-146. (A constituição da psicanálise, v. 2).

BIRMAN, J. *Estilo e modernidade em psicanálise.* São Paulo: Editora 34, 1997. 233 p.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade*: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 300 p.

BIRMAN, J. Corpos e Formas de Subjetivação. In: MILNITZKY, F. (Org.). *Desafios da Clínica Psicanalítica na Atualidade*. Goiânia: Dimensão, 2006. p. 55-89.

BRANDÃO, J.S. O Mito de Narciso. In _____ (Org.) *Mitologia Grega*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1989. 3 v. p. 173-251.

BRUSH, H. *Eating disorders*: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. Nova Yorque: Basic Books Publishers, 1973. 396 p.

CORDÁS T.A. A participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória. In GARRIDO, A.B. et al (Org.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 71-79.

CORDÁS T.A.; LOPES FILHO A.P.; SEGAL A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia.* São Paulo, v. 48, n. 4, p. 564-571, ago. 2004.

COSTA, JF. Sobre a geração AI-5: Violência e Narcisismo. In _____ (Org.) *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 117-189.

DELOUYA, D. Tôpica, o negativo da depressão originária. *Revista Percurso*. São Paulo, n. 21, p. 5-15. 2º semestre de 1998.

DOBROW I.J.; KAMENETZ C.; DEVLIN M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.24, suplemento 3, p. 63-67, dez. 2002.

FAIRBURN, C.G.; COOPER, Z. The eating disorder examination, In FAIRBURN C.G.; WILSON G.T. (Ed.) *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: The Guilford Press; p. 317-60, 1993.

FERNANDES, M.H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 127 p.

FIORAVANTI, C.; ZORZETTO, R. Dieta de alto risco: responsável pelo ganho de peso, bloqueio à insulina começa no cérebro e aumenta predisposição às doenças cardiovasculares e ao câncer. *Revista Pesquisa FAPESP*. n. 140, p. 40-44, out. 2007.

FISBERG, M. *Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Fundação Byk, 1995. 157 p.

FREITAS et al. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, suplemento 3, p. 34-38, dez. 2002.

FREUD, S. (1891) *Sobre a interpretação das afasias*. Lisboa: Edições 70, 1979.

_____. (1866-99) Notas sobre alguns termos técnicos cuja tradução requer explicação. In *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I). 1 CD-ROM.

_____. (1888) Histeria. In *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (1866-99). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I). 1 CD-ROM.

_____. (1893a [1888-1893]) Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (1866-99). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I). 1 CD-ROM.

_____. (1895a) Rascunho G. Melancolia. In *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (1866-99). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

(Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I). 1 CD-ROM.

_____. (1892-1899) Rascunho E. Como se origina a angústia. In *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (1866-99). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I). 1 CD-ROM.

_____. (1895) Projeto para uma Psicologia Científica. In *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (1866-99). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I). 1 CD-ROM.

_____. (1893b) Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar. In *Estudos sobre a histeria Josef Breuer e Sigmund Freud* (1893-5). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II). 1 CD-ROM.

_____. (1895b) Caso 2 – Sra. Emmy Von N., idade 40 anos, da Livônia. In *Estudos sobre a histeria Josef Breuer e Sigmund Freud* (1893-5). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II). 1 CD-ROM.

_____. (1895c) Caso 3 – *Miss* Lucy R., 30 anos. In *Estudos sobre a histeria Josef Breuer e Sigmund Freud* (1893-5). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II). 1 CD-ROM.

_____. (1895d) Caso 5 – Elizabeth Von R. In *Estudos sobre a histeria Josef Breuer e Sigmund Freud* (1893-5). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II). 1 CD-ROM.

_____. (1895e) A Psicoterapia da Histeria. In *Estudos sobre a histeria Josef Breuer e Sigmund Freud* (1893-5). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II). 1 CD-ROM.

_____. (1893c) Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. In *Primeiras publicações psicanalíticas*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. III). 1 CD-ROM.

_____. (1900) Interpretação dos sonhos. In *Interpretação dos sonhos – Primeira Parte.* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IV). 1 CD-ROM.

_____. (1905a) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme

Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII). 1 CD-ROM.

_____. (1905b [1901]) Fragmento da análise de um caso de histeria. In *Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII). 1 CD-ROM.

_____. (1909) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In *Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII). 1 CD-ROM.

_____. (1908a) Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In *"Gradiva de Jensen" e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX). 1 CD-ROM.

_____. (1908b) Sobre as teorias sexuais das crianças. In *"Gradiva de Jensen" e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX). 1 CD-ROM.

_____. (1911) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII). 1 CD-ROM.

_____. (1913) O tema dos três escrínios. In *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII). 1 CD-ROM.

_____. (1914) Sobre o Narcisismo: uma introdução. In *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV). 1 CD-ROM.

_____. (1914/16) Artigos sobre metapsicologia. In *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos.* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV). 1 CD-ROM.

_____. (1915a) O Recalque. In *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos.* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV). 1 CD-ROM.

_____. (1915b) As pulsões e os destinos da pulsão. In *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos.* Trad. sob a direção de Jayme

Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV). 1 CD-ROM.

_____. (1915c) O Inconsciente. In *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos.* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV). 1 CD-ROM.

_____. (1917a [1915]) Luto e melancolia. In *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos.* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV). 1 CD-ROM.

_____. (1917b) Conferência XVI – A teoria da libido e o narcisismo. In *Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III).* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVI). 1 CD-ROM.

_____. (1917c) Conferência XVII – O sentido dos sintomas. Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III). In *Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III).* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVI). 1 CD-ROM.

_____. (1917d) Conferência XXI – "O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais". In *Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III).* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVI). 1 CD-ROM.

_____. (1917e) Conferência XXII – "Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia". In *Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III).* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVI). 1 CD-ROM.

_____. (1917f) Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In *Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III).* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVI). 1 CD-ROM.

_____. (1918) História de uma neurose infantil. In *História de uma neurose infantil e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVII). 1 CD-ROM.

_____. (1919) Uma criança é espancada – Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In *História de uma neurose infantil e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVII). 1 CD-ROM.

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In *Além do princípio de prazer psicologia de grupo e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII). 1 CD-ROM.

_____. (1921) Psicologia de grupo e análise do ego. In *Além do princípio de prazer psicologia de grupo e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII). 1 CD-ROM.

_____. (1923a) O ego e o id. In *O ego e o id e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX). 1 CD-ROM.

_____. (1923b) A organização genital infantil (Uma interpolação na teoria da sexualidade). In *O ego e o id e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX). 1 CD-ROM.

_____. (1923c) Uma neurose demoníaca do século XVII. In *O ego e o id e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX). 1 CD-ROM.

_____. (1924a) O problema econômico do masoquismo. In *O ego e o id e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX). 1 CD-ROM.

_____. (1924b) A dissolução do complexo de Édipo. In *O ego e o id e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX). 1 CD-ROM.

_____. (1925) Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In *O ego e o id e outros trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX). 1 CD-ROM.

_____. (1926a [1925]) Inibições, sintomas e angústia. In *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e angústia, A questão da análise leiga e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XX). 1 CD-ROM.

_____. (1926b) A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial. In *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e angústia, A questão da análise leiga e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XX). 1 CD-ROM.

_____. (1927) Fetichismo. In *O futuro de uma ilusão, O mal estar na civilização e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI). 1 CD-ROM.

_____. (1930 [1929]) O Mal estar na civilização. In *O futuro de uma ilusão, O mal estar na civilização e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI). 1 CD-ROM.

_____. (1931) Sexualidade Feminina. In *O futuro de uma ilusão, O mal estar na civilização e outros trabalhos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI). 1 CD-ROM.

_____. (1932) Conferência XXXIII – Feminilidade. In *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos.* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXII). 1 CD-ROM.

_____. (1937) Análise terminável e interminável. In *Moisés e o monoteísmo, Esboço de psicanálise e outros trabalhos.* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXIII). 1 CD-ROM.

_____. (1939) Moises e o monoteísmo. In *Moisés e o monoteísmo, Esboço de psicanálise e outros trabalhos.* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXIII). 1 CD-ROM.

GARCIA-ROZA, L.A. Recalcamento. In *Introdução à metapsicologia freudiana*: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 164-206. (Introdução à metapsicologia freudiana, v. 3).

GEER R.J. et al. Efficacy of Octreotide Acetate in Treatment of Severe Postgastrectomy Dumping Syndrome. *Annals of Surgery*, v. 212, n. 6, p. 678–687, Dezembro de 1990.

GREEN, A. *O discurso vivo:* uma teoria psicanalítica do afeto. Rio de Janeiro, Editora Francisco Alves, 1982. 320 p.

GREEN, A. A mãe morta. In *Sobre a loucura pessoal.* Rio de Janeiro: Imago, 1988. p. 247-282.

GUIMARARES, M. As mutações da fome: Desnutrição nos primeiros anos de vida provoca hipertensão, diabetes e obesidade em adolescentes e adultos. *Revista Pesquisa FAPESP*. n. 140, p. 42-47, ago. 2007.

GURFINKEL AEC. Sexualidade Feminina: comer e ser comida. *Revista Percurso*. São Paulo, n. 26, 1º semestre de 2001.

HANS, L. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 505 p

HERRMANN, F. e MINERBO, M. Creme e castigo. Sobre a migração dos valores morais da sexualidade à comida. In CARONE, I. *Psicanálise fim de século – ensaios críticos*. São Paulo: Hacker. 1998. p. 19-36.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003: Excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros adultos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=278>. Acesso em: 16 de dez. 2004.

LAPLANCHE, J. *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. 127 p.

_____. *Problemática I*: a angústia. Tradução de Alvaro Cabral. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 345 p.

LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicanálise*. 4º ed. São Paulo: Martins *Fonte*s, 2001. 552 p.

LASCH, C. O movimento pela conscientização e a invasão social do eu. In *A cultura do narcisismo. A vida americana numa era de esperanças em declínio.* Rio de Janeiro: Imago, 1983. p. 23-54. (Série Logoteca).

_____. *O mínimo eu*: sobrevivência psíquica em tempos difíceis. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 51-180.

LEMOINE-LUCCIONI, E. ¿Las Mujeres Tienen Alma?. *Biblioteca de Psicoanálisis Editorial Argonauta*. Barcelona, p. 24-25, 1990.

LEVY-COSTA, R.B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista Brasileira de Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 4, pág. 530-40, 2005.

LOFFREDO, A.M. *Angúsia e repressão*: um estudo crítico do ensaio "Inibição, sintoma e angústia". 1975. 100 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.

LOLI, M.S.A. *Obesidade como sintoma*: uma leitura psicanalítica. São Paulo: Vetor, 2000. 155 p.

MATOS et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 24, suplemento IV, p. 165-169, 2002.

MELIN P & ARAUJO A.M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 24, suplemento III, p. 73-76, 2002.

MENEZES, L.S. Pânico e desamparo na atualidade. *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro, v.8, n.2, pág 193-206, jul/dez de 2005.

MENEZES, L.S. *Pânico:* efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 240 p.

MEZAN, R. *Freud*: a trama dos conceitos. São Paulo: Perspectiva, 1980. 350 p.

MIRANDA, M.R. O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 309-334, 2004.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; CASTRO, I.R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 19, suplemento 1, p. S67-S75, 2003.

NASIO, J.D. *Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. 171 p.

NOGUEIRA, M.I.; GROMANN, R.M.G. "Dona Flor e seus dois maridos". O excesso como causador da obesidade. *Revista de Psicanálise Pulsional.* São Paulo, número especial, p. 71-79, maio de 2005.

OLIVEIRA, M.T. Elaborando perdas. *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 35, n. 1, p. 107-129, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10:* Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. rev. 10, Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUSP, 2004. 1191 p. 3 v.

PETRIBU, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo, v. 23, suplemento 2, p. 17-20, out. 2001.

POSSO, I.P. et al. Anestesia e analgesia pós-operatória em obesos mórbidos. In GARRIDO, A.B. et al (Org.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 91-103.

RAÑNA, W. Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetal. In FERRAZ, F.C.; VOLICH, R.M. (Org.). *Psicossoma:* psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

RIVERA, T. O fetiche, subversão do símbolo. *Revista Percurso*. São Paulo, n. 19, p. 13-20. 2º semestre de 1997.

ROUDINESCO, E. A descoberta da histeria. In *História da Psicanálise na França: A batalha dos cem anos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. p. 15-44. 2 v.

ROUDINESCO, E. *A família em desordem.* Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 199 p.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 874 p.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. 163 p.

SALLES, CELIA. O embrulho do nada na obesidade. *Virtualia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, [S.l.], ano IV, n. 13, p. 1-3, jun./jul. 2005.

SANTOS FCG. *Magro. E agora? Histórias de obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica*. São Paulo: Vetor, 2005. 174 p.

SEGAL A.; FANDIÑO J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo, v. 24, suplemento 3, p. 68-72, dez. 2002.

SILVA, MM. Obesidade mórbida: portadores de obesidade mórbida candidatos à cirurgia: diagnóstico psicológico sua necessidade e importância. *PSIC*, São Paulo, n. 2, p. 32-39, abr. 2001.

SILVA, J.C.D.V.V.V. Relações objetais em pacientes obesos: candidatos a cirurgia bariátrica. In ROSA, J.T.; SILVA, J.C.V.V.V. (Org.). *Desenvolvimentos na prática clínica com o Teste de Phillipson*. São Paulo: Vetor, 2005. p. 137-170.

SOUZA, PC. *As palavras de Freud*: o vocabulário freudiano e suas versões. São Paulo: Ática, 1999. 288 p.

STRACHEY, J. (1925) Introdução do tradutor inglês. In FREUD, S. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos.* Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Versão eletrônica da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).

STUNKARD, A.J.; WADDEN, T.A. Psychological aspects of severe obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*. n. 55, suplemento 2, p. 524S-532S, fev. 1992.

STUNKARD A.J., SORENSEN T. & SCHULSINGER F, Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Research publications: Association for Research in Nervous and Mental Disease*. n. 60, p. 115-20, 1983.

VAN KOCK, O.L. *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico.* São Paulo: EPU, 1984. 101 p.

VARELA, A.P.G. Você tem fome de quê?. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, v.26, n.1, março de 2006, p. 82-93.

URRIBARRI (Org.). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. 153 p.