UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

JULIANA FERREIRA SANTOS FARAH

Emagrecer é uma barra (de chocolate):
A psicanálise de grupo no tratamento de pacientes com queixas em
relação a sobrepeso e obesidade

São Paulo
2019

JULIANA FERREIRA SANTOS FARAH

**Emagrecer é uma barra (de chocolate):
A psicanálise de grupo no tratamento de pacientes com queixas em relação a
sobrepeso e obesidade**

Versão original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Pablo Castanho

São Paulo
2019

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.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ferreira Santos Farah, Juliana

Emagrecer é uma barra (de chocolate): A psicanálise de grupo no tratamento de pacientes com queixas em relação a sobrepeso e obesidade / Juliana Ferreira Santos Farah; orientador Pablo de Carvalho Godoy Castanho. -- São Paulo, 2019. 120 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Psicanálise. 2. Psicoterapia. 3. Obesidade. 4. Distúrbios do ato de comer. I. de Carvalho Godoy Castanho, Pablo, orient. II. Título.

Nome: Farah, Juliana Ferreira Santos

Título: Emagrecer é uma barra (de chocolate): A psicanálise de grupo no tratamento de pacientes com queixas em relação a sobrepeso e obesidade

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Pablo Castanho

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Cristiane Curi Abud

Universidade Federal de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria de la Almudena Sanahuja

Université de Franche-Comté

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*À memória de minha avó Célia, de
quem herdei conscientemente a escolha
profissional e inconscientemente o
trabalho com grupos.*

AGRADECIMENTOS

Ao professor Pablo Castanho, não apenas pela cuidadosa orientação ao longo do processo de escrita dessa dissertação, mas também pela generosidade e pelas possibilidades de parceria que ofereceu. A coerência com a qual sustenta a teoria e a prática de grupos se faz presente em sua forma de orientar, o que enriqueceu e tornou ainda mais prazeroso o percurso.

Aos participantes do grupo, que confiaram no dispositivo, na pesquisa e na possibilidade de atravessarmos juntos um campo desconhecido. Agradeço pela disposição e pela coragem que tiveram para compartilhar vivências tão significativas, por vezes muito dolorosas.

À Luciana Lafraia pela amizade e pela parceria, no mais profundo significado da palavra. Sua escuta sensível e constante enriqueceu o processo e tornou o caminho mais gostoso de ser percorrido.

Aos colegas do grupo de orientação, que, com suas cuidadosas leituras e suas ricas contribuições, funcionaram como um estômago ampliado para que as experiências trazidas fossem digeridas.

Aos colegas da oficina de artigos do CLIGIAP e aos colegas e professores da disciplina de metodologia do ano de 2017, especialmente os que participaram do grupo coordenado pela Profa. Miriam Debieux. Em ambos os espaços foram feitas contribuições muito significativas.

À professora Maria de la Almudena Sanahuja, pela generosidade e pela disponibilidade de compartilhar sua vasta experiência no campo.

À Cristiane Curi Abud, pelas trocas afetivas e preciosas que tivemos e pelas que ainda teremos.

À professora Marina Ribeiro, cuja disciplina sobre os desdobramentos do conceito de identificação projetiva foi fundamental para a elaboração do segundo capítulo, e pelas ricas interlocuções em outros espaços.

Ao Flavio Ferraz, pela valiosa participação na banca de qualificação, que abriu questões que enriqueceram os caminhos seguidos, e pelas constantes interlocuções permeadas de afeto.

À Maria Helena Fernandes, pela vasta produção a respeito do corpo em psicanálise, que nutriu meu percurso. Além disso, pela disponibilidade e generosidade durante o processo.

À Elisa Maria de Uihôa Cintra, pela disponibilidade e pela presença afetiva.

Ao professor Daniel Kupermann, por ter me apresentado os textos de Ferenczi e pelas aulas repletas de descobertas e trocas.

À Myriam Uchitel, pela acolhida generosa e afetiva.

Aos colegas do Grupo de Trabalho e Pesquisa em Dinâmicas de Grupo e Instituições, do Departamento de Psicanálise do Instituto *Sedes Sapientiae*, em especial ao Paulo Jeronymo Pessoa de Carvalho (Jerô), pelo constante diálogo e por sustentarem um espaço de ricas trocas sobre grupos em psicanálise.

Aos colegas e amigos do grupo de estudos sobre Thomas Ogden: Robson Nakagawa, Flávia Carvalho, Sara Raquel Silva, Clara Kislanov e Marjorie El Khouri, pela sustentação de um espaço no qual as palavras, impregnadas de afeto, podiam ser ditas e escutadas.

A todos os meus pacientes, por me ensinarem diariamente como ser uma analista, ou nas palavras de Thomas Ogden, por me acompanharem no processo de “criar a psicanálise para cada paciente”.

A todos os professores, colegas e amigos que de alguma maneira contribuíram para minha formação e para a consolidação de minha clínica, em especial: Alexandre Maduenho, Camila Junqueira, Deborah Cardoso, Decio Gurfinkel, Giuseppe Lo Piccolo, Laura Mack, Lia Pitliuk, Nelson da Silva Junior e Thiago Castelo Branco.

Aos colegas e amigos do Nesme (Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares), com os quais tive trocas muito significativas nos congressos em Serra Negra.

Às funcionárias e aos funcionários da Clínica Psicológica Durval Marcondes do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em especial à Malu e à Mari, por nos acolherem.

Ao Paulo Buosi, por ter aberto o caminho que me trouxe à temática da obesidade.

À Roberta Soromenho Nicolete, pela leitura sensível e pela cuidadosa revisão.

Ao meu grupo de origem:

Aos meus avós (*in memorian*) Ruy, Célia, Edison e Yvone, pelo amor nunca economizado.

Aos meus pais, Marta e Flavio, pelo afeto constante, incondicional e organizador. Pela morada, literal e simbólica, na qual pude me descobrir apaixonada pela escrita, e não só pela prática clínica, como eu pensava. À minha mãe agradeço também pelas leituras preliminares do texto, sempre acompanhadas de sugestões preci(o)sas.

À minha irmã, Sofia, pela amizade e presença constantes. Pela liberdade de sermos quem somos, sem medo e sem filtro.

Aos queridos Silvia, Mathias, Gabriel, Laura, Rodrigo, Naira, Gabriela, Alexandre, Lucas, Gustavo, Marcela e Anna Maria por serem e estarem.

Ao meu grupo adquirido:

À Claudia Mazur Lopes, pela amizade e pelas gargalhadas, sem dúvida. Mas sobretudo por ter despertado em mim o interesse em voltar para a vida acadêmica e enfrentar o desafio de cursar o mestrado.

À Marina Cohen, por todas as vezes em que se dispôs a me ensinar os caminhos por ela já percorridos no ano anterior.

“Às 10”: Fernanda, Juliana, Lilia, Luana, Maíra, Natalia, Tarsila, Tauli, Yamila e Ynaiê, por me ensinarem o significado da expressão “amizade pra vida toda”.

Aos amigos queridos Andres Orozco, Antonio Alonso Jr., Bruno Médici, Camila Moraes, Carolina Gimenez, Carolina Lojo, Juan Diego, Julia Barros, Manon Bourguignon, Mariana Arruda Botelho, Raquel Zedan, Rodrigo Munhoz e Silvia Collakis, pelas trocas que alimentam a alma.

Ao Rica (*in memorian*), amigo querido que faz falta. Com sua ajuda, comprei minha bicicleta, transporte que utilizei para ir à USP quase todos os dias de atendimento do grupo.

Ao Tiago Porto, por me acompanhar neste e em outros projetos e por me ajudar a descobrir os caminhos.

À Marly Chavier, pela ajuda e paciência.

Aos amores que vivi, por terem, cada um a seu tempo, me nutrido e acompanhado.

Se o mundo ficar pesado
Eu vou pedir emprestado
A palavra poesia

(Silva, 2018).

RESUMO

Farah, J. F. S. (2019). Emagrecer é uma barra (de chocolate): A psicanálise de grupo no tratamento de pacientes com queixas em relação a sobrepeso e obesidade. 120p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a dimensão metapsicológica da obesidade a partir da experiência de um dispositivo psicanalítico de grupo. A constatação de que a obesidade tem aumentado nos últimos anos e, consequentemente, os problemas de saúde a ela associados, reforça a importância de refletirmos sobre as suas causas e sobre os aspectos que dificultam o seu tratamento. Nos deparamos com uma grande oferta de tratamentos, sejam eles cirúrgicos, medicamentosos, esportivos, nutricionais ou mesmo psicoterapêuticos, que não consideram a subjetividade e os fatores inconscientes que sustentam o sintoma da obesidade e, ao contrário, acabam reforçando um ideal de corpo que muitas vezes está pouco ou nada conectado ao desejo do próprio sujeito. Para o desenvolvimento desta pesquisa foi montado um grupo de tratamento psicanalítico na Clínica Psicológica Durval Marcondes, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. As sessões, com uma hora e meia de duração, aconteceram uma vez por semana, durante oito meses. O grupo, que teve início com 12 membros e terminou com quatro, tinha como proposta a sustentação de um espaço no qual os aspectos psíquicos que estão na base da obesidade pudessem ser escutados e trabalhados. Nesta perspectiva, a metapsicologia proposta por René Kaës, que oferece importantes contribuições para a psicanálise grupal, foi utilizada. Após cada encontro, as duas psicanalistas que conduziram o processo discutiam a sessão, levantando o conteúdo que seria registrado posteriormente, lido e discutido pelo grupo de orientação da Pós-graduação, momento compreendido como fundamental para a análise do grupo em função dos aspectos transfero-contratransferenciais envolvidos. Por meio da elaboração dos conteúdos das sessões nesses espaços, foram selecionados trechos dos relatos das sessões, a partir dos quais pudemos discutir aspectos que foram importantes no decorrer de todo o processo do grupo: as ansiedades persecutórias, o vazio, a relação com o objeto primário, as fronteiras, a raiva, os pactos denegativos e a importância da análise intertransferencial. Destacamos o quanto a dimensão relacional com os primeiros objetos é um dos pilares da formação e da manutenção do sintoma da obesidade e que o comer se apresenta, para essas pessoas, como um agir que busca aliviar qualquer tensão interna com a qual o aparelho psíquico não tenha condições de lidar. Concluímos com a hipótese de que aspectos pouco ou nada simbolizados da mente estão na base da constituição do sintoma da obesidade, evidenciando ser fundamental a consideração das comunicações inconscientes que se dão na intersubjetividade para a compreensão e o tratamento desses sujeitos.

Palavras-chave: Psicanálise; Psicoterapia de Grupo; Obesidade; Distúrbios do ato de comer

ABSTRACT

Farah, J. F. S. (2019). Losing weight is a rocky road (ice cream): Group psychoanalysis in the treatment of patients with complaints related to excess weight and obesity. 120p. Master's Thesis, Psychology Institute at the University of São Paulo, Brazil.

This study aims to reflect on the metapsychological dimension of obesity through the experience of a group psychoanalytic device. The finding that obesity has increased in recent years and, consequently, the health problems associated with it, reinforces the importance of reflecting on its causes and on the aspects that make it difficult to treat. We are confronted with many treatment options—surgical, medicated, sport, nutritional or even psychotherapeutic—that do not consider the subjectivity and unconscious factors that sustain the symptom of obesity and, on the contrary, end up reinforcing a body ideal that has often little or nothing to do with the person's own desire. For the development of this research, a psychoanalytic treatment group was put together at the Durval Marcondes Psychology Clinic, located in the Psychology Institute at the University of São Paulo. The ninety-minute sessions took place once a week for eight months. The group, which started with 12 members and ended with four, proposed the maintenance of a space in which the psychic aspects that are the basis of obesity could be discussed and worked on. Within this perspective, the metapsychology proposed by René Kaës, who offers important contributions to group psychoanalysis, was used. After each meeting, the two psychoanalysts who conducted the process would discuss the session, organizing the content that would later be recorded, then read and discussed among graduate students in group advising, considered fundamental for analyzing the group according to the transfer-countertransferences involved. Through the elaboration of the session contents in these spaces, excerpts were selected of the remarks made during the sessions, from which we were able to discuss aspects that were important throughout the group process: persecutory anxieties, emptiness, relationship with the primary object, boundaries, anger, denigrating pacts and the importance of intertransferential analysis. We emphasize how the relational dimension with the first objects is one of the pillars of the formation and maintenance of the symptom of obesity and that eating presents itself to these people as an act that seeks to alleviate any internal tension with which the psychic apparatus is unable to cope. We conclude with the hypothesis that little or not at all symbolized aspects of the mind are the basis for the establishment of the symptom of obesity, evidencing that it is fundamental to consider the unconscious communications that take place in intersubjectivity for the comprehension and treatment of these subjects.

Keywords: Psychoanalysis; Group Psychotherapy; Obesity; Eating Disorders

RESUME

Farah, J. F. S. (2019). Maigrir c'est lourd: la psychanalyse de groupe dans le traitement de patients souffrant de problèmes de surpoids et d'obésité. 120p. Dissertation de Master, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Le présent travail a pour but la réflexion à propos de la dimension métapsychologique de l'obésité à partir de l'expérience d'un dispositif psychanalytique de groupe. La constatation selon laquelle l'obésité a augmenté au cours des dernières années et, par conséquent, les problèmes de santé qui y sont associés renforce l'importance de réfléchir aux causes de l'obésité et aux aspects qui rendent son traitement difficile. Nous sommes confrontés à une large offre de traitements, qu'ils soient chirurgicaux, médicamenteux, sportifs, nutritionnels ou même psychothérapeutiques, qui ne tiennent pas compte de la subjectivité et des facteurs inconscients qui soutiennent le symptôme de l'obésité et renforcent au contraire un idéal corporel qui, parfois, c'est peu ou rien lié au propre désir du sujet. Pour le développement de cette recherche, un groupe de traitement psychanalytique a été créé à la clinique de psychologie Durval Marcondes, à l'Institut de psychologie de l'Université de São Paulo. Les séances d'une heure et demie ont eu lieu une fois par semaine pendant huit mois. Le groupe, qui a commencé avec 12 membres et a terminé avec 4, avait comme proposition le soutien d'un espace dans lequel les aspects psychiques à la base de l'obésité pouvaient être écoutés et travaillés. Dans cette perspective, la métapsychologie proposée par René Kaës, qui apporte des contributions importantes à la psychanalyse de groupe, a été utilisée. Après chaque réunion, les deux psychanalystes qui ont conduit le processus discutaient la séance, soulevant le contenu qui serait ensuite enregistré, lu et discuté par le groupe d'orientation postuniversitaire, moment considéré comme fondamental pour l'analyse du groupe selon les aspects *transféro-contre-transférentiels impliqués*. A travers l'élaboration des contenus des séances dans ces espaces, des extraits des témoignages des séances ont été sélectionnés, à partir desquels nous avons pu discuter des aspects importants tout au long du processus du groupe: les angoisses de persécution, le vide, la relation avec l'objet primaire, les frontières, la rage, les pactes dénégatifs et l'importance de l'analyse intertransférentielle. Nous soulignons que la dimension relationnelle avec les premiers objets est l'un des piliers de la formation et du maintien du symptôme de l'obésité et que l'alimentation se présente à ces personnes comme une action qui cherche à atténuer toute tension interne avec laquelle l'appareil psychique n'est pas capable de faire face. Pour conclure, notre hypothèse est que les aspects peu ou rien symbolisés de l'esprit sont à la base de la constitution du symptôme de l'obésité, mettant en évidence qu'il est fondamental de considérer les communications inconscientes qui se produisent dans l'intersubjectivité pour la compréhension et le traitement de ces sujets.

Mots-clés : psychanalyse ; psychothérapie de groupe ; obésité ; troubles d'alimentation

SUMÁRIO

Introdução	15
Capítulo 1 – Corpo, obesidade e psiquismo	20
1.1 Sobre a obesidade na literatura científica	20
1.2 Obesidade – o que a psicanálise tem a dizer?	23
1.3 Você tem fome de quê?	33
Capítulo 2 – Da problemática da intersubjetividade na psicanálise ao tratamento da obesidade em grupo	37
2.1 Um panorama da questão da intersubjetividade na psicanálise contemporânea	39
2.2 René Kaës e a intersubjetividade nos grupos	43
2.3 Por que não o grupo?	51
Capítulo 3 – Delimitação do Método	57
3.1 Objetivos	57
3.2 Pesquisa em psicanálise	57
3.3 O grupo	59
3.3.1 Recrutamento	60
3.3.2 Procedimento	61
3.3.3 Registro	61
3.3.4 O grupo	62
3.4 Forma de análise dos resultados	62
3.5 Análise dos aspectos éticos	63
Capítulo 4 – s<u>ou</u>	65
4.1 O grupo e as sessões – um panorama	70
4.2 O grupo e as sessões – um recorte	74
4.2.1 Sobreviveremos?	75
4.2.2 A falta que a falta faz	80
4.2.3 Mamãe, eu quero mamar	88
4.2.4 La ira es un regalo	91
4.2.5 O Pássaro Azul	97
Capítulo 5 – Digerindo (ou à guisa de conclusão)	106
Palavras finais	111
Referências	112

APÊNDICE	118
ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119

INTRODUÇÃO

“Quando se escreve memórias de palavras, os tempos se misturam. O passado não existe, assim como o futuro. O que há é um eu inventando um passado e um futuro, no presente”

(Eliane Brum, 2014, p. 20).

A presente pesquisa deriva de uma inquietação constante em meu percurso como psicanalista, pesquisadora e terapeuta de grupos: a presença do corpo na clínica psicanalítica. Embora o período em que trabalhei em uma instituição de tratamento de compulsão alimentar tenha potencializado meu interesse em refletir sobre o papel da psicanálise no tratamento dos transtornos alimentares, o tema do corpo marca minha trajetória clínica desde o início.

No primeiro ano de formada, iniciei o acompanhamento terapêutico de uma menina de nove anos cuja família a mantinha em um lugar de bebê. Foram cinco anos de acompanhamento. Anos intensos, permeados pelas questões e pelos atravessamentos familiares que são comuns na psicose, mas nem por isso deixam de nos tocar e mobilizar. Já, aqui, a temática do corpo se impunha: o corpo de minha paciente era palco de cuidados ambivalentes por parte da família dela. Limpá-la, quando ia ao banheiro, dormir na mesma cama que ela e dar mamadeira à menina, algumas vezes por dia, eram alguns dos rituais feitos pela mãe, tia e avó dela, três mulheres cujas existências centravam-se nestes “cuidados”. Obesa, minha paciente recebia comida destas mulheres toda vez que queriam calá-la.

Alguns anos depois, trabalhando como psicanalista em um hospital-dia, recebi uma jovem de 21 anos com um quadro de transtorno alimentar que apresentava, além de uma grave anorexia, muitos episódios de automutilação e uso frequente de anfetaminas, laxantes e diuréticos. Uma cena acabou sendo decisiva para minha entrada no caso como acompanhante terapêutica: depois de um longo período sem comer nada, ela me contou que havia comido uma árvore de massinha que eu havia feito com ela no dia anterior. A partir deste momento inaugural, foram cerca de oito anos de acompanhamento, nos quais minha função foi a de tentar, junto com ela, construir palavras para aquilo que o corpo expressava daquilo que não pôde ser simbolizado.

Também no consultório a temática do corpo se impõe com frequência, seja

sutilmente ou de forma clara e gritante. Ao fazer um resgate do histórico de todos os pacientes que acompanhei por pelo menos um ano, em 15 anos de consultório, com um olhar agora mais atento às questões corporais, deparei-me com um grande número de situações em que a alimentação e a relação com o peso se fizeram presentes. Pelo menos quatro pacientes apresentaram, em algum momento de suas vidas, comportamentos bulímicos; seis mulheres estavam, no período da análise, obesas ou muito acima do peso e traziam um incômodo em relação a isso às sessões.

Ao revisitar a obra freudiana à procura de elementos que possam sustentar a escuta psicanalítica do corpo, deparei-me com um vasto campo. Mais do que isso, concordo com Maria Helena Fernandes (2003), quando ela afirma que “longe de estar excluído da psicanálise, o corpo encontra-se, ao contrário, no centro da construção teórica freudiana” (p. 38). Os estudos sobre a histeria e seus sintomas corporais, sobre as neuroses atuais, sobre os sonhos e as formulações a respeito da pulsão – como algo na fronteira entre corpo e psiquismo – são momentos significativos, nos quais Freud mostra não tratar o corpo como um organismo biológico, mas como um lugar de inscrição do psíquico e do somático. Isso não impediu, entretanto, que houvesse uma tal valorização da escuta da palavra pelos psicanalistas, deixando de certa forma menor ou nenhum espaço para o corpo. Essa é a razão, aliás, de alguns críticos da psicanálise a acusarem de negligenciar o corpo.

Sabemos que a clínica é soberana para a psicanálise, ou seja, é no contato cotidiano com nossos pacientes que podemos e devemos colocar a teoria em movimento. É no encontro com esses sujeitos, marcados e atravessados por uma época e por um contexto, que somos constantemente convidados a revisitar a metapsicologia freudiana. Deste modo, o lugar que o corpo tem ocupado na contemporaneidade vem nos convocar a um (re)posicionamento teórico e clínico. Somos bombardeados diariamente por inúmeras propagandas de fast-food, em um apelo ao consumo desenfreado, por um lado, e pela exigência de um corpo magro e definido, por outro.

De acordo com Jurandir Freire Costa (2004), se antes o corpo físico era, com maior frequência, pano de fundo dos conflitos psíquicos, na contemporaneidade passa a ser ele mesmo um dos componentes destes conflitos. Ou seja, a centralidade, para a psicanálise, do corpo da representação, palco da formação de

sintomas definidos pelas defesas neuróticas, perde força. As manifestações somáticas, pré-simbólicas, que não são frutos do recalque, passam a demandar atenção dos psicanalistas.

Como bem apontou Fernandes:

O corpo está em alta! Alta cotação, alta produção, alto investimento... alta frustração. Alvo do ideal de completude e perfeição, veiculado na pós-modernidade, o corpo parece servir de forma privilegiada, por intermédio da valorização da magreza, da boa forma e da saúde perfeita, como estandarte de uma época marcada pela linearidade anestesiada dos ideais. (Fernandes, 2003, p. 15).

Como escutar essas manifestações corporais no contexto da clínica psicanalítica contemporânea? Como não negligenciar os gritos somáticos e ao mesmo tempo lidar com as transformações e exigências pós-modernas com relação ao corpo, que, sem dúvida, atravessam as constituições subjetivas? Estas e outras questões têm motivado muitos psicanalistas a pensar e escrever sobre as problemáticas corporais.

A presente pesquisa deriva destas inquietações, intensificadas no período em que trabalhei como psicoterapeuta de grupo na clínica de tratamento de compulsão alimentar, mencionada anteriormente. Nesta clínica, os grupos de psicoterapia eram indicados aos pacientes, além da dieta prescrita por uma nutricionista. Fiquei especialmente mobilizada, acompanhando estes grupos, pela observação de que o fato de estar em dieta gerava mudanças em toda a vida dos pacientes, a partir do questionamento da relação de cada um deles com a comida e com o próprio corpo.

Tal experiência suscitou questões para uma compreensão psicanalítica dos fenômenos ali vivenciados. Em especial, uma cena recorrente se apresentou para análise. Após um período inicial de maior dificuldade – uma fase de “obedecer regras” e viver a abstinência física, seguindo a dieta indicada pela clínica –, a comida parecia deixar de ocupar um lugar central no discurso dos pacientes sobre sua vida, abrindo espaço para o aparecimento de outras questões. Por vezes, ocorria apenas a substituição da centralidade da comida por algum outro objeto, como, por exemplo, a compra compulsiva. Não raro, entretanto, os pacientes relatavam a percepção de relações que não fazem sentido em suas vidas, raivas silenciadas, afetos calados. Por outro lado, observei também alguns pacientes que pareciam impermeáveis às interpretações e intervenções, mantendo o discurso centrado na comida ou em racionalizações e intelectualizações. Outros, afastados

do consumo excessivo da comida, relatavam uma angústia insuportável e rapidamente voltavam a comer, muitas vezes, às escondidas.

O contato com essas manifestações clínicas me fez questionar se um dispositivo que coloca a dieta e o emagrecimento como condições para o tratamento seria de fato o mais indicado para escutar, compreender e, conseqüentemente, tratar as pessoas com sobrepeso e obesidade. Desse modo, propus a constituição de um grupo de tratamento psicanalítico para pessoas com sobrepeso e obesidade que não tinha como objetivo o emagrecimento, e sim, de acordo com a ética psicanalítica, a escuta e o manejo das manifestações inconscientes dos membros do grupo e do aparelho psíquico grupal.

Feitas estas considerações iniciais acerca do contexto no qual a questão desta dissertação emergiu, é possível avançar na delimitação do campo desta pesquisa. O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a dimensão metapsicológica da obesidade, a partir da experiência de um dispositivo psicanalítico de grupo. A psicanálise nos possibilita pensar e trabalhar os aspectos psíquicos que levam um sujeito a apresentar uma relação pouco saudável com a comida e com seu próprio corpo, abrindo uma perspectiva crítica para refletirmos sobre as referências estéticas e sociais da imagem do corpo. Deste modo, as relações intersubjetivas, parte fundamental da constituição do psiquismo, também se colocam como parte importante do processo de tratamento.

A “intersubjetividade”, tal qual formulada num segundo momento da psicanálise, é, portanto, um conceito essencial para pensarmos a formação dos sintomas alimentares, bem como o tratamento no dispositivo grupal. Dentre os autores da psicanálise que pensam e escrevem sobre grupos, destacarei as valiosas contribuições de René Kaës e sua proposta de uma metapsicologia dos grupos.

Três espaços foram fundamentais para a metabolização dos conteúdos do grupo e para a elaboração deste trabalho: o próprio grupo de psicanálise formado pelos pacientes e pela dupla de analistas; a conversa pós-sessão feita pela dupla de analistas (orientada pelo conceito de “Análise de Intertransferência”, de Kaës, 2011) e o espaço mensal de orientação em grupo, dispositivo proposto por Pablo Castanho, orientador desta dissertação. Neste último, orientador e colegas do grupo funcionaram como um estômago ampliado para que pudéssemos digerir os conteúdos vivenciados nas sessões ao longo do ano.

O desenvolvimento deste trabalho é estruturado do seguinte modo: “Corpo,

obesidade e psiquismo” é o nome do primeiro capítulo, que trata da obesidade e suas vicissitudes na literatura científica, na teoria psicanalítica e em observações clínicas. Para isso, apresento um breve levantamento bibliográfico dos artigos publicados nos últimos anos acerca da obesidade e que mencionam seus aspectos psicológicos; em seguida, faço um percurso pela obesidade no campo psicanalítico. Finalizo este capítulo abordando algumas vinhetas clínicas e exemplos da internet que nos ajudam a refletir sobre a problemática da obesidade.

No segundo capítulo, intitulado “Da problemática da intersubjetividade na psicanálise ao tratamento da obesidade em grupo”, apresento um breve panorama da questão da intersubjetividade na psicanálise contemporânea, com ênfase nas obras de Thomas Ogden, no campo da psicanálise individual, e de René Kaës, no campo grupal. Finalizando este capítulo, são levantadas hipóteses de por que o grupo seria indicado no tratamento das questões ligadas à obesidade.

No terceiro capítulo, apresento os métodos e objetivos propostos e sustentados neste trabalho. No quarto capítulo, “sou”, são discutidos aspectos que se destacaram no decorrer do processo do grupo atendido, levantando hipóteses sobre a constituição psíquica dos sujeitos que apresentam sobrepeso ou obesidade e sobre a função da psicanálise de grupo no tratamento. Por ser um capítulo dedicado à experiência clínica e permeado pela forma como eu, psicanalista e pesquisadora, vivenciei e elaborei, no contexto intersubjetivo, tal experiência, ele foi escrito na primeira pessoa do singular, diferentemente dos demais capítulos. O quinto e último capítulo, “Digestão (ou à guisa de conclusão)”, é dedicado às conclusões.

CAPÍTULO 1 – CORPO, OBESIDADE E PSIQUISMO

“Digo que a minha fome desse tempo nasceu no estômago, no centro de mim, mas nunca saberei ao certo de onde veio. Comprimia-o, pontapeava-o. Era uma dor que não matava, tal como a saudade de alguém que nos morre”

(Isabela Figueiredo, 2018a, p. 111).

Diante do crescimento exponencial da obesidade mundial, vemo-nos diante de uma oferta vasta e eclética de tratamentos. Dentre os tratamentos que consideram os fatores psicológicos da obesidade, são poucos os que pensam este sintoma do ponto de vista da psicanálise. Com o objetivo de apresentar um entendimento psicanalítico da obesidade, neste capítulo, partiremos de uma breve revisão da literatura sobre a problemática do emagrecimento, seguida de uma discussão da questão da obesidade e sua relação com as formas de subjetivação em psicanálise. Utilizaremos algumas vinhetas de atendimentos e depoimentos públicos de pacientes para articular nossas reflexões. Concluiremos sublinhando o potencial de uma abordagem psicanalítica da obesidade para destacar a existência de riscos de desorganização psíquica de alguns pacientes submetidos a dietas de alta restrição calórica, bem como para trabalhar os aspectos psíquicos que levam um sujeito a apresentar uma relação com a comida e com seu próprio corpo que gera sofrimento. Destacado o potencial dessa abordagem, abre-se uma perspectiva crítica para refletirmos sobre as referências estéticas e sociais da imagem corporal.

1.1 Sobre a obesidade na literatura científica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado há alguns anos a respeito do aumento significativo da obesidade em vários países do mundo. Em estudo recente, esta entidade mostra que a obesidade mundial quase triplicou desde 1975, atingindo, em 2016, 13% da população (World Health Organization, 2016). No Brasil, essa porcentagem é maior: mais de 50% da população brasileira está com sobrepeso e 20% está obesa, de acordo com o relatório de 2016 da Organização

das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Esta epidemia estaria ligada fundamentalmente ao aumento da oferta de alimentos processados e com alto índice calórico, ao aumento da urbanização, à dependência de veículos motorizados para a locomoção e aos trabalhos sedentários. Com a intenção de conter esta epidemia, a OMS divulga dados e orientações para a prevenção e o tratamento da obesidade, que priorizam os aspectos educativos com relação à alimentação e à prática de atividades físicas. Não aparecem, nesta publicação, referências a outros fatores etiológicos da obesidade, tais como os genéticos, os neurológicos e os psicológicos.

Na revisão bibliográfica feita por Tavares, Nunes e Santos (2010), podemos ver que não é apenas a OMS que coloca sobre os fatores psicológicos um enfoque menor do que consideramos devido. De acordo com os autores, os principais tratamentos utilizados são dieta, atividade física e prescrição de fármacos, mas isso continua produzindo, porém, resultados insatisfatórios, já que 95% dos pacientes com obesidade de grau III¹ recuperam seu peso inicial em até dois anos após o fim do tratamento. Devido à dificuldade de abordagem clínica destes pacientes, a indicação de cirurgia bariátrica tem se tornado cada vez mais frequente. Os autores desta revisão são fisioterapeutas e concluem o artigo, depois de examinarem a qualidade de vida dos obesos, apontando a importância “da assistência multidisciplinar, buscando a melhora física, psíquica e social, visando a aprimorar e melhorar a qualidade da assistência oferecida.” (Tavares, et al., 2010, p. 365).

Magdaleno, Chaim e Turato (2009) alertam para o grande número de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que apresentam complicações psicológicas e psiquiátricas no pós-operatório. Ressaltam a importância de uma avaliação psicodinâmica dos pacientes que buscam a cirurgia bariátrica, uma vez que isso pode orientar o acompanhamento pós-operatório ou mesmo excluir o procedimento cirúrgico das recomendações de tratamento. A partir da observação de um grupo terapêutico de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, os autores

¹ De acordo com a OMS, a obesidade é classificada segundo o índice de massa corporal (IMC), calculado dividindo-se o peso, em kg, pela altura, em metros, elevada ao quadrado (kg/m^2). Desse modo, a classificação internacional é a seguinte: IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m^2 : sobrepeso; IMC entre 30,0 e 34,9 Kg/m^2 : obesidade grau I; IMC entre 35,0 e 39,9 Kg/m^2 : obesidade grau II; IMC maior do que 40,0 Kg/m^2 : obesidade grau III (World Health Organization, 2016).

relatam as dificuldades enfrentadas no pós-cirúrgico: a ideia de que a cirurgia, junto com a redução de peso, também eliminaria magicamente todos os problemas, é frustrada, abrindo espaço para uma angústia antes tamponada.

Ruben Zukerfeld (1979) aponta que, durante muito tempo, a obesidade foi uma enfermidade restrita ao campo da endocrinologia e, mesmo nesta área, desvalorizada como objeto de investigação em comparação com outras patologias. Segundo ele, foi a partir dos trabalhos de Hilde Bruch, do final da década de 1930 e início da década de 1940, que a obesidade passou a ser considerada uma patologia psicossomática. Destacamos também o trabalho de Mosche Wulff, de 1932, que, dentro do campo psicanalítico, relacionou a compulsão alimentar à adicção (Wulff, 1932/2003).

No entanto, o que observamos desde então, é que, dentre as modalidades de tratamento que enfocam os aspectos psicológicos da obesidade, são as terapias cognitivo-comportamentais que têm ganhado mais espaço. Segundo Eduardo Mundim, “(...) por não ser uma ferramenta de trabalho que se submete às estatísticas, toda forma de psicanálise parece ser rejeitada, negando ao médico um modelo teórico extremamente útil para compreender suas dificuldades e a dos obesos” (Mundim, 1996, p. 22). De fato, nossa pesquisa dos termos “psicanálise” e “obesidade” – em todos os campos dos formulários de busca das bases de dados Pepsic e PsychoINFO (APA) – encontrou poucos artigos que tratam da obesidade a partir de uma leitura psicanalítica. Na brasileira Pepsic, encontramos 19 artigos. Na norte-americana APA (*American Psychological Association*) foram registradas 81 ocorrências para a busca dos termos “*psychoanalysis and obesity*”, enquanto para “*cognitive behavior therapy and obesity*” o número sobe para 680.

Dentro do campo psicanalítico, a associação entre psique e corpo não é novidade, mas é algo presente desde Freud. Como nos mostra Fernandes, “a teoria freudiana permitiria colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente.” (Fernandes, 2003, p. 42).

Entretanto, se em Freud o corpo das psiconeuroses, isto é, o corpo da representação, foi privilegiado, na contemporaneidade temos observado uma proliferação de manifestações somáticas que não respondem a esta lógica. Flávio Ferraz (2011) retoma a presença das neuroses atuais na obra freudiana para associá-las a estas manifestações somáticas que, seja pela via do adoecimento,

seja pela predominância da sua ação, não são frutos do recalçamento. O autor se pergunta por que as neuroses atuais teriam caído em esquecimento e afirma que

quando o *corpo erógeno*, este conceito genialmente descoberto a partir do estudo da histeria, ganhou a cena como local em que se processavam os sintomas psiconeuróticos, o corpo somático sofreu um apagão no pensamento psicanalítico. É assim que as funções remanescentes do corpo – aquelas ligadas a domínio somático ou ao registro da necessidade – foram deixadas de lado. (Ferraz, 2011, p. 242).

1.2 Obesidade – o que a psicanálise tem a dizer?

“Haverá paradeiro para o nosso desejo
Dentro ou fora de um vício?”
(Arnaldo Antunes, 2001)

Ao propor uma reflexão sobre os aspectos psíquicos relacionados à obesidade, estamos colocando em questão a relação do sujeito com seu próprio corpo e com a alimentação. Sabemos que Freud colocou o corpo em um lugar diferente e fundamental na psicanálise, um lugar de inscrição do psíquico e do somático. Isso significa dizer que o corpo, além de biológico, é também um corpo erógeno, fonte de prazer e desprazer, lugar privilegiado de contato com o mundo externo e com o mundo interno. A alimentação é uma das primeiras trocas com o mundo externo e tem um papel muito importante na constituição subjetiva.

Em 1905, data da primeira edição dos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud considerava que não havia uma organização da sexualidade antes da puberdade. O que havia, nesta fase, era uma sexualidade desorganizada, anárquica, ligada às zonas erógenas (Garcia-Roza, 2004). Neste momento, ele considerava que as zonas erógenas eram certas regiões do corpo que serviam como fontes das diferentes pulsões parciais (principalmente pele ou mucosa). Consequentemente, as pulsões sexuais, dentro desta concepção, também tinham um funcionamento inorganizado, estando algumas ligadas a uma zona erógena determinada e outras independentes e definidas pelo seu alvo (Garcia-Roza, 2004). Na edição de 1915, Freud fez modificações no que diz respeito a esses conceitos, incluindo uma grande quantidade de aspectos novos. A primeira importante mudança foi a consideração de que as fases anteriores à puberdade – as pré-

genitais – também têm uma organização, ou seja, não são anárquicas, como ele supunha. A segunda diz respeito às zonas erógenas, que passam a incluir todas as partes do corpo e todos os órgãos internos.

Com esses acréscimos e modificações, a noção de organização pré-genital passa a fazer parte dos *Três Ensaio*s, o que abre espaço para a concepção das fases de organização da libido. Isso porque, como salientado por Luiz Alfredo Garcia-Roza:

A ideia de “organização” da libido numa fase pré-genital implica que Freud tenha admitido que a sexualidade anárquica do período de autoerotismo comece a se organizar em torno de zonas privilegiadas antes de adquirir uma organização global em torno da zona genital. (Garcia-Roza, 2004, p. 102).

Desta forma, a partir da edição de 1915, Freud descreve duas fases pré-genitais, que são as fases oral e sádico-anal; um período de latência e a fase da puberdade, que é a genital. Nota-se que Freud não havia, ainda, considerado a existência da fase fálica², posterior à sádico-anal e fundamental para determinar como será a passagem para a organização genital.

Não faremos aqui um percurso exaustivo sobre esse aspecto da teoria freudiana, mas consideramos importante ressaltar alguns pontos. Como a manifestação sexual infantil “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.” (Freud, 1905/1997, p. 60), é interessante que possamos entender cada uma dessas três características mencionadas.

O que significa dizer que a manifestação sexual infantil nasce apoiada em uma das funções somáticas vitais? Significa que, após a primeira satisfação de uma necessidade biológica (da fome, por exemplo), a atividade sexual se apoiará nas características oferecidas pelo instinto de autoconservação. A função somática emprestará à pulsão sexual, de início, uma fonte orgânica (a fome), uma direção (saciar a fome) e um objeto (o leite). Ao sugar o leite, a criança sacia a fome e obtém prazer. Mas, paralelamente a essa satisfação orgânica, há uma satisfação de natureza sexual. A partir da “descoberta” desse prazer sexual, a criança buscará alcançá-lo novamente, independente do prazer orgânico. Por isso, Freud assinala a

² A fase fálica só foi introduzida anos depois, em 1923, em um artigo intitulado “A Organização Genital Infantil: uma Interpolação na Teoria da Sexualidade”.

importância da observação do chupar o dedo ou do sugar, que, mesmo não tendo um propósito nutricional, deixa a criança satisfeita. A partir dessa caracterização, podemos entender o fato de a manifestação sexual infantil não conhecer objeto sexual (total). O que ocorre é um autoerotismo que, segundo Freud, é a prática sexual na qual a pulsão não está dirigida a outra pessoa (ou seja, a um objeto total real), mas satisfaz-se no próprio corpo.

Quanto ao alvo sexual da pulsão infantil, podemos dizer que consiste em provocar a satisfação mediante a estimulação apropriada da zona erógena que, de algum modo, foi escolhida. Existem zonas erógenas predestinadas, como pudemos ver com o exemplo do sugar (Freud, 1905/1997), mas, como vimos anteriormente, qualquer parte do corpo pode assumir as funções de zona erógena.

Se, conforme dissemos, a sexualidade infantil está determinada por um autoerotismo e por pulsões parciais em geral desligadas e independentes umas das outras na busca do prazer, o resultado final do desenvolvimento sexual “normal” do adulto seria, para Freud, o estabelecimento de um objeto sexual total externo e uma organização das pulsões parciais em torno de uma única zona erógena.

A primeira das organizações pré-genitais, a oral, é também chamada por Freud de canibal. Como vimos anteriormente, a atividade sexual desta fase se apoiou em necessidades biológicas e, na verdade, continua ligada à ingestão de alimentos. As duas atividades (sexual e somática) não se constituem como opostos, tendo ambas o mesmo objeto, objeto este estreitamente ligado à alimentação. A fonte dessa fase é a zona oral e o alvo é a incorporação. Como podemos ver, aqui Freud “não (...) acentua apenas uma zona erógena – uma excitação e um prazer específicos – mas um modo de relação, a incorporação (...)” (Laplanche e Pontalis, 2001, p.185).

Neste sentido, a psicanálise tem muito a dizer sobre o que chamamos, na medicina e na psicologia, de transtornos alimentares. É importante ressaltar que a anorexia, a bulimia e a compulsão alimentar são diagnósticos psiquiátricos, descritos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), sendo que a compulsão alimentar foi inserida como apêndice na versão IV (em 1995), como transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e incorporado formalmente em 2013, na 5ª edição, como transtorno da compulsão alimentar (Espíndola e Blay, 2006 e American Psychiatric Association, 2014).

Já a obesidade não é considerada pelos manuais de diagnóstico (DSM-5 ou

CID-10) como transtorno mental. No DSM-5 há um parágrafo justificando essa exclusão:

A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto energético. Uma gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; dessa forma, ela não é considerada um transtorno mental. Entretanto, existem associações robustas entre obesidade e uma série de transtornos mentais (p. ex., transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivo e bipolar, esquizofrenia). (DSM-5, 2014, p. 329).

Na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão 10 (CID-10), a obesidade aparece dentro da categoria de Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sob o título de “Obesidade e outras formas de hiperalimentação” (E65 – E68), sendo que a obesidade propriamente dita está sob a classificação de número E66.

Como foi dito anteriormente, também dentro do campo psicanalítico, há poucos artigos sobre a obesidade, e quando ampliamos a pesquisa para os transtornos alimentares, é sobre a anorexia que encontramos um número maior de publicações. Há também um número mais expressivo de artigos e capítulos de livros que tratam da compulsão alimentar presente na bulimia.

Devemos nos perguntar se esses diagnósticos da psiquiatria fazem sentido enquanto entidades nosográficas na psicanálise. No nosso entendimento, não. O que observamos é que a compulsão alimentar – e também a anorexia e a bulimia – pode se manifestar em diferentes modos de subjetivação, seja em sujeitos cujo funcionamento psíquico é predominantemente neurótico, seja em pessoas cuja organização subjetiva possua grandes falhas de simbolização e elaboração psíquica. Sem dúvidas, isso tem repercussões também nas formas de tratamento.

Ao se referir aos transtornos das condutas alimentares, Philippe Jeammet (1999) reforça a importância de não nos deixarmos enganar pela “aparente simplicidade ligada ao caráter muito estereotipado de sua expressão comportamental” (Jeammet, 1999, p. 30). O autor aponta como a evolução da psicanálise, especialmente nos últimos quarenta anos, contribui para uma leitura mais atenta à complexidade presente na clínica dos transtornos alimentares. Como vimos anteriormente, a ampliação da psicanálise para além do campo das neuroses clássicas permitiu que pudéssemos deslocar a ênfase “da análise dos conflitos ligados ao recalçamento para as particularidades da análise do narcisismo ou para

as modalidades da relação de objeto” (Jeammet, 1999, p. 30).

Observamos, neste contexto, que a obesidade não é mencionada dentro de uma nosografia, o que nos apresenta um risco de associá-la indiscriminadamente à compulsão alimentar. Consideramos aqui que o sobrepeso e a obesidade podem ser consequências da compulsão alimentar, mas podemos encontrar pessoas acima do peso ou obesas que não tenham uma conduta alimentar compulsiva. Pensamos ser interessante considerar a obesidade, do ponto de vista psicanalítico, sem tentar encaixá-la em alguma nosografia pré-estabelecida. O caminho inverso se faz necessário, a nosso ver: pensar em uma nosografia da obesidade, isto é, buscar compreender como, em que condições e em que sujeitos ela se manifesta.

Nesse sentido, é importante considerarmos a obesidade como um sintoma que pode ser visto e trabalhado de diversos ângulos. Maria Almudena Sanahuja (2011) propõe que haja, na psicanálise, quatro perspectivas possíveis de abordar a obesidade em seus aspectos psicopatológicos. São eles: 1) ângulo da oralidade, descrito nos trabalhos de Bruch (1974), por meio das ideias de “obesidade do desenvolvimento” e “obesidade reativa”; 2) ângulo psicossomático, com os desenvolvimentos feitos por Marcelli e Barconnier (1983), Apfeldorfer (1997), Waysfeld (2003), Dumet (2002, 2008), Mariage (2008), Almeida-Prado e Féres-Carneiro (2003) sobre o pensamento operatório e a alexitimia; 3) ângulo adictivo, ligado às patologias narcísicas, desenvolvido por psicanalistas como Kestemberg e Décobert (1972), Brusset (1977), Jeammet (1989), Apfeldorfer (1991) e Dumet (2006); e 4) ângulo familiar, por meio dos estudos de Rubin (2003) e da equipe EA 3188 (Cyunet e Sanahuja) sobre os aspectos transgeracionais. Aos autores mencionados no ângulo psicossomático, consideramos importante adicionar Pierre Marty e Joyce McDougall.

Nossa experiência mostra que essas perspectivas não são excludentes, ao contrário, mostram-se importantes norteadores da escuta clínica de pacientes com sobrepeso e obesidade, apontando, geralmente, para a coexistência de dois ou mais destes ângulos. Essa complexidade que se faz presente no saber e no fazer psicanalíticos relacionados aos transtornos alimentares é apontada por Mario Fuks:

A problemática alimentar traz para a Psicanálise, assim, a questão da *complexidade*. Qual é a psicopatologia dos sintomas alimentares? Seria a neurose, a psicose, a perversão? Qual é o papel da oralidade infantil? Qual é o papel das vicissitudes das fases iniciais da constituição do sujeito, do autoerotismo infantil, do narcisismo e do

processo de sexuação, da construção do corpo erógeno e do erotismo feminino? (Fuks, 2015, p. 29).

Fernanda Kalil (2010) se refere aos episódios de compulsão alimentar como “manifestações sintomáticas de etiologia complexa e componentes aditivos” e afirma encontrar na clínica “a manifestação da compulsão alimentar nas mais diversas estruturas (neurose, psicose, perversão e psicossomática)” (Kalil, 2010, p. 177).

Nesse sentido, podemos observar, nos grupos de tratamento de pacientes com sobrepeso ou obesidade, diferentes modos de subjetivação que, conseqüentemente, necessitam de diferentes manejos na condução dos tratamentos. Por um lado, na clínica é comum encontrarmos a obesidade, mas sobretudo o sobrepeso, como um sintoma neurótico, com todas as conflituosas ligadas ao recalçamento. Por outro lado, também a encontramos como manifestação de conflitos psíquicos fora do campo do recalçado, no qual a capacidade de simbolização parece frágil ou inexistente. Encontramos pacientes nos quais a vivência de afastamento da comida, quando de fato acontece, dá visibilidade a um psiquismo empobrecido e pode trazer à tona aspectos psicóticos da personalidade. Diante deste cenário, retomemos brevemente os ângulos pelos quais podemos trabalhar a obesidade, citados anteriormente.

Já na década de 1940, Bruch distinguiu um tipo específico de obesidade, denominada por ela de “obesidade do desenvolvimento”, que vai se desenvolvendo na infância, se manifesta na adolescência e tem como característica, entre outras, uma significativa alteração da imagem corporal. Como podemos ver em Sanahuja e Belot (2014), esse tipo de obesidade estaria relacionado a uma fixação na fase oral, devido a perturbações nas primeiras relações de objeto.

As pessoas com sobrepeso ou obesidade têm seus corpos biológicos claramente modificados, cobertos por gordura, podendo ou não ter consequências em órgãos internos e transtornos metabólicos. Mas o que acontece com a imagem corporal? Zukerfeld (1979) supõe que as alterações da imagem corporal do obeso sejam similares às que se dão na psicose. Citando Bruch, ele diz que a obesidade e o consumo excessivo de alimentos podem servir como uma defesa contra manifestações psíquicas mais graves, como uma depressão severa ou a esquizofrenia. Assim como na psicose, neste tipo de obesidade há a evocação de processos primitivos e falta simbolização.

Bruch apontou também a existência de um tipo de obesidade, que chamou de

“traumática”, na qual, diante de algum conflito ou trauma, o sujeito regride à fase oral, retornando a um modo de satisfação arcaico (Sanahuja e Belot, 2014).

A evocação de processos primitivos e a falta de simbolização sobre a qual falamos acima podem também ser relacionadas ao segundo ângulo mencionado, o psicossomático. Joyce McDougall afirma que:

O pensamento do psicótico pode ser concebido como uma ‘inflação delirante’ do emprego da palavra com a finalidade de preencher os espaços de vazio aterrorizante (Montgrain, 1987), enquanto os processos de pensamento dos somatizantes procuram esvaziar a palavra de sua significação afetiva (McDougall, 1982). Nos estados psicossomáticos, é o corpo que se comporta de maneira ‘delirante’; ele ‘hiperfunciona’ ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico. O corpo enlouquece” (McDougall, 2000, p. 22).

Como mencionamos anteriormente, na clínica onde trabalhei era comum observar, nos grupos de psicoterapia, alguns pacientes que pareciam impermeáveis às interpretações e intervenções, mantendo o discurso centrado na comida ou em racionalizações e intelectualizações. Havia outros que, afastados do consumo excessivo da comida, relatavam uma angústia insuportável e rapidamente voltavam a comer, muitas vezes escondidos. O que é comum aos dois tipos de manifestação é o caráter insuportável da dieta restritiva e a impossibilidade da angústia emergente encontrar caminhos para tramitar, pelas palavras, no grupo de psicoterapia. Talvez, justamente porque estejamos confrontando aspectos insuficientemente simbolizados para que isso possa ocorrer.

Para compreendermos o terceiro ângulo mencionado, o adictivo, vale a pena retomar Melanie Klein (1946/1991). Segundo suas teorizações, é na passagem para a posição depressiva que se inicia o processo de formação de símbolos, dando ao ego ferramentas para lidar com as ansiedades em relação à perda do objeto. Mas, se o desenvolvimento na posição esquizo-paranóide não se processou satisfatoriamente na infância, e o bebê não conseguiu lidar com os impactos das ansiedades depressivas, o ego é forçado a regredir à posição esquizo-paranóide, mantendo e reforçando temores persecutórios precoces e fenômenos esquizóides.

Podemos pensar que alguns pacientes, como os citados acima, vivem uma impossibilidade de aceitar a perda do objeto, mantendo-se em relações esquizóides de objeto. Nestes casos, ao deixarem de comer compulsivamente, vivem um aumento significativo da ansiedade persecutória, antes suprimida com a ingestão excessiva de alimentos.

Há casos, como aponta Zukerfeld (1979), em relação aos quais não devemos supor que a perda de peso possa colocar o sujeito em uma situação depressiva, o que implicaria elaboração e reparação ou, inversamente, que, quando ele passa por um processo psicanalítico, o sujeito possa alcançar a posição depressiva e consequentemente emagrecer. Ao contrário, como mencionado anteriormente, o que devemos reconhecer é que em alguns pacientes a restrição alimentar desvela angústias insuportáveis cujos efeitos desestruturantes sobre o psiquismo não devem ser ignorados.

Nestes casos, estamos certamente diante de uma relação adictiva com o alimento, que opera na tentativa de combater angústias. McDougall (1995) propõe que diferentes graus de angústia geram diferentes estados psíquicos e, portanto, diferentes soluções adictivas: angústias psicóticas, tais como o medo da fragmentação corporal e psíquica, um terror global de encarar um vazio, no qual o próprio sentimento de identidade subjetiva é sentido como estando em perigo; angústias graves, frequentemente de natureza paranóide, ou de depressão; angústias neuróticas, ou seja, conflitos ligados às relações amorosas sexuais e ao prazer narcísico no trabalho e nas relações sociais (McDougall, 1995, p. 202). Essa dimensão neurótica da relação adictiva com o objeto também encontramos em nossa clínica com pacientes submetidos a dietas de alta restrição calórica e o diagnóstico diferencial pode não ser evidente.

Portanto, o comer compulsivo presente em alguns casos de obesidade pode ser considerado como um comportamento adictivo e pode se apresentar como uma tentativa de combater a angústia em diferentes modos de constituição subjetiva. McDougall (2000) aponta que a adicção “pode ser considerada como uma tentativa ‘psicossomática’ de superar a dor mental através do recurso a substâncias externas que tranquilizam o espírito e suprimem provisoriamente o conflito psíquico” (pp. 22-23). A mesma autora (1983) sustenta que, além da somatização, de alguns desvios sexuais e de algumas neuroses caracteriais, as adicções (por alimentos, tabaco, álcool, medicamentos, entre outras) podem ser chamados de “atos-sintomas”.

Atos-sintomas são definidos por McDougall (1983) como a manifestação da fragilidade na elaboração psíquica e da falha na simbolização, compensadas por um agir compulsivo que procura reduzir a intensidade da dor psíquica. Segundo ela:

Todo ato-sintoma ocupa o lugar de um sonho nunca sonhado, de um drama em potencial, onde as personagens desempenham o

papel de objetos parciais ou até são disfarçados de objetos-coisa, numa tentativa de imputar aos objetos substitutivos a função de um objeto simbólico que está ausente ou danificado no mundo psíquico (ex. os alimentos ou a droga que servem como resposta à depressão). (McDougall, 1983, p. 134).

A autora prossegue concluindo que sob esse “agir” estaria então escondida uma história relacional e passional cristalizada em um ato alienante.

Decio Gurfinkel (2011) aponta, em sua obra *Adicções*, a correlação entre oralidade e adicções, de alguma forma já presente em *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905), quando Freud propõe que, se há uma permanência da importância erógena da zona labial na vida adulta, pode haver o que o autor chama de “beijos perversos”, consumo de bebidas e excesso no fumar. Gurfinkel (2011) destaca também a grande contribuição de Karl Abraham para a linha de pesquisa que associa organização oral da libido e adicções. A compulsão alimentar foi, inclusive, a primeira forma de adicção descrita por ele em seu artigo de 1916 sobre o tema (Gurfinkel, 2011).

Nesta perspectiva, diferente do que muitos pacientes pensam, comer tudo não é um indicador de liberdade. Ao contrário, a sensação de urgência em comer aponta para uma impossibilidade de escolha. Isso nos remete à etimologia da palavra adicção, que, como nos aponta Gurfinkel, refere-se a alguém que se tornou escravo por conta de uma dívida e esta característica

implica uma importante *inversão da relação sujeito-objeto*, nos seguintes termos: aquele que era o sujeito que, no exercício de sua liberdade, escolhia usar o objeto segundo sua vontade e a serviço de seu desejo, se torna ele mesmo objeto de seu objeto, que ganha, por sua vez, o estatuto de dono e senhor da situação. (Gurfinkel, 2011, p. 51, grifos do autor).

O depoimento a seguir, retirado da página da internet de uma clínica de emagrecimento, ilustra a intensidade desta inversão vivida por C., uma moça de 30 anos: “Desejo, de coração, entrar numa padaria e não ter as pupilas dilatadas e os batimentos cardíacos acelerados. Isso AINDA não foi possível, mas tenho curtido bastante ser alguém que faz escolhas saudáveis”³.

A aproximação, do ponto de vista psicanalítico, entre compulsão alimentar e adicções, aponta para um outro fenômeno que também pode ser observado com frequência na clínica: o deslocamento da compulsão por comida para um outro objeto-droga. Essa observação é reforçada pela literatura, como podemos ver em

³ Recuperado de: <http://maximoravenna.com.br/c-s-c-30-anos-sexo-feminino/#more-1192>.

Marcelino e Patrício (p. 4774, 2011), que em seu estudo sobre ex-obesos mórbidos evidenciaram que parte deles, após o emagrecimento, desenvolvem, entre outras coisas, dependência a álcool e outras drogas, compulsões por jogos, compras ou sexo.

O tratamento da obesidade no grupo familiar, que diz respeito ao quarto ângulo mencionado anteriormente, é algo que tem sido objeto de pesquisa tanto no campo da Terapia Familiar Sistêmica quanto do campo da psicanálise. O conceito de homeostase e o estudo da função do sintoma na família foram discutidos por diferentes modelos da terapia familiar sistêmica como parte da ideia de que, sendo um sistema, a família opera de acordo com certos princípios reguladores. Neste contexto, a homeostase “refere-se à tendência da família em manter um certo padrão de relacionamento e empreender operações para impedir que haja mudanças nesse padrão de relacionamento já estabelecido” (Cervený, 2000, p. 26). Isso significa, muitas vezes, a manutenção de um sintoma em um dos membros da família.

Na França, alguns psicanalistas têm trabalhado, nos últimos anos, com uma abordagem familiar da obesidade, sobretudo em crianças e adolescentes (Cuynet, 2010, 2012 e 2015; Sanahuja e Cuynet, 2011b e 2016, Schwaibold, Cuynet e Rosier, 2016). Esses estudos discutem a obesidade fundamentalmente como algo que não diz respeito unicamente ao mundo interno do sujeito obeso, mas como resultado das relações intersubjetivas dele em seu contexto familiar.

Sanahuja e Cuynet (2011b) propõem que a obesidade esteja relacionada à organização familiar, seja como uma falha no ambiente à disposição do bebê na fase oral do desenvolvimento, seja como uma incorporação transgeracional. Os autores lançam mão do conceito de “corpo familiar” para mostrar que a pessoa obesa, ao emagrecer, perde parte de sua identidade familiar e seu pertencimento ao grupo⁴. No campo psicanalítico, não falamos, como na abordagem sistêmica, em uma homeostase, mas em alianças inconscientes que promovem, por um lado, a manutenção do sintoma e, por outro, recursos para tratá-lo.

No Brasil, os trabalhos de Raquel Berg (2008) e de Patricia Vieira Spada (2009) se debruçam sobre o tema da obesidade do ponto de vista da psicanálise e encontram nas relações familiares, especialmente nas primeiras relações de objeto,

⁴ Mais adiante retomo essa questão (p. 54)

fortes determinantes para a constituição do sintoma da obesidade. Spada também associa, em sua pesquisa, o funcionamento da obesidade a núcleos psicóticos que são atuados no corpo. Segundo ela:

O modelo referido levou-me a pensar que faz parte do funcionamento amental da obesidade não levar em conta – ou realmente não considerar – o princípio da realidade. Quando essa dificuldade de contato com o “real” já se mostra presente nos pais e é transmitida, aprendida e/ou “imitada” pelos filhos, sintomas como obesidade podem revelar a imaturidade para lidar com ansiedades básicas e primitivas da vida. São então atuadas diretamente no corpo. (Spada, 2009, p. 30).

1.3 Você tem fome de quê?

“A gente não quer só comer
A gente quer comer
E quer fazer amor
A gente não quer só comer
A gente quer prazer
Prá aliviar a dor...”

(Arnaldo Antunes, Sérgio Brito e Marcelo Fromer, 1987)

Como na música dos Titãs, que nos serve de epígrafe, o ato de comer nem sempre está associado apenas a uma necessidade fisiológica, mas pode ter uma função de “aliviar a dor”. É o caso de Antonia (nome fictício), que, ao escutar da terapeuta que aquilo que ela estava sentindo não era fome, durante um grupo de psicoterapia, ficou extremamente incomodada e reativa. Algumas semanas depois, Antonia pediu a palavra no grupo e contou que passou por uma situação de violência urbana que a deixou extremamente faminta. Chegando em casa, diante da possibilidade de furar a dieta e acabar com aquela “fome”, lembrou-se da fala da terapeuta e pensou: “acho que isso não é fome...”. Pela primeira vez em muitos anos, Antonia percebeu que, diante de uma situação de estresse, o que ela sentia não era fome física, da ordem da necessidade, mas uma fome “pulsional”, ligada a sentimentos impossíveis de serem sentidos, inacessíveis, neste caso, medo e tensão.

McDougall faz um belíssimo percurso sobre o tema, apontando para o caráter psicossomático das emoções e sublinhando que o afeto não pode ser considerado puramente mental ou puramente físico. Segundo ela, alguns pacientes vivem como

insuportáveis determinados afetos, o que os faz tentar a todo custo dispersá-los imediatamente por meio de uma ação. Essa descarga-na-ação nos remete à primeira infância: alguns adultos funcionam psiquicamente como bebês que, não podendo usar palavras como veículo de seu pensamento, só conseguem reagir psicossomaticamente a certas emoções dolorosas (McDougall, 2000).

Podemos pensar que enquanto Antonia mantinha uma relação compulsiva com a comida, estava funcionando neste registro de descarga-na-ação. Quando ela estava em dieta, ou seja, distante do uso compulsivo da comida, pôde, na continuidade do tratamento e aos poucos, entrar em contato com os afetos que antes eram descarregados no corpo e, com a ajuda da psicoterapia, transformá-los em palavras.

No depoimento a seguir, retirado da página da internet de uma clínica de tratamento da obesidade, Sylvia relata um processo no qual também podemos observar o delineamento de um caminho simbólico onde antes só era possível a expressão somática direta:

Durante uma discussão fiquei muito, muito triste e comecei a sentir fome. Fome? Quanto mais triste mais fome. Conversei dessa vez com a fome e percebi que se fosse comer não ia parar. Estava chegando em casa. Um perigo. Saí de novo e (...) não comi, não continuei a brigar, não contei a briga pra mais ninguém. (...) Botei meu problema em perspectiva. Não era tão horrível assim. Também não era fome. Era tristeza, uma sensação de rejeição, de inadequação que por algum motivo eu acho insuportável e aprendi a chamar de fome. E por que eu não percebia assim antes? Não dava tempo. Eu tratava logo de comer (...) Ao contrário do que eu pensava, (...) Ceder ao impulso de comer no máximo anestesia aquela dor, mas não resolve nada! Só engorda!⁵

Com este relato também podemos pensar que a retirada do alimento, associada ao processo psicoterapêutico, possibilitou o acesso a angústias que puderam ser vistas e postas em palavras. Os dois casos descritos sugerem situações nas quais as pacientes estavam dispostas a se enveredar por um universo desconhecido e assustador, aceitando não só se afastar do objeto-droga, mas se deparar com os aspectos psíquicos subjacentes ao seu uso. Concordamos com McDougall quando ela diz que “o tratamento pela psicanálise só é potencialmente eficaz se o paciente quiser realmente descobrir por que recorre ao objeto adictivo ao menor sinal de stress” (McDougall, 2000, p. 110).

⁵ Recuperado de: <https://www.facebook.com/espacoterapeutico paulobuosi/photos/a.607543272679359.1073741828.605855806181439/792457410854610/?type=3&theater>

No entanto, como dissemos anteriormente, também foi possível observarmos em nossa prática clínica, pacientes que, diante do afastamento do alimento, não tiveram recursos psíquicos suficientes para fazer esta passagem para a nomeação e a elaboração de afetos.

Em alguns casos, observamos reações que revelam um mecanismo de defesa que geralmente encontramos nos pacientes fronteirços e nos psicóticos, mas também, como observou McDougall, “em indivíduos não atingidos por psicoses, mas caracterizados por uma *economia adictiva* e por *manifestações psicossomáticas*” (McDougall, 2000, p. 140, grifos da autora). Nestes casos, a abstinência traz à tona um funcionamento extremamente desorganizado que nos remete à função que a compulsão estava tendo para o psiquismo, ou seja, a de uma “resposta somatopsíquica emitida pelo psiquismo em seu esforço para conjurar as angústias que seriam talvez psicóticas caso chegassem à consciência” (McDougall, 2000, p. 68-69).

Em outros casos, o deslocamento da comida para outro(s) objeto(s)-droga impede o contato com a angústia. É o que aconteceu com Tereza (nome fictício), que estava há 6 meses em tratamento e era considerada por todos os outros pacientes um exemplo de rigor na dieta. Emagrecera muito e mostrava estar alegre e confiante por ter reduzido a numeração de suas roupas e por sustentar seus “nãos” diante das comidas que ela adora. Esse “caso modelo”, no entanto, preocupava os terapeutas, uma vez que não conseguíamos enxergar nenhum conflito: estava tudo bem demais. Nenhum sofrimento aparente, nenhum novo questionamento diante do “vazio” que a retirada da comida abriria, nenhuma angústia. Até que em um grupo, Tereza, com muita dificuldade e relatando estar muito envergonhada, contou que estava, há alguns meses, comprando compulsivamente e que alcançara o limite do cartão de crédito pela primeira vez na vida. Mesmo isso tendo vindo à tona, não significou a possibilidade de ser trabalhado: sua fala teve mais um caráter confessional do que de abertura para elaboração. Tereza encerrou-se novamente na personagem-modelo até atingir o peso sonhado e abandonou o tratamento. Cerca de um ano depois, um encontro casual nos colocou no mesmo ambiente: ela havia engordado praticamente tudo o que perdera na clínica. Contou, na ocasião deste encontro, que alguns meses depois de ter saído da clínica foi aos poucos voltando a comer tanto quanto ou mais do que comia antes.

O percurso do presente capítulo sugere a contribuição da psicanálise para o enfrentamento de pelo menos dois problemas e limites que observamos nesta prática: o tratamento da obesidade sem levar em consideração as diferenças de constituição subjetivas e a dificuldade na manutenção do peso baixo por longo tempo. No primeiro caso, este estudo alerta para o risco de graves desorganizações psíquicas de alguns pacientes quando submetidos à dieta de alta restrição calórica. Quanto ao segundo caso, esperamos, com a realização do grupo de tratamento associado a esta pesquisa, poder contribuir com novas reflexões e entendimentos a respeito do potencial da psicanálise de grupo. Tal contribuição está associada à possibilidade de interrupção do frequente círculo vicioso entre pedido de ajuda, emagrecimento, afastamento do tratamento, ganho de peso e novo pedido de ajuda, o que nos coloca questões fundamentais a respeito do desejo do sujeito e dos ideais estéticos e de saúde da sociedade.

CAPÍTULO 2 – DA PROBLEMÁTICA DA INTERSUBJETIVIDADE NA PSICANÁLISE AO TRATAMENTO DA OBESIDADE EM GRUPO

Por que propor o dispositivo psicanalítico grupal para os pacientes que apresentam queixas em relação a sobrepeso e obesidade? Essa é a pergunta que orienta a escrita deste capítulo. Vimos, no capítulo anterior, que a psicanálise nos ajuda a constatar que os sintomas alimentares se apresentam nas diferentes constituições subjetivas e que isso implica diferentes manejos no tratamento. Kaës (2011), apoiado em Freud, propõe que o psiquismo seja constituído de três pilares: a sexualidade infantil, a fala e as relações intersubjetivas. No capítulo anterior, foi abordada a questão da sexualidade infantil ao discutirmos o papel da oralidade nos sintomas alimentares.

Com relação à fala, não há dúvidas da importância do processo de aquisição da linguagem para a constituição do psiquismo, do ponto de vista da psicanálise. Retomando Freud, a aquisição da linguagem pelo bebê é algo marcado intensamente pela presença da alteridade. É no contato com o outro que a palavra é criada. Segundo Piera Aulagnier, “A palavra materna descarrega um fluxo portador e criador de sentido, que antecipa largamente a capacidade do *infans*⁶ de reconhecer e assumir a significação” (Aulagnier, 1979, p. 35). Mas é justamente no encontro com as produções psíquicas deste outro que o *infans*, ainda carente da possibilidade de apropriar-se do significado do enunciado, vive o momento inaugural no qual sua atividade psíquica deve forjar uma representação de si mesma. Para Aulagnier esse processo é fundamental para que o Eu possa alcançar algum grau de autonomia da atividade de pensar e do comportamento.

É esta atividade que permite uma relação entre sujeitos, fundada no patrimônio linguístico e no saber sobre a significação, em relação aos quais se reconhece direitos iguais; se assim não fosse, a vontade e a palavra de um terceiro — sujeito ou instituição — se imporia como único juiz dos direitos, necessidades, pedidos e desejos do sujeito. Expropriação de um direito de existir, que se manifesta de maneira evidente na vivência psicótica, mas que pode existir de forma velada, sem adotar a forma de uma psicose manifesta, escapando à percepção do expectador. (Aulagnier, 1979, pp. 37-8).

⁶ Em latim, “aquele que não fala”.

Como vimos, a constituição do psiquismo passa necessariamente pelo corpo, que serve de apoio para as inscrições simbólicas. Com efeito, Aulagnier toma o primeiro encontro boca-seio como ponto de partida para pensar as relações que se seguem. O leite oferecido pelo seio não é somente leite-alimento, no sentido fisiológico, mas leite-alimento no sentido psíquico e afetivo. “Afeto, sentido, cultura estão co-presentes e são responsáveis pelo gosto das primeiras gotas de leite que o *infans* toma” (Aulagnier, 1979, p. 40).

É, portanto, na relação com o outro que um corpo vai se constituindo como corpo da representação ou corpo do transbordamento, como propõe Fernandes (2003). Marinella de Mendonça (2008) sustenta que, enquanto o corpo da representação é regido pelas pulsões de vida e está ancorado na simbolização, o corpo do transbordamento é regido pelas pulsões de morte, apontando para uma descarga no corpo daquilo que não pôde ser representado.

Nesse sentido, a aquisição da fala também é marcada por uma maior ou menor capacidade de conter símbolos. Assim como o leite pode servir somente como um cuidado físico mecânico, destituído de seu valor afetivo e simbólico, a fala também pode ser vazia, sem um sentido apoiado no simbólico. Vemos, assim, o quanto as primeiras relações de objeto são fundamentais para a constituição do psiquismo e para as futuras relações de objeto. Desse modo, pensar na intersubjetividade se faz imperativo.

Quando Kaës propõe que as relações intersubjetivas sejam parte fundamental da constituição do psiquismo, está consonante com os desenvolvimentos feitos na psicanálise a respeito do papel da alteridade, tanto no processo de subjetivação quanto no *setting* analítico. Embora separados por um oceano, pela língua e pela escassez de referências um ao outro⁷, René Kaës e Thomas Ogden se debruçaram sobre inquietações semelhantes a respeito das relações entre as subjetividades no contexto psicanalítico.

O papel da subjetividade do analista é considerado por ambos algo fundamental no *setting* analítico. A respeito da situação analítica individual, diz Kaës: “(...) o método psicanalítico inclui de maneira decisiva aquilo que é próprio à pessoa do analista” (Kaës, 2011, p. 64). Para Ogden (1996) o processo analítico reflete a inter-relação da subjetividade do analista, a do analisando e a do terceiro analítico,

⁷ Encontramos uma única citação, indireta, de Kaës a Ogden em *Polifonia do Sonho* (cf. Kaës, 2004, p. 66).

que será explicado mais adiante.

Abordaremos a seguir a presença da intersubjetividade em alguns desenvolvimentos psicanalíticos.

2.1 Um panorama da questão da intersubjetividade na psicanálise contemporânea

“Eu não sou eu nem sou o outro,
Sou qualquer coisa de intermédio:
Pilar da ponte de tédio
Que vai de mim para o Outro”
(Mário de Sá-Carneiro, 1995, p. 82)

Dentre as poucas coisas em que há um consenso entre os psicanalistas, está, sem dúvida, a originalidade da psicanálise quando de sua criação por Freud. Em um contexto social, cultural e científico modernos, no qual a separação sujeito/objeto era uma regra e a busca de certezas uma urgência, a hipótese freudiana do inconsciente provocou uma ruptura importante. Até então, como já discutido por diversos autores, como Marilena Chauí (2000), Boaventura de Sousa Santos (1988), Miriam Debieux Rosa (2004) e Luiz Carlos Nogueira (1999/2004), o discurso dominante e aceito era aquele produzido pela consciência, aquele que possibilitaria uma apreensão objetiva da realidade. A tentativa era constantemente a de se chegar a leis que pudessem levar a generalizações, previsões e, conseqüentemente, ao controle. Desta forma, quando Freud criou a psicanálise, propondo um método de investigação do inconsciente e a elaboração de uma teoria e de uma técnica de tratamento, abriu um vasto e desconhecido campo. Como nos mostra Nogueira, ao priorizar a escuta do inconsciente e propor operar na transferência, com as associações do sujeito, Freud

fez uma mudança radical na concepção em como lidar com os pacientes: não considerá-los apenas como objeto de investigação – do qual se possa obter um conhecimento através do exame desse objeto de investigação –, mas ele estabeleceu com seus pacientes uma relação. Fundamentalmente, a Psicanálise – diferentemente do que se fazia até então – é uma relação entre falantes. (Nogueira, 1999/2004, p. 86).

No entanto, apesar da mudança radical e fundamental na concepção de

sujeito a partir de Freud, ainda foram necessários alguns anos até que outros psicanalistas dessem um passo adiante e se propusessem a pensar o lugar da subjetividade do analista no *setting* analítico⁸. Eduardo Agejas (2007) aponta que foi somente a partir da década de 1950 que a concepção segundo a qual o analista deve sustentar a posição de um espelho passou a ser fortemente questionada, por meio do desenvolvimento de trabalhos sobre sua participação no processo analítico e especialmente sobre sua contribuição para a produção do material clínico.

De acordo com Agejas (2007), Madeleine e Willy Baranger (1961), André Green (1972), Christopher Bollas (1994) e Thomas Ogden (1996) trouxeram importantes contribuições para o campo da intersubjetividade. A estes nomes, acrescento o de René Kaës. Os trabalhos destes autores mostram o amplo terreno aberto, na psicanálise, a partir do reconhecimento da importância da alteridade como elemento constitutivo das subjetividades singulares, ao mesmo tempo que realçam a existência de diferentes concepções sobre a participação da intersubjetividade na constituição do sujeito e, portanto, de sua subjetividade.

Tendo em vista uma perspectiva histórica, alguns autores indicam que podemos distinguir diferentes momentos (movimentos, eras ou gerações, dependendo do autor) na evolução da teoria e da clínica psicanalítica. Fernando Urribarri (2012), a partir de sua experiência com André Green (1975) e de uma cuidadosa leitura de sua obra, aponta a distinção de três movimentos históricos. Tendo como referência o conceito de contratransferência – e portanto, poderíamos dizer, o lugar da subjetividade do analista no contexto analítico – Green propõe que podemos distinguir os movimentos freudiano, pós-freudiano e contemporâneo.

Em linhas gerais, para Green, o modelo freudiano tem na contratransferência um obstáculo, “já que é um modelo individual, centrado no aparelho psíquico individual, que define a causalidade por meio do intrapsíquico: assim, se a contratransferência é uma vivência (um ‘sintoma’) do analista, é lógico atribuir sua causa psíquica ao próprio analista” (Urribarri, 2012, p. 52). No modelo pós-freudiano o interesse desloca-se para uma perspectiva predominantemente intersubjetiva e a contratransferência é transformada em uma fundamental ferramenta de trabalho do

⁸ Embora haja, hoje, quase um consenso entre os psicanalistas sobre o pioneirismo de Ferenczi nas questões relativas à intersubjetividade, é inegável que tenha havido um longo período de silêncio diante do tema. Ver: Gerber, I. (1999). Caminhos da intersubjetividade: Ferenczi, Bion, Matte-Blanco. *Psicologia USP*, 10 (1), pp. 141-155. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65641999000100007>

analista. Considerada uma resposta emocional do analista criada pela transferência do paciente, a contratransferência passa a ser um meio afetivo de conhecer inconscientemente o inconsciente do paciente. Esta concepção, na qual a contratransferência é totalizante, “radicaliza a ideia da comunicação de inconsciente pra inconsciente: a contratransferência ‘guia’ a compreensão do analista e é utilizada (mais ou menos explicitamente) na interpretação” (Urribarri, 2012, p. 54).

Um aprofundamento a respeito da complexa leitura de André Green sobre a psicanálise contemporânea⁹, o terceiro movimento por ele apontado, não será objeto deste trabalho, mas, para nossos objetivos, destacamos uma de suas principais características: a conexão e a simbolização entre o intrapsíquico e o intersubjetivo. Este é um dos pilares deste modelo, que tem como base uma ampliação e uma concepção mais complexa da concepção freudiana de representação, abrangendo desde o corpo e o afeto até o pensamento (Urribarri, 2012, p. 56). Nesse sentido, o conceito de enquadre é introduzido e desenvolvido por alguns autores (Winnicott, Bleger, W. e M. Baranger, Donnet, Laplanche, Green, Roussillon), referindo-se a uma função constituinte do encontro e do processo analítico.

Contenção e distância, o enquadre delimita o espaço intermediário que torna possível a comunicação analítica. Seu estatuto é, ao mesmo tempo, clínico e epistemológico: o enquadre é condição da constituição do objeto analítico (Green), objeto terceiro, distinto do paciente e do analista, produzido pela comunicação de cada par analítico específico (Urribarri, 2012, p. 58).

De maneira um pouco diversa, mas com elementos que convergem para uma mesma concepção de que há algo novo produzido no encontro entre analista e analisando – diferente da simples coexistência de duas subjetividades –, Ogden (2014) também se debruça sobre a questão da psicanálise na contemporaneidade. Ele propõe que consideremos duas “eras” da psicanálise: “Freud-Klein”, na qual o enfoque estava mais sobre *o que* pensamos, e “Bion-Winnicott”, geração que se dedicou mais intensamente sobre a maneira *como* pensamos. Marina Ribeiro (2016) sugere que acrescentemos a esta organização temporal proposta por Ogden uma terceira geração de conceitos na psicanálise, que abordam a forma pela qual analista e analisando pensam juntos (Ribeiro, 2016, p. 13). Segundo a autora, fazem parte deste grupo o *enactment*, o terceiro analítico (Ogden, 1996) e o campo

⁹ Para um exame mais minucioso deste tema, sugerimos a leitura do artigo de André Green (1975): The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). *The International journal of psycho-analysis*, 56, 1.

analítico (M. e W. Baranger, 1961-62/2010).

Como apontado por Ribeiro (2016), o conceito de identificação projetiva, originalmente elaborado, em 1946, por Melanie Klein, no texto “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides”, pode ser considerado um conceito de transição entre as duas primeiras gerações de psicanalistas anteriormente mencionadas. Neste processo, teve importantes releituras e, conseqüentemente, significativos desdobramentos e expansões nas últimas décadas. Muitos autores debruçaram-se sobre este conceito, desenvolvendo-o e propondo ampliações que tiveram grande impacto sobre a produção teórica neste campo e, sobretudo, sobre a clínica.

Embora Klein tenha também especificado, ao longo de sua obra, aspectos não patológicos da identificação projetiva, foram os aspectos patológicos desta que apareceram com mais frequência nas obras dos comentadores da autora. Bion é um dos autores que, diversamente, enfatiza os aspectos comunicativos da identificação projetiva e retira o excessivo caráter intrapsíquico anteriormente atribuído a este mecanismo, realocando-o no campo interpessoal.

Assim, a identificação projetiva para Bion não é simplesmente uma fantasia inconsciente de projetar um aspecto próprio no Outro e controlá-lo desde dentro; representa um acontecimento psicológico interpessoal no qual o projetor, por via de uma interação pessoal real com o recipiente da identificação projetiva, exerce pressão sobre o Outro para que se vivencie e se comporte de forma congruente com a fantasia projetiva onipotente. (Ogden, 1996, p. 39).

Ogden (1996), baseando-se nas formulações de Freud, Klein, Bion e Winnicott, traz importantes contribuições para uma compreensão do sujeito dialeticamente constituído e descentrado e, a partir daí, propõe o conceito de terceiro analítico. Segundo ele, a intersubjetividade está presente de diversas formas nas relações humanas, mas há uma especificidade na forma de intersubjetividade que ocorre na relação analítica. Apoiado na afirmação winnicottiana de que “um bebê é algo que não existe (separado dos cuidados maternos)”, Ogden propõe que “num contexto analítico um analisando é algo que não existe separado da relação com o analista, e um analista é algo que não existe separado da relação com o analisando” (Ogden, 1996, p. 59), ou seja, que o processo analítico *cria* o analista e o analisando. O *terceiro analítico* é definido por Ogden como um terceiro sujeito que é produzido no mesmo instante em que analista e analisando são criados, uma vez que esse é um “termo médio que sustenta e é sustentado pelo analista e pelo analisando como dois sujeitos separados” (Ogden, 1996, p. 4).

O autor aponta a coexistência, em tensão dialética, das subjetividades individuais do analista e do analisando (como seus próprios pensamentos, sentimentos, sensações, realidade corporal, identidade psicológica, etc.) com a intersubjetividade da dupla. Neste jogo, a intersubjetividade e a subjetividade individual são criadas, negadas e preservadas uma pela outra (Ogden, 1996, p. 59).

No que diz respeito ao processo analítico, Ogden afirma que

a tarefa não é desembaraçar os elementos constitutivos da relação, num esforço pra determinar que qualidades pertencem a cada indivíduo que participa dela; pelo contrário, do ponto de vista da interdependência entre sujeito e objeto, a tarefa analítica envolve uma tentativa de descrever o mais completamente possível a natureza específica da experiência de inter-relação da subjetividade individual e da intersubjetividade. (Ogden, 1996, p. 60).

Se a passagem de uma psicanálise mais intrapsíquica para uma em que a intersubjetividade é central foi um grande e importante salto epistemológico, as proposições de René Kaës a respeito das relações intersubjetivas no grupo também marcam uma virada fundamental.

2.2 René Kaës e a intersubjetividade nos grupos

“A psicanálise grupal se situa neste projeto: seu objetivo é desatar os vínculos intersubjetivos geradores de perturbações nos vínculos e nos sujeitos do vínculo” (Kaës, 2011, p. 32).

Na obra *Um Singular Plural*, Kaës (2011) escreve um último capítulo exclusivamente para tratar da questão da intersubjetividade. Intitulado “O sujeito do inconsciente, sujeito do vínculo”, o capítulo retoma sucintamente os principais pontos da reformulação metapsicológica proposta por ele, mas com um enfoque na intersubjetividade. É interessante a escolha de deixar para o final o que é, na verdade, uma importante justificativa para o uso do dispositivo grupal. Ora, se o sujeito é constituído a partir de seus determinantes internos e por aquilo que se produz, a partir do encontro com o outro, pensar em mudanças no sujeito implica pensar em um trabalho na relação entre aquilo que é da ordem da singularidade e a intersubjetividade. É neste sentido que se desenvolvem os trabalhos propostos pelos autores citados no item anterior, segundo os quais o que acontece no campo

analítico é resultado do encontro entre duas subjetividades e a intersubjetividade desta dupla. Nas palavras de Ogden,

O analisando não fala simplesmente com o analista (ou consigo mesmo) *sobre* os modos como cria experiência; ele contribui para uma construção intersubjetiva dentro do *setting* analítico que incorpora, *na sua forma e desenho*, a natureza do espaço psíquico dentro do qual o paciente vive (ou não consegue chegar a viver). Invariavelmente, o analista participa inconscientemente da criação da construção intersubjetiva dentro do *setting* analítico (Ogden, 1996, p. 161, grifos do autor).

Kaës, ao refletir sobre os fenômenos que ocorrem no dispositivo grupal, deparou-se com essas mesmas questões, que o levaram a discorrer sobre uma matriz intersubjetiva da subjetivação. Na introdução à terceira edição de *O Aparelho Psíquico Grupal* (1976/2017), ele afirma: “O centro do debate é: como representar para si o espaço psíquico do sujeito considerado em sua singularidade quando outros espaços psíquicos interferem, estruturam – ou não mais estruturam o suficiente – o espaço interno?” (Kaës, 1976/2017, p. 13).

Kaës (2011) propõe que o sujeito seja produzido por meio de um duplo processo psíquico, ou seja, um operando de acordo com seus próprios determinantes internos e outro desenvolvendo-se a partir do espaço psíquico intersubjetivo. Retomando as concepções de sujeito de Freud e Lacan, Kaës mostra que no processo de subjetivação esse duplo trabalho opera de tal modo a abrir caminho para a libertação do sujeito das identificações alienantes e das alianças inconscientes que o mantém assujeitado. Em outras palavras, o Eu pode advir a partir da libertação em relação ao “Nós” e ao “Um” (Kaës, 2011). Evidentemente, este não é um movimento linear e finito, ou, nas palavras de Ogden, “o sujeito psicanalítico nunca simplesmente é; o sujeito está sempre *se tornando* por via de um processo de negação criativa de si mesmo” (1996, p. 55, grifos do autor).

Kaës insiste na importância de pensarmos a intersubjetividade juntamente com o conceito de trabalho da intersubjetividade, que aponta para o caráter dinâmico desta, uma vez que exige um trabalho psíquico constante dos sujeitos envolvidos. Para ele, trabalho da intersubjetividade refere-se ao trabalho psíquico do inconsciente do outro ou de mais de um outro na psique do sujeito do inconsciente. Ou seja, o sujeito do inconsciente não só está sujeito a seu próprio inconsciente, mas também às reverberações dos inconscientes dos outros em seu próprio inconsciente. Isso coloca uma questão metapsicológica fundamental, uma vez que

tem consequências sobre a concepção que ele tem do inconsciente e do sujeito do inconsciente. Para Kaës, o sujeito do inconsciente é sujeito do vínculo.

Dizer que o sujeito do inconsciente é sujeito do vínculo significa dizer que, além de ser sujeito do próprio inconsciente, o sujeito também é determinado pelas transmissões inconscientes dos conjuntos intersubjetivos primários – o bebê no processo de constituição psíquica, em suas relações com mãe, pai, família – e dos conjuntos intersubjetivos secundários – grupos, instituições. Nas palavras de Kaës (2011), “O sujeito do inconsciente é um ‘intersujeito’ inelutavelmente submetido a um conjunto intersubjetivo de sujeitos do inconsciente” (Kaës, 2011, pp. 226-227). Com essas proposições, Kaës aponta para um lugar em cada um de nós, um *topos*, que não estaria acessível por meio do método psicanalítico clássico, uma vez que não está localizado intrapsiquicamente e tampouco é desvelado na relação assimétrica intersubjetiva exclusiva com o analista.

Dito de outro modo, a hipótese que oferece base para as propostas de Kaës a respeito do grupo e do sujeito do grupo é a de que há um espaço psíquico comum e partilhado por vários sujeitos nos vínculos e na matriz do grupo primário. Essa formulação tem implicações importantes para as categorias metapsicológicas que ele propõe, pois exige que pensemos as relações entre a realidade psíquica do grupo, a de cada sujeito singular e a que forma a matéria psíquica dos vínculos entre os sujeitos que o compõem (Kaës, 1976/2017, 2011). É neste contexto e sob essas demandas epistemológicas que Kaës, no final da década de 1960, cria o conceito de “aparelho psíquico grupal”, um modelo que propõe estender a compreensão psicanalítica para essas três realidades psíquicas e para os processos e formações que as unem e separam.

Segundo Kaës (2011), o aparelho psíquico grupal não é a extrapolação do aparelho psíquico individual, uma vez que possui uma lógica própria e é independente dos psiquismos que ali estão reunidos. Além disso, o aparelho psíquico grupal é o meio pelo qual se dá a construção psíquica comum e compartilhada entre indivíduos que constituem um grupo e é ao mesmo tempo o resultado do arranjo combinatório das psiques. Sob estas condições, as partes da psique individual mobilizadas para construir o grupo são ligadas, reunidas, e postas em acordo e em conflito entre si, constituindo a realidade psíquica *de* grupo e *no* grupo, segundo a qual “comum” e “partilhado” prevalecem sobre “privado” e “diferente”. Para Kaës, o aparelho psíquico individual é, em parte, formado pelo

aparelho psíquico grupal, de onde procede, onde se transforma e se diferencia e, em determinadas condições, em relação ao qual adquire autonomia.

Assim como, para Ogden, o terceiro analítico é uma criação de analista e analisando, ao mesmo tempo em que os cria, a realidade psíquica grupal é uma criação dos sujeitos do grupo, ao mesmo tempo em que os cria. Essa dialética inerente ao modelo de aparelho psíquico grupal é desenvolvida detalhadamente por Kaës, quando ele explica a relação entre sujeito e grupo e a forma como as psiques são organizadas pelo aparelho psíquico grupal. Ao refletir sobre a relação entre sujeito e grupo, ele aponta que o grupo é objeto de investimentos pulsionais e de representações inconscientes que são sustentados por organizações psíquicas inconscientes, os grupos internos. Estes funcionam como esquemas organizadores inconscientes dos vínculos de grupo e do grupo como um conjunto e “contêm algo do recalcado, do negado e do rejeitado que se constituiu na matriz grupal e nos vínculos primários do sujeito” (Kaës, 2011, p. 112).

Outro aspecto importante da relação entre sujeito e grupo é o uso do grupo por seus membros como uma cena, um cenário¹⁰, um lugar de uma ação psíquica, tal como um sonho.

As formações psíquicas dos sujeitos são postas em figurabilidade num duplo registro externo-interno, e a colocação em figurabilidade utiliza de maneira privilegiada os mecanismos da *dramatização*, da *condensação* (“um representa todos”), do deslocamento de um elemento para um outro e da *difração* (um se representa em vários) ou da *multiplicação do elemento idêntico*. São os mesmos processos primários mobilizados no sonho, nos sintomas e nas transferências que são eficazes na cena do grupo. (Kaës, 2011, p. 119, grifos do autor).

Nesse sentido, Kaës aponta que, embora o grupo seja para seus sujeitos um lugar e um meio de realizações psíquicas, como um sonho, essa proposição, originalmente de Anzieu, não é suficiente, pois deixa de lado importantes experiências que são vividas no grupo. Dentre elas, Kaës ressalta as experiências de dependência, de defesa contra objetos maus e de expectativa messiânica, tais como propostas por Bion com seus grupos de supostos básicos. Destaca também as contribuições de G. Róheim, que aponta que o grupo é um meio de proteção contra o medo e a solidão, e P. Castoriadis-Aulagnier com sua concepção de que o

¹⁰ “Le groupe comme scène, scénario, lieu d'une action psychique, d'une figuration dramatisée”, que foi traduzido por “O grupo como cena, cenário, lugar de uma ação psíquica, de uma figuração dramatizada” (Kaës, 2011, p. 118).

grupo é o espaço em que o Eu pode advir. A essas características, ele acrescenta que o grupo é também objeto de expectativas, da partilha de ideias comuns e de ilusões, lugar de estruturação das identificações, espaço em que se estabelecem as alianças inconscientes estruturantes, defensivas, ofensivas ou alienantes e conteúdo metapsíquico.

Como dissemos anteriormente, ao criar o grupo, o sujeito está, ao mesmo tempo, sendo criado por ele. Ou, nas palavras de Kaës, o sujeito *no* grupo é também o sujeito *do* grupo. Os efeitos que as formações e os processos do inconsciente atuantes nos grupos têm sobre o inconsciente dos sujeitos membros destes grupos são examinados por Kaës fundamentalmente à luz do conceito de aliança inconsciente.

Por meio deste conceito, Kaës procura explicar que, além de haver um objeto comum que liga os humanos para que estejam associados em grupo, há elementos inconscientes que sustentam o vínculo de tal forma que este se torna algo de valor psíquico decisivo para cada membro do grupo. Este acordo inconsciente entre os membros do grupo é uma formação psíquica intersubjetiva construída para estabelecer os investimentos narcísicos e objetais, os processos, as funções e as estruturas psíquicas que lhes são necessários e que são resultados do recalque ou da denegação, da rejeição ou da desautorização (Kaës, 2011, p. 198-199).

Consideradas por ele como o cimento e a base da realidade psíquica que liga os membros de um vínculo uns aos outros, as alianças inconscientes “produzem seus efeitos além dos sujeitos, das circunstâncias e do momento que as tornaram necessárias e as moldaram: elas constituem o agente e a matéria de transmissão da vida psíquica entre gerações e entre contemporâneos” (Kaës, 2011, p. 199). Apoiado, como de costume, em um constante retorno a Freud, Kaës distingue diferentes ângulos de abordagem da problemática das alianças inconscientes. Para os propósitos deste trabalho, falaremos das alianças estruturantes, dos contratos narcísicos e dos pactos denegativos, perspectivas que mantêm entre si estreitas relações.

As alianças inconscientes estruturantes

As alianças inconscientes estruturantes são formuladas por Kaës como aquelas que contribuem para a estruturação do psiquismo de cada sujeito e do aparelho psíquico grupal. Elas estão diretamente relacionadas ao que Freud

formulou em “Totem e Tabu” (1913) e em “Mal-estar na Civilização” (1929) – o pacto edipiano e o contrato de renúncia à satisfação direta das pulsões destrutivas – e ao contrato narcísico de Piera Castoriadis-Aulagnier.

Tendo como base as formulações freudianas dos textos mencionados anteriormente e também em “Psicologia das Massas e Análise do Eu” (1921) e “O Futuro de uma Ilusão” (1927), Kaës reforça a importância da passagem – possibilitada a partir dos desdobramentos do assassinato do Pai Primevo – “do vínculo anistórico da horda para o vínculo intersubjetivo, histórico e simbólico do grupo totêmico patriarcal” (Kaës, 2011, p. 201).

Retomemos o mito presente em “Totem e Tabu”, utilizado por Freud como metáfora para pensar a proibição do incesto e, posteriormente, a abdicação mútua à satisfação direta das pulsões destrutivas: na horda primeva há um pai tirânico que tudo pode, que expulsa os filhos e se apropria de todas as mulheres. Em um ato de revolta, os filhos/irmãos se unem e assassinam o Pai da horda, sendo tomados por um forte sentimento de culpa. Kaës (2011) mostra que matar o Pai só é possível a partir da união entre irmãos, que se ligam por meio de uma aliança ofensiva para sair da repetição. Num segundo momento, uma aliança estruturante sustenta a constituição de um contrato totêmico, que associa os irmãos ao Pai simbolizado e entre si mesmos, possibilitando a formulação da proibição do incesto, da interdição de matar o animal totêmico e da proibição do fratricídio, o que garante a formação da sociedade. Podemos dizer que a leitura que Kaës faz do mito da horda primeva propõe uma presença dialética das alianças estruturantes e das ofensivas.

Como dissemos anteriormente, além do pacto fraterno e do contrato simbólico com o Pai, um outro contrato se cria com função estruturante para o espaço psíquico singular e para os espaços psíquicos grupais: o da renúncia à realização direta dos fins pulsionais destrutivos. Segundo Kaës, essa renúncia “instaura a não-imediatidade: o desvio imposto é obra da autoridade, e a obra da autoridade consiste em fazer surgir o pensamento e o vínculo em vez do corpo a corpo” (Kaës, 2001, p. 202).

O contrato narcísico

O terceiro conceito, ligado ao de alianças estruturantes, mas que o extrapola, é o de “contrato narcísico”, de Piera Aulagnier, que foi utilizado e ampliado por Kaës para pensar a entrada do sujeito em diferentes grupos. Incluímos nesta rubrica ainda

a deriva patológica dos pactos narcísicos também trabalhada por Kaës. Como nos aponta o autor, Aulagnier “dá um passo adiante na compreensão dos efeitos psíquicos da inscrição do narcisismo na relação” (Kaës, 2014, p. 63). Apoiada no conceito de narcisismo primário de Freud (Em “Sobre o narcisismo: uma introdução”, de 1914), ela propõe que a entrada do bebê no mundo é marcada por elementos fundamentais que estão além da dupla mãe-bebê, carregando expectativas e investimentos que incluem a relação pais-criança e também as relações com o ambiente social e cultural onde estão inseridos. Em linhas gerais, o que Aulagnier sustenta é que o discurso social projeta sobre a criança a mesma antecipação que a que caracteriza o discurso parental: antes mesmo do nascimento do *infans*, tanto o casal parental quanto o meio social já pré-determinam um lugar social que ele supostamente irá ocupar, depositando nele a expectativa de continuidade de um modelo sociocultural (Aulagnier, 1975/2003). Além de ser depositária desta missão, a criança recebe o investimento deste conjunto social mais amplo, o que lhe confere a possibilidade de ter um lugar de pertencimento e de projetar-se no futuro.

Isso significa dizer que a este novo sujeito é oferecida, pelo discurso do conjunto social, uma certeza sobre a origem, necessária para que a dimensão histórica projete-se retroativamente sobre seu passado. Com isso, há uma diminuição de uma referência na qual o saber materno ou paterno seria a única, exaustiva e suficiente garantia. Nas palavras de Aulagnier: “O acesso a uma historicidade é um fator essencial no processo identificatório, ela é indispensável para que o Eu atinja o limiar de autonomia exigida por seu funcionamento” (Aulagnier, 1975/2003, p. 189, tradução nossa).

Como dissemos anteriormente, Kaës ampliou o conceito de contrato narcísico, e o fez propondo a existência de três diferentes tipos: originários, primários e secundários. Segundo ele (2011 e 2014), o contrato narcísico originário diz respeito ao contrato de filiação transgeracional (afiliação narcísica à espécie)¹¹ e é baseado em investimentos de autoconservação. O contrato narcísico primário se aproxima do que propõe Aulagnier, ou seja, refere-se especialmente aos investimentos narcísicos dos pais inseridos em e atravessados por um contexto

¹¹ Embora Kaës tenha estabelecido diferenças entre filiação e afiliação (Kaës R. (1985), *Filiation et affiliation. Quelques aspects de réélaboration du roman familial dans les familles adoptives, les groupes et les institutions. Gruppo*, 1985:1, pp. 23-46), ambos os termos aparecem sem distinção em dois momentos diferentes: “(...) define um contrato de filiação transgeracional” (Kaës, 2011, p. 203) e “Esse contrato de afiliação narcísica à espécie humana (...)” (Kaës, 2014, p. 65).

sociocultural. A dimensão dialética deste contrato é frisada por Kaës: “Todos esses casos de investimento servem ao mesmo tempo o contexto e o indivíduo: esse não mais pode constituir-se como um elo somente, mas como um servidor, como um beneficiário e como um herdeiro do contexto” (Kaës, 2014, pp. 65-66)

É para dar conta do que ele aponta não ter sido desenvolvido por Aulagnier, isto é, a evolução deste contrato e os impasses alienantes decorrentes dele, que Kaës introduz o conceito de contrato narcísico secundário. Esse, baseado no narcisismo secundário, redistribui os investimentos dos contratos narcísicos originário e primário diante da entrada do sujeito nos diferentes grupos e instituições aos quais ele pertencerá ao longo da vida. Ao entrar nos novos grupos e nas novas instituições, o sujeito se vê diante de questionamentos e retoma, com mais ou menos conflito, os assujeitamentos narcísicos às exigências dos contextos nos quais está inserido. De acordo com o autor: “Todas as mudanças das relações entre o sujeito e o contexto, toda a pertença ulterior, toda e qualquer nova adesão a um grupo questiona – põe em cheque – e em alguns casos enseja até processos elaborativos, dos aportes desses contratos” (Kaës, 2014, p. 66).

O pacto denegativo

A clínica me ensinou que o grupo – e de um modo mais amplo, toda relação – não é somente um meio e lugar de realizações de desejos inconscientes individuais, e de “sonhos e desejos *irrealizados*”, mas que ele é também o meio e o lugar da experiência do ódio, da destruição, da morte, do impensável. (Kaës, 2014, p. 103, grifos do autor).

Além da dimensão estruturante da problemática do negativo no vínculo, que já abordamos, o conceito de pactos denegativos descreve, no campo vincular, a problemática das defesas e suas estreitas relações com o adoecimento. A categoria do negativo traz uma importante marca, ao incluir a dimensão do fracasso, do que falta ou do que está perdido. O conceito de pacto denegativo é proposto por Kaës para incluir a negatividade inerente à existência e às relações no conjunto das alianças inconscientes. Essas servem também, portanto, para tentar dar conta do negativo, de seus componentes e de suas consequências, ou, nas palavras de Kaës, “as alianças buscam objetivos múltiplos: tratar o negativo, lutar contra alguns de seus componentes, negar o negativo, preservar certo estado de relação ou de atividade de ligação, reforçar a positividade da relação” (Kaës, 2014, p. 121).

A concepção de pacto denegativo proposta por ele comporta duas

dimensões, uma das quais faz parte das alianças fundamentais para a constituição e manutenção das relações, e outra que opera de forma a contribuir para a alienação, o que se enquadra no que o autor chama de alianças alienantes. Desse modo, o pacto denegativo contempla duas polaridades, uma construída sobre o recalque e outra sobre a recusa e a negação. Segundo Kaës, quando o pacto denegativo é constituído sob efeito do recalçamento, sintomas neuróticos serão a forma de dar destino aos conteúdos recalcados, sendo assim resultado de conflitos entre desejo e defesa. No caso do pacto denegativo constituído sob efeito da negação e da recusa, há a presença do enigmático, do não significável, do não transformável em cada sujeito e na relação entre os sujeitos do vínculo: “Quando se trata de conteúdos arcaicos não recalcados (denegados ou forcluídos), o retorno dos conteúdos inconscientes se efetua através dos *actings*, das clivagens, dos delírios coletivos, dos objetos brutos, bizarros ou dos significantes enigmáticos” (Kaës, 2011, p. 208). Ao longo do quarto capítulo, veremos como essa hipótese pode ser particularmente interessante para pensarmos a relação com a alimentação em nossos pacientes.

2.3 Por que não o grupo?

O reconhecimento do grupo como um lugar legítimo e potente de se fazer psicanálise não é algo bem resolvido no meio psicanalítico. Temos tido, ao longo das últimas décadas, um número maior de psicanalistas se propondo a pensar os inúmeros dispositivos grupais presentes sobretudo nas instituições e, o que é muito importante, a pensar as especificidades da psicanálise de grupo. Como vimos, Kaës é uma referência fundamental para essa tarefa, uma vez que seus trabalhos sempre buscam sustentar a pertinência do grupo na psicanálise (Castanho, 2018).

Ao longo das páginas anteriores mostramos a importância das abordagens da intersubjetividade nos contextos individual e grupal da psicanálise. Mais do que isso, esperamos ter iniciado a construção de um caminho que nos permita sustentar a ideia de que, para alguns pacientes, o grupo é um dispositivo que possibilita o acesso a sofrimentos psíquicos de outro modo inacessíveis ou mais dificilmente acessíveis.

Estamos supondo que dentre os pacientes que procuram ajuda para tratar de

questões ligadas à obesidade haja, como foi dito no primeiro capítulo, alguns cujo funcionamento psíquico seja predominantemente neurótico e outros que apresentem falhas bastante graves no processo de simbolização e consequentemente tenham, em geral, menos possibilidade de verbalizar e associar livremente. Para esses últimos, o modelo psicanalítico clássico, no qual a subjetividade do analista é pouco ou nada considerada, é insuficiente ou mesmo gerador de mais angústia. Alguns dos autores citados no início deste capítulo (Ogden, Green, Bollas), e outros, como Roosevelt Cassorla e Antonino Ferro¹², oferecem um rico material clínico e teórico para mostrar o quanto a presença implicada do analista e sua capacidade de *rêverie* são fundamentais para o tratamento destes pacientes mesmo no atendimento individual.

Um dos aspectos que destacamos no contexto grupal como fundamentalmente diferente e potente em relação ao dispositivo analítico individual é a existência de transferências multilaterais. Essa pluralidade de transferências, ou o que Kaës denomina difração de transferências, incide sobre o(s) analista(s), os membros do grupo, o grupo e o fora do grupo, e possibilita o tratamento – não só intrapsiquicamente, mas nas relações – de sofrimentos psíquicos que estão relacionados aos vínculos, alianças e espaços psíquicos intersubjetivos.

Segundo Kaës:

A existência grupal permite viver realizações do desejo inconsciente segundo as modalidades originais, inacessíveis de outra maneira. O caráter plural das subjetividades que constituem o grupo, a emergência de formações grupais do inconsciente segundo um eixo sincrônico, a possibilidade de articular uma história subjetiva segundo tempos e espaços diferentes e complementares definem as trocas, colocações e experiências no decorrer das quais se mobilizam todas as primeiras relações com outrem (Kaës, 1976/2017, p. 313).

O processo associativo grupal se forma determinado por este eixo sincrônico, que coexiste com um eixo diacrônico, e por componentes intrapsíquicos, intersubjetivos e grupais.

Além da possibilidade de um trabalho psíquico individual e grupal, por meio destas diferentes transferências, Kaës mostra que o grupo pode emprestar a seus

¹² Poderíamos citar vários exemplos de autores psicanalistas que estão trabalhando com uma flexibilidade da técnica decorrente da percepção e do entendimento de que há outras ferramentas disponíveis ao psicanalista para acessar o sofrimento de pacientes cujo funcionamento predominante é não-neurótico, mas a lista seria, felizmente, extensa.

membros recursos que faltam a cada sujeito. Como uma espécie de prótese, esses recursos podem aos poucos ser utilizados e, até mesmo, incorporados pelos sujeitos. “Assim, através de ‘livre-associações’ grupais, às vezes o sujeito encontra a palavra que lhe faltava para poder significar suas vivências emocionais. Nesse sentido o grupo passa a ser a ‘mente’ para o sujeito, além de seu ‘corpo’, ampliado e projetado” (Ávila, 2006, p. 22).

A ideia de grupo como corpo é desenvolvida tanto por Kaës quanto por Anzieu. Kaës afirma que todo grupo só se organiza tomando como metáfora o próprio corpo e que essa representação:

oscila entre uma tentativa de ser-corpo, primeira garantia contra o sentimento impensável de inexistência, e um projeto de reconstituir uma unidade posta em risco por perigos internos e externos que ameaçam o começo da existência corporal; fazer-corpo é dar uma forma à existência do corpo exposto à divisão, a fim de unificá-lo” (Kaës, 1976/2017, p. 97).

O conceito de “Eu-pele”, trabalhado por Anzieu em livro de mesmo título de 1985, é muito útil para pensarmos tanto a constituição do psiquismo individual quanto do grupal. A pele, esse nosso órgão corporal que tem funções paradoxais, pois funciona ao mesmo tempo como aquilo que protege nossa individualidade e como instrumento e lugar de troca com o outro, é tomada por Anzieu por sua função orgânica e imaginária. Ele retoma a ideia freudiana de que o corpo serve de apoio para a constituição psíquica, marcando a importância da pele como um envelope que está *entre*, mediando dentro e fora. Anzieu usa a ideia de um Eu-pele para designar “uma representação de que se serve o Eu da criança para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo” (Anzieu, 1985/2000, p. 61).

De acordo com Anzieu, o Eu herda da pele a dupla possibilidade de estabelecer barreiras e de filtrar as trocas, tanto com o mundo externo quanto com o mundo interno. Mais do que isso: “o Eu-pele cria a possibilidade do pensamento” (Anzieu, 2000, p. 62). Neste contexto, a função da mãe (ou substituto) é fundamental, pois é a partir do contato (ou não contato) com este outro que o Eu-pele vai se constituindo com maiores ou menores possibilidades de regular as trocas com o dentro e o fora.

Bruch (citada por Zukerfeld, 1979) mostra que muitas pessoas obesas tiveram mães que tinham uma tendência a supor que o que elas sentiam era o que seu bebê

sentia. Por meio desta suposição a respeito de seu bebê, desconectada da real demanda dele, essa mãe acabava forçando-o a fazer o que ela desejava, gerando uma perturbação no reconhecimento das necessidades corporais por parte do bebê. Ora, Freud já mostrara, em 1923 (Freud, 1923/1996), que o ego é sobretudo um “ego corporal” e que é no registro do corpo que mais nos sentimos ameaçados em nossa integridade. Portanto, se há dificuldades no processo de reconhecimento e constituição dos contornos corporais no bebê, isso terá importantes implicações em sua constituição psíquica.

A ideia de corpo familiar (Sanahuja e Cuynet, 2011b), mencionada no capítulo anterior, pode ser compreendida à luz do conceito de envelope psíquico grupal. Relacionado ao conceito de Eu-pele, discutido anteriormente, a noção de envelope foi desenvolvida por Anzieu também para pensar os grupos. Este envelope psíquico grupal é, de acordo com Anzieu (1993), o quinto organizador psíquico inconsciente do grupo. Para os propósitos de nossa discussão não cabe descrevermos os quatro primeiros, mas vale a pena apontar o que se segue: os três primeiros (o fantasma individual, a imago, os fantasmas originários) partem de uma isomorfia em relação ao aparelho psíquico individual em direção a uma homomorfia. O quarto organizador psíquico inconsciente do grupo, o complexo de Édipo, intervém justamente no sentido de operar

a diferenciação, nunca acabada e muitas vezes questionada, entre o grupo-família (heterogêneo e natural, pois fundado na diferença dos sexos e das gerações) e o grupo-associação (homogêneo e cultura, e onde uma ou outra dessas diferenças, até mesmo as duas, não é levada em consideração). (Anzieu, 1993, p. 202).

O envelope psíquico grupal, quinto organizador, é o que marca uma diferença entre o exterior e o interior do grupo, possibilitando tanto a separação quanto o contato entre o fora e o dentro. Podemos dizer que, assim como o Eu-pele cria a possibilidade de pensamento para o sujeito, o envelope psíquico grupal possibilita o pensamento grupal.

Como dissemos anteriormente, as pesquisas francesas sobre a obesidade no contexto familiar trazem dados principalmente sobre tratamentos de crianças e adolescentes. Nossa pesquisa está lidou com adultos, muitos dos quais foram crianças e/ou adolescentes obesos. Entendemos que as propostas desses autores quanto ao tratamento e a compreensão da dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva de

crianças e adolescentes obesos podem ser estendidas aos adultos, em certa medida, considerando algumas semelhanças e algumas diferenças.

Encontramos indícios de comportamentos típicos da infância e da adolescência, em diversos pacientes. A presença de um pensamento mágico e infantil, é muito comum: a ideia de que se pode comer sem engordar e de que é possível emagrecer sem abrir mão do comer excessivo. Embora tratando especificamente de adolescentes, Sanahuja e Cuynet (2012) fazem um belo relato de um grupo de obesos em processo de emagrecimento em uma instituição francesa. Eles observam que grande parte dos adolescentes deste grupo apresentam um funcionamento no qual a dificuldade de verbalizar suas histórias, suas emoções e seus afetos se faz marcante e propõem algo similar ao que propomos nesta dissertação: que o alimento é buscado por eles como forma de acalmar o estado de tensão interna. Retomando McDougall (2000), o desconforto e a angústia não podem ser elaborados, gerando uma descarga-na-ação que nos remete à primeira infância, no caso, o comer.

Muitos dos adultos que apresentam sobrepeso ou obesidade e que buscam ajuda profissional para perder peso têm um histórico de diversas tentativas anteriores de emagrecimento, mas, raras vezes, com um trabalho familiar ou grupal envolvido. Tomados como sujeitos individuais e, portanto, como únicos responsáveis pelo próprio corpo (e psiquismo), viveram situações de impotência, ansiedade e culpa diante dos limites enfrentados.

Se pensamos na obesidade como um resultado das relações intersubjetivas e a família como o primeiro grupo no qual a pessoa está inserida, temos que as mudanças corporais vividas pelo sujeito afetam não só a ele, mas a todo o grupo. Tendo em vista o que discutimos anteriormente a respeito da dialética constante nas relações intersubjetivas, ou seja, que as subjetividades são constantemente influenciadas pelas relações intersubjetivas, e vice-versa, não é possível pensar que a perda de peso afete apenas o sujeito obeso intrapsiquicamente.

De acordo com o que foi discutido ao longo deste capítulo, o tratamento em grupo – seja o familiar ou o formado por pessoas desconhecidas – pode oferecer às pessoas com queixas em relação a sobrepeso ou obesidade ferramentas importantes para que possam se apropriar de seu corpo e de sua história, abrindo caminho para que a questão do emagrecer ou não emagrecer seja formulada em nome próprio. A cadeia associativa grupal, por meio de sua função “protética”, o

envelope psíquico grupal, com sua função mediadora entre externo e interno e a possibilidade de realização dos desejos inconscientes segundo as modalidades originais, funcionam como uma espécie de “função alfa”¹³ para os sujeitos do grupo. Essa possibilidade de digerir elementos beta e transformá-los em elementos suficientemente elaborados para a formação do pensamento de grupo foi chamada por Francesco Corrao (1981) de “função gama” (*funzione gamma*), uma função no grupo análoga à função alfa no indivíduo.

¹³ O termo “função-alfa” foi introduzido por Bion para representar uma qualidade criativa e pessoal do psiquismo para lidar com as percepções de uma experiência emocional que, na ausência desta função, continuariam existindo, mas sem serem assimiladas pelo Eu. É uma função fundamental no processo de formação do pensamento simbólico. Ao falarmos de pacientes com um funcionamento psíquico predominantemente não neurótico, estamos nos referindo a sujeitos cujo psiquismo tem a função alfa pouco desenvolvida ou subutilizada, fazendo com que as percepções fiquem registradas como elementos beta – que Bion compara às matérias não digeridas e tóxicas do processo digestivo. Para ele, os elementos-beta são incompatíveis entre si e conseqüentemente não podem ser utilizados para pensar e sonhar ou serem armazenados como memória. Os elementos-alfa, ao contrário, são elementos da experiência que podem ser ligados entre si no processo consciente e inconsciente de pensar e sonhar.

CAPÍTULO 3 – DELIMITAÇÃO DO MÉTODO

No processo de elaboração do projeto de pesquisa que deu origem a essa dissertação, foi ficando clara a importância de constituirmos um grupo psicanalítico para escutarmos os sujeitos que chegassem a ele por iniciativa própria, por meio de um convite que não encerrasse o público-alvo dentro de um diagnóstico clínico específico. Desse modo, foi feita uma divulgação que provocava uma reflexão sobre a relação com o corpo e com a comida, que será melhor explicitada a seguir. Antes de iniciar esse grupo de tratamento psicanalítico, os dois primeiros capítulos foram elaborados, com o objetivo de dar maior contorno à proposta e buscar na teoria elementos que pudessem sustentar a prática.

3.1 Objetivos

O objetivo geral desta dissertação é refletir sobre a dimensão metapsicológica da obesidade a partir da experiência de um dispositivo psicanalítico de grupo. Os objetivos específicos são: refletir sobre os efeitos de um dispositivo de grupo de abordagem psicanalítica no tratamento de pacientes com queixas em relação a sobrepeso e obesidade oriundos de seus hábitos alimentares; identificar e aprofundar conceitos que possam embasar e potencializar a utilização deste dispositivo; investigar como os aspectos menos simbolizados presentes nos pacientes e no aparelho psíquico grupal podem se manifestar, encontrar continência e ser colocados em trabalho em um grupo de tratamento verbal.

3.2 Pesquisa em psicanálise

A metodologia deste trabalho está diretamente ligada à metodologia psicanalítica. A formulação da psicanálise, por Freud, foi desde o início pautada por uma preocupação com a cientificidade de sua obra, mas foi simultaneamente

apresentando questões que o levaram a reposicionar-se diante desta tarefa. Como nos mostra Márcia Mezêncio (2004), “ainda que se mantivesse atento aos parâmetros científicos de seu tempo, Freud foi levado, inicialmente, em razão da natureza do objeto de sua investigação, ao princípio metodológico da simultaneidade do tratamento e da investigação, da clínica e da teoria” (Mezêncio, 2004, pp. 104-105).

Segundo Rafael Aiello-Fernandes, Fabiana Ambrosio e Tânia Vaisberg (2012), durante décadas, houve o predomínio de pesquisas, no campo da psicologia, de abordagem quantitativa, positivista ou objetiva. Apesar de poder ser uma forma de pesquisa extremamente útil para inúmeras investigações no campo das ciências humanas – especialmente psicossociais –, os autores apontam para sua insuficiência para o estudo da experiência humana vivida por indivíduos e grupos. Segundo eles:

(...) este tipo de estratégia investigativa predominou no campo psicológico até os anos oitenta, quando uma nova visão de pesquisa começou a emergir, no campo das ciências humanas e sociais, como alternativa possível à hegemonia positivista. Referimo-nos, aqui, ao que vem sendo conhecido como pesquisa qualitativa, expressão talvez não muito feliz, que designa investigações intersubjetivas ou compreensivas. (Aiello-Fernandes, Ambrosio e Vaisberg, 2012, p. 307).

Como dito anteriormente, para os objetivos deste trabalho montamos um grupo de tratamento que foi conduzido de acordo com o método psicanalítico, entendido aqui como o que privilegia a escuta do sujeito, buscando compreender não o sintoma em si, mas o significado deste para ele, em sua dimensão intra e intersubjetiva. Desse modo, sustentamos a importância, mencionada acima, da indissociabilidade entre intervenção e pesquisa (Rosa, 2004). Tendo em vista que a clínica é soberana para a psicanálise, é a partir – e por meio – dela que colocamos a teoria em movimento.

Após cada sessão, as duas psicanalistas que conduziram o processo dedicaram entre 30 e 45 minutos a uma conversa sobre o grupo, que foi gravada em áudio. O trabalho exigido por essa conversa após os grupos é o que Kaës denomina *Análise da Intertransferência (AIT)*. Segundo Kaës, essa é a

expressão própria aos analistas do trabalho da intersubjetividade, a elaboração da resistência ao trabalho psíquico de mais-de-um-outro em cada um dos sujeitos do inconsciente que eles põem em jogo em seus vínculos de trabalho. A análise intertransferencial é o objeto, o método e o momento específico desse trabalho para os

analistas em situação de grupo. (Kaës, 2004, p. 14, citado por Castanho, 2015).

Além desse dispositivo, o espaço mensal de orientação em grupo foi fundamental para as análises dos conteúdos do grupo. Pablo Castanho, orientador desta dissertação, e os colegas do grupo de orientação funcionaram como um estômago ampliado para que pudéssemos digerir os conteúdos vivenciados nas sessões ao longo do ano. Deste modo, a análise da intertransferência e a orientação constituíram o método principal de análise dos grupos, que foram registrados com base nos áudios das conversas entre as psicanalistas.

De acordo com os preceitos fundamentais da Psicanálise, coube às psicanalistas uma escuta e um manejo clínico do grupo que possibilitasse a apreensão das dimensões psíquicas e intersubjetivas em jogo. Tendo em vista esta perspectiva, foi utilizada a metapsicologia proposta por Kaës, mencionada anteriormente, que oferece importantes contribuições para a Psicanálise Grupal, em oposição à “Psicanálise Aplicada” ao contexto grupal. Também foi utilizado o conceito de “tarefa” de Pichon Rivièrre, uma vez que o grupo estará reunido em torno de uma tarefa, a do tratamento da obesidade. Segundo Castanho:

Para Pichon-Rivièrre, a tarefa pode ser o processo de aprendizado de um conteúdo, a fabricação de um produto, de prestação de um serviço, ou mesmo de um tratamento. Nesse último caso encontramos os grupos terapêuticos, nos quais cada um fala livremente, sem temas predeterminados; mas, ainda assim, em Pichon-Rivièrre, trata-se de um grupo reunido por uma tarefa: a de melhorar sua condição psíquica. Esse conceito pode ser aplicado para a compreensão de qualquer grupo, mesmo que se trate de grupos “naturais” não coordenados por profissionais especializados. (2017, p. 89).

3.3 O grupo

Como mencionado no início deste capítulo, para a realização desta pesquisa foi constituído um grupo de abordagem psicanalítica com a finalidade de refletir sobre a relação com o corpo e com a alimentação e, simultaneamente, investigar a clínica e a teoria relacionadas a este dispositivo. A pesquisa foi dividida nas seguintes etapas:

3.3.1 Recrutamento

O grupo foi montado com um número de 12 participantes, selecionados após inscrições voluntárias. Foi divulgada entre colegas uma carta-convite expondo a abertura de vagas para atendimento psicológico em grupo com a tarefa de refletir sobre a relação com o corpo e com a comida para pessoas que se preocupam em emagrecer. Além disso, divulgamos nas redes sociais (*Facebook, Instagram e LinkedIn*) um cartaz com a seguinte mensagem:

*Emagrecer ou não emagrecer: é uma questão?
Atendimento Psicológico em grupo para refletir sobre a relação com
o corpo e com a comida
Inscrições para triagem de voluntários por e-mail até XX/XX/2018 ou
até acabarem as vagas
Grupo de tratamento realizado como parte da pesquisa de mestrado
desenvolvida no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de
Psicologia da USP.*

Nas divulgações, foram explicitados os fins de pesquisa acadêmica (os aspectos éticos serão discutidos mais adiante). No período de dois meses recebemos 36 contatos, dentre os quais 33 mulheres e três homens. Do total de e-mails recebidos, uma pré-triagem já foi feita tendo em vista o dia e o horário em que os grupos seriam realizados. Às pessoas que tinham disponibilidade e interesse em participar do grupo de tratamento da pesquisa durante todo o ano de 2018, no horário proposto, solicitamos que preenchessem um formulário on-line que tinha campos de identificação (nome, data de nascimento, endereço, entre outros) e três perguntas: 1) já fez ou faz terapia?; 2) Já fez ou está fazendo dieta? e 3) Já fez cirurgia bariátrica?

Com os dados do formulário preenchido virtualmente, entramos em contato por telefone com cada uma das 19 pessoas. Destas, entrevistamos 16 e três faltaram às entrevistas agendadas. Dentre as 16 pessoas entrevistadas, quatro não foram selecionadas para fazer parte do grupo, por diferentes razões. Destas, duas foram encaminhadas para atendimento individual na própria Clínica Psicológica Durval Marcondes, uma pediu encaminhamento externo e outra não atendeu às tentativas de contato telefônico.

Para a realização das entrevistas de triagem foi utilizado o método psicanalítico, isto é, priorizamos a escuta dos conteúdos trazidos espontaneamente e dirigimos a entrevista somente quando isso se fez estritamente necessário. Como o tema da pesquisa era claro para os participantes, via de regra as entrevistas

giraram em torno de questões ligadas ao corpo e à alimentação, passando, na maioria dos casos, pelas relações familiares. Os critérios de inclusão e exclusão considerados para a montagem do grupo foram os seguintes:

- Critérios de inclusão: Pacientes com queixas em relação a sobrepeso e obesidade oriundos de seus hábitos alimentares, que já tenham recebido orientação nutricional anterior, mas que isso não tenha sido suficiente para alterar seus hábitos.
- Critérios de exclusão: Menores do que 16 anos; pessoas com alguma dificuldade em ouvir e se comunicar verbalmente em contexto grupal (ex. deficiência auditiva); episódios bulímicos frequentes; pessoas que relatem nunca ter tentado seguir nenhum tipo de dieta.

Por conta de duas faltas a entrevistas, começamos o grupo na data prevista com um número de participantes selecionados menor do que o planejado (11 ao invés de 12). Deste modo, agendamos uma última entrevista para depois do início do processo, e com isso tivemos, na segunda sessão do grupo, o número de participantes com o qual gostaríamos de ter iniciado a pesquisa (12).

3.3.2 Procedimento

Depois desta seleção inicial, montado o grupo, foram iniciados os encontros semanais na Clínica Psicológica Durval Marcondes, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com uma hora e meia de duração. O processo teve duração de 8 meses (de março a novembro de 2018). Foram previstas férias, acordadas anteriormente com os membros do grupo. O grupo foi conduzido por uma psicanalista principal, a autora deste projeto, e por uma psicanalista convidada, Luciana Menin Lafraia.

3.3.3 Registro

O relato das sessões foi escrito após a discussão clínica feita pelas psicanalistas, a partir do áudio gravado desta conversa. Esses registros foram elaborados com base na análise da intertransferência e, desse material, foram selecionados trechos a serem discutidos neste trabalho.

3.3.4 O grupo

A partir do formulário preenchido on-line e das informações adquiridas nas entrevistas iniciais, seguem os dados iniciais dos membros que entraram no grupo no começo da pesquisa. Os nomes foram modificados para evitar o reconhecimento dos participantes, mas a idade que tinham na data da primeira sessão foi mantida.

Carla, 31, em terapia individual, fazendo dieta;

Claudia, 36, em terapia individual, já fez dietas;

Isabella, 30, já fez terapia por menos de 1 ano, fazendo dieta;

Ivone, 33, já fez terapia por menos de 1 ano, fez cirurgia bariátrica, fazendo dieta;

Joana, 34, já fez terapia por menos de 1 ano, já fez dietas;

Marcio, 35, já fez terapia por mais de 1 ano, fazendo dieta;

Mônica, 37, já fez terapia por mais de 1 ano, fazendo dieta;

Raquel, 61, já fez terapia por mais de 1 ano, fez cirurgia bariátrica, já fez dietas;

Samara, 34, já fez terapia por menos de 1 ano, fazendo dieta;

Saulo, 37, já fez terapia por menos de 1 ano, já fez dietas;

Selma, 46, em terapia individual, já fez dietas;

Solange, 47, em terapia individual, já fez dietas.

3.4 Forma de análise dos resultados

A análise dos resultados foi realizada em consonância com o método psicanalítico, considerando-se os processos intrapsíquicos e os processos grupais. Desse modo, não houve uma preocupação exaustiva em esgotar o conteúdo surgido no grupo, uma vez que as possibilidades de análise deste são inúmeras. Por meio da análise da intertransferência, conceito proposto por Kaës, e das ricas discussões feitas no grupo de orientação, ambos mencionados anteriormente, alguns aspectos das sessões e dos pacientes foram escolhidos para serem discutidos na presente dissertação.

3.5 Análise dos aspectos éticos

Conforme descrito nos itens anteriores, a produção deste trabalho envolveu pesquisa com seres humanos, e portanto respeitou todos os cuidados éticos necessários. Além da ética psicanalítica, fundamental para a clínica, respondemos às exigências do Sistema CEP/CONEP. A última atualização feita pelo Ministério da Saúde do documento que estabelece os parâmetros a serem seguidos em uma pesquisa envolvendo seres humanos é a Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012, cujo conteúdo orientou esta pesquisa. Desta forma, foram submetidos ao Comitê de Ética os documentos de assentimento e livre esclarecimento – nos quais estão indicados objetivos, método, benefícios previstos, riscos possíveis e cuidados éticos deste trabalho. O projeto foi aprovado e estes documentos foram assinados pelos participantes no primeiro encontro do grupo.

Conforme indicação da resolução mencionada acima, estes documentos de anuência foram submetidos à revisão ética realizada pelo Sistema CEP/CONEP, através do registro feito na Plataforma BRASIL, sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento deste conselho. De acordo não somente com a Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012, mas também com os preceitos psicanalíticos, a privacidade e o sigilo dos participantes são respeitados. Além disso, estava prevista a possibilidade de encaminhamento de participantes desistentes para outras formas de atendimento psicoterápico. Isso poderia ocorrer a pedido do participante ou se a pesquisadora considerasse importante.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo todas as informações necessárias para o esclarecimento sobre a pesquisa, foi entregue a cada participante. Os nomes reais dos participantes ou informações que permitam identificá-los foram omitidos na elaboração das etapas de análise e conclusão deste trabalho, e os dados e materiais coletados serão utilizados apenas para a finalidade prevista e consentida por eles.

Os pacientes que ao serem triados não se encaixaram nos critérios de inclusão ou estiveram nos critérios de exclusão, e mesmo assim declararam interesse em atendimento psicológico, foram encaminhados para atendimento na Clínica Psicológica Durval Marcondes. O mesmo procedimento seria seguido com aqueles que eventualmente declarassem interesse em atendimento, mas não

desejassem participar da pesquisa e com aqueles que iniciassem como participantes da pesquisa, mas retirassem seu consentimento em qualquer momento. Após o término da pesquisa, foi facultado aos participantes seguirem em atendimento psicoterapêutico regular na Clínica Psicológica Durval Marcondes, o que de fato ocorreu com todos os membros que ficaram até o final do ano no grupo.

CAPÍTULO 4 – *sou*¹⁴

“Quarenta quilos é muito peso. Foram os que perdi após a gastrectomia: era um segundo corpo que transportava comigo. Ou seja, que arrastava. Foi como se os médicos me tivessem separado de um gêmeo siamês que se suicidara de desgosto e me dissessem, no final, ‘fizemos o nosso trabalho, faça agora o seu e aguarde-se. Aprenda a viver sozinha’”.

(Figueiredo, 2018a, p. 17).

É assim que Isabela Figueiredo inicia seu livro *A Gorda*, que conheci, em julho de 2018, por ocasião da 16ª Festa Literária de Paraty (FLIP). Na mesa “Obscena, de tão lúcida”, que Isabela compartilhou com Juliano Garcia Pessanha, pudemos testemunhar a força da conversa entre ambos, que trouxe o corpo, as memórias, os afetos. Sua escrita desnuda a experiência humana, desvelando as dores e delícias de existir. Em *A Gorda*, Isabela nos apresenta Maria Luísa, personagem que nos permite acompanhar, quase como se estivéssemos com ela, ou talvez seja mais preciso dizer, quase como se fôssemos ela, as sutilezas de se habitar um corpo gordo e de decidir amputar parte de seu estômago. Com humor, afeto e uma certa crueldade, o romance de Isabela Figueiredo ajudou a potencializar meu repertório de palavras para nomear e descrever o que escutei nas sessões do grupo de psicanálise que conduzi, junto com Luciana Lafraia, ao longo do ano de 2018. No posfácio de um outro livro, a autora diz que “toda vida tem uma fratura” (Figueiredo, 2015, p. 179). Penso que, em psicanálise, é dessas fraturas que nos ocupamos.

Começo a escrever essas linhas sob o impacto de uma sessão recente do grupo, no qual senti fortemente no corpo algo que não consegui nomear imediatamente. Essa sessão, na qual apenas duas pessoas vieram, além de Luciana e eu, foi marcada por um silêncio intermitente, nomeado por Saulo de “conta-gotas”. A fala/não-fala de Ivone causa sentimentos ambivalentes: preocupados, queremos ouvi-la, mas, aprisionados, queremos escapar. No meu corpo, sinto dor no pescoço, que logo vira uma dor forte de cabeça. Ao mesmo tempo, uma raiva me toma, quase sabotando minha escuta analítica. Digo “quase”, pois minha atenção volta-se rapidamente ao caráter de *rêverie* que essas sensações

¹⁴ Título do álbum de Marcelo Camelo, *sou* (Sou/Nós), de 2008.

apresentam. É a partir dessa *rêverie* que faço minhas intervenções. Em uma delas, digo que penso em um bebê que espera que a mãe possa compreender o que ele necessita sem que ele precise falar. Ivone se reconhece nessa fala.

Assim como a Maria Luísa de Isabela, Ivone fez cirurgia bariátrica. Ao longo do ano, acompanhamos seu corpo, já inicialmente magro, diminuindo ainda mais. Diferente de Isabela, que tem nas palavras fortes aliadas no processo de elaboração da perda de parte de seu corpo, Ivone parece reproduzir a ingestão de alimentos com conta-gotas, imposta pela cirurgia, na sua relação com as palavras.

Uma outra sessão, essa com os 12 membros do grupo presentes, é monopolizada por Solange, que transborda. Suas falas preenchem qualquer espaço que pode aparecer. Entre várias falas, diz que não tem tempo pra cuidar de si mesma, que depois que teve filhos não pode mais fazer nada sozinha. “*As crianças são muito invasivas*”, ela afirma. Isso gera um movimento no grupo, entre tentativas mais acolhedoras de ajudar com possíveis soluções e respostas mais hostis que demonstram uma certa impaciência diante de tanto transbordamento e monopólio. Vivenciamos a experiência de sermos invadidos. Em determinado momento consigo, finalmente, dizer algo: digo que há ali algo da ordem do transbordamento, de uma falta de limite, que vai sendo sentida na pele. Falo isso enquanto passo minha mão direita sobre meu braço esquerdo, num movimento de contorno. Digo: parece que falta contorno. Fico com a impressão de que essa intervenção parece acalmar o grupo.

Escolhi esses dois fragmentos de sessões para iniciar esse capítulo, mas poderia ter escolhido inúmeros outros. Voltarei a eles mais adiante. Ao longo de oito meses de encontros semanais, eu, como psicanalista e pesquisadora, e Luciana, como psicanalista e coterapeuta, acompanhamos doze pessoas que nos procuraram por terem alguma questão significativa com o próprio corpo e com a alimentação. Embora a frequência e o número de presentes tenha sido variável, cada uma das sessões trouxe experiências intensas e marcantes, o que dificulta a escolha de que caminho seguir. Mais do que isso, a dificuldade de comunicar uma experiência vivida atravessa essa escrita e, sem dúvidas, atravessará a leitura do texto também. Mais uma vez, cito Ogden, que nos ajuda a nomear esse processo:

Na tentativa de apreender, em palavras, algo da experiência de estar vivo, as palavras precisam estar vivas. Palavras, quando vivas e respirando, são como acordes musicais. Deve-se permitir que a ressonância total do acorde ou da frase seja ouvida em toda sua

sugestiva imprecisão. Em nosso uso da linguagem, tanto para fazer teoria como em nossa prática analítica, precisamos tentar fazer música em vez de tocar notas. (Ogden, 2013, p. 22).

Duas coisas me ocorrem ao pensar que é necessário, nesse caso, tentar fazer música. A primeira, afinada com Ogden, diz respeito ao que eu imagino que você, leitor, escutará do que eu entoo. A segunda está ligada à capacidade da música de expressar o mundo interno de quem a compõe e de quem a escuta. Penso que a música pode ser uma forma de lidar com conteúdos internos pouco ou nada elaborados, com os aspectos não simbolizados da mente. Como veremos ao longo do capítulo, esse é um traço que se manifestou com grande frequência no grupo, ao longo das sessões. Desse modo, a metáfora da música como maneira de tentar dar forma para o que ainda não pôde ser comunicado verbalmente me parece ainda mais adequada.

Quando propomos um grupo verbal no tratamento das problemáticas da obesidade temos em vista investigar como os aspectos menos simbolizados presentes nos pacientes e no aparelho psíquico grupal podem se manifestar, encontrar continência e ser colocados em trabalho. Isso está relacionado ao que vimos anteriormente a respeito da obesidade, ou seja, que há alguns pacientes cujo funcionamento psíquico revela o predomínio de elementos não simbolizados, e ao fato de que o grupo é um espaço que favorece a regressão de seus membros, o que mobiliza a circulação de aspectos menos representados.

Como vimos, isso tem implicações diretas na presença do analista e em suas intervenções interpretativas. A comunicação de aspectos inconscientes do analisando ao analista por meio de ações, e não somente da fala, é algo reconhecido e trabalhado na psicanálise já há várias décadas, mas são menos conhecidos os trabalhos que consideram as comunicações interpretativas do analista por outros meios que não o verbal.

Ogden (1996, p. 104) apresenta o conceito de ação interpretativa para se referir à “comunicação que o analista faz ao analisando de sua compreensão de um aspecto da transferência-contratransferência, por intermédio de uma atividade outra que não a simbolização verbal”. O silêncio, as expressões faciais, o fim da sessão, o tom de voz, sons que não sejam palavras, são algumas formas que Ogden aponta como possíveis ações interpretativas do analista. Não há dúvidas de que esse processo só faz sentido no contexto da experiência vivida no terceiro analítico pelo analista e pelo analisando.

Do mesmo modo, no grupo, é no interior do aparelho psíquico grupal que interpretações não verbais se formam e se manifestam. Anne Brun (2013) desenvolveu, a partir de seu trabalho com crianças autistas e psicóticas e da interlocução com René Roussillon, a hipótese de que a especificidade da interpretação com pacientes cuja capacidade de simbolização é prejudicada consiste em não interpretar somente com palavras, sob os moldes do processo secundário, mas utilizar a sensorialidade da linguagem em sua dimensão sonora e visual.

Embora a autora tenha desenvolvido seus trabalhos sobretudo em dispositivos que usam objetos mediadores “materiais”, reconhecemos a pertinência de sua hipótese nos grupos em que a mediação é a palavra. Podemos dizer, apoiados em seu trabalho, que o conjunto de mimogestualidade que acompanha os processos do grupo adquirem sentido na dinâmica relacional entre os membros do grupo e se inscreve como mensagens interrelacionais na medida em que os analistas podem responder de maneira apropriada. Para Brun (2013, p. 118), trata-se de

fazer significantes os movimentos, as sensações, as vivências corporais de ordem cenestésica, cinestésica¹⁵, mimogestopostural, dito de outra maneira, de colocar em forma e em figura impressões sensório-motoras que poderão se tornar representações coisas sensoriais (simbolização primária). Essa apropriação de um sentido, que não saberia se efetuar pelos pacientes se não fosse na intersubjetividade, necessita modalidades de intervenção específicas do clínico, usando por exemplo a linguagem pictorial, a gestualidade, a teatralização (tradução nossa).

Portanto, vemos que tanto Ogden quanto Brun sustentam a importância do analista ficar atento às manifestações inconscientes que se dão na intersubjetividade e que demandam uma resposta de outra ordem, que não passa necessariamente pela linguagem verbal. Penso que, a partir da vivência que tivemos, Luciana e eu, como psicanalistas deste e neste grupo, pudemos sentir no corpo e reconhecer em nossas associações os efeitos do grupo, o que colocou a análise intertransferencial como condição fundamental de trabalho. Deste modo, como veremos ao longo do capítulo, *rêveries*, associações, pensamentos e sensações da e na dupla analítica terão um importante lugar na análise dos grupos.

Como aponta Kaës,

¹⁵ Houve uma situação, em uma das sessões do grupo, na qual Joana disse que é “cinestésica” e que teve vontade de abraçar Selma, quando esta contava uma situação difícil, que gerou angústia.

A análise intertransferencial é a elaboração subordinada à função psicanalítica dos analistas no dispositivo de grupo. Ela concerne às localizações transferenciais alocadas por cada psicanalista ao outro psicanalista na situação de grupo, e aos efeitos contratransferenciais de cada um sobre o outro: tal análise, em certos casos, é condição necessária para a elaboração da interpretação. (Kaës, 2011, p. 75).

Considero que nossa experiência encontra-se dentro destes “certos casos” a que se refere Kaës, uma vez que o processo psicanalítico deste grupo trouxe muitos elementos pouco simbolizados, arcaicos, em busca de um aparelho psíquico capaz de digeri-los e metabolizá-los. Como Luciana e eu pensamos em algumas sessões, o aparelho psíquico grupal pôde, muitas vezes, funcionar como um estômago ampliado, capaz de digerir aquilo que os estômagos individuais não estavam podendo digerir.

Ao propor essa pesquisa e ao formular sua metodologia, tive o cuidado de pensar a constituição do grupo de tratamento e pesquisa de maneira a considerar as relações entre a realidade psíquica deste grupo, a de cada sujeito em sua singularidade e a essa terceira matéria que se forma do vínculo entre os sujeitos que o compõem. Isso significa que a escuta do que surge no grupo está, sim, atenta a cada sujeito singular, mas também ao que pode estar sendo dito por aquele determinado sujeito em nome do grupo ou de parte dele. A atenção flutuante, fundamental para uma escuta analítica, se faz presente com algumas particularidades, uma vez que à dupla de analistas cabe o reconhecimento não só das transferências que incidem sobre si, mas daquelas que mencionei anteriormente, a saber, que incidem sobre os membros do grupo, o grupo e o fora do grupo.

Farei, antes de tudo, um breve resgate do conjunto das sessões, por meio de minha leitura e memória flutuante, preocupando-me somente em compartilhar com o leitor parte da experiência vivida. Ao escrever os relatos dos encontros, acabei criando o hábito de nomear as sessões inspirada livremente nas associações que fazia durante o processo. No apêndice desta dissertação, há uma tabela com as sessões nomeadas e a lista de presença de cada uma delas.

4.1 O grupo e as sessões – um panorama

O grupo começou com 12 participantes, três dos quais desistiram em menos de um mês. Seguimos com nove até o final do primeiro semestre, e, no segundo semestre, apenas quatro mantiveram sua participação no grupo. Em ambos os momentos do grupo, o número de presentes por sessão variou, sendo que no primeiro semestre ficou em torno de seis e no segundo, três. Ao todo, seriam 33 sessões, realizadas semanalmente entre fevereiro e novembro. Duas sessões não aconteceram em virtude de acontecimentos externos (uma greve de caminhoneiros e uma greve de professores da Universidade). Em outras duas ocasiões, ninguém compareceu ao grupo. Não há dúvidas de que a diminuição do número de participantes do grupo seja um dado importante e que mereça atenção. No entanto, no presente momento, não me dedicarei a esse tema.

Após terem sido feitas entrevistas com pessoas interessadas em fazer parte do grupo, as seguintes pessoas¹⁶ se enquadravam nos critérios de inclusão e foram selecionadas: Carla (31 anos), Claudia (36 anos), Marcio (35 anos), Raquel (61 anos), Isabella, (30 anos), Mônica (37 anos), Samara (34 anos), Selma (46 anos), Ivone (33 anos), Joana (34 anos), Saulo (37 anos) e Solange (47 anos). Os últimos quatro ficaram até o final do processo.

Há um dado interessante no que diz respeito ao sexo e ao gênero, que também pode ser desenvolvido em trabalhos posteriores: dentre as 36 pessoas que entraram em contato interessadas na pesquisa, somente três eram homens. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, no Brasil 24,4% das mulheres e 16,8% dos homens são obesos (Brasil, 2015). Embora possamos analisar o fato de termos recebido mais mulheres do que homens para essa pesquisa a partir de dados como esses, que apontam para a maior porcentagem de obesidade entre as mulheres, penso que não podemos deixar de lado a questão de gênero presente. Em uma sociedade na qual o corpo da mulher ainda é alvo de muito controle social, não é de se espantar que à obesidade feminina sejam direcionadas maiores críticas e

¹⁶ Os nomes foram alterados para preservação das identidades dos participantes, assim como alguns detalhes que poderiam facilitar a identificação.

cobranças, tendo consequências também na frequência com que as mulheres buscam tratamento. Isso pôde ser observado por mim diretamente nesse trabalho e na clínica em que trabalhei anteriormente, onde havia um número consideravelmente maior de mulheres. De todo modo, o grupo realizado em razão desta pesquisa teve início com dois homens e dez mulheres e terminou com um homem (Saulo) e três mulheres (Ivone, Joana e Solange).

As pessoas que nos procuraram para a psicanálise de grupo já passaram por diferentes médicos ao longo da vida, muitas vezes, buscando um diagnóstico que pudesse justificar o tratamento com medicamentos. Dentre elas, muitas chegaram frustradas, tentando entender se parte do problema do ganho de peso e da dificuldade de emagrecer era responsabilidade delas, mesmo quando havia um diagnóstico médico que pudesse justificar, em parte, a tendência a engordar. O que vimos, entretanto, é que em todos os membros do grupo formado o sobrepeso e a obesidade estavam ligados exclusivamente à ingestão excessiva de alimentos, não havendo ligação com fatores genéticos ou fisiológicos.

As primeiras sessões foram marcadas por assuntos diretamente ligados à comida e ao corpo. A preocupação com o corpo, com perder ou ganhar peso, e a idealização com relação ao efeito que o grupo psicanalítico teria sobre isso foram sentidas fortemente. Havia, por um lado, a expectativa de que o processo terapêutico ajudasse a emagrecer, e por outro que, ao contrário, promovesse uma aceitação do próprio corpo.

Ao contar sobre esta pesquisa para pessoas de fora do campo psicanalítico, muitas vezes, fui interrogada sobre o método de medida da eficácia do grupo no tratamento da obesidade. Perguntavam-me se compararia o peso inicial com o peso final, o tratamento em grupo com o individual, se tinha indicadores de que o grupo estava curando a obesidade. Percebo que essas perguntas estão aprisionadas à mesma lógica em que se encontra a obesidade, em si mesma e em nossa sociedade: a busca por uma resposta fora do sujeito, uma solução totalizadora e definitiva.

Podemos pensar que o emagrecimento pode ser dar em consonância com o desejo do sujeito ou devido a uma demanda externa, seja ela o ideal estético da sociedade ou questões de saúde identificadas e apontadas por médicos ou membros da família. Muitas vezes, as propostas de tratamento da obesidade, sejam elas cirúrgicas, medicamentosas, esportivas, nutricionais ou mesmo psicoterapêu-

ticas, não consideram a subjetividade e os fatores inconscientes que sustentam o sintoma, ao contrário, entram em uma certa cumplicidade de busca de um ideal de corpo que muitas vezes está pouco ou nada conectado ao desejo do próprio sujeito. Não é à toa que o ciclo de emagrecimento e engorda é tão comumente repetido, fazendo com que, além de aprisionados aos ideais de estética e saúde da sociedade contemporânea, esses sujeitos fiquem reféns de tratamentos que prometem resoluções definitivas.

O que observei neste grupo pode ser à primeira vista assustador para quem se propõe a tratar da obesidade, já que é o contrário do que comumente se espera: alguns pacientes relataram que se viram comendo mais ou que engordaram desde o começo das sessões. No entanto, do ponto de vista da psicanálise, estamos em busca não de um corpo ideal – embora o emagrecimento possa vir a ser um objetivo almejado por alguns –, mas da possibilidade de que o sujeito se reconheça em seu sintoma, responsabilizando-se por ele e abrindo espaço para que o desejo aponte a falta – radical, constitutiva – que ele tenta compulsivamente e repetidamente tamponar.

Resgato algumas falas das primeiras sessões: Solange diz que ter engordado foi bom, pois diminuiu o ciúme do marido; Selma diz se dar conta que compensa algumas sensações comendo, mas que se irrita quando os outros apontam isso; Raquel diz que só foi magra uma vez na vida, o que provocou “olhares de gavião” de seus amigos, então engordou de novo para evitá-los; alguns falam da associação de comida com amor, de mães que oferecem comida como forma de dar amor; Solange fala que não consegue por nada no lugar da comida; Saulo diz que não tem percepção da satisfação, vai comendo e nunca sabe quando está na hora de parar; Mônica fala que não quer mais sentir fome o tempo inteiro; Carla relata que quando precisa compensar, escolhe a comida “mais calorosa”, e faz um gesto de abraço, trazendo os braços para perto do coração.

Penso que essas falas trazem um aspecto importante do lugar que a comida e o corpo gordo parecem ocupar para essas pessoas: há uma dimensão relacional fundamental em jogo. Notemos como a percepção de si e de como são olhados e “alimentados” pelo outro aparece destacada nos relatos. Em uma sessão no mês de maio, Raquel diz, em determinado momento: “a gente é olhado mal pela sociedade”, referindo-se aos obesos. Lembro-me da discussão em torno de minha apresentação de parte desta pesquisa no II Colóquio Internacional da Rede Interuniversitária –

Grupos e Vínculos Intersubjetivos. Nessa ocasião, discutimos o quanto o tema de minha pesquisa, a obesidade, parece ser visto com certo desprezo no meio acadêmico, especialmente no meio psicanalítico. Diante de tantos temas politicamente relevantes, de tantas questões que facilmente geram identificação ou ao menos empatia, esse tema era recebido algumas vezes como algo menos importante e pouco relevante. A obesidade parece ser vista como frescura, como um sofrimento fundamentalmente ligado à estética, e por isso menos digno de nota.

Esse lugar de menos importância e de certa exclusão da temática da obesidade na psicanálise pode estar ligado ao lugar que o próprio obeso ocupa em nossa sociedade. Ser gordo é muitas vezes ser feio, relaxado, preguiçoso, não ter força de vontade. Mesmo no meio médico observa-se um olhar preconceituoso diante da obesidade, se comparada à anorexia e à bulimia. Como se ser gordo fosse uma escolha... Recentemente, a revista *Claudia* publicou uma reportagem intitulada “Gordofobia Médica”, na qual revela situações delicadas vividas por pessoas gordas em consultas médicas (Gomes, 2019). São apresentados relatos de pacientes que se depararam com um grau assustador de violência por parte dos médicos diante da gordura: um médico disse que não operaria a paciente pois era arriscado operar alguém enorme de gorda e que indicava hidroginástica, pois lugar de hipopótamo era na água; um outro falou a uma menina de 10 anos que ela nunca se casaria por ser gorda; essa mesma menina, depois de adulta, escutou de um dermatologista que tiraria uma pinta dela por questão de saúde, uma vez que claramente ela não ligava para estética e recomendou que ela se cuidasse pois via por seu corpo que ela não era saudável; um endocrinologista disse a uma outra paciente que ela deveria ter vergonha de ter engravidado estando enorme de gorda como estava, e que assim que ela tivesse o bebê a encaminharia para cirurgia bariátrica. Segundo a reportagem, essas e outras histórias estão vindo a conhecimento público por conta das redes sociais e da internet, mas situações como essa sempre aconteceram.

Não há dúvidas de que muitas vezes a obesidade pode trazer problemas de saúde significativos associados a ela (hipertensão, diabetes, apneia, maior risco de enfarto, trombose e AVC, entre outros) e de que é papel dos médicos examinar e fazer diagnósticos que ajudem o sujeito ali presente a se tratar. No entanto, a associação entre obesidade e doença muitas vezes é precipitada e mantém o sujeito obeso em um lugar social de significativa desqualificação.

Nesse sentido, um dos movimentos que pudemos, ver ao longo do processo

desse grupo, foi o da criação de um lugar no qual a obesidade pode ser vivida sem causar tanto incômodo. No entanto, não é de se espantar que esse movimento tenha sido lento e, por vezes, doloroso.

Carla só compareceu a duas sessões e foi a primeira pessoa a comunicar seu desligamento do grupo, ela me escreveu dizendo que estava com problemas no trabalho. Na primeira sessão da qual ela participou, Luciana e eu sentimos que ela parecia estar em um lugar muito diferente do restante do grupo, com uma fala mais concreta e distante da experiência em si. Na segunda sessão, que foi sua última, uma fala chamou a atenção de todos: falou de fantasias de cortar a barriga para ir para um pronto-socorro e ter que fazer plástica, ou então usar crack ou outras drogas, como formas de emagrecer, “ficar um palito”. A exposição desses pensamentos tão crus e autoagressivos radicaliza a ideia presente em muitos do grupo de sonhar com um corpo magro sem ter que se esforçar para comer menos. Penso que, talvez, Carla tenha sido porta-voz de elementos muito primitivos do grupo que, em um momento ainda muito inicial, não tinha aparelho psíquico grupal suficientemente constituído para elaborá-los. É possível, embora somente uma hipótese, que Carla não tenha voltado por isso. No decorrer do capítulo, veremos alguns movimentos do grupo que gradualmente foram possibilitando a circulação menos ameaçadora de elementos arcaicos e sua inscrição na rede simbólica grupal.

4.2 O grupo e as sessões – um recorte

“Temos que dizer: ‘É preciso chamar a bruxa, afinal’¹⁷. Ou seja, a bruxa metapsicologia. Sem especular e teorizar — quase digo: fantasiar — de maneira metapsicológica, não avançamos um passo neste ponto. Infelizmente, também desta vez as informações da bruxa não são muito claras nem muito detalhadas”

(Freud, 1937, p. 287).

Como em toda metodologia, fazer recortes é inevitável. O material coletado e registrado de 31 sessões é vasto e abre inúmeras possibilidades de análise. O próprio relato das sessões, feito a partir da gravação da conversa entre as

¹⁷ “So muss denn doch die Hexe dran!”, no original de Goethe, *Fausto*, parte I, cena 6.

psicanalistas, já é em si um recorte. Desse modo, o presente capítulo foi escrito tendo como primeiro organizador a difícil tarefa de escolher alguns eixos de análise dentre os que nos chamaram a atenção. Assim, entendo que o material clínico aqui apresentado deixa caminhos abertos para futuras análises por meio de diferentes eixos, não contemplados pelo presente trabalho.

A Bruxa da metapsicologia, como Freud a chamou, fazendo uma referência a um trecho de *Fausto*, de Goethe, é um modelo especulativo de valor heurístico, o que dá um lugar importante ao fantasiar como forma de se chegar à compreensão dos fenômenos. Deste modo, ao fazermos qualquer recorte, sabemos que será somente um artifício utilizado para organizar algumas das observações e constatações das sessões.

4.2.1 Sobreviveremos?

O Eu (*Je*) só pode ser quando ele se torna a ser seu próprio biógrafo e, na sua biografia, ele deverá dar lugar aos discursos através dos quais fala e através dos quais seu próprio corpo se torna falante. Estes discursos sobre seu corpo singular dão à palavra as únicas inscrições e modificações que o sujeito poderá ler e decodificar como as marcas visíveis de uma história libidinal que se inscreveu e continua a gravar-se sobre esta face invisível que é a psique: história libidinal, mas o mesmo tanto história identificatória. (Aulagnier, 1999, p. 18).

Nos dois primeiros capítulos, mencionamos a importância do corpo para a constituição do psiquismo e o conceito de Eu-pele, de Anzieu, segundo o qual há uma passagem do Eu-pele para um Eu-psíquico. Nesse processo de constituição do psiquismo, portanto, a relação com o outro é fundamental, não somente no sentido da inserção da palavra, mas no manuseio do corpo do bebê. É na relação com este outro primordial que vai sendo possível a construção de imagens que representem o próprio corpo e a sensação de unidade psicossomática. Nas belas palavras de Durski e Safra,

a clínica assinala a importância do manuseio do corpo do bebê não só para o desenvolvimento da elaboração imaginativa do corpo, oferecendo a tessitura simbólica necessária para o estabelecimento e desenvolvimento do psiquismo, como também para a constituição da unidade psicossomática – a possibilidade de o corpo vir a ser a morada da experiência de si. (Durski e Safra, 2016, p. 108).

Vimos, ao longo desta dissertação, que no caso da obesidade parece ter havido importantes falhas no processo de aquisição de símbolos e representações

relacionados a determinadas áreas da vida psíquica. Desse modo, penso que a origem do Eu, nos casos que acompanhamos ao longo do ano em nosso grupo, tenha marcas importantes que se apresentam também no processo de nascimento deste grupo. Retomando a ideia de Kaës de que o grupo se organiza tomando como metáfora o próprio corpo, podemos imaginar que sujeitos cuja imagem do próprio corpo seja marcada pela ausência ou precariedade de contorno, fronteira e representação, ao formarem um grupo, imprimam essa mesma dificuldade.

Ainda de acordo com Kaës, o grupo se estrutura tomando como base o esquema corporal das pessoas e, no momento inicial de um grupo, o esquema corporal de cada um fica suspenso. Essa é uma das razões das ansiedades primitivas que aparecem no começo de um grupo.

Todo grupo só se organiza como metáfora ou metonímia do corpo, ou de partes do corpo. O destino do grupo e de seus sujeitos constituintes define-se na relação que se estabelece entre espaço vivido (o corpo) e a representação desse espaço, entre essa representação e o espaço real que é seu suporte na cena da história. (Kaës, 1976/2017, p. 166).

Observamos, na primeira sessão do grupo, alguns elementos que nos ajudam a pensar sobre a presença de ansiedade primitivas, mas, como dissemos, talvez não se trate somente de uma suspensão do esquema corporal de cada um por conta da estruturação do corpo grupal e sim da existência de esquemas corporais menos constituídos, mais precários.

Em um primeiro encontro, é cedo para determinar qual o principal modo de funcionamento grupal, mas podemos levantar algumas hipóteses por meio de algumas falas. As questões a respeito da autoimagem, do reflexo no espelho e de como os outros os veem podem indicar uma angústia frente à indefinição das fronteiras do corpo do grupo, que ainda está em constituição.

Optei por trazer na íntegra o relato da primeira sessão para que o leitor/ a leitora tenha a oportunidade de acompanhar parte da experiência de uma sessão, com as cadeias associativas grupais e as associações das psicanalistas. Além disso, o fato de ser a sessão inaugural deste grupo pode servir para fazermos uma leitura dos conteúdos que já emergiram desde o início.

“Sobreviveremos?”, nome que dei à primeira sessão, trouxe o nascer e o morrer e a questão da sobrevivência. Estavam presentes Isabella, Ivone, Joana, Marcio, Mônica, Raquel, Samara, Selma e Solange, e ausentes Carla e Saulo, que

viriam a partir da sessão seguinte. Além disso, a última vaga disponível ainda poderia ser preenchida por Claudia, que seria entrevistada no dia seguinte.

Depois de termos falado sobre o enquadre e feito as orientações em relação às regras fundamentais (falar livremente, evitar contatos fora das sessões, e restituição ao grupo, caso ocorressem), Solange começou falando. Descreveu-se como sendo bastante falante (e isso se confirma em seu comportamento) e mostrou uma tendência a ocupar o espaço. Iniciou dizendo que nem sempre foi gorda, que ganhou peso depois de ter as filhas e que isso representou para ela um ganho, pois anteriormente tinha problemas com o ciúme do marido, o que melhorou quando engordou. Relatou, bem humorada, que ele se tranquilizou, a incentiva a comer e diz que está linda.

Essa fala deu lugar a outras falas sobre opiniões e comentários dos outros sobre eles. Selma disse que se sente muito estressada e sabe que compensa na comida, mas, quando os outros apontam, fica brava: ela já sabe disso, mas não sabe como não fazer. Sente raiva do marido quando ele lhe dá palpites. Dá vontade de abocanhar/morder de raiva. Samara e Joana também falaram de seus maridos que dizem que elas precisam se cuidar: falaram daqueles que falam “pro nosso bem”, “porque nos amam”. Ivone também ressoou a raiva de ouvir esse tipo de coisa, principalmente do marido. Marcio se queixou que aqueles que eles amam e que são próximos costumam apontar essa fraqueza. Falavam, aparentemente, do tipo de olhar, de desaprovação, que costumam receber.

Solange voltou a falar, contando que sua mãe era muito magra e mantinha com ela, quando também era magra, uma relação de rivalidade. Então, outro ganho com o ganho de peso: quando era magra e bonita tinha de lidar com a rivalidade da mãe, agora não mais. Contou também que aos 30 anos foi mãe solteira, teve um menino, que morreu ao nascer. Mas não ganhou peso, logo em seguida já cabia no jeans. Mais tarde, 8 anos depois, quando ganhou as outras duas filhas, “que estão vivas”, não mais perdeu peso.

Chamou-nos a atenção o jogo de ganha-perde bebês/peso e a ausência de espaço em sua fala – naquele momento – para a dor ou o peso daquela experiência. Uma das terapeutas, Luciana, ficou um pouco aflita pensando se haveria função para o grupo destacar daquela fala acelerada aquela experiência que não foi qualquer uma, apontando-lhe o peso. No meio de uma fala que destacava a dinâmica de ganho de peso nessa história, Luciana interrompeu dizendo que Solange tinha nos contado que havia perdido um filho e que queria saber como isso ressoava no grupo. Eu, por outro lado, tinha sentido que Solange não tinha como lidar com aquela questão em um momento tão inicial do grupo e achei a intervenção de Luciana prematura. Em resposta à fala de Luciana, ela disse de pronto que foi muito sofrido, mas o assunto não se estendeu, pelo menos explicitamente.

Raquel começou a se apresentar dizendo que, em seu parto, sua mãe sofreu um descolamento de placenta e ela nasceu 48h depois, ou seja, nasceu “com fome!”, e que isso a marcou: sempre foi gordinha. Contou que seu irmão diz não saber como ela “sobreviveu”

à mãe, que era magra e a submetia a todo tipo de disciplina pra emagrecer. Disse que esse corpo grande lhe proporciona um certo uso da sexualidade, pois pode se relacionar com homens e mulheres. Um corpo grande, visível. Relatou que sempre foi muito amiga dos meninos e uma época, na adolescência, fez um regime, emagreceu, ficou “linda, magérrima” e, de repente, todos aqueles amigos passaram a olhá-la com olhos de gavião. Ela viu que não queria aquilo e voltou a engordar. Até que, de alguns anos pra cá, ela vinha comendo e engordando muito e viu que, se continuasse assim, estava se “matando aos poucos”. Fez então uma cirurgia bariátrica. Contou que está o tempo todo na cozinha, trabalha neste ambiente. Quando falta criatividade, busca o que tem pra comer.

Outros – Selma, Marcio, Joana, Ivone, Samara – falaram da comida para compensar algo e do desprazer: a culpa, a raiva, o olhar de desaprovação dos outros, o nojo. Isabella falou que sente nojo de si depois de comer um monte de “frango fitness”, que não dá prazer nenhum. Relatou que percebe um sofrimento por não poder comer coisas boas, só frango fitness, mas que aí come vários. Não usa biquíni pois se sente mal com relação a seu corpo.

O grupo seguiu falando da culpa: relatos de que comem pra tentar compensar algo, pra buscar um prazer, mas se sentem mal e culpados. Mônica falou que não se reconhece no espelho ou em fotos, pois sempre foi muito magra e hoje está com mais peso, embora saiba que não tem sobrepeso. Não quer voltar a ser como era antes, mas tem um desconforto por não se reconhecer nas fotos. Solange aludiu ao prazer: tem “fome de vida” e é mais feliz hoje do que quando era magra, linda e gostosa. Apontamos os afetos mencionados: desprazer, culpa, nojo, mas também prazer, fome de vida.

Num momento bem denso, Samara contou de um vazio, da falta de sentido, de precisar de medicação pra levantar da cama, disse que não sabe o que quer, não tem vontade de fazer nada. Relatou que já fez tanta coisa, trabalhou e lutou muito e que, agora que não tem nada de que reclamar, não tem problema algum, sente esse vazio. Aí entra a comida. O grupo se compadece e entra num movimento de tentar ajudar. Nesse momento, eu fiz uma intervenção, apontando esse movimento e o fato de eles dizerem algo importante: parece haver uma falta que se busca preencher com a comida. Essa fala ressoou, falaram então de tentar compensar alguma falta ou insatisfação que cada hora pode ser uma coisa: o tédio, o vazio, outras coisas.

Samara comunicou um afeto pesado, talvez enraivecido, que gerou incômodo em ambas as terapeutas, como vimos depois. Solange demonstrou uma tendência a tomar a palavra e preencher o espaço com coisas positivas, o que gerava um questionamento também em ambas as terapeutas, sobre se, como e quando interromper pra fazer a palavra circular.

Marcio, ao comentar sobre a fala de Mônica de não se reconhecer nas imagens, falou do inverso: de no espelho não notar a diferença ao perder 40 quilos. De como a autoimagem é subjetiva. Enquanto os outros estavam falando mais da experiência de se olhar, ser olhado, do olhar de desaprovação ou de desejo do outro, ele relatou

a experiência do corpo mesmo, de se sentir bem no seu corpo ao subir uma escada sem ficar cansado, conseguir amarrar o tênis sem dificuldade (de habitar esse corpo).

Nascimento, morte, sobrevivência, fome de vida, vazio, insatisfação, autoimagem, tédio. Essas palavras, que apareceram algumas vezes durante a sessão, são representantes de fantasias que circulam nesse primeiro encontro, fantasias que dizem respeito ao nascimento do grupo e à sobrevivência do Eu neste espaço comum e partilhado. A vontade de abocanhar/morder, trazida por Selma e que ressoou nos outros participantes, pode indicar uma forma mais primitiva de lidar com a ansiedade ali presente.

Aparece no grupo também a ambivalência com relação àquele que cuida: àqueles que amam e costumam apontar a fraqueza; à mãe que rivaliza. Penso que há uma interrogação a respeito de que lugar ocuparemos, Luciana e eu, e são enunciados medos em relação à possível ambivalência de nossa posição. Estamos aqui para apontar suas fraquezas? Para atacá-los? Para rivalizar com eles? Ao mesmo tempo, como serão olhados pelos outros participantes (irmãos) do grupo? O nascimento do grupo é acompanhado pelo fantasma da possibilidade de sua morte e pela necessidade de, para evitar esse colapso, engordar, ganhar corpo, para sobreviver.

Chama a atenção a ausência total de silêncios nesta e em muitas sessões deste grupo, uma vez que é comum, em primeiras sessões de grupo, algum silêncio, por vezes tenso. O vazio que eles dizem tentar preencher com comida é preenchido aqui por falas, e Solange já se apresenta como portadora desta função. Podemos pensar que a ingestão excessiva de alimentos pode ser uma tentativa de criar contorno de dentro para fora, trazendo uma sensação temporária de fronteira. De modo análogo, as falas excessivas podem funcionar como uma tentativa de criar esse mesmo contorno ao corpo grupal.

Também na análise da intertransferência aparecem alguns desse elementos, especialmente uma dinâmica, dividida entre Luciana e eu, do imperativo de fazer ou não intervenções. Luciana sentiu que não deveria deixar passar algumas oportunidades de fazer apontamentos, o que me fez sentir que ela foi precipitada. Eu, por outro lado, senti a necessidade de escutar muito e falar pouco. Esse falar ou calar que se manifestou na dupla de analistas foi algo que apareceu ao longo do ano no grupo.

Essa interpretação – do falar ou calar –, aparentemente muito pertinente, deu

lugar a uma outra, a partir do dispositivo de orientação em grupo. Ao discutirmos essa passagem da sessão, sob a luz de sessões posteriores, e da análise da intertransferência feita pela dupla de analistas, pudemos enxergar um aspecto contratransferencial bastante importante que se manifestara em mim. Veremos adiante que na 13ª sessão (“Luto ou não luto”), há a explicitação de um pacto denegativo na família de Solange com relação à perda de seu filho, por meio do qual há uma “proibição” de se tocar no assunto. É digno de nota que eu tenha, na primeira sessão do grupo, evitado dar espaço a esse assunto e, mais do que isso, sentido que Luciana estava sendo precipitada. Desse modo, pudemos, *a posteriori*, identificar uma manifestação bastante significativa do pacto denegativo na primeira sessão: enquanto Luciana explicitou a denegação, eu, com a formulação “é muito cedo para falarmos disso”, fiquei transferencialmente posicionada como os pais de Solange, sustentando a denegação.

A partir deste relato e das considerações feitas, chamo a atenção para alguns aspectos que apareceram nessa primeira sessão e que foram importantes no decorrer de todo o processo do grupo: as ansiedades persecutórias, o vazio, a relação com a mãe, as fronteiras, a raiva, os pactos denegativos e a importância da análise intertransferencial. Sem seguir uma ordem rígida, nas próximas páginas, mostrarei como esses aspectos foram aparecendo, sendo escutados e trabalhados ao longo do ano. Os relatos das sessões apresentados em *itálico* foram feitos anteriormente, pouco tempo após cada sessão. O leitor/ a leitora notará que algumas vezes há comentários e reflexões feitas, na ocasião, por mim e por Luciana. As análises feitas posteriormente, no processo de escrita da dissertação, são apresentadas em fonte normal, sem destaques tipográficos, no corpo do texto.

4.2.2 *A falta que a falta faz*

No primeiro capítulo mencionei os quatro ângulos possíveis de abordar a obesidade do ponto de vista psicopatológico: oral, psicossomático, adictivo e familiar. Embora essa sistematização seja importante e ajude a compreender diferentes aspectos dos sujeitos obesos, é interessante pensar que os quatro ângulos dizem respeito a vivências muito primitivas da constituição subjetiva. Como disse anteriormente, muitas vezes, podemos observar, em um mesmo sujeito, aspectos que podem ser lidos sob a lente dos diferentes ângulos. No grupo que

acompanhei ao longo da pesquisa, foi possível observar que todos os sujeitos, embora funcionassem muito bem em diversas áreas da vida mental e relacional, têm uma dificuldade de representar simbolicamente determinadas sensações muito antigas e/ou muito insuportáveis. Pude observar que a capacidade de associação, de simbolização, de empatia e de entrar em contato com determinadas angústias estava preservada em algumas áreas da vida de cada um dos sujeitos ali presentes. No entanto, angústias primitivas, vivências traumáticas ou conflitos que não puderam ser elaborados ficam como que encapsulados, tamponados. Parece-me que são esses elementos que, incapazes de serem simbolizados, sustentam o sintoma da obesidade.

Em uma perspectiva kleiniana, penso que a obesidade pode revelar a presença de núcleos psicóticos que são fortemente manifestados quando o sujeito é colocado em contato com situações muito angustiantes, frustrações ou de adiamento de prazer. Diante dessas situações, o sujeito entra em um funcionamento predominantemente esquizo-paranoide, precisando usar de qualquer recurso que apareça aliviar os temores persecutórios precoces que foram ativados. É neste lugar que entra a comida. Podemos pensar, então, que nestes casos de obesidade o que está oculto é uma defesa contra as ansiedades persecutórias: concordamos com Zukerfeld, quando ele diz que a gordura é uma espécie de armadura defensiva contra a despersonalização: “No sentido psicanalítico kleiniano se vê que os obesos têm em geral relações esquizóides de objeto e que quando perdem peso há um aumento notável da ansiedade persecutória” (Zukerfeld, 1979, p. 95).

O que observei nas sessões iniciais foi que, embora boa parte dos pacientes não estivesse em dieta, o dispositivo grupal, por favorecer a regressão de seus membros, colocava em evidência aspectos inconscientes de natureza persecutória. Uma fantasia que foi constante no primeiro semestre foi a de que as faltas de outros membros do grupo fossem devido a alguma fala. Foi o caso de Selma, que após ter contado coisas bastante importantes e difíceis para ela, ficou com a impressão de que as faltas na sessão seguinte fossem por conta de seu “despejo”.

Na 5ª sessão (“Medo de ficar só”), Selma fala de alguns pesos: peso da solidão, peso de sua doença autoimune renal, peso do medo de não ter o marido em momentos de doença, da vivência de um grande desamparo. Conta que fazer hemodiálise é muito duro, dói, é sofrido, e que a possibilidade de receber um transplante é um alívio, uma possibilidade de romper com esse ciclo tão difícil. Então, quando há 13 anos o marido se ofereceu para ser doador e

descobriram que ele era compatível, ela não parou para pensar. O peso desta doação se faz sentir até hoje. Ela queria ser mãe, mas a doença foi um fator limitante, então quando conversou com ele sobre adoção, ele disse que não, que não queria ter um filho sozinho, e se ela não sobrevivesse? Diante de sua tristeza e frustração por não poder ser mãe, o marido disse: “eu te doei um rim e você não pode escutar um não?”.

Os outros membros do grupo parecem reconhecer e legitimar o peso que Selma traz. O peso da dívida que fica pela doação do rim. Ao mesmo tempo, Solange novamente tenta fechar a questão, não deixar espaço para a dor, para o não saber. Traz tentativas de dar soluções, sempre tentando dar resposta, fazendo perguntas que claramente tentam fechar a questão “mas você tal coisa? Então tal coisa...”. Já Joana, diz que é “cinestésica” e que a vontade que tem é de dar um agarro, e faz um movimento com os braços, como em um abraço.

Vemos aqui dois mecanismos diferentes, mas que são vividos no aqui e agora do grupo: Solange é porta-voz de uma fala que vai me parecendo um ato-sintoma, no sentido de tampar a angústia, como fazem com a comida. É como se entuchasse palavra, não podendo deixar lugar para o negativo. Joana traz a necessidade de um gesto que entra no lugar da palavra, sendo porta-voz da dificuldade de se colocar palavras para uma dor da qual Selma, nesse momento, é porta-voz.

Mais para o final da sessão, Selma fala da dificuldade que é vir ao grupo, pois sabe que vai mexer em questões difíceis. Mônica então diz que sempre chega atrasada para evitar falar de si, mas que está ensaiando. Marcio diz que Selma não precisa ficar preocupada, pois o grupo não a julgou. Circula um pouco essa questão do medo de ser julgado, e Joana diz que no dia em que não ligarem mais para isso, será a salvação: “eu paro de comer”.

Aparecem aqui o medo de ser julgado e a fantasia de que seus conteúdos internos possam ser destrutivos. Na sessão seguinte (“Dentro e Fora”), apenas três pessoas chegam no início e outras duas chegam atrasadas.

As primeiras falas giram em torno das faltas, das ausências e de como era isso no grupo. Mais adiante, após falar de uma situação na qual conseguiu colocar limites nos abusos dos outros, Selma diz: “Aí estou passando a resistir, mas não passo a resistir sem incomodar”. Tanto eu quanto Luciana escutamos “existir” e não “resistir” e quando, no meio da sessão, faço uma intervenção, digo que escutara bastante os termos sobrevivência, re-existir, diferença. Resistir (Re-existir) e sobreviver apesar das diferenças. E que, de alguma forma, tinha uma fantasia circulando no grupo de que as faltas podiam ter a ver com o que a gente disse ou não disse, fez ou não fez. Lembro-me, sem compartilhar isso em voz alta, que no início do grupo Selma falara “no grupo passado, eu despejei um monte de coisa” e além disso vivi, eu mesma, a fantasia de que o grupo esvaziara por alguma inabilidade minha. Selma começa a assentir com a cabeça e diz que ficara com essa sensação de ter falado

demais no grupo anterior e que as pessoas não voltariam por causa disso. Nesse mesmo dia, Saulo diz que sai das sessões com fome e, muitas vezes, para em algum lugar para comer.

“Sair com fome” revela uma impossibilidade de reconhecer que o que se está sentindo é algo da ordem pulsional (ansiedade, medo, raiva, entre outros) e não física. Assim como a fala de Joana – “*eu paro de comer quando não ligar mais para a opinião dos outros*” –, que traz em tom de brincadeira e piada uma formulação racional sobre um acontecer psíquico que ela desconhece e cuja importância não tem dimensão.

Na 7ª sessão (“Esperar é uma barra – de chocolate?”), Solange diz que pagou a língua. Fala que sempre marcou sua diferença diante de outros membros do grupo, especialmente no que diz respeito ao que ela vê como uma falta de responsabilização das pessoas sobre o que comem ou não comem. Mas agora se viu na situação parecida: algo no grupo anterior mexeu tanto com ela que ela se viu comendo 3 barras. “Comi a barra inteira!” Chama a atenção esse comer a barra, que era de chocolate, mas pensamos na barra pesada que ela teve que engolir. Eu repito: comeu a barra? Mas não parece ecoar.

Nessa passagem, também aparece a comida sendo usada como uma tentativa de acalmar, aliviar uma ansiedade à qual ela não teve acesso consciente.

Nessa mesma sessão, Samara havia contado uma situação de espera, em uma sala de espera médica. Diante da possibilidade de um diagnóstico grave, no qual o medo da morte estava presente, Samara fala da dúvida se deveria ou não comer determinado alimento. Parece que angústia da espera do exame e do medo da morte são deslocados para a decisão de comer ou não. O grupo foi falando, então, sobre as esperas e as dificuldades de aguentar os espaços vazios. Preencher com chocolate, com palavras... Solange diz que adora vazio, adora silêncio, mas no grupo atua o oposto disso. Selma apontou que em outros grupos, como Vigilantes do Peso, as pessoas o preenchem com soluções, fórmulas, e que o grupo de análise, ao contrário, tenta dar espaço para o vazio.

Em uma outra sessão (“Difícil Fotografar o Silêncio”) Joana, logo no início, diz: “não sei o que é sentir fome”. Ela costuma trazer esse tipo de formulação, de não aguentar o buraco (fome, silêncio...). Nesse dia, ela mesma faz uma associação com a dificuldade de ficar sozinha, de ficar em silêncio. No início do grupo, diz que o silêncio era muito angustiante e que agora um pouco menos. Normalmente é a primeira a falar quando há algum indício de silêncio, quando Solange não está.

Massimo Recalcati (2007) traz uma concepção muito interessante para pensarmos a obesidade. O autor faz uma diferenciação importante entre a falta – aquela fundante do sujeito, ligada ao sintoma – e o vazio – ligado à angústia e presente em sujeitos com significativas dificuldades de simbolização e

representação. Segundo ele, “A falta transformada em vazio oferece a ilusão de que o vazio pode ser preenchido, como acontece na bulimia ou em outras formas de adições patológicas aditivas (por exemplo, na obesidade ou dependência de drogas)” (Recalcati, 2007, p. 4). Ao propor uma clínica do vazio, diferenciando de uma clínica da falta, esse psicanalista italiano aponta para o uso do corpo como forma de dar conta daquilo que não está no registro do representável. Comer e falar para preencher um vazio são formas corporais, em ato, de lidar com a ansiedade persecutória e os excessos não simbolizados do aparelho psíquico.

Retomo o caso de Ivone, citado no início deste capítulo, que chega para o grupo magra, oito meses após ter feito uma cirurgia bariátrica. Sua presença no grupo traz elementos que parecem vir com uma força maior por ela estar comendo muito menos do que comia antes da cirurgia. A fala em conta-gotas, mencionada anteriormente, aponta para uma angústia profunda que não pode ser colocada em palavras. Seu corpo magro e curvado para a frente indica uma espécie de embotamento depressivo e a compulsão por compras – além de comprar objetos de que não precisa e que não usa, Ivone compra todas as comidas que tem vontade de comer e leva para casa para que o marido coma –, mostra uma tentativa constantemente frustrada de preencher um vazio. Ela traz na pele e no ato aquilo que apontamos no primeiro capítulo a respeito da possibilidade de haver um deslocamento do “objeto-droga”: diante do insuportável que seria encarar o vazio que antes acreditava poder preencher com comida, há um imperativo de tentar preenchê-lo de outra forma.

Essas situações experienciadas nas sessões nos leva a refletir acerca de questões relativas à fronteira, no Eu-pele e no envelope psíquico grupal. Em um grupo de tratamento das questões relacionadas à obesidade e aos excessos alimentares, é importante a constatação de que há um contato direto com a dimensão corporal: o corpo como representação e a dimensão de envelope do corpo e do grupo. Assim, as angústias de não ter forma, de ausência ou precariedade dos envelopes, ficam muito presentes e intensificadas.

Na primeira sessão, citada acima, Raquel se refere ao fato de que o corpo gordo a protegia dos olhares dos “homens-gaviões” e Solange fala que ter engordado a livrou do ciúme excessivo do marido. Em ambas as situações, penso que há uma indicação da impossibilidade de lidar com as tensões provocadas pelo encontro com o outro, no qual o olhar deste outro sobre elas é excessivamente

invasivo, e não há recursos suficientes para que isso seja trabalhado psiquicamente e, em consequência, possibilite uma mediação entre dentro e fora. Embora ambas as falas tragam uma referência à sexualidade, penso que não estamos tratando aqui de questões edípicas, da ordem do recalque, mas de questões arcaicas relativas à constituição psíquica, às dificuldades na formação do que Anzieu denomina de Eu-pele e no Eu-psíquico que nele se apoia.

Na segunda sessão (“Transbordamento”), aparecem mães que se ocupam muito do que seus filhos comem ou não comem, há uma sensação de excesso, de invasão, de falta de fronteira. Nos relatos, escuto as mulheres do grupo se posicionando como filhas e como mães. Como mencionamos no início deste capítulo, Solange transbordava:

Suas falas pareciam jorrar, sem filtro, sem escuta ou espaço. Uma de suas falas chama especialmente a atenção: conta que come os restos da comida dos filhos, para não jogar no lixo e diz: “peraí, mas então o lixo sou eu?”. O fato de ela revelar que come os restos dos filhos gera (ou parece aumentar?) um incômodo em algumas pessoas.

Podemos pensar que Solange está sendo porta-voz, trazendo no ato o transbordamento e a falta de contorno do grupo. A questão da obesidade, do excesso, do corpo sem forma, vem concretamente para o grupo. O grupo vai ficando gordo, Solange vai “não cabendo”.

A indiscriminação entre dentro e fora sugere que estamos diante do que chamamos de “envelope psíquico nebuloso”, isto é, um envelope psíquico que não dá conta da função de fazer a mediação entre dentro e fora. Fazemos referência, neste ponto, ao conceito de “Eu-pele nebuloso”, proposto por Sanahuja e Cuynet, segundo o qual, para “se proteger da depreciação dos outros, o sujeito chega a negar e a perder seus próprios limites corporais” (Sanahuja e Cuynet, 2011a, p. 117). Tenho razões para acreditar que o envelope psíquico grupal, por ainda estar em constituição, mostra-se frágil, mas chamo a atenção, aqui, para as particularidades deste grupo composto por sujeitos que apresentam, individualmente, problemas de fronteiras.

Em uma outra sessão (“Medo de ficar só”), também marcada pelo transbordamento de Solange, ela diz que ser escutada não é suficiente.

Conta que quando perdeu seu bebê, procurou análise e que foi uma experiência ruim por conta do silêncio da analista. Diz “é melhor falar qualquer coisa do que ficar quieto”. Nesse momento, lembro da frase

que ela falou na sessão mencionada anteriormente “o lixo sou eu?” e penso “o lixo somos nós?”, claramente mobilizada por uma sensação de que ela despejava em nós seus conteúdos mais indesejados. Opto por dizer “me lembrei da frase que você disse na sessão passada: ‘o lixo sou eu?’ e me perguntei se é melhor comer qualquer coisa, falar/escutar qualquer coisa...”. Essa fala interrompe o transbordamento de Solange.

Na sessão seguinte (“Esperar é uma barra – de chocolate?”), falando mais baixo e mais devagar do que nos grupos anteriores, respirando, retoma essa minha intervenção:

diz que, durante a semana, ficara pensando sobre as escolhas que faz: “será que engulo tudo?”. Disse que não se identificava com aquilo, que ela não engole tudo, que escolhe. No entanto, conta que comeu três barras de chocolate.

Penso que Solange traz para o aqui e agora do grupo a presença de um envelope psíquico nebuloso, que nos faz viver na pele a sensação de sermos invadidos, de não haver limite e de ficarmos empanturrados. Na análise da intertransferência aparece muitas vezes a vivência, em nossos próprios corpos, de falta de fronteira. É na nossa conversa pós-sessão que podemos ir colocando em palavras as sensações corporais e recuperando nossos contornos.

Na 19ª sessão (“Empanturradas”), Saulo fala sobre guardar as coisas de novo, dizendo que quando ficou ausente do grupo – depois de um mês de férias e três faltas consecutivas – acostumou-se a “guardar tudo de novo”, como se as coisas não existissem. Diz que, quando estava vindo às sessões, ele saía pensando, chegava em casa querendo conversar com sua mulher e pensar sobre as coisas. Solange engata uma fala na qual se refere à tentativa de esvaziar. Diz que o grupo é importante, mas que é mais uma coisa na agenda e que ela fica tentando esvaziar. Segue dizendo que está sobrecarregada, com muitas coisas para fazer. “Enfiar mais coisas na rotina”. Enfiar/guardar X esvaziar? Em uma fala sem pausas, diz que adora mudança, que é fácil mudar. Fala da casa, de mudar os móveis de lugar. Isso acaba se tornando uma metáfora dessa sessão: móveis entulhados, reposicionamento dos móveis... A fala de Solange soa empanturrada, amontoadada, ela empanturrada, mas enfiando algo no outro também. Saulo, por outro lado, saía dos grupos com a possibilidade de abrir espaço, desamontoando. Diz que sem vir às sessões sua relação com a comida mudou completamente: comeu muito mais. Sentiu que não vir significa não se questionar, fingir que as coisas não existem e a relação com a comida degradingola.

Ivone diz que não quer mexer nos móveis amontoados, prefere deixar lá, como está. Diz que não vai falar, repete isso algumas vezes. Por outro lado, sinto que ela está, em vários momentos, requisitando um espaço de fala, mas de um modo homeopático. Penso na bariátrica e nas pequenas doses possíveis de serem comidas. Há um contraste entre Solange, que vomita, enfiando goela

abaixo, e Ivone, que fala gota a gota. Nesses momentos, Solange interrompe o silêncio da espera, acaba com a relação para a qual Ivone nos convoca. Luciana e eu sentimos: em qualquer brecha Solange nos empanturra, mete coisas goela abaixo.

Podemos pensar que nessa atuação há um paradoxo: falar compulsivamente é uma forma de esvaziar a palavra, de não dizer nada. Assim como comer esperando preencher um vazio paradoxalmente aumenta a sensação de vazio ou, na melhor das hipóteses, não a modifica, falar para evitar o silêncio tira das palavras seu valor simbólico e sua função de mediação.

No final, quando digo que a sessão acabou, que nos veríamos na semana seguinte, ninguém se mexe, ninguém se levanta. Parecem não querer ir embora, enquanto Luciana e eu estamos exaustas. Solange diz algo no sentido de que “então tá, né? Tem que acabar...”. Saí enjoada e empanturrada, com a sensação de que comera demais. Luciana, a partir da segunda metade da sessão, ficou com uma angústia enorme, sentindo que não conseguia mais, se perguntando o que poderia fazer. Pensou também que precisava de uma hora livre depois do grupo para digerir o que se passava lá. De fato, a conversa após essa sessão não nos pareceu suficiente para dar conta do que tínhamos vivido, saímos ainda com a sensação de não termos metabolizado tudo.

Em uma outra sessão (“Ganhando corpo”), Joana fala que a gente às vezes se perde da gente mesmo. Conta que ela tem uma relação de muita proximidade com sua mãe e que fica conectada no que ela, a mãe, quer. Essa falta de fronteira entre ela e a mãe – um corpo só? – aparece em várias sessões. Sua mãe está com frequência em sua casa, supondo que ela precisa de ajuda para limpar e organizar, sempre dá palpites. Joana diz que a mãe não pode ouvir que ela está triste, sempre tenta negar ou mudar a tristeza: dá comida, incentiva a mudar de assunto.

Lembramos, Luciana e eu, que nós duas sempre achamos que Joana está chorando, algo em seus olhos nos faz pensar isso, mesmo quando ela está sorrindo e falando animadamente. Algo clivado? Não pode ficar triste, mas a tristeza está lá, querendo sair de qualquer jeito. Sempre que Joana fala da mãe, parece não ter nenhuma crítica, nenhuma ideia de que há um excesso. Não raro, descreve que, diante dos comentários da mãe, só sente vontade de chorar, mas isso não é relatado com estranhamento. Observamos aqui o que Anzieu também observou em sua clínica e chamou de “patologias do envelope”, isto é, a presença de sentimentos de despersonalização, indiferenciação entre Eu e o não-Eu, dúvidas sobre o que é de si e o que é do outro, fantasias persecutórias de invasão, entre outros.

Mais adiante apontarei alguns movimentos grupais e individuais que vão indicando a formação do envelope psíquico grupal e uma diminuição, em alguns casos, da necessidade do uso do Eu-pele.

4.2.3 *Mamãe, eu quero mamar*

“Eu não mamei na mama da minha mãe, não porque eu não fosse voraz, mas porque minha mãe não tinha leite. E eu tenho fascínio enorme pela mama, pelo seio, e eu descrevo isso em meu “Caderno de Memórias Coloniais”, o meu fascínio pela mama de minha mãe, era inacessível, ela não deixava tocar na mama. E eu não sei porque, mas eu fiquei sempre pensando, tenho fascínio por mamas, uma parte do corpo especialmente alimentícia e boa, confortável”

(Figueiredo, comunicação pessoal, 2018b).

Nos capítulos anteriores, ao falarmos de conjuntos intersubjetivos primários, de contrato narcísico, dos ângulos da oralidade e familiar de se pensar a obesidade, do Eu-pele e da constituição psíquica, resgatamos a importância, para a psicanálise, da relação mãe-bebê na vida dos sujeitos. O que observamos com frequência no grupo que acompanhamos foi a forte presença das mães nos relatos das mulheres. No caso dos dois homens do grupo, houve também menções significativas, mas de formas diferentes.

Freud escreve, em 1938, sobre a importância única da mãe, para ambos os sexos, como primeiro e mais forte objeto amoroso e como protótipo de todas as relações amorosas posteriores:

O primeiro objeto erótico de uma criança é o seio da mãe que a alimenta; a origem do amor está ligada à necessidade satisfeita de nutrição. Não há dúvida de que, inicialmente, a criança não distingue entre o seio e o seu próprio corpo; quando o seio tem de ser separado do corpo e deslocado para o “exterior”, porque a criança tão frequentemente o encontra ausente, ele carrega consigo, como um “objeto”, uma parte das catexias libidinais narcísicas originais. Este primeiro objeto é depois completado na pessoa da mãe da criança, que não apenas a alimenta, mas também cuida dela e, assim, desperta-lhe um certo número de outras sensações físicas, agradáveis e desagradáveis. Através dos cuidados com o corpo da criança, ela se torna seu primeiro sedutor. Nessas duas relações reside a raiz da importância única, sem paralelo, de uma mãe, estabelecida inalteravelmente para toda a vida como o primeiro e mais forte objeto amoroso e como protótipo de todas as relações amorosas posteriores - para ambos os sexos. (Freud, 1938/1996, p. 202).

Entretanto, observo no consultório, na literatura psicanalítica e também nesse grupo específico, o quanto a relação mãe-filha é particularmente delicada. Me pergunto, junto com Fernandes, “o que é para uma mulher ter uma filha? O que se passa nesse universo nebuloso, pleno de encantamento, rivalidade e inveja, que faz desta uma relação tão delicada?” (Fernandes, 2007, p. 235). Nesse momento priorizo, portanto, a relação das mães com as filhas. Mais adiante, apresento um aspecto da relação de Saulo com sua mãe que apareceu em algumas sessões.

Na 12ª sessão (“Amamentação”), Samara diz que as mulheres são muito competitivas e que jamais queria ter uma filha mulher, porque iria competir, disputar. Ela, só ela, pode ter esse lugar de mulher da casa.

Essa é a fala mais direta sobre a rivalidade mãe e filha que aparece nas sessões, embora, como veremos a seguir, esse foi um tema muito presente ao longo do ano. Essa sessão específica foi a única que conduzi sozinha, pois Luciana não pôde comparecer. O tema da amamentação circulou muito no grupo e, embora as três mulheres presentes falassem mais delas como mães, foi possível escutar e sentir na contratransferência o quanto falavam também de si mesmas como filhas. Senti uma certa solidão no lugar de terapeuta, e pensei na solidão da maternidade/amamentação que elas traziam.

Como vimos no relato da primeira sessão, Solange menciona logo no início a rivalidade da/com a mãe. Em outros momentos, fala de sua mãe vilã, vaidosa e competitiva, uma mãe que é culpada por tudo.

Na 2ª sessão (“Transbordamento”), Samara conta que sua mãe sempre faz exatamente as mesmas coisas que ela: quando comprou um cachorro, no dia seguinte a mãe comprou um cachorro da mesma raça. Quando pintou o cabelo, ela foi lá e fez igual... Solange pergunta se isso é competição, ao que Samara dá de ombros. Isabella diz que não é necessariamente competição, pode ser admiração, forma de validar as escolhas da filha.

Mais adiante, Solange conta de falas de sua mãe que chamam a atenção pelo nível de violência, em uma competição direta com a filha, à época adolescente. Ela diz que sua mãe sempre tentou apagar sua sexualidade: dizia que ela estava acima do peso, que precisava fazer regime, mas servia macarrão para ela enquanto comia uma salada. Joana pergunta se ela tem certeza de que não é exagero, que talvez a mãe de Solange estivesse só querendo o bem dela, mesmo. Faz uma intervenção “panos quentes” na qual reforça as boas intenções de quem fala essas coisas. Essa fala vem de Joana, que ainda não pode reconhecer conflitos na relação com a mãe. Falo que parece ser difícil pensar que uma mãe pode ter coisas boas e coisas ruins, que uma mãe pode ser boa e/ou má. Solange reforça o caráter violento de sua mãe e diz: “eu era um objeto da

minha mãe” e conta, fazendo o gesto que sua mãe teria feito, que quando começou a ter seios, pré-adolescente, sua mãe pegava nos peitos e dizia “olha só esse seu peito caído e mole... Ó, o meu, 40 anos e é de pé, maravilhoso...”. Chama a atenção a violência da mãe e o gesto excessivamente sexualizado.

Observamos um movimento no qual Solange é porta-voz da agressividade com relação à mãe, de uma raiva que reconhece a mãe como quem, sentindo-se ameaçada, quer apagar sua sexualidade. Isabella e Joana, ao contrário, não podem ver as mães como rivais ou ameaçadoras. Samara não nomeia a rivalidade, mas seu corpo, especialmente seu tom de voz, denuncia um incômodo muito grande com as atitudes da mãe.

Selma conta que quando tinha 9 anos seus pelos e peitos começaram a nascer e a mãe, chamando-a para o quintal, lhe repreendeu dizendo que o pai ficou assustado com aquilo. E que, a partir daí, o pai parou de olhar para ela e de ser carinhoso. Tanto no caso de Solange quanto de Selma, parece que os pais tomam um susto com a sexualidade da filha, e a mãe, ameaçada, ameaça a filha: dá-lhe uma bronca – “não é para ficar atraente!”, “sua boca é muito grande para passar batom”.

Penso nessa “boca grande” como ameaçadora (voraz?), que engole. Ela não pode ser uma mulher atraente, não pode se ver como atraente, não pode se autorizar a ser atraente. A partir de *rêveries* minhas e de Luciana, na discussão após a sessão fomos escutando o quanto os pais estavam presentes nas falas, por meio das mães. Embora Selma tenha falado da violência da mãe diante de seu corpo entrando na puberdade, escutamos muito o *pai* em seu relato. Em outro momento, ela diz que se uma mulher vai conversar na rodinha dos homens, as esposas não gostam. A rivalidade/hostilidade das mulheres (mãe) tem a ver com o olhar dos homens (pai). É porque o pai olha e nota que aquela menina virou/está virando mulher. Mais adiante, Selma fala claramente das violências maternas e paternas no desenvolvimento da sexualidade, e hoje, com mais de 40 anos, se vê vivendo ainda como uma menina de nove anos, diante do olhar dos pais.

Podemos pensar que, assim como a magreza excessiva (presente na anorexia e também muito relacionada à relação mãe-bebê), a obesidade esteja funcionando como um apagamento de um corpo que pode ter sexualidade. Na sessão em que esses conteúdos apareceram, eu apontei isso para o grupo: “magro ou gordo, é um corpo sem sexualidade”.

Solange diz que não gosta de transar, que prefere mil vezes se masturbar e depois comer um bolo de chocolate: é rápido e

relaxante. Pensamos, Luciana e eu, nela como objeto da mãe e em sua recusa de ser um objeto sexual. Mais adiante diz que seu problema não é com comida, é com doce: quando ela gosta, não consegue por limite. Fica assistindo a programas de gastronomia, vendo as receitas de doce, sendo tentada.

Embora a sexualidade apareça nessa vinheta de maneira mais explícita, penso que aqui temos um exemplo claro de que estamos lidando com um aspecto da sexualidade pré-genital, mais especificamente, oral. A masturbação seguida de um bolo de chocolate fala de um posicionamento autoerótico, como mencionado no primeiro capítulo.

4.2.4 La ira es un regalo

“há um pássaro azul em meu peito
que quer sair
mas sou duro demais com ele,
eu digo, fique aí, não deixarei que ninguém o veja”
(Bukowski, 2009).

A agressividade esteve presente em praticamente todas as sessões, ora sendo percebida contratransferencialmente, ora em atuações claras de alguns dos membros do grupo, ora como expressão verbal. Na primeira sessão, alguns membros do grupo dizem sentir raiva quando os outros tentam controlar o que eles comem. Na 6ª sessão (“Dentro e fora”), sentimos a raiva de Solange, que não é expressa em palavras, mas atuada. Na 10ª sessão (“Mau-amor”) podemos notar claramente que há uma impossibilidade de reconhecimento de certas violências sofridas por eles.

Selma diz que não pode brigar, se posicionar, demonstrar qualquer raiva contra alguém porque isso significaria ser rejeitada. Para evitar uma rejeição, ela está sempre boazinha, simpática. Conta que seu pai sempre foi muito agressivo. Lembra que até os 15 anos, no oitavo ano da escola, ela também era agressiva, brigava muito e arrumava encrenca com todo mundo. Um dia, uma professora, em razão de uma de suas brigas, disse em frente a toda classe que não diria nem faria nada, pois aquilo tinha a ver com o pai que ela tinha. Aquilo teve um impacto enorme nela, que pensou “não quero ser como meu pai” e virou, desde então, “uma lady”. Joana conta da agressividade de seu pai e que a mãe lhe dizia: “está vendo como seu pai é ruim, ninguém gosta do seu pai”.

Luciana e eu pensamos, na conversa após a sessão, que ao falarem da violência dos pais nessas duas situações, não percebem a violência perpetrada pela professora e pela mãe: como se não fosse violento uma professora expor à toda

classe a intimidade familiar de uma aluna ou a mãe que diz à filha que seu pai é ruim e que ninguém gosta dele. O movimento do grupo nessa sessão é, de fato, o de negação da tensão e da violência. Foram surgindo várias histórias, algumas muito engraçadas, rimos bastante. Até choramos de rir.

Raquel diz: “a gente é assim mesmo, gordinho é engraçado”. Joana diz que é como se houvesse um personagem do gordinho engraçado. Eles vão falando de personagens e arquétipos, e da dificuldade de mudar o arquétipo, mudar de personagem.

Raquel fala do mecanismo de estar com raiva e comer. Saulo brinca que “podia ser outro mecanismo: tá com raiva, a mãe brigou, você fala: perdi o apetite! Não como!”. Fala sobre engolir a raiva. Conta como sua mulher e sua mãe reagiram, um dia desses, quando esqueceu de pôr o lanche da filha na lancheira. Traz elementos que fazem circular uma reflexão sobre como as violências que recebemos nem sempre são explícitas. Saulo fala de como a mãe fica magoada e ele, impedido de reagir.

No decorrer da sessão, por meio de algumas intervenções das terapeutas, houve um movimento de abertura de espaço para a raiva:

Em algum momento do grupo, pergunto se eles sentem que, ao fazer dieta, a relação com a raiva muda. Alguns, como Selma, falam que sim, que ficam mais mal-humorados. Raquel diz: “meu filho tinha uma palavra para isso – “mamãe, você está de mau-amor”. Mais perto do final da sessão, Selma retoma isso dizendo que se dera conta de que a raiva, o mau humor, não é porque estava com fome, porque queria estar comendo, é porque começa a mudar a relação com o outro: ela passa a perceber uma raiva na relação com o outro que antes ela não percebia. Diz que caiu a ficha ali. Em outro momento, falam da raiva e de como fazem com ela. Parecem dizer que, com a raiva, ou se explode ou se implode. Aí, Saulo apresenta um outro destino possível pra raiva. Ele diz que a raiva pode ser boa, porque ela “também faz crescer”, ela também pode ser uma ferramenta.

De todo modo, há sessões nas quais a violência é simplesmente atuada e que exigem um cuidado especial de nossas *rêveries* e da análise intertransferencial. Um exemplo disso é a sessão que citei no início deste capítulo, no qual a fala contagotas de Ivone me gerou sensações corporais e raiva. Outra sessão que trouxe a atuação da violência de maneira muito forte foi a 18ª (“Vida Privada”).

Solange diz: “não quero tolerar mais nada”. Fala que já tolerou muita coisa no passado e que não quer tolerar mais nada. A respeito do impacto que as relações familiares têm na vida atual, conta da mãe, de seu jeito manipulador e da violência sofrida nas mãos dela. Diz que não quer ser como a mãe, que hoje revida, quer fazer diferente. No entanto, chama nossa atenção o quanto Solange repete, atuando, essa violência. Surge a pergunta: o que fazer com as experiências vividas de violência intensa? Aqui testemunhamos

Solange explodindo essa violência, atuando, nos entuchando com aquilo que não cabe mais em si. Diz “o ódio me fortalece” e defende a agressividade como forma de se proteger. No entanto, não parece consciente de que, por identificação projetiva, nos deposita todo esse ódio. Conta que sua mãe a doutrina para defendê-la contra o pai e sua família: “sabe aqueles meninos-bomba?”. Justa denominação: menina-bomba.

Joana conta que, para ela, é o contrário. Fala de sua dificuldade de se defender, de reagir diante de situações invasivas, inclusive de defender as filhas diante de brincadeiras ou injustiças de outra crianças.

Em algum momento da sessão, não sei bem qual, digo que vou escutando que há um ideal de como lidar com o ódio: ou devemos reagir, colocando tudo para fora, custe o que custar, ou não, que não o manifestemos, engulamos sapo, ou então que há um jeitinho de expressar o ódio, que não seja em nenhum desses extremos... Mas que, na verdade, o ódio existe e precisamos, mais do que decidir como ele deve ser manifestado, reconhecer sua existência e escutar como ele aparece. Não tem um manual. Solange concorda, mexendo a cabeça e falando.

Essa minha fala veio depois de um processo interno difícil, pois eu estava servindo de continente para o ódio que Solange despejava, e percebia isso por meio de algumas rêveries que tive.

Pensando em termos da Intertransferência, Luciana me conta, depois, que ficou admirando minha fala e minha capacidade “madura” de lidar com a agressividade. Juntas, pensamos que, nesse momento, Luciana me coloca em um lugar idealizado, assim como elas idealizam uma forma “boa” de lidar com a raiva. Luciana pensa que às vezes faz algo parecido com o que o grupo faz: uma passagem direta, sem transformação, sem função alfa. Essa sessão foi difícil, a ponto de Luciana e eu sentirmos, durante seu desenrolar, que seria muito trabalhoso, se não impossível, fazer o relato.

Em pelo menos três sessões foi possível perceber claramente um trânsito entre o dentro e o fora do grupo, por meio do qual a agressividade pôde aparecer. Na 21ª sessão (“Raiva!”), eles falam sobre não serem honestos ao expressarem opiniões, quando essas são consideradas negativas.

Joana fala de personagens que a gente faz ao longo da vida e do dia para os outros. Diz que precisamos responder de determinadas maneiras às solicitações externas. Fala que os autistas são autênticos, fazem aquilo que querem no âmbito social, que é libertador poder falar o que pensa, cumprimentar quem quer. Ela e Ivone dizem que costumam ser falsas, nessas situações, pois cumprimentam sem estar com vontade.

Aqui, o dentro e fora se misturam e o terceiro analítico (Ogden, 1996) se manifesta de forma gritante:

É digno de nota como o que está acontecendo com a dupla de terapeutas muitas vezes aparece no grupo! Hoje, ao chegar, eu tinha percebido que estava um pouco incomodada com o ocorrido na sessão anterior¹⁸: as gargalhadas vindas de fora da sala. Disse para Luciana que estava com preguiça de cumprimentar as funcionárias da secretaria, coisa que sempre faço com muita boa vontade. Acabei passando reto e não cumprimentando.

A possibilidade de manifestar a insatisfação, o incômodo ou, em última instância, a agressividade, não é conscientemente considerada, exigindo um esforço de “falsidade”. O contraste entre a forma com a qual elas consideram possível agir e a com a qual eu agira antes do grupo começar se faz marcante. No entanto, a agressividade é sentida, ou melhor, nas falas de Ivone e Joana, ressentida. Saulo, por outro lado, abre espaço para uma agressividade que não precisa nem ser destrutiva e nem justificada pelo autismo, como dissera Joana.

Embora essa tenha sido uma sessão mais descontraída, por vezes engraçada, era possível sentir uma certa agressividade presente circulando. Em determinado momento, Saulo fala de Bolsonaro e conta que tem um grupo de Whatsapp no qual os amigos têm trocado mensagens agressivas sobre isso, mas que como são muito amigos, dá pra ter agressividade e preservar a amizade ao mesmo tempo. Joana diz que está precisando de um grupo assim, e brinca pedindo para Saulo adicioná-la.

Eu digo que hoje o grupo está mais descontraído, rindo, mas que o “Bolsonaro” está circulando, trazendo o aspecto da agressividade, que está em todos nós, não só fora, e que é importante ter espaço para falarmos disso. Joana diz, então, que Bolsonaro tinha que fazer terapia.

A sessão seguinte a essa foi a que nomeei de “Conta-gotas”, na qual, como mencionei, senti raiva:

Sinto também uma raiva de Ivone, coisa que nunca havia acontecido antes. Percebo rapidamente a raiva e o que ela está comunicando do aparelho psíquico grupal. Penso muitas vezes que Ivone está falando algo de seu pai, mas sem nunca mencioná-lo. Sinto que minha raiva traz algo relacionado a limite, à intervenção/interdição/cuidado paternos. Luciana me dá um retorno, em nossa conversa, de que eu consegui colocar minha raiva de forma elaborada, fazendo construções cuidadosas. Penso que na sessão de hoje minha função alfa foi muito requisitada, pois fiquei depositária de muitos elementos beta, conteúdos brutos, pouco ou nada representados aos quais acabei dando destino.

¹⁸ Na sessão anterior (“O que não vira palavra vira sintoma”), no meio da fala de Ivone, pesada, carregada de tristeza, fomos invadidos por gargalhadas vindas da sala ao lado. Por quase dez minutos, as gargalhadas não cessaram e tive que sair para pedir que rissem mais baixo.

Luciana, durante a sessão, sente uma grande agressividade de Ivone direcionada a ela. Quando fala, Ivone nem olha para ela. Um desprezo que imobiliza Luciana.

Pensando em termos de processo grupal, Luciana e eu fomos sendo requisitadas a digerir a agressividade e a raiva presentes e depositadas no grupo, este também funcionando como um conjunto de enzimas extras na digestão. Desse modo, a agressividade foi podendo aparecer de outras formas nas sessões.

Na 24ª sessão (“Bombardeio”), o grupo fala sobre situações ameaçadoras, por meio de dois relatos: a possibilidade de um “ex-chefe inimigo” voltar ao cargo e as grandes chances de Bolsonaro ser eleito. Depois de circular um pouco a questão dessas ameaças externas, aponto que há as ameaças externas, sim, mas que escuto que há também ameaças internas.

Solange diz que percebe duas ameaças internas: o fato de não conseguir controlar as coisas e a sua agressividade. Ivone se identifica com a fala de Solange, e se refere ao seu descontrole com o limite do cartão de crédito e com a compra de comida. Além disso, acha que também não controla sua agressividade. Pensa que foi muito agressiva com a irmã, depois que ela chamou sua atenção com relação ao cartão de crédito. Saulo aponta que pelo que ela contou, sua irmã também tinha sido agressiva.

No dia anterior, Saulo havia tido uma crise de ansiedade e me enviara mensagens pedindo ajuda. Descrevera estar sentindo uma angústia paralisante que pensava estar ligada às eleições. Nunca havia sentido algo assim e, embora tivesse tido sensações corporais, tinha certeza de que não era nada físico¹⁹.

Saulo conta para o grupo que tinha me ligado porque tinha tido uma crise de ansiedade. Diz que ficou impressionado com a rapidez com que tinha acalmado só de falar comigo. Fala um pouco direcionado à Ivone, como se dissesse a ela que compartilhar, não atravessar a tempestade sozinho, é importante.

Em outro momento da sessão, Saulo conta que uns dois dias antes tinha tido uma situação com a mãe na qual, como sempre, não reagira, “engolira”. Rindo, diz que com a mãe é melhor não brigar. Conta, como já havia contado outras vezes, situações nas quais se cala diante de falas invasivas da mãe. Diante disso, digo, em um tom bem-humorado: “brigar com a mãe dá crise de ansiedade, né?”

Esse calar a que Saulo se refere já havia sido mencionado em outras sessões, havendo ele contado que, às vezes, após escutar a mãe, parava em uma lanchonete e comia bastante. Quando digo, com humor, que brigar com a mãe dá crise de ansiedade, estou fazendo uma interpretação provocativa, pensando

¹⁹ Saulo contara ao grupo, algumas sessões antes, sobre o enfarte que teve aos 34 anos e do medo que tem de morrer, desde então. Dissera que deveria ir ao médico, comer melhor, fazer esportes, e não estava fazendo nada disso, só tomando medicação.

justamente no contrário: é tão difícil poder expressar a raiva que sente da mãe que ela se volta para ele, gerando um aumento da angústia. Penso que a crise de ansiedade, sem dúvidas, também disparada pelo momento político que atravessávamos, foi mobilizada pela paralisia, pela impossibilidade de reação diante da invasão da mãe. Muitas vezes, Saulo, sentindo-se invadido, calou-se e comeu. Dessa vez, a raiva não reagida, nem mesmo vivida como tal, se manifestou por meio da crise de ansiedade. Uma das fantasias que Saulo teve, durante o momento de angústia, era a de que teria que sair do país e “deixar a família”. Deixar a família, deixar a mãe, distanciar-se da mãe quando ela é invasiva, me parece uma reação de defesa necessária quando falar (reagir, brigar) não é uma opção. Quando provocado por minha intervenção, Saulo ri, diz que tinha pensado nisso, mas que não achava que tinha a ver.

Na 29ª sessão (“*La ira es un regalo*”), mais uma vez, eu chego com a raiva em mim, mas, nessa ocasião, a partir de uma *rêverie*, abro espaço no grupo para que falemos dela. É a antepenúltima sessão, e esse fato se faz presente no grupo.

Ivone diz que, ao se dar conta que faltavam poucas sessões, concluíra que quando percebe que as coisas vão acabar, ou decide nem ir mais ou então decide aproveitar. De fato, ela faltou nas duas sessões anteriores e hoje acabou vindo, decidida a aproveitar enquanto podia. Triste, diz: “Vou ficar sozinha, de novo”. Saulo diz: “É. Eu na época que teve as férias, e fiquei sem o grupo, quando voltei percebi que sem o grupo eu tinha ficado mais bagunçado. Desorganizei”.

No decorrer da sessão, embora não tenha aparecido explicitamente a questão da raiva, foi se tornando inevitável falar dela. Faço uma intervenção, perguntando se havia espaço para a raiva.

Ivone responde imediatamente “Ô se tem!”. A partir dessa minha pergunta, Saulo e Ivone começam a falar das raivas.

O que vai aparecendo é que o medo de ficar sozinho tem a ver com o medo de ficar sozinho com a raiva. O que fazer com ela? No caso de Ivone, ela vai se calando, emagrecendo, vivendo esse tudo ou nada (ou não vai mais ao grupo, ou vai aproveitá-lo, esgotá-lo; ou come tudo, ou come nada; ou fala tudo ou não fala nada). No caso de Saulo, viver a raiva sozinho ameaça desorganizar, bagunçar. Ficamos, Luciana e eu, com a sensação de que o grupo foi muito importante para dar um espaço para a raiva. Para a raiva poder se processar num ambiente compartilhado.

No decorrer da sessão, a postura de Ivone mudou, ela não foi nada conta-gotas, ao contrário, falou mais e riu algumas vezes.

Pensando em termos contratransferenciais e no aparelho psíquico grupal, um outro elemento foi importante: Luciana sentiu-se exausta e pensava que só queria que a sessão acabasse, para ela poder ir para casa. Para mim, parecia que ela estava a ponto de dormir. Na conversa após a sessão, entendemos que essa sonolência e exaustão estavam ligadas a um empacamento do qual Saulo e Ivone falavam. A negação – ou a cisão – da raiva parece produzir uma imobilidade, um apagamento de parte importante do sujeito.

Como pudemos ver, nas sessões que aconteceram no período eleitoral, a polarização que estava acontecendo no âmbito nacional e a violência que o grupo identificou com o então candidato Jair Bolsonaro surgiu no grupo. A pergunta sobre se haveria espaço para a raiva é acompanhada da seguinte: “o que fazer com o ódio?”, tanto com o que sentimos quanto com o que percebemos no outro. Saulo traz a frase “*La ira es un regalo*” e circula a ideia de que a raiva também pode ser uma alavanca para desempacar.

4.2.5 O Pássaro Azul

“há um pássaro azul em meu peito que
quer sair
mas sou bastante esperto, deixo que ele saia
somente em algumas noites
quando todos estão dormindo.
eu digo: sei que você está aí,
então não fique
triste.
depois, o coloco de volta em seu lugar,
mas ele ainda canta um pouquinho
lá dentro, não deixo que morra
completamente
e nós dormimos juntos
assim
como nosso pacto secreto
e isto é bom o suficiente para
fazer um homem
chorar, mas eu não choro, e
você?”
(Bukowski, 2009).

Deixar o pássaro azul sair não é tarefa fácil para muita gente e, em alguns casos, nem mesmo quando todos estão dormindo a presença dele é percebida. O

pacto pode ser tão secreto que até o dono do pássaro pode não pressentir sua existência.

Em várias sessões ao longo do primeiro semestre, Solange menciona, *en passant*, de maneira desafetada, a perda de seu filho recém-nascido. Essa menção frequentemente é feita, mas imediatamente atropelada por outra história. Na 13ª sessão do grupo (“Luto ou não luto”), entretanto, a partir do relato de Mônica, que contara de um aborto espontâneo que a fizera sofrer muito, Solange começa a falar disso e se emociona.

Solange pergunta a Mônica como ela fez, como ela não quis preencher o tempo todo para não sofrer? Porque ela, Solange, mergulhou no trabalho, preencheu cada segundo da vida com o trabalho. Faz um movimento no qual parece que vai voltar para a fala mais defendida, sem a dor. Mas o grupo vai acolhendo, abrindo espaço para o sofrimento e ela segue, conta da sequência de violências que sofreu no momento em que perdeu seu bebê.

Seus pais, diante da morte do neto recém nascido, dizem que ela não deve ficar sofrendo, não permitem que ela vá ao enterro, enterram o bebê em um cemitério público e, mais adiante, o corpinho é exumado sem que ela seja consultada. Não bastasse isso, uma amiga, quando ela está saindo do hospital, diz algo no sentido de responsabilizá-la pela morte do bebê. Quando ela vai ao cemitério para tentar ver a lápide do filho, o responsável diz: “não vale a pena, eram só uns ossinhos...”.

Para além de não ter tido nenhum apoio em um momento tão duro quanto o da perda de um filho, escutamos que ela foi violentada por seus pais, quando esses desautorizaram e deslegitimaram seu sofrimento, e por sua amiga. No âmbito social ampliado, o tema virou tabu e ela não pôde falar disso com ninguém. O grupo foi apontando isso, sendo testemunha de seu sofrimento e reconhecendo que ela viveu uma dupla violência: a perda do filho e a desautorização de seu luto. Como mencionei anteriormente, o que está em jogo aqui é a constituição de um pacto denegativo por meio do qual Solange ficou impedida de viver e elaborar o luto. Há uma negação da negatividade e, até essa sessão, a possibilidade de se explicitar e trabalhar aquilo que ficou negado pelo pacto estava ainda muito incipiente.

Ferenczi (1931/1992) traz a noção de que o trauma se daria em três tempos: o choque, a busca por uma validação/reconhecimento e o desmentido. Alguns autores sustentam que essa mesma ideia pode ser vista sob a ótica de dois tempos: o do choque e o do desmentido (Osimo e Kupermann, 2012) e Balint propôs um terceiro tempo, o da ressignificação a posteriori das experiências anteriores (Molin, 2013).

Por meio da noção do trauma em três (ou dois) tempos, podemos compreender que a perda do bebê recém nascido foi um choque por si só demasiado grande, mas que teve o efeito traumatizante a partir do segundo momento, no qual sua família desmentiu a validade da dor vivida por Solange. Isso pode ser visto ao longo das sessões, nas quais o grupo tenta ajudá-la a viver a dor daquela perda e ela demonstra sua impossibilidade para tal. Depois da sessão na qual fala sobre isso mais claramente e com dor, Solange falta três vezes seguidas (tendo ainda, entre elas, um intervalo de férias de um mês). Na 17ª sessão (“Caixa de Pandora”), quando retorna, Solange diz que é impressionante como o grupo fica, mesmo quando ela não vem.

Conta ter pensado muito no grupo, que na última sessão em que ela esteve presente havia aberto uma caixa de Pandora. Diz ter falado de coisas muito difíceis, que ficaram umas três semanas ressoando e doendo. Relata ter ficado três semanas deprimida por conta do que falou no grupo, e por isso foi difícil vir. Agora, depois de ter pensado em várias coisas, diz ter fechado a caixa de Pandora e colocado as coisas de volta.

Diz que chegou a pensar se fazia algum ritual ou símbolo que representasse o filho falecido (fala seu nome), mas que desistiu da ideia por não querer ficar lembrando a dor o tempo todo. Colocando a mão sobre os pingentes que leva no pescoço, duas meninas (ela tem duas filhas), Solange parece referir-se à ideia de fazer um menino. Mas pensar que teria que explicar às pessoas que o menino faleceu a fez desistir da ideia. Escuto, já neste momento, um certo alerta para que não mexamos muito nisso, um movimento já conhecido de falar sobre outras coisas e tampar o que causaria angústia, tristeza, raiva, com assuntos “mais leves”, tentativas de soluções e com comida, concreta ou simbolicamente.

Fica clara aqui a presença do pacto denegativo. Penso na fala de Solange no início do ano, “o lixo sou eu?”, na qual a ideia de comer qualquer coisa, qualquer resto, pode ser também interpretada como ser depositária dos restos não elaborados, daquilo que sua família inconscientemente compactou não poder ser explicitado e transformado.

Essas dimensões escondidas, zonas de silêncio, *bolsas* de intoxicação, esses espaços “latão de lixo” ou linhas de fuga mantêm o sujeito estranho à sua própria história e à história do outro. Estamos aqui, nesse caso, sob a influência das tendências patológicas das alianças inconscientes. (Kaës, 2014, p. 119).

Solange fala, em alguns momentos, que não vale a pena ficar mexendo no passado, que não resolve nada. Que ter falado sobre a perda do filho na última sessão em que veio só fez com que ela não pudesse cuidar direito das coisas e

peessoas que não tem nada a ver com o passado e que não merecem tê-la indisponível por algo que já foi. Refere-se sobretudo às filhas.

A experiência de Solange também nos permite pensar naquilo que Ferenczi (1931/1992) traz sobre as consequências do trauma para o sujeito. Segundo ele, para sobreviver ao trauma, o psiquismo passa por uma “autoclivagem narcísica”, também chamada de “autotomia”, que tem como produto uma parte sensível, brutalmente destruída e outra desafetada. Como uma lagartixa, que quando tem o corpo ameaçado por um golpe doloroso deixa seu rabo para trás, o sujeito deixa uma parte de si, traumatizada, para trás, como uma estratégia de sobrevivência. Solange repetiu algumas vezes a pergunta “o que que adianta falar?”, demonstrando o quanto é difícil, ainda, entrar em contato com esses aspectos tão dolorosos de sua experiência, até então no registro do “sei tudo mas nada sinto” (Ferenczi, 1931/1992).

No entanto, no decorrer da 13ª sessão, mesmo se perguntando do que adiantava falar, cada vez mais ela pôde compartilhar as emoções, sua fala foi ficando mais lenta e mais impregnada de afetos, chorou bastante.

Relatou que se desconectou das pessoas, do mundo, que antes ela não era assim. Nós dissemos a ela que não era para menos, afinal ela fora violentada e essa reclusão era compreensível. Então Solange falou do medo que ela tem de ser violenta, de devolver essa violência sofrida. Luciana e eu pensamos sobre o quanto ela reproduz, sem se dar conta, essa violência, o quanto ela transborda e não escuta, repetindo o gesto de seus pais, tamponando a vivência do sofrimento.

Isso nos remete a uma outra possível consequência do trauma, que é o da identificação com o agressor. Solange foi, ao longo do ano, uma das participantes do grupo que mais causou a sensação de estar depositando ali uma grande dose de agressividade por meio, especialmente, de seu transbordamento e de interrupções de outras falas. Seu jeito de estar presente é impossibilitando o aparecimento do negativo, apresentando sempre soluções e não deixando espaço para a dor.

Ao falar em identificação com o agressor, Ferenczi (1933/1992) mostra que o que houve, psiquicamente, foi uma *introjeção* do agressor. Nicolas Abraham e Maria Torok (1995), no entanto, fazem uma diferenciação importante entre introjeção e incorporação e localizam a identificação com o agressor no campo da incorporação. Se, em determinado momento, uma experiência se mostra impossível de ser introjetada pelo psiquismo, ou seja, se estamos diante de conteúdos impossíveis de

serem assimilados e incluídos na rede simbólica do sujeito, opera-se uma incorporação. Para Abraham e Torok, para que haja introjeção, a boca cheia de seio precisa experimentar o vazio – ser uma boca vazia –, para poder vir a ser uma boca cheia de palavras.

Aprender a preencher com palavras o vazio da boca é um primeiro paradigma da introjeção. Compreende-se que ela só pode se operar com a assistência constante de uma mãe que possua linguagem. Sua constância (...) é a garantia necessária da significação das palavras. Quando essa garantia é adquirida, mas apenas nesse caso, as palavras podem substituir a presença materna e dar lugar a novas introjeções. Primeiramente, a boca vazia, depois, a ausência dos objetos tornam-se palavras, finalmente, as experiências das próprias palavras se convertem em outras palavras. Assim, o vazio oral original terá encontrado remédio para todas as suas faltas por sua conversão em relação de linguagem com a comunidade falante. Introjetar um desejo, uma dor, uma situação, é fazê-los passar pela linguagem numa comunhão de bocas vazias (Abraham e Torok, 1995, p. 246).

Deste modo, quando há uma perda de objeto antes de ter sido finalizado o processo introjetivo, a ausência de palavras para dar conta da experiência, apaziguando o vazio, gera a necessidade da introdução de uma coisa imaginária. Estamos diante de uma recusa do luto do objeto perdido: “O artifício desesperado que consiste em encher a boca de um alimento ilusório terá por efeito suplementar – ilusório também – suprimir a ideia de uma lacuna a ser preenchida com a ajuda das palavras” (Abraham e Torok, 1995, p. 247).

Retomando o que foi dito anteriormente²⁰, diante de uma situação traumática, o sujeito pode regredir à fase oral, utilizando-se de um modo de satisfação arcaico para lidar com a perda. Isso pode ocorrer imediatamente após o trauma ou *a posteriori*. Na 13ª sessão, Solange conta que engordou depois da perda do filho:

Solange relata que, na época, era magra e muito assediada pelos homens. Depois que perdeu o filho, o assédio passou a ser algo muito ruim, muito doído. Por fora ela estava bonita, por dentro, dilacerada.

Em determinado momento, diante de seu questionamento sobre o que ajuda falar nisso agora, digo a ela que a novidade é poder falar sobre algo até agora impedido de ser dito. Solange chora quase até o final do grupo, um choro que parece conter também certo alívio de poder ser chorado. No final da sessão, agradece a Luciana e a mim.

²⁰ Ver página 29.

A percepção da existência do “pássaro azul” foi sendo possível ao longo das sessões, por meio das trocas ocorridas no aparelho psíquico grupal. Conforme o grupo foi ganhando corpo e o envelope psíquico grupal foi ficando menos nebuloso, foram sendo trazidas para o aqui e agora do grupo lembranças antes esquecidas ou desconectadas dos respectivos afetos. A cadeia associativa grupal teve um papel fundamental em diversas situações e a escuta de falas de outros membros do grupo – de um lugar simétrico, e não só assimétrico, como é o caso das psicanalistas – mostrou-se decisiva em muitos casos. Além de Solange, que conseguiu falar sobre a dor da perda de seu filho, depois que Mônica contou sobre o aborto que sofrera, Joana também viveu, no espaço psíquico comum e partilhado do grupo, uma experiência bastante intensa.

Na 17ª sessão (“Caixa de Pandora”), Joana trouxe uma situação traumática à qual somente tivera acesso depois de escutar uma fala de Samara em outra sessão.

Em determinado momento, Joana pergunta se Solange pensava na morte do filho com frequência, ou se era uma lembrança que ela teve por causa da terapia de grupo. Solange responde que pensa sobre isso às vezes, mas evita, para não ficar sofrendo. Então, Joana explica que, por causa de uma sessão em que Samara dissera ter lembrado, por conta do processo de terapia, de uma situação antes esquecida, ela ficara muito impactada com a possibilidade de a gente esquecer coisas muito sérias da infância. Diz que foi para casa pensando nisso, dizendo a si mesma que ela lembrava das coisas de sua infância. Isso fez com que ela recordasse algo muito difícil de falar. Joana chora, tem a voz entrecortada e diz, muito emocionada, que foi molestada pelo pai da melhor amiga.

Com muita dificuldade e dor, Joana fala que ficou muito triste e com muita raiva, pois ela passou a vida falando bem deste homem, dizia que adorava ele, que ele era o pai que ela queria ter, já que seu pai estava sempre nos bares bebendo. “enquanto meu pai estava lá no bar, bebendo, esse pai me levava pra casa”.

Joana diz que foi a primeira vez que ela lembrou disso, que nunca tinha lembrado, e que ficou muito mal, não só pelo abuso, mas por ter falado bem dele para as pessoas.

A ideia de incorporação apontada anteriormente pode servir para pensarmos o que se passou psiquicamente com Joana diante da situação de abuso: uma experiência inominável, impossível de ser posta em palavras, abre espaço para a constituição do que Abraham e Torok chamam de “cripta”, de maneira que a representação do objeto amado e perdido fica intacta ao ser clivada. Desse modo, o “pai que ela adorava e queria ter” ficou preservado no interior de uma cripta, intacto e bom. A lembrança do trauma obriga Joana a fazer o luto deste objeto incorporado:

Joana diz: “eu não entendo, eu não entendo! O que me dá mais raiva é como é que eu falei bem e defendi tanto esse cara! E gostava dele, idolatrava ele”.

Ao lembrar, Joana inaugura um movimento, mas ao falar, ao trazer para que o grupo testemunhe a violência sofrida, há a possibilidade de se viver a boca vazia para, então, viver a boca cheia de palavras. Podemos dizer que o grupo funciona como a “mãe que possui linguagem” (Abraham e Torok) e possibilita essa passagem. Lembrando Kaës, Joana é sujeito *no* e, sobretudo nesse momento, *do* grupo. Pela primeira vez, Joana traz uma hipótese a respeito de sua obesidade:

Diz que sempre criticou quem dizia que bastava querer emagrecer e ter força de vontade para conseguir perder peso, mas que agora se deu conta de que talvez ela não tenha querido ficar magra. Conta que engordou na adolescência (os abusos foram quando tinha por volta de nove, dez anos de idade), mas que sua mãe deu-lhe anfetamina até ela completar 21 anos. Manteve-se magra até essa idade e depois foi engordando até chegar ao peso de hoje.

Aponto que ambas estavam tendo que lidar agora com questões muito delicadas e difíceis que viveram quando estavam em momentos de muita vulnerabilidade: Solange sofrera uma violência quando estava muito vulnerável após a perda de um filho e Joana fora abusada quando era criança, vulnerável, enquanto seu pai ficava no bar. Digo que isso torna a violência mais violenta ainda, pois elas não tinham condições de fazer qualquer movimento.

Joana diz que ter lembrado dessa situação tão difícil tinha feito com que, pela primeira vez, entendesse porque se mantém gorda. Diz algo no sentido de que agora sabe porque está aqui, e saber o motivo talvez torne mais fácil sair deste lugar.

Essa ideia de que saber o motivo pode ser a saída do sintoma também foi trazida por Saulo. Tendo tido apenas uma breve experiência de terapia individual no passado, ele relatou que se sentia em um momento diferente do restante do grupo. Escutava que todas as outras pessoas pareciam de alguma maneira já saber qual angústia as fazia comer e que ele, ao contrário, nem tinha pensado que havia uma angústia por trás da vontade de comer. No decorrer das sessões em que ele esteve presente, no entanto, pudemos acompanhar seu movimento no sentido de ir se apropriando de aspectos antes desconhecidos.

Saulo sempre demonstrou compreensão e empatia com os outros membros do grupo. Não raro, sentíamos que ele parecia funcionar como coterapeuta, tamanha pertinência de suas colocações. No entanto, percebíamos que o que ele tinha de sensibilidade com o sofrimento psíquico dos outros não parecia funcionar tão bem com ele mesmo: sua percepção de si parecia limitar-se aos aspectos físicos

e à constatação de que havia uma angústia, não havendo possibilidade de conexão entre questões psíquicas e somáticas. Ele mesmo repetiu algumas vezes que sentia que as pessoas do grupo tinham um percurso em fazer terapia que ele não tinha, o que fazia com que se sentisse um pouco “atrasado” em algumas percepções.

Na 6ª sessão (“Dentro e fora”) Saulo falou que cala, que vive muito sozinho as coisas que estão sem solução (cometeu um ato falho: “as coisas que não tem solução”), que fica remoendo, não compartilha, não pede ajuda. Solange perguntou se ele não deixa de compartilhar por se sentir exposto, com receio de receber cobranças, julgamentos e ele assentiu, dizendo que nunca tinha pensado nisso, mas que fazia sentido. No início, havia dito que sempre sai com fome das sessões. Disse também que nunca havia feito terapia, então estava “vendo tudo isso – essa coisa de falta, de preencher, de angústias – pela primeira vez”, e que estava “tudo espalhado, estava se dando conta de que existe um caos”.

Na 11ª sessão (“Escutar e ser escutado”), Saulo disse que estava percebendo coisas que antes não percebia e que isso estava influenciando a forma com a qual comia (às vezes mais, às vezes menos). Na 20ª sessão (“O que não vira palavra vira sintoma”), Saulo pareceu trazer, pela primeira vez, alguma angústia.

A conversa gira em torno de medicamentos e diagnósticos, Ivone diz que tem vários e Saulo pergunta a ela se ela sabe quais são os motivos que a deixam angustiada, ao que ela responde ter muitos. Saulo diz que parece já ser alguma coisa saber os motivos, que ele não sabe, e isso é difícil. Fica um pouco em silêncio, aparenta estar triste. Diz, devagar, aos poucos, com a voz embargada, que sente que falta um objetivo. Fala que não sabe se objetivo é a palavra certa, mas que falta algo. Fala que gosta da vida que tem com sua mulher, da filha e que pensa: “ah, tá bom, mas qual é o objetivo? Ver minha filha crescer. Ok”. Saulo se emociona. “E só?”. Seus olhos enchem de lágrimas, sua voz fica embargada. Fico também emocionada, me dou conta de uma angústia grande ali posta, de uma solidão enorme. Ele se pergunta o que vai falar para sua mulher, como explicar o que sente, se nem ele mesmo sabe. Só deixaria ela mais preocupada.

Um dia, recentemente, ele bebeu muito e isso gerou uma conversa longa e importante com sua mulher. Saulo diz que pensou que devia aproveitar que estava alcoolizado para falar tudo que vem pensando desde que começou a vir ao grupo, “falei tudo. Consegui falar tudo”. Sua esposa o escutou e disse que estava do lado dele. Essa fala o tranquilizou, pois ele pensava que ela não estava do lado dele “e eu, gênio, nunca perguntei”. Saulo tenta nomear as coisas que ele foi dizendo para ela. O medo de morrer, desde que ele enfartou. Ele deveria ir ao médico, comer melhor, fazer esportes, e não está fazendo nada disso, só tomando medicação. A questão profissional, que o acompanha desde que resolveu ser artista e viver disso, está muito difícil. Retoma a questão dos esportes, contando que gostava

de jogar futebol. Depois do enfarte, teve que parar e fazer a reabilitação cardíaca, quando poderia voltar a jogar, machucou o joelho e teve que ficar 3 meses de repouso, depois quebrou o pé e, para finalizar uma sucessão de incidentes, sofreu um acidente de carro, junto com sua esposa e sua filha. Esse acidente, sério, teve como consequência uma cirurgia em sua esposa, que teve perfurações no intestino, e machucados em Saulo.

As situações relatadas por Saulo (enfarte e acidente de carro) parecem não ser reconhecidas por ele em sua dimensão traumática. A angústia que ele traz denuncia o impacto subjetivo que tiveram essas experiências, mas ele não se dá conta disso.

Luciana aponta que esses relatos vieram após a pergunta feita sobre o que o estaria fazendo sofrer. Saulo diz que não foi assim, que ele não sente isso. Fala que as pessoas costumam dizer que deve ter sido difícil para ele viver o enfarte e ver a mulher muito machucada no acidente, mas que ele não sente assim, pra ele foi ok. Nesse momento, eu faço uma intervenção retomando as falas do grupo: digo que eles estão falando de situações que são sim traumáticas, fisicamente (enfarte, acidente) e psiquicamente (me referindo também às falas anteriores de Joana e Ivone) e que os psiquismos reagem de maneiras diferentes para poder se proteger.

Depois, na 23ª sessão (“Turning point”), Joana havia dito que sempre pensara que a vida dela era ótima, que estava tudo bem e que não havia motivos para a tristeza que ela sentia. Até ter se lembrado, no grupo, do que aconteceu. Saulo não estava na sessão em que ela contara do abuso, mas essa fala de Joana gerou um silêncio que, depois de alguns minutos, Saulo interrompeu dizendo que estava tentando se lembrar de alguma coisa que poderia ter acontecido com ele. Disse que lembrar alguma coisa poderia ser um *turning point*, o que revela sua expectativa de encontrar um acontecimento traumático que justifique a angústia. O encontro seguinte foi o 24º (“Bombardeio”), sessão na qual Saulo trouxe para o grupo a vivência da crise de ansiedade que tivera na noite anterior e relatou ter clareza de que fora algo psicológico e não físico, por mais que tivesse sentido sensações corporais. Penso que a crise de ansiedade foi uma espécie de *turning point* que possibilitou a Saulo uma forma de entrar em contato com conteúdos psíquicos antes negados.

CAPÍTULO 5 – Digerindo (ou à guisa de conclusão)

“Toda história contada é um corpo que pode existir. É uma apropriação de si pela letra-marca de sua passagem pelo mundo. O ponto-final de quem conta nunca é fim, apenas principio”

(Eliane Brum, 2014, p. 111).

Ao longo dos capítulos desta dissertação foram construídas reflexões sobre os aspectos psíquicos que levam alguns sujeitos a apresentarem sobrepeso ou obesidade e sobre o acesso a eles em um dispositivo psicanalítico de grupo. Motivada pelo encontro, na prática clínica, com pacientes que apresentam uma relação de intenso sofrimento com seu corpo e com a alimentação, essa pesquisa buscou iluminar aspectos ainda pouco desenvolvidos no campo da psicanálise, procurando contribuir para o enfrentamento de alguns problemas e limites que observamos em muitos dos tratamentos oferecidos para a obesidade, o que gera ou reforça o sofrimento psíquico.

O que constatamos é que, dentre os tratamentos existentes, sejam eles cirúrgicos, medicamentosos, esportivos, nutricionais ou mesmo psicoterapêuticos, muitos não consideram a subjetividade e os fatores inconscientes que sustentam o sintoma da obesidade e, ao contrário, acabam reforçando um ideal de corpo que, muitas vezes, está pouco ou nada conectado ao desejo do próprio sujeito. Desse modo, a psicanálise, ao priorizar a escuta do sujeito e não a erradicação do sintoma, abre um caminho importante diante da constatação de que a obesidade não é somente causada e mantida por aspectos fisiológicos, comportamentais e ambientais.

Antes do início desta pesquisa, a experiência em uma clínica de emagrecimento, que oferecia um acompanhamento nutricional associado à participação em um grupo de psicoterapia, nos colocou diante de duas principais questões. A primeira diz respeito ao risco de desorganizações psíquicas de alguns pacientes, quando submetidos a dietas de alta restrição calórica, o que nos fez formular a pergunta: o emagrecimento é sempre a melhor indicação, em termos psíquicos? A segunda está relacionada à alta frequência em que observamos a dificuldade na manutenção do peso baixo por longo tempo, remetendo os pacientes a um ciclo repetitivo de emagrecimento e engorda, o que gera ou reforça o

sofrimento psíquico. Desta segunda questão, retemos a hipótese de que tais tratamentos não colocavam em trabalho importantes aspectos psíquicos subjacentes ao quadro.

Motivada por essas indagações, a constituição de um grupo psicanalítico de tratamento nos possibilitou observar e trabalhar aspectos singulares de cada um dos sujeitos ali presentes, sobretudo no que diz respeito às questões intersubjetivas – dimensão fundamental da constituição e do funcionamento de cada sujeito – que se reproduziam no grupo, o que nos permitiu refletir sobre uma teoria psicanalítica da obesidade com ênfase nos aspectos vinculares. A escuta para além do corpo pesado, obeso e compulsivo, aos poucos possibilitou o deslocamento de uma demanda de emagrecimento e de solução mágica para a construção de um espaço de análise.

No decorrer do processo analítico, a importância da relação com os primeiros objetos na constituição do sintoma da obesidade se fez cada vez mais clara, não só por meio da apresentação de sintomas e associações feitas pelos pacientes, mas também pela comunicação intersubjetiva inconsciente que se manifestou no aparelho psíquico grupal. Muitas vezes, como vimos, elementos pouco ou nada simbolizados vieram para o aqui e agora do grupo de maneira bruta, sendo sentidos no corpo pela dupla de analistas (e também pelo restante do grupo), demandando uma transformação a ser feita por meio de nossa função alfa e da função gama.

O comer se apresenta, para essas pessoas, como um agir que busca aliviar qualquer tensão interna com a qual o aparelho psíquico não tenha condições de lidar. A consideração das comunicações inconscientes que se dão na intersubjetividade mostrou-se fundamental para a compreensão desses sujeitos, uma vez que aspectos pouco ou nada simbolizados da mente estão na base da constituição do sintoma da obesidade, o que impede que determinados afetos e determinadas vivências sejam elaborados e apropriados pelo sujeito de forma a não precisarem ser atuados ou, nas palavras de McDougall (1983), agidos.

Dentre os afetos pouco ou nada elaborados que percebemos se reatualizarem no aqui e agora do grupo, a raiva se fez notar com especial frequência, seja por meio de atuações de membros do grupo, seja por sensações e sentimentos contratransferenciais vividos pela dupla de analistas. Ao longo do ano, foi recorrente observarmos uma dificuldade em dar destino à agressividade de outra maneira que não por meio do próprio corpo. Se faz marcante a fantasia de que o

objeto não resistiria aos ataques decorrentes da raiva, que muitas vezes nem chega a ser sentida. A ideia de “destruição de objeto”, de Winnicott (1975), nos ajuda a pensar essa vivência: no processo de constituição psíquica e de separação Eu-outro, é importante que o bebê possa experienciar a destruição do objeto subjetivo, isto é, de partes projetadas fora de si-mesmo, vivendo a experiência de que o objeto objetivo, real, não será destruído. A indestrutibilidade do objeto só é vivida como tal pelo bebê se não houver retaliação, desinvestimento, mudança de investimento e de atitude por parte do objeto. Como dissemos, ao discutir uma das sessões, ficar sozinho com a própria raiva é vivido como algo muito assustador.

Quando a relação entre o bebê e o ambiente (mãe, pai ou outros cuidadores) pôde ser suficientemente boa para que as sensações internas vividas pelo bebê pudessem ser nomeadas e acalmadas, os afetos podem ter um destino menos aterrorizador e ser incluídos nas relações de objeto subsequentes. O que observamos em nosso grupo foi a presença marcante, nas falas dos pacientes, de mães que tiveram dificuldade de nomear os sentimentos e as sensações de seus filhos, de desempenhar a função de mediação entre dentro e fora. Desse modo, alguns afetos são vividos psiquicamente como muito ameaçadores e são negados. Isso significa que a constituição psíquica, por meio do processo que depende do que Anzieu (1985/2000) chama de “Eu-pele”, tem uma marca específica nos casos de obesidade que acompanhamos no grupo e, estamos supondo, em boa parte dos casos de obesidade. Frágil, a função de mediação entre dentro e fora fica com contornos pouco claros, o que Sanahuja e Cuynet (2011a) chamaram de “Eu-pele nebuloso”.

É possível que transferencialmente tenhamos funcionado, Luciana e eu, como objeto primário, ajudando o grupo a ganhar corpo e contorno, suportando atravessar momentos nos quais o envelope psíquico grupal, ainda pouco constituído, não era suficiente para mediar dentro e fora, eu e outro, sensações físicas e sensações psíquicas. Além disso, a função de prótese que o grupo exerce, isto é, o empréstimo que cada sujeito faz ao outro e ao grupo, e que o grupo faz a cada sujeito, de recursos que faltam a cada um, mostrou-se fundamental para que lembranças esquecidas, traumas e pactos denegativos fossem colocados em movimento.

O grupo se mostrou importante não apenas como fonte de identificações possíveis, mas como um espaço continente que foi aos poucos criando condições de estabelecer uma mediação entre dentro e fora, criando um envelope psíquico

grupal que serve de referência para o envelope psíquico dos sujeitos membros do grupo. Os afetos negados, como a raiva, também puderam ganhar continência e contorno, o que abre caminho para sejam elaborados e ressignificados.

O descolamento da função de alimentação do ato de comer é algo que se fez marcante ao longo do processo do grupo e penso que foi sendo colocada no horizonte a possibilidade de se alimentar, isto é, de fazer uso da comida como alimento e não como uma forma de tamponar o vazio. Ao longo do ano, a quase inexistência de silêncios nas sessões, de espaços vazios, deu lugar à possibilidade de atravessarmos juntos momentos de silêncios, de negatividade, de ausência de solução ou de resposta. A boca preenchida por uma coisa imaginária, lembrando Abraham e Torok (1995), pôde, com o tempo, ser uma boca vazia, processo fundamental para a constituição de uma boca cheia de palavra.

O vazio da boca que chama em vão, para se preencher, falas introjetivas, torna-se novamente a boca ávida de alimento antes da fala: por não poder se nutrir das palavras trocadas com outrem, ela vai se introduzir, fantasisticamente, pessoa inteira ou parte dela, como única depositária do que não tem nome. (Abraham e Torok, 1995, p. 247).

O processo de esvaziar a boca para que ali pudesse caber palavra também pode ser pensado no próprio grupo enquanto corpo. O grupo teve início com 12 membros, funcionou, no primeiro semestre, com nove e no segundo semestre com quatro integrantes: penso que o grupo também foi se esvaziando para que pudesse se encher de palavras... Para ganhar corpo ele precisou se esvaziar. O envelope psíquico grupal, conforme foi se constituindo, pôde fazer sua função de mediação entre dentro e fora, suportando as saídas de alguns membros e as alternâncias de presenças e ausências de outros.

Notemos que, neste campo, uma psicanálise pós-freudiana se faz necessária, e conceitos como “função alfa” (Wilfred Bion), “terceiro analítico” (Thomas Ogden) e “aparelho psíquico grupal” (René Kaës) foram utilizados para que pudéssemos dar nome às experiências vividas no contexto grupal e fora dele, na análise da intertransferência e no grupo de orientação. Os elementos pouco simbolizados presentes em cada sujeito do grupo e/ou no aparelho psíquico grupal demandavam constantemente uma espécie de estômago ampliado, capaz de digerir, transformar e devolver ao grupo elementos alfa.

Como discutido no segundo capítulo, o dispositivo grupal é considerado um espaço especialmente potente para o aparecimento e a colocação em trabalho dos aspectos não-simbolizados da mente. No percurso deste grupo que acompanhamos, pudemos reconhecer esse processo e compreender alguns aspectos psíquicos da obesidade.

Já fiz muita terapia individual ao longo da vida, mas o fato de estar em grupo me fez perceber coisas muito importantes sobre mim. Achei interessante fazer em grupo, pois na individual ficava mais olhando para mim mesma, e no grupo vivi mais a experiência de olhar para fora.

Quando cheguei, meu objetivo era emagrecer, mas ao longo do processo fui descobrindo que a obesidade é uma consequência e não a causa dos problemas e das coisas da vida.

(Joana, na última sessão do grupo)

A fala de Joana de que no grupo olha mais para fora, ao mesmo tempo em que acabara de dizer que só ali pôde perceber coisas muito importantes dela mesma, traz uma particularidade da psicanálise de grupo: o funcionamento do aparelho psíquico grupal. O sujeito no grupo é também sujeito do grupo e as comunicações conscientes e inconscientes vivenciadas no espaço comum e partilhado ao mesmo tempo são criadas pelos sujeitos ali presentes e criam/transformam suas subjetividades.

Deste modo, este trabalho pode ser concluído apontando para uma hipótese metapsicológica importante: a de que a obesidade com a qual estamos lidando, ou seja, a oriunda do consumo excessivo de alimentos, assenta-se sobre falhas na capacidade de pensar e de formar símbolos relativos a experiências específicas muito intensas que remontam ao objeto primário e se reeditam em momentos posteriores da vida, gerando uma tentativa de apaziguar esse vazio por meio do preenchimento imediato com comida, que não suporta adiamentos ou frustrações.

Lembramos que a partir da leitura de Bion (1957/1991), podemos entender que todas as pessoas apresentam partes não-psicóticas e partes psicóticas da mente, sendo que essas últimas ora coexistem normalmente com os outros componentes do ego, ora podem impedir a capacidade de pensar e de formação de símbolos do sujeito. Apoiados nesta referência, entendemos que nossa hipótese é coerente com a perspectiva de que este tipo de obesidade e de sobrepeso podem, sim, se manifestar em diferentes tipos de subjetividade, como afirmamos ao longo do trabalho, enredando-se em configurações particulares entre fases distintas do

desenvolvimento psicosssexual. Pensamos que o que está em jogo é a existência de núcleos que ficaram como que encapsulados, sem acesso ao processo de simbolização necessário para a elaboração do atravessamento de situações geradoras de ansiedade persecutória.

Palavras finais

Os caminhos percorridos no desenvolvimento deste trabalho estão diretamente ligados à presença do terceiro analítico intersubjetivo a que se refere Ogden (1996). Minhas escolhas, conscientes e inconscientes, de quais aspectos do grupo e da teoria priorizar estão atravessadas pelas experiências vividas no e pelo grupo de psicanálise, na e pela dupla de analistas e no e pelo grupo de orientação. Desse modo, muitos elementos puderam ser introjetados, transformados e colocados neste texto, enquanto inúmeros outros ficaram de fora, como pensamentos em busca de um pensador (Bion).

O encerramento do grupo foi vivido com algumas manifestações de resistência: “devia ser proibido dar alta de análise” (Joana); “pensei que hoje vocês iam propor para a gente se encontrar mais uma vez” (Ivone); “O grupo não devia acabar” (Solange). A angústia de separação aponta a abertura de um vazio que, por um lado, pode acionar o mecanismo de preenchimento nos moldes do ato-sintoma, mas, por outro, pode colocar no horizonte a possibilidade de enchê-lo com palavras ou, retomando nossa epígrafe, de viver o ponto-final não como fim, mas como princípio.

Também não é tarefa fácil encerrar uma dissertação, pois precisamente aqui também o ponto final é o ponto inicial para novos estudos. A hipótese elaborada indica o grupo psicanalítico como dispositivo potente para o tratamento do sofrimento psíquico de casos de obesidade e sobrepeso (e não somente do sintoma). Isso demanda novas pesquisas, não só no sentido de refutação ou não desta hipótese, mas de precisá-la em diferentes campos. Terminamos este trabalho sugerindo o interesse de se pesquisar sobre o uso de objetos mediadores – e seus atributos –, juntamente com o dispositivo de grupo para o tratamento psicanalítico destes casos.

REFERÊNCIAS

- Abraham, N., & Torok, M. (1995). *A casca e o núcleo* (trad. Maria José Coracini). São Paulo, SP: *Escuta*.
- Agejas, E. (2007) Un sujeto parcialmente descentrado. *Psicoanálisis e Intersubjetividad*, n.2. Recuperado de: <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=175&idd=2>
- Aiello-fernandes, R., Ambrosio, F. F. e Vaisberg, T. M. J. A. (2012). O método psicanalítico como abordagem qualitativa: considerações preliminares. In: L. de L. P. Salomão & T. M. J. A. Vaisberg (Org.), *Anais da X Jornada Apoiar*.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Antunes, A. (2001). Paradeiro [gravado por Arnaldo Antunes, Carlinhos Brown e Marisa Monte]. In: *Paradeiro [CD]*. Salvador, BA: BMG.
- Antunes, A., Brito, S. & Fromer, M. (1987). Comida [gravado por Arnaldo Antunes et al.]. In: *Jesus não Tem Dentes no País dos Bangueiras [CD, cassete e vinil]*. Rio de Janeiro, RJ: WEA.
- Anzieu, D. (1993). *O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal* (2a ed.) São Paulo, SP: Ed. Casa do Psicólogo.
- Anzieu, D. (2000), *O Eu-pele* (2a ed). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo (Trabalho original publicado em 1985).
- Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação*. São Paulo, SP: Ed. Imago.
- Aulagnier, P. (1999). Nascimento de um corpo, origem de uma história. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2 (3), 9-45. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999003002>.
- Aulagnier P. (2003). *La violence de l'interprétation*, Paris, França: PUF (Trabalho original publicado em 1975).
- Ávila, L. A. (2006). A secreta simetria: grupo e corpo na compreensão psicanalítica. *Revista da SPAGESP*, 7(1), 17-27. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702006000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Bion, W. R. (1991). *Aprender com a experiência*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1957).
- Brasil (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - ciclos de vida: Brasil e grandes regiões*. Recuperado

de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>

- Brum, E. (2014). *Meus desacontecimentos: a história da minha vida com as palavras*. São Paulo, SP: LeYa.
- Brun, A. (2013). Construction du cadre-dispositif en situation individuelle ou groupale. In: A. Brun, B. Chouvier & R. Roussillon (Org.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp. 95-121). Paris: Dunod.
- Bukowski, C. (2009). *Textos autobiográficos* (P. Gonzaga, trad.). Porto Alegre, RS: L&PM.
- Castanho, P. (2015). Sobre o conceito de intertransferência (ou a contribuição de René Kaës para a problemática da contratransferência no trabalho em equipe). *Jornal de Psicanálise*, 48 (88), 111-120. Recuperado em 22 de março de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352015000100009&lng=pt&tlng=pt.
- Castanho, P. (2017) Um modelo psicanalítico para pensar e fazer grupos em instituições. In: M. Y. Okamoto & T. S. Emídio (Org.), *Perspectivas psicanalíticas atuais para o trabalho com grupos e família na Universidade* (pp. 88-101). Assis, SP: Cultura Acadêmica Editora.
- Castanho, P. (2018) *Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições*. São Paulo, SP: A-barca: clínica de grupo e instituição.
- Cerveny, C. M. O. (2000). *A Família como modelo: desconstruindo a patologia*. Campinas, SP: Livro Pleno.
- Corrao F. (1981). Struttura poliadica e funzione gamma. In: *Gruppo e Funzione Analitica*, II, 2, 25-32.
- Costa, J. F. (2004). *O vestígio e a aura*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Durski, .L M. & Safrá, G. (2016). O Eu-pele: contribuições de Didier Anzieu para a clínica da psicanálise. *Reverso*, 38(71), 107-113. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000100012&lng=pt&tlng=pt.
- Espíndola, C. R. & Blay, S. L. (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria RS*, 28 (3), 265-75.
- Ferenczi, S. (1992). Análises de crianças com adultos. In S. Ferenczi (1992), *Obras Completas* (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931).
- Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi (1992), *Obras Completas* (Vol. 4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933).

- Fernandes, M. H. (2003). *Corpo*. São Paulo, SP: Casa do psicólogo.
- Fernandes, M. H. (2007). *Transtornos Alimentares* (2a ed.). São Paulo, SP: Casa do psicólogo.
- Ferraz, F. C. (2011). A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. In: F. C. Ferraz, *Ensaio Psicanalítico*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, I. (2015). *Caderno de memórias coloniais*. Lisboa, Portugal: Caminho.
- Figueiredo, I. (2018a). *A gorda*. São Paulo, SP: Todavia.
- Figueiredo, I. (2018b). Obscena de tão lúcida (Comunicação pessoal). 16ª Festa Literária Internacional de Paraty. 28 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YbMi3MAoq8Y>
- Freud, S. (1997). O ego e o id. In S. Freud, *Edição brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19, pp. 13-83). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Artigo original publicado em 1923).
- Freud, S. (1997). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Edição brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 7, pp. 121-250). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Artigo original publicado em 1905).
- Freud, S. (2018). Análise Terminável e Interminável. In S. Freud, *Obras Completas de Sigmund Freud*. (P.C. Souza, trad., Vol. 19, pp. 274-326). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937).
- Fuks, M. P. (2015). Construindo a Complexidade. In: M. RAMOS, M. P. FUKS & cols (Org.), *Atendimento Psicanalítico da Anorexia e Bulimia*. São Paulo, SP: Zagodoni.
- Garcia-Roza, L. A. (2004). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- Gomes, C. (2019). #Gordofobia Médica. *Revista Cláudia*, 58(1), 106-110. São Paulo, SP: Abril. Jan/2019.
- Gurfinkel, D. (2011). *Adições*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Jeammet, P. (1999). A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: R. Urribarri (Org.), *Anorexia e bulimia* (pp. 20-49). São Paulo, SP: Escuta.
- Kaës, R. (2011). *Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo*. São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Kaës, R. (2014). *As alianças inconscientes*. São Paulo, SP: Ideias e Letras.

- Kaës, R. (2017). *O aparelho psíquico grupal*. São Paulo, SP: Ideias e Letras. (Trabalho original publicado em 1976)
- Kalil, F. (2010). A compulsão alimentar e suas implicações na clínica psicanalítica. In: A. P. Gonzaga & C. Weinberg, *Psicanálise de transtornos alimentares*. São Paulo, SP: Primavera Editorial.
- Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: M. Klein, *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1946).
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Magdaleno, J. R., Chaim, E. A., & Turato, E. R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1), 73-78. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000100013>.
- Marcelino, L. F., & Patrício, Z. M. (2011). A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4767-4776. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300025>
- McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1995). As múltiplas facetas de Eros. Uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana (P. H. B. Rondon, trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- McDougall, J. (2000). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise* (2a ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Mendonça, M. M. de (2008). As incidências da repetição no corpo, pela via da dor. *Psychê*, 12(23) Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382008000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Mezêncio, M. de S. (2004). Metodologia e pesquisa em psicanálise: uma questão. *Psicologia em revista*, 10(15), 104-113. Recuperado de: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/200>
- Mundim, E. R. (1996). Obesidade: Reflexões. *Revista Médica de Minas Gerais*. v. 6, n. 1, pp. 20-25, jan./mar.
- Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em psicanálise. *Revista Psicologia USP*, vol.15, nº.1-2, São Paulo, Jan./Jun.
- Ogden, T. (1996). *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Ogden, T. (2013). *Rêverie e interpretação: captando algo humano*. São Paulo, SP:

Escuta.

- Ogden, T. (2014). *Leituras criativas: Ensaio sobre obras analíticas seminais* (T. M. Zalcberg, trad.). São Paulo, SP: Escuta.
- Organização Mundial da Saúde (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1*. SÃO PAULO, SP: EDUSP. Recuperado de <https://books.google.com.br/books?id=PQhs3Rx4b-8C>
- Osmo, A. & Kupermann, D. (2012). Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi. *Psicologia em estudo*, 17(2), 329-339.
- Molin, E. C. (2013). *O terceiro tempo do trauma: Freud, Ferenczi e os desvios de um conceito* (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo) Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-24022014-112415/pt-br.php>
- Recalcati, M. (2007). Fame, sazieta e angoscia. *Kainos: Rivista on line di Critica filosofica*. Recuperado de: <http://www.kainos.it/numero7/ricerche/recalcati.html>
- Ribeiro, M. (2016). Uma reflexão conceitual entre identificação projetiva e *enactment*: O analista implicado. *Cadernos Psicanalíticos (CPRJ)*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 35, p. 11-28, jul./dez. 2016.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Rev. Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, IV, n. 2, Set, 2004.
- Sá-Carneiro, M. (1995). *Obra Completa*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Nova Aguilar.
- Sanahuja, M. A. (2011). *L'adolescence face à l'obésité: Traitement et accompagnement durant l'amaigrissement*. Besançon, França: Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Sanahuja, M. A. & Belot, R. (2014). Obésité chez l'adolescente et défaillance dans la construction du pare-excitation à l'épreuve du Rorschach. *Psychologie clinique et projective*, 20,(1), 247-277. doi:10.3917/pcp.020.0247.
- Sanahuja, M. & Cuynet, P. (2011a). L'image du corps chez l'adolescente obèse. *Perspectives Psy*, vol. 50(2), 117-127. Recuperado de: <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2011-2-page-117.htm>.
- Sanahuja, M. A. & Cuynet, P. (2011b). L'obésité, une transmission transgénérationnelle du corps familial. *Champ psy*, 60(2), 79-95. doi:10.3917/cpsy.060.0079.
- Sanahuja, M. & Cuynet, P. (2012). Groupe de parole spécifique pour adolescents obèses, en processus d'amaigrissement, placés en institution. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 59,(2), 151-164.

- Silva, J. (2018). Samba da utopia [Gravado por Jonathan Silva et al.]. In: *Samba da utopia [single]*. São Paulo, SP: selo independente.
- Spada, P. V. (2009). *Obesidade e sofrimento psíquico: realidade, conscientização e prevenção*. São Paulo, SP: Editora FAP-UNIFESP.
- Tavares, T. B., Nunes, S. M. & Santos, M. D. O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Rev Med Minas Gerais*, 20,3: 359-366.
- Urribarri, F. (2012). O pensamento clínico contemporâneo: uma visão histórica das mudanças no trabalho do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 46, n. 3, p. 47-64.
- Winnicott, D. W. (1975). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 121-132). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- World Health Organization (2016). *Fact sheet: obesity and overweight*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- Wulff, M. (2003). Sobre um interessante complexo sintomático oral. In: B. Brusset, C. Couvreur & A. Fine, (2003) *A bulimia* (pp. 59-79). São Paulo, SP: Escuta. (Trabalho original publicado em 1932)
- Zukerfeld, R. (1979). *Psicoterapia de la obesidad*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.

APÊNDICE

			Solange	Joana	Saulo	Ivone	Selma	Raquel	Samara	Isabella	Mônica	Carla	Claudia	Marcio	Nº presenças
1ª sessão	28 de fevereiro	Sobreviveremos?	✓	✓	F	✓	✓	✓	✓	✓	✓	F	N	✓	9
2ª sessão	07 de março	Transbordamento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	12
3ª sessão	14 de março	Ganhando corpo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	F	F	✓	✓	10
4ª sessão	21 de março	Desejos (Desejo/Deleto)	F	✓	✓	✓	✓	F	✓	F	✓	✓	F	F	7
5ª sessão	28 de março	Medo de ficar só	✓	✓	F	F	✓	F	F	F	✓	F	F	✓	5
6ª sessão	04 de abril	Dentro e fora	✓	F	✓	✓	✓	F	F	✓	F	F	F	F	5
7ª sessão	11 de abril	Esperar é uma barra (de chocolate)?	✓	✓	✓	✓	✓	F	✓	F	F	F	F	F	6
Intervalo															
8ª sessão	02 de maio	O Ovo ou a galinha?	F	F	F	F	✓	✓	F	F	✓	F	F	F	3
9ª sessão	09 de maio	Mágica	✓	✓	✓	F	F	✓	✓	F	✓	-	F	F	5
10ª sessão	16 de maio	"Mau-amor"	F	✓	✓	F	✓	✓	✓	F	✓	-	F	F	6
11ª sessão	23 de maio	Escutar e ser escutado	✓	✓	✓	F	✓	✓	✓	F	✓	-	F	F	7
Cancelada devido à crise dos combustíveis															
12ª sessão	06 de junho	Amanutenção	F	✓	F	F	F	F	✓	F	✓	-	-	-	3
13ª sessão	13 de junho	Greve USP - só Joana veio													
13ª sessão	20 de junho	Luto ou não luto	✓	F	✓	✓	F	F	F	F	✓	-	-	-	4
14ª sessão	27 de junho	Eu fico com essa dor	F	F	F	✓	✓	F	F	F	F	-	-	-	2
15ª sessão	04 de julho	Difícil fotografar o silêncio (M. de Barros)	F	✓	F	✓	F	F	F	✓	F	-	-	-	3
Férias															
16ª sessão	08 de agosto	Ausências	F	F	F	F	F	F	F	-	-	-	-	-	0
17ª sessão	15 de agosto	Caixa de Pandora	✓	✓	F	F	F	F	F	-	-	-	-	-	2
18ª sessão	22 de agosto	Vida Privada	✓	✓	F	✓	F	F	F	-	-	-	-	-	3
19ª sessão	29 de agosto	Empanturradas	✓	✓	✓	✓	✓	F	F	-	-	-	-	-	4
20ª sessão	05 de setembro	O que não vira palavra vira sintoma	F	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	3
21ª sessão	12 de setembro	Raíval	F	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	3
22ª sessão	19 de setembro	Conta-gotas	F	F	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	2
23ª sessão	26 de setembro	Turning point	F	✓	✓	F	-	-	-	-	-	-	-	-	2
24ª sessão	03 de outubro	Bombardeio	✓	F	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	3
25ª sessão	10 de outubro	Sobreviventes	F	✓	✓	F	-	-	-	-	-	-	-	-	2
26ª sessão	17 de outubro	Separações	F	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	3
27ª sessão	24 de outubro	Ausências	F	F	F	F	-	-	-	-	-	-	-	-	0
28ª sessão	31 de outubro	Conversa de surdos	✓	✓	✓	F	-	-	-	-	-	-	-	-	3
29ª sessão	07 de novembro	La ira es un regalo	F	F	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	2
30ª sessão	14 de novembro	Expectativas	F	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	3
31ª sessão	21 de novembro	Hay que endurecer, pero sin perder la ternura jamás	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	4
			Frequência no ano												
			15	23	21	19	11	7	9	5	9	2	2	4	

ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr.(a),

Sou Juliana Ferreira Santos Farah, psicóloga, psicanalista e aluna de mestrado do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Trabalho há muitos anos com grupos e com sofrimentos relacionados à alimentação e ao corpo. Gostaria de convidá-lo(a) para participar do grupo de tratamento e pesquisa que será realizado como parte do meu trabalho de mestrado “A psicanálise de grupo como dispositivo no tratamento de pacientes com queixas em relação a sobrepeso e obesidade”.

Para os objetivos deste trabalho utilizarei o método psicanalítico, que tem como princípio a simultaneidade do tratamento e da investigação, ou seja, segundo o qual intervenção e pesquisa caminham juntas. Pretendo, com isso, contribuir para a compreensão e para o tratamento das questões ligadas aos hábitos alimentares que podem levar ao sobrepeso e à obesidade.

O método específico consistirá na realização de um grupo terapêutico de abordagem psicanalítica, no qual terei a função de terapeuta, sendo acompanhada de uma coterapeuta a Luciana Menin Lafraia. O objetivo principal do grupo é o de tratamento no sentido psicanalítico, ou seja, privilegiando a escuta dos membros do grupo, buscando compreender não o sintoma em si, mas o significado deste para cada um.

Cabe ressaltar que, como todo processo psicoterapêutico, existe o risco de que surja algum desconforto, bem como formas de exposição e/ou conflitos com o grupo. Compreende-se que estes fazem parte da metodologia de trabalho, de maneira que o manejo destas situações será feito dentro do espaço e lógica dos grupos de psicoterapia. Caso haja a necessidade, coloco-me à disposição para conversar sobre dificuldades nesse processo de trabalho.

Enfatizo que a participação nesta pesquisa é voluntária, por isso, é importante que saiba que você pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento. Desta maneira, comprometo-me a encaminhá-lo (a) para atendimento na Clínica Psicológica Durval Marcondes ou outro tipo de auxílio, caso seja identificada a demanda. Da mesma forma, após o término da pesquisa você poderá, caso deseje, seguir em atendimento psicoterapêutico regular na Clínica Psicológica Durval Marcondes.

Como toda pesquisa científica, é importante que esta seja divulgada. Assim, os dados parciais e finais obtidos nesta pesquisa serão publicados e poderão ser apresentados em eventos científicos. Nestes casos utilizaremos nomes fictícios e/ou outras alterações que se

fizerem necessárias para que não seja possível identificar nenhum dos participantes do grupo nem tampouco pessoas ou instituições mencionadas por vocês.

Como sou a responsável por esta pesquisa, em caso de dúvidas, você pode me contatar diretamente. Pode fazê-lo através de meu celular (11) 99357-3580 ou pelo e-mail julianafarahpsico@gmail.com. Este estudo tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), que você também pode contatar diretamente pelo telefone (11) 3091-4182, pelo e-mail, ceph.ip@usp.br ou presencialmente no endereço Av. Professor Mello Moraes, 1721, Bloco G, 2º andar, sala 27 – São Paulo – SP, Butantã, Cidade Universitária – CEP : 05508-030. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Este termo de consentimento livre e esclarecido está sendo fornecido em duas vias exatamente iguais. Uma ficará com o(a) senhor(a) e outra comigo. Além disso, este deve ser rubricado pelo participante e por mim em todas as suas páginas.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa “A psicanálise de grupo como dispositivo no tratamento de pacientes com queixas em relação aos excessos nas condutas alimentares” nas condições consentidas.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador