

As relações precoces e a obesidade: uma teoria para todos?

Early age relations and obesity: one theory for everyone?

Júlia Jochims Schneider¹

Angela Maria Marques Girardi²

Resumo: Partindo da crescente procura de atendimento psicoterápico por pacientes obesos mórbidos na clínica da autora e tendo em vista a complexidade desses casos, o presente trabalho busca realizar uma reflexão acerca da necessidade ou não de ampliação dos vértices teóricos envolvidos nessa prática. Para tanto foi realizada uma breve revisão bibliográfica sob quatro enfoques: teoria do desenvolvimento da libido, teoria psicossomática, aspectos narcísicos e edipianos. Buscou-se contemplar autores como Freud, Abraham, Melanie Klein, Mahler, Winnicott, Joyce McDougall, John Steiner, entre outros, não sendo objetivo do presente estudo esgotar todas as contribuições psicanalíticas. Posteriormente, são apresentados dois casos clínicos, sob forma de vinhetas, de mulheres adultas que estão em acompanhamento psicoterápico com a autora. A partir disso, são formuladas algumas articulações teórico-clínicas. O estudo conclui que a ampliação dos olhares teóricos envolvidos nesses atendimentos vem a contribuir para uma melhor compreensão dos casos bem como possibilita um maior conhecimento das alternativas técnicas disponíveis.

Palavras-chave: obesidade; psicossomática; Complexo de Édipo; teoria libidinal.

Abstract: Due to the increasing demand for psychotherapy by morbid obese patients in the author's clinic, the present study aims to reflect whether it is necessary to widen the theoretic bases involved in this practice. In order to accomplish that, a brief literature review was made based on four aspects: constitutional aspects, psychosomatic's contribution, narcissistic characteristics and oedipal conflict. We tried to cover authors such as Freud, Melanie Klein, Mahler, Winnicott, Joyce McDougall, John Steiner, among others, not being the aim of this study to exhaust all the psychoanalytic contributions. After that, we present in vignettes two clinic cases of adult women who are under psychotherapy with the author. Based on these cases it is possible to articulate clinic and theory. This study concludes that the widening of theoretical views in these kind of cases contributes to a better comprehension and enables other alternative techniques.

Keywords: obesity; psychosomatic; Oedipus complex; libidinal theory.

¹ Psicóloga, mestre em Ciências Médicas pela UFRGS, Especialista em Teoria Psicanalítica pelo ICPT.

² Psicóloga, Psicanalista pelo CEPdePA, Especialista em Psicologia Clínica pelo CFP

Endereço para correspondência: Av Getúlio Vargas 901/1202 – Porto Alegre/RS jujsch@gmail.com

Introdução

Atualmente, observa-se um aumento nos casos de obesidade em todas as populações, independente de cultura e de condições financeiras. Na clínica psicanalítica, tais fatos se apresentam como uma nova forma de demanda, o que vem a motivar o aprofundamento da compreensão desses fenômenos e dos indivíduos nele envolvidos.

A autora do presente estudo desenvolve há alguns anos um trabalho de avaliação de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Alguns desses sujeitos iniciam um processo de psicoterapia de orientação analítica com o objetivo de prepará-los para o procedimento e/ou acompanhá-los após a intervenção.

Os pacientes com obesidade mórbida constituem um desafio para a prática clínica, pois nos confrontam com um funcionamento psíquico permeado de diferentes demandas, sendo muitos dos casos considerados de difícil acesso. Ao longo destes atendimentos, percebe-se não ser possível pensá-los apenas pela ótica da teoria libidinal ou da psicossomática. Outros vértices de escuta são necessários para ampliar a abordagem clínica para além desse sintoma, de modo a não reduzir o psiquismo desses pacientes à própria obesidade.

O presente trabalho desenvolve aspectos teóricos com posterior discussão clínica acerca dos seguintes olhares: teoria libidinal, psicossomática, narcísicos e edípicos, para então refletirmos se essa ampliação realmente auxilia a prática clínica.

Alguns autores consideram a obesidade uma epidemia, tendo em vista seu aumento em quase todos os países. Estima-se que na população mundial 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres apresentem obesidade (Nunes, 2006). No Brasil, 3 % da população geral apresenta o quadro mais severo da doença: a obesidade mórbida.

A obesidade é descrita na literatura como uma doença multifatorial, uma vez que estão envolvidos fatores genéticos, ambientais, psicológicos, psicossociais e culturais

Artigos

(Nunes, 2006). Para Braguinsky (2009), é bastante difícil darmos uma definição precisa da obesidade, uma vez que essa é uma entidade bastante heterogênea. Em termos de classificação nosológica, é importante salientar que a obesidade não é considerada uma patologia psiquiátrica, uma vez que está intensamente ligada a causas orgânicas. No entanto, é sabido que há uma forte associação dessa patologia com fatores emocionais, principalmente os de ordem psicossomática (Mattos, 2007). Dentre os transtornos mais frequentemente associados à obesidade estão descritos o comer compulsivo, a depressão e a ansiedade (Kahtarian, 1992).

A hipótese de existência de um padrão específico de personalidade do obeso não pode até o momento ser demonstrada. O que tem sido observado é o fato de existir uma maior frequência de alterações psicológicas em pessoas com obesidade do que em pessoas que não possuem obesidade. No estudo da personalidade de pacientes obesos observa-se uma estruturação desarmônica, produto de falhas no desenvolvimento precoce. Na clínica, essas falhas se manifestam na dificuldade de controle dos impulsos, dificuldade de identificação de suas emoções, baixa autoestima por uma super exigência de ideais superegoicos, permanente sensação de vazio e temor de ser abandonado (Rovira, 2009).

Uma compreensão através da teoria da libido: um olhar para o constitucional

As primeiras descobertas freudianas

Entendendo a sexualidade como um conceito amplo e que inclui muitas atividades não necessariamente relacionadas com os órgãos genitais, Freud (1905) identifica a fase oral como a primeira no desenvolvimento libidinal, considerando-a autoerótica, visto ser o próprio corpo o objeto de prazer da criança. Em um estágio primitivo, a satisfação da necessidade de nutrição e a satisfação da zona erógena não podem ser separadas uma da outra, sendo que a atividade de nutrição serve como modelo de como se estabelece a relação entre o bebê e sua mãe. É desta forma que se inicia o estabelecimento de uma relação com o mundo através da incorporação, sendo esta a matriz da introjeção e da identificação.

Dependendo de fatores constitucionais, isto é, a força do componente pulsional parcial em relação ao objeto e a viscosidade da libido, bem como de fatores ambientais (constelação familiar, traumas), poderão ocorrer fixações e/ou regressões aos estágios de

Artigos

desenvolvimento libidinal (Freud, 1917).

Em 1920, Freud apresenta importantes subsídios para a compreensão da compulsão à repetição, conceito este situado no centro de seu trabalho acerca do dualismo pulsional (pulsões de vida *versus* pulsão de morte).

As ampliações de Karl Abraham

Pode-se considerar que tenha sido Karl Abraham (1916, 1924) quem estudou mais profundamente a teoria da evolução da libido e suas evidências na formação do caráter. Foi ele quem introduziu pela primeira vez os termos pré-genital e canibalesco, além de ter estabelecido importantes relações entre o erotismo oral e os distúrbios alimentares, o alcoolismo e a drogadição. Outra importante contribuição foi propor a existência de duas subetapas dentro da fase oral: a fase oral primitiva (sucção), correspondendo ao autoerotismo, à ausência de objeto e à indiferenciação entre eu e não eu, e a fase oral posterior (canibalesca) caracterizada pelo narcisismo, pela incorporação total do objeto e pela ambivalência. Na primeira fase, a criança ainda não possui sentimentos de ódio nem de amor, o que difere da segunda, na qual os impulsos sádicos entram em ação, desejando destruir seu objeto devorando-o.

A passagem por esse estágio pode ser vivenciada de maneira satisfatória ou não. Pode ocorrer que o bebê abandone esta passagem com dificuldades que podem ocorrer em função de sua necessidade não ter sido totalmente satisfeita ou excessivamente satisfeita. Para Abraham (1924), é neste momento em que irá se constituir a forma mais primitiva de sadismo que irá carregar marcas na formação do caráter. “Na prática, tal perturbação do desenvolvimento do caráter se expressa em pronunciadas características de hostilidade e antipatia e explica a presença da inveja anormalmente exagerada que é tão comum.” (Abraham, 1924, p. 166).

Como as marcas de um estágio irão se fazer presentes em resquícios no estágio seguinte, a fase anal irá ser vivenciada sob as ruínas do erotismo oral. Além disso, clinicamente, pessoas fixadas nesse estágio podem vir a ser dominadas pela crença de que sempre existirá alguém, um representante da mãe, para lhe tomar conta e lhes dar tudo de que necessitam, estando, desse modo, condenadas à inatividade (Abraham, 1924).

Ainda com relação às implicações da fase oral, o autor cita o apetite mórbido e

Artigos

intenso por comida como inclinação a diversas perversões orais. Ele enfatiza que a curiosidade e o prazer em observar podem ser considerados um deslocamento do prazer infantil de chupar para a esfera intelectual.

Contribuições de Melanie Klein à relação mãe-bebê

Embora tenha iniciado seus estudos a partir de Freud e Abraham, Melanie Klein, ao longo de seu trabalho com crianças, foi percebendo que as fases libidinais não ocorriam em ordem sequencial e que muitas vezes havia até uma sobreposição entre elas. Foi assim que surgiu o termo posição (Klein, 1935) para definir um processo muito mais flexível, enquanto os termos oral, anal e genital passaram a referir-se a tipos de moções pulsionais e não a estágios de desenvolvimento. A inclusão das contribuições da autora neste tópico se faz tendo em vista a ênfase nos aspectos constitucionais e a importância conferida às primeiras relações do bebê com a mãe.

Adotando a teoria da pulsão de morte de Freud e deixando de considerá-la silenciosa, Klein (1932) propõe que o sadismo deixe de ser visto como componente da libido e passe a ser considerado como uma pulsão separada e presente desde o nascimento. A vida de fantasia sádica da criança passa a ser vista como uma manifestação clínica dessa pulsão, de acordo com relato de Hinshelwood (1992).

Klein (1952) explicita que a atitude inicial do bebê em relação ao alimento pode ir de uma aparente ausência de voracidade até uma grande avidez, sendo que esta voracidade surge quando são reforçados os impulsos agressivos em detrimento dos libidinais. A ansiedade persecutória poderá também incrementar a voracidade ou inibi-la e, sendo esta voracidade inerente aos primeiros desejos dirigidos ao seio, sua influência será vital na relação com a mãe. A maneira como a mãe amamenta e manuseia seu bebê é alvo de atenção no artigo citado, no qual o papel da mãe é destacado no sentido de reduzir ou aumentar esta ansiedade.

O nascimento psicológico do indivíduo, por Margaret Mahler

Dedicada aos estudos da psicose e do autismo, Mahler, com influências em seu trabalho tanto de Klein, como de Winnicott, mas identificada de forma mais marcada com

Artigos

a corrente annafreudiana, propôs o nascimento psicológico do indivíduo ocorrendo a partir do processo de separação-individuação no início de seu desenvolvimento. Segundo a autora, normalmente, a criança adquire um funcionamento autônomo, na presença da mãe com disponibilidade emocional.

Partindo da fase autística normal, onde o objetivo do bebê é a aquisição do equilíbrio homeostático, segue-se a fase de simbiose normal, onde o bebê se comporta e funciona como se ele e a mãe fossem um sistema onipotente (Mahler, 1986).

A característica essencial da simbiose é a fusão somatopsíquica onipotente alucinatória ou delirante, com a representação da mãe, e em particular, o delírio de uma fronteira comum entre dois indivíduos psiquicamente separados. Esse é o mecanismo para o qual regride nos casos mais severos de distúrbio da individuação e desorganização psicótica (MAHLER, 1986, p.63).

Para Mahler (1986), essas duas fases iniciais são essenciais para o estabelecimento normal do processo de separação-individuação, que compreende quatro subfases e culmina no momento em que a criança já percebe a mãe como outra pessoa, separada e pertencente ao mundo externo, havendo a representação interna da mãe, o que possibilita o interesse pelo contato com outras pessoas.

Uma visão psicossomática

Seguindo uma linha de pensamento bastante original, Winnicott (1949) considera que a existência humana é essencialmente psicossomática. Corpo e psique são intimamente interligados e tendem à integração. Contudo, sempre sobra algo do corpo físico que não chega a ser integrado e que, sobretudo quando se anuncia doente, revela sua autonomia e opacidade, algo que escapa à onipotência do indivíduo e que não pode ser inteiramente abrangido pelo trabalho da psique (Dias, 2003, p. 113).

Para Winnicott (Pedrozo,1995), não deveríamos falar de Teoria Psicossomática, mas sim de Teorias Psicossomáticas, uma vez que nenhuma área de desenvolvimento da personalidade pode escapar ao distúrbio psicossomático. Tal entendimento advém da compreensão de que quando a inter-relação psique-soma não se realiza de forma satisfatória, o corpo passa a possuir um registro mental, mas não uma integração no *self*. Ocorre então, um distanciamento entre psique e corpo.

Artigos

A partir da análise de sua clínica e tendo como referência os conceitos de pensamento operatório e alexitimia da escola de Paris, Joyce McDougall (1996) repensa seus casos clínicos e encontra outros entendimentos possíveis, oportunizando uma escuta diferenciada: a escuta do corpo.

Do ponto de vista conceitual, Rocha (1991) aludindo aos teóricos parisienses, refere que o pensamento operatório corresponderia a uma pobreza de investimentos libidinais e ausência de reações afetivas diante de acontecimentos traumáticos. Essa seria uma forma de pensar na qual há uma pobreza da vida fantasmática e afetiva, com bloqueios na capacidade de representar ou elaborar as demandas pulsionais que o corpo dirige à psique.

Para esse grupo de estudos da psicossomática, o inconsciente desses pacientes não se expressa pelas representações. Diferente da neurose, não há repressão. Diferente da psicose, não há forclusão. Os pacientes somatizadores usam o pensamento operatório, ou seja, superinvestem libidinalmente tudo aquilo que existe de concreto, principalmente seus sintomas corporais (Marty, 1995). Neste sentido, é possível estabelecer alguma correlação entre os sintomas psicossomáticos e o que Freud (1895) denominou como neuroses atuais, cuja origem estaria na ausência ou inadequação da satisfação sexual e não em conflitos infantis. Sua origem, portanto, estaria no presente e seus sintomas não teriam uma expressão simbólica. A incapacidade de dar nome aos seus estados afetivos foi então denominada alexitimia. Esta terminologia significa a “ausência de palavras para nomear emoções” (Silva, 1992). O soma aparece, então, como a única alternativa possível de representação afetiva.

McDougall (1996) confirma tais evidências em sua clínica, porém lança a constatação de que esses fenômenos teriam acima de tudo uma função defensiva. Isso nos conduz a um período de desenvolvimento no qual a distinção entre sujeito e objeto ainda não é estável e pode despertar angústia. Para a autora, essa regressão explicaria o fato de que as mensagens enviadas pelo corpo ao psiquismo, ou inversamente, eram inscritas psiquicamente sem representação de palavras, como no início da infância. Dessa forma, no que tange à capacidade de vivenciar sentimentos profundos, os pacientes psicossomáticos adotam o mecanismo de pulverizar os mesmos. Ou seja, o corpo é utilizado como única saída possível de descarga.

Como forma de evitar o uso de um termo para definição de uma doença ou categoria, McDougall (1996) propõe o termo desafetação, remetendo a um discurso

Artigos

qualificado como *palavra desafetada*, ou seja, quando as palavras não possuem sua função primordial de ligação pulsional, existindo apenas como estruturas congeladas, esvaziadas de substância e de significação. O que se observa é uma economia psíquica, na qual os vínculos afetivos se fazem ausentes tanto consigo mesmo como com o “outro”.

No que diz respeito às raízes das características psicossomáticas, existe um consenso acerca de sua origem estar situada na primeira infância. Acredita-se que houve um prejuízo nas primeiras experiências somáticas intensas nos primeiros anos de vida, quando a criança não consegue vivenciar seu corpo ou o da mãe senão como unidade indivisível. (Mcdougal, 1996). Cabe aqui retomar os conceitos de Mahler (1996), uma vez que a autora propõe que o nascimento psicológico do indivíduo se inaugure em uma fase autística normal, onde o bebê e a mãe pertencem a uma única unidade, evoluindo, gradativamente, até o estágio de separação-individuação.

Desta forma, o referido grupo de pacientes, parece ter estabelecido uma relação mãe-criança em um nível fusional, no qual a criança, e posteriormente o adulto, não consegue fazer distinção entre si mesmo e o objeto. Evidencia-se uma clivagem entre psique e soma, dentro da qual o paciente não percebe suas emoções em situações angustiantes. Em uma passagem de sua obra, McDougall refere que tal clivagem “faz com que o indivíduo ignore os sinais de sofrimento de seu corpo e não chegue a ouvir os sinais de sofrimento em sua mente” (1996, p.51)

Discutindo aspectos da figura materna, McDougall (1996) afirma que a mãe estaria presa a sua angústia e sofrimento interno, não estando capaz de interpretar e observar gestos, queixas e sensações da criança, ou ainda violentando a criança com suas próprias necessidades. O cenário que se estabelece entre mãe e filho é de pouco espaço potencial, o que na vida adulta fará com que o indivíduo tenha dificuldades em organizar a própria realidade psíquica para se proteger em situações angustiantes. Não há uma representação interna da mãe como um objeto introjetado capaz de dispensar cuidados. É preciso ainda acrescentar a esta configuração uma imagem paterna deteriorada ou mesmo totalmente ausente tanto no mundo simbólico da mãe como no da criança.

Seguindo as ideias da autora, podemos pensar em falhas existentes no espaço transicional, onde o sujeito não conseguiu criar uma capacidade de evocar os objetos de uma forma interna. Traçando um paralelo em relação às adições, e aí podemos incluir a obesidade mórbida, o sujeito passa incessantemente utilizando-se de um objeto concreto,

Artigos

real, externo para tentar apaziguar seu espírito (Fine, 2003).

Para McDougall (Fine, 2003) essa também seria uma tentativa “psicossomática” de superar a dor mental. A autora propõe que essa é uma solução que precisa ser repetida indefinidamente, o que absorve energia do aparelho psíquico e diminui suas capacidades. Desse modo, as adições atuam como forma de escravidão, na qual existe uma luta desigual do sujeito consigo mesmo uma vez que o objeto, para atenuar os estados afetivos intoleráveis, é ao mesmo tempo bom e perseguidor, ameaçador. No dizer do psicanalista Fenichel (Kahtarian, 1992) o comer contínuo seria uma adição sem droga, uma toxicofilia do tipo do alcoolismo e das drogas.

Estamos diante de uma problemática que paira sob a angústia de perda do objeto, ou ainda da própria vida. Estamos mais próximos de estados psicóticos, diante de uma confusão inconsciente a propósito da representação do corpo como continente, onde existem fantasias de fusão corporal, com temor da perda da identidade (Mcdougal, 1996).

Traçando um paralelo com a realidade dos pacientes obesos, Strada (2009), afirma que diante da dificuldade de discriminar as sensações corporais, os pacientes simplesmente comem não fazendo diferença entre necessidade e fome emocional.

No atendimento de pacientes obesos adultos, observa-se uma baixa capacidade de identificar suas percepções internas. Bruch (apud Rovira, 2009) pontua que os sujeitos com obesidade não conseguem diferenciar fome de saciedade a ponto de ter que recorrer a sensações externas que indiquem quando comer e quando deixar de comer. A autora acredita que tais dificuldades estariam associadas às relações precoces de mãe e filho, nas quais a mãe, por dificuldade de decodificar a linguagem do bebê, apresenta respostas estereotipadas a cada solicitação de seu filho, dando, por exemplo, de comer quando o filho tem fome, sono, frio, necessidade de limpeza indiscriminadamente.

Discutindo acerca das dificuldades no *setting* terapêutico, McDougall (1996) propõe que em muitos momentos nos deparamos com defesas oriundas da pulsão de morte. As intervenções do terapeuta ou conquistas da dupla terapeuta-paciente rapidamente perdem sentido e capacidade de apropriação das associações, o que pode ser visto como uma forma de lutar contra uma impressão de perigo iminente, quem sabe até mortal, provocado pela mudança ou pela própria ideia de mudança.

Comumente nos deparamos com o fato de que muitos pacientes com

Artigos

características psicossomáticas apresentam uma total incapacidade de acreditar que possam ser ajudados, preferindo destruir qualquer oferta de auxílio a terem que mergulhar novamente nas experiências traumáticas do início da infância. São frequentes *acting-outs* como uma sabotagem inconsciente que está a serviço de dissimular um terror da análise, do analista e do próprio processo (Mcdougall, 1996). Esses aspectos serão novamente analisados nas referências acerca do narcisismo no presente trabalho.

Podemos pensar que em muitos momentos, ou talvez a maior parte do tempo, estamos diante do que se denomina como impasses terapêuticos. Em certas circunstâncias podemos vir a vivenciar o mais acentuado deles, a reação terapêutica negativa (Mcdougall, 1996), que nos coloca diante da realidade psíquica do próprio paciente psicossomático, ou seja, a ideia de que não há o que possamos fazer por eles, uma vez que não podemos acessá-los.

Diante deste árido terreno, o que nos resta enquanto terapeutas? Rocha (1991), aludindo textos de McDougall, discute acerca da necessidade do terapeuta vivenciar uma relação do modo como a vida psíquica é constituída no seu início, ou seja, em um universo pré-simbólico, no qual é a mãe que em primeiro lugar deve assumir a função de aparelho para pensar para a criança. Abre-se assim a possibilidade de assistir o nascimento da capacidade de conter o afeto e elaborá-lo, bem como do início da capacidade de imaginar, sem que o sujeito seja transbordado de angústia.

Referindo a teoria winnicotiana, Pedrozo (1995) propõe que “tal qual a mãe delicada e preocupada com os cuidados do bebê, o analista promove a personalização através da compreensão e interpretação dos aspectos da relação mãe-bebê trazidos para a relação transferencial” (p. 94).

Um olhar sobre os aspectos narcísicos

Dentro de uma perspectiva kleiniana, o vínculo narcisista faz referência ao objeto idealizado ou persecutório. Seguindo esta linha, Rosenfeld (1991) propõe que nas relações objetais do tipo narcísico as defesas atuam contra qualquer reconhecimento do sentimento de existir separado, uma vez que existir separado suscitaria a dependência de um objeto, levando à ansiedade. Uma vez que a dependência de um objeto implica amor e reconhecimento de seu valor, temos também a ansiedade e a dor derivadas de inevitáveis

Artigos

frustrações.

Pacientes com marcadas características narcísicas comumente vivenciam intensos sentimentos de inveja. De acordo com Beth Joseph (1992), a inveja é parecida com a voracidade, porém, a pessoa voraz quer obter algo para si, não se importando com o custo disto para o outro; já a pessoa invejosa quer tirar algo do outro. A inveja envolve uma qualidade espoliadora, ou pelo menos hostilidade para com as capacidades do outro. Cabe aqui salientar que a hostilidade pode ser tanto com os objetos externos como com os internos. Uma evidência deste sentimento intenso de inveja é observada nas pessoas que não toleram o sucesso do outro assim como indivíduos que "não podem tolerar que algo de bom seja lhe dado por outra pessoa" (p.187). Para Rosenfeld (1991), "na transferência isso se manifesta na necessidade do paciente desvalorizar o trabalho analítico que achou útil" (p. 248).

Entre os pontos complexos acerca da técnica psicanalítica com pacientes obesos mórbidos, podemos refletir sobre a teoria dos refúgios psíquicos proposta por Steiner (1997). Para o autor, o refúgio psíquico fornece ao paciente uma relativa tranquilidade e proteção contra as tensões quando o contato com o analista é sentido como ameaça. No entanto, tal retraimento, normal em um processo psicoterápico, se utilizado de forma excessiva ou indiscriminada acaba acarretando obstáculos ao desenvolvimento do crescimento. Tal mecanismo é comumente encontrado em análises de pacientes fronteirços e psicóticos.

Seguindo o desenvolvimento teórico proposto por Steiner (1997), o refúgio psíquico faz parte de um tipo especial de sistema de defesas por meio do qual o paciente espera evitar uma ansiedade intolerável, não permitindo ou dificultando o contato com outras pessoas e com a realidade. Tal sistema defensivo é denominado de "organização patológica da personalidade".

A vivência de isolamento, estagnação, retraimento parece ser vivida por alguns pacientes de forma angustiante. Entretanto, outros aceitam essa situação com resignação, de forma que é o analista quem acaba por vivenciar com o desespero associado ao fracasso em estabelecer contato. "Seja idealizado ou persecutório, o paciente agarra-se a ele como algo preferível a estados piores ainda, que acredita serem as suas únicas alternativas" (Steiner, 1997, p. 18).

A origem de tal mecanismo, segundo Steiner, estaria nos objetos internalizados pelo

Artigos

indivíduo que parecem ter sido violentos e perturbados, o que acaba servindo à projeção da própria destrutividade do indivíduo. Tal internalização pode ter sido realizada em função da violência ou do descaso do ambiente.

É importante ressaltar ainda que os elos que mantêm a organização patológica unida são sadomasoquistas; os objetos e o próprio paciente são controlados e oprimidos de forma cruel. Em alguns casos o sadismo é evidente; em outros a tirania é idealizada de modo que o paciente parece viciar-se nela, obtendo frequentemente uma gratificação masoquista no processo (Steiner, 1997).

Como mecanismo exaustivamente utilizado em tais organizações patológicas é necessário citar a identificação projetiva como primordial. O indivíduo relaciona-se com o objeto não de forma separada, com suas características próprias, mas como se estivesse relacionando-se consigo mesmo. Desse modo, ignora aspectos do objeto que não se encaixem na projeção ao mesmo tempo em que controla e força o objeto a fazer o papel que exige dele (Steiner, 1997).

Como tarefa terapêutica torna-se necessário que as defusões da pulsão de vida e de morte progressivamente cedam lugar às fusões. Observa-se que, a diminuição dos sentimentos de ressentimento e vingança do paciente, oriundos de um sentir-se roubado de seu narcisismo onipotente, torna possível ver o analista como uma pessoa externa valiosa (Rosenfeld, 1991).

Assim como a mãe suficientemente boa descrita na obra winnicottiana, o terapeuta precisará acompanhar a continuidade de ser do paciente, auxiliando no surgimento do verdadeiro *self*. Diferentemente da vivência inicial do sujeito, quando as intrusões ambientais fizeram com que fosse desenvolvido um falso *self* “protetor”.

Ainda com relação ao entendimento das patologias narcísicas, a psicologia do *self* apresenta uma contribuição original. Para os estudiosos dessa vertente psicanalítica, o sujeito precisa ser compreendido quanto a seus conflitos situarem-se em nível de déficit ou conflito (Killingmo, 1989). Dessa forma, quando se refere a conflito pressupõe-se a existência de algum grau de diferenciação entre as estruturas do aparelho psíquico e do próprio ego. Já no déficit, conceituação mais próxima dos pacientes estudados no presente trabalho, a intencionalidade primária está faltando, ou seja, diante de uma estimulação excessiva ou privação, o ego foi lesado em uma fase em que a capacidade de representar causa e efeito e a capacidade de sentir o *self* como centro estratégico não haviam se

desenvolvido. Essa diferenciação acarreta mudanças importantes na técnica psicanalítica.

A triangulação “possível” na constelação edípica

O complexo de Édipo foi considerado por Freud, desde seu estabelecimento em 1897 até o fim de sua obra, como nuclear no desenvolvimento do indivíduo. Em 1925, amplia-se a compreensão acerca da conflitiva edípica, fazendo distinção dessa vivência entre o menino e a menina. Para aquele, a ameaça de castração colocaria um fim à conflitiva, ao passo que para a menina seria a influência da castração e a consequente inveja do pênis que a impulsionaria a este complexo. Além disso, diferente do menino que mantém o mesmo objeto de amor desde o início até a passagem deste período, a menina precisaria renunciar a este objeto, a mãe, para então tomar o pai como objeto de amor. O desenlace da conflitiva edípica feminina, foco do presente trabalho, está relacionada a como a menina vivenciará a constatação da falta do pênis. Entre as saídas descritas por Freud temos: a) cedo desistir da masturbação para não se lembrar de sua inferioridade orgânica, voltando as costas à sexualidade; b) aferrar-se à sexualidade ameaçada (complexo de masculinidade), gerando traços marcadamente masculinos ou mesmo homossexualidade; c) a feminilidade normal, em que a menina renuncia à inveja do pênis e o substitui “pelo desejo de um filho e, com esse desígnio, ela toma o pai como objeto de amor. A mãe se torna objeto de ciúme; a menina vira mulher” (Freud, 1931, p. 318).

Melanie Klein igualmente validava a relevância de tal período na evolução do sujeito, no entanto acreditava que o seu início é muito anterior ao proposto por Freud. Para a autora, esse processo teria início ainda no período em que as relações se estabeleceriam com objetos parciais, ou seja, as fantasias em relação ao seio e ao pênis. Além disso, Klein afirma que a capacidade de adaptação à realidade do sujeito posterior estaria associada à capacidade de tolerar as privações resultantes da situação edipiana (Klein, 1935). Desenvolvendo suas ideias dentro de um referencial kleiniano, Britton afirma:

O reconhecimento inicial do relacionamento sexual dos pais envolve a renúncia à ideia da pessoa única e permanente da mãe e conduz a um profundo sentimento de perda que, caso não seja tolerado, pode tornar-se um sentimento de perseguição. Mais tarde, o encontro edipiano também envolve o reconhecimento da diferença da relação entre os pais que é distinta da relação entre pai e filho: a relação entre os pais é genital e procriadora; a relação pai-filho não é. Este reconhecimento produz um sentimento de perda e inveja que,

Artigos

se não tolerados, pode transformar-se em um senso de injustiça ou auto-denegrimento. (BRITTON, 1992, p. 71)

Seguindo as ideias de Britton, se o encontro com o relacionamento parental começa acontecer quando o indivíduo ainda não estabeleceu um objeto materno de base segura, a situação edipiana se desenvolve de forma primitiva. Como desfecho encontraremos distúrbios nos quais a renúncia dos objetos edipianos é evitada e é formada ou uma configuração ilusória, ou situações nas quais há a eliminação primitiva da relação parental com desenvolvimentos delirantes.

Desta forma, o triângulo familiar é o que proporciona à criança os dois elos pelos quais se conecta separadamente a cada um dos pais. Ao mesmo tempo, essa estrutura confronta a criança com a ligação entre eles que a exclui. Se a ligação entre os pais puder ser tolerada pela criança, formará então o protótipo de uma relação de objeto de terceiro tipo, na qual o sujeito é testemunha e não participante (Britton, 1992). O que encontramos como saída desejável é o luto dessa relação exclusiva perdida que é reconhecida no triângulo edipiano, o que não significa a morte da relação, mas somente a morte de uma ideia de relação.

Outro conceito que vem a contribuir com a presente reflexão é o de configuração edípica proposto por Faimberg (2001), pelo qual a autora associa certo funcionamento narcisista a um contexto edípico. Em seu material, Faimberg cita a necessidade do reconhecimento da diferença das gerações e dos sexos, assim como o reconhecimento do outro como diferente de si mesmo no desenvolvimento infantil. No entanto, a principal contribuição da autora diz respeito à importância de que os pais reconheçam a criança como diferenciada da história edípica deles. É sabido que tal diferenciação nunca é total, uma vez que os pais têm desejos inconscientes. Do ponto de vista técnico, tais aspectos correspondentes à vivência edípica dos pais acabam sendo evidenciados na transferência com o terapeuta.

Como “tarefa analítica” cria-se a necessidade de investigação das expectativas que o paciente tem acerca da sua importância e imagem que representa para seus pais. Associado a isso, faz-se necessário que o paciente possa experimentar uma relação distinta da original, estabelecida com os pais, pela qual possa ter sua real vivência e não a que foi desejada por outro. “A transferência não é somente repetição, mas transformação” (Faimberg, 2001, p. 143).

A teoria e a prática

Serão relatados dois casos clínicos de pacientes obesas mórbidas, sob forma de vinhetas. Em seguida, busca-se identificar os diferentes momentos de funcionamento das pacientes a partir dos aspectos teóricos abordados no presente trabalho.

Como contextualização inicial, é preciso informar que ambos os casos referidos iniciaram tratamento psicoterápico com a autora após a avaliação psicológica realizada pela mesma para realização de cirurgia bariátrica. Nos dois casos a psicoterapia foi colocada como condição ainda no estagio pré-operatório. Por escolha das pacientes, ambas buscaram tratamento psicoterápico com a autora deste trabalho. A psicoterapia dos dois casos segue ocorrendo até os dias atuais.

Caso S.

S. é uma paciente adulta e está em acompanhamento há aproximadamente dois anos e meio. Em uma sessão, S. contava sobre um grave acidente de trânsito sofrido pela mãe e a repercussão do mesmo em sua vida. É importante referir que o acidente ocorreu em um momento em que S. avaliava a possibilidade de sair de casa e ir morar sozinha. A paciente conta que foi a partir deste evento que perdeu a capacidade de cuidar-se e fazer dietas. S. sempre teve sobrepeso, e até então conseguia, através de tratamentos clínicos, manter-se saudável. Foi a partir desse marco que a obesidade tomou uma proporção maior em sua vida, atingindo o grau de morbidez. É preciso pontuar a forma como essa vivência afetiva é experienciada pela paciente.

Pelo meu trabalho eu tinha direito a licença para cuidar da mãe, mas eu não tirei. Eu montei uma infraestrutura completa, com tudo que ela precisava. Custou muito mais caro do que se eu fizesse. Não vou dizer que não troquei fralda quando ela estava toda quebrada, mas eu não quis entrar em licença, parar as minhas coisas.

Após um grande período de hiato de relacionamentos afetivos, S. começa a namorar um homem mais velho que, pelo que é trazido pela paciente, infere-se ser uma pessoa bastante afetuosa e dedicada.

S - Não sei, mas conforme eu imaginava acho que estou ficando enjoada (...). A gente tinha combinado de ir ao cinema e depois jantar na sexta. Ele passa todo fim de

Artigos

tarde para ver a filha (...). Eu sabia que não seria fácil lidar com toda essa história dele, com todo esse passado. Mas entre imaginar e passar pela situação é muito diferente. Ai chegou na hora e ele me ligou de lá dizendo que precisaria ficar com a filha já que a mulher, ou melhor, a ex-mulher teria que sair e não teria com quem deixar a gurua (...). Fico pensando como seria. Eu gosto muito de viajar. Assim que eu me restabelecer financeiramente quero poder retomar tudo isso (...). Ele não passa mais que um final de semana longe da cidade e o máximo que vai é até a serra ou a praia porque sempre acha que a filha pode precisar dele (...) A ex-mulher abriu mão da vida dela para cuidar dessa gurua. Ela leva uma vida muito difícil (...). Um dia eu falei para ele que eu montava todo um aparato, todo um esquema de cuidados para a gurua, mas que eu nunca cuidaria dela. Eu não cuidei nem da minha mãe

T - Interessante. Tu chegas me contando primeiro que achas que está enjoando da relação. Depois me fala uma sequência de situações que me fazem pensar no quanto tu estás incomodada por teu namorado não poder ser tão disponível a ti como tu gostarias. Será que não poderíamos substituir o estou enjoada por estou apaixonada?

S – (Silêncio, olha para baixo) Até pode ser. Depois que passamos o final de semana longe e nos encontramos na segunda passou todo o enjôo quando eu o vi.

Nesses fragmentos de sessões apresentados algumas reflexões são possíveis. Primeiramente, é necessário pensarmos na relação de S com a mãe. Certamente estamos diante de uma relação simbiótica entre mãe e filha, na qual a separação é vivenciada de forma ameaçadora ao *self* de ambas (ou seria um único *self*?). É interessante pensar que quando a filha ventila a possibilidade de sair de casa, a mãe sofre um acidente gravíssimo que faz com que a paciente não mais se afaste dela. Ao mesmo tempo, a repercussão dessa experiência por S. também é de morte, uma vez que atinge o grau de obesidade mórbida, colocando sua vida em um elevado risco. Aqui, o enfoque psicossomático parece muito apropriado quando propõe que mãe e criança são uma unidade indivisível, e que na vida adulta não há uma distinção entre si mesmo e o objeto (McDougall, 1996). Toda a vivência afetiva de ameaça de perda do objeto parece ter sido transposta a um nível somático; assim como a mãe, que teve a vida ameaçada, a paciente também buscou essa condição física. O corpo pagou pelo sofrimento. Como frisou a paciente: *eu não tirei licença... Não parei de trabalhar*. Aqui aparece claramente a divisão entre psique e soma.

Conforme McDougall(1996), a base das características psicossomáticas está situada

Artigos

na primeira infância, na qual se postula ter havido um prejuízo nas primeiras experiências somáticas, e dessa forma a criança/adulto não consegue vivenciar seu corpo como unidade indivisível.

Outra evidência encontrada nessa passagem diz respeito ao que a escola psicossomática denomina de pensamento operatório como forma de defesa. Diante da vida materna ameaçada, ou seja, da sua vida ameaçada (uma vez que não há separação entre mãe e filha), a experiência de angústia é transposta de um nível subjetivo a um nível operativo. Isso se torna visível quando a paciente refere que montou “*todo o aparato necessário para que a mãe ficasse bem*”, sem, no entanto, conseguir sentir a suposta dor envolvida naquele momento. Fica impresso no seu corpo, através da gordura, seu sofrimento, mas é apenas no corpo que o registro fica.

Outro olhar possível diz respeito à nova relação que vem sendo estabelecida com o namorado. Ao que parece S. estaria encantada com o sujeito, porém debate-se contra os laços afetivos que estão se desenvolvendo.

Podemos construir um entendimento da paciente acerca das relações objetais narcísicas, conforme propõe Rosenfeld (1991). Segundo o autor, as defesas - manifestas através do enjôo - atuam frente à dependência de um objeto, uma vez que depender passa pela necessidade de reconhecimento do valor deste objeto e, ao mesmo tempo, há o sofrimento frente à ameaça de perdê-lo. Além disso, o afeto oferecido pelo namorado - alimento materno - é sentido de forma ambivalente. Freud (1931) já anunciara que a relação ambivalente com a mãe é deslocada para a relação com os homens.

É preciso destacar que o enjoo entra novamente como uma manifestação no soma, a mesma estrutura corpórea que vem apresentando sinais há longa data. Seria esta uma regressão da libido a um antigo ponto de fixação, conforme Freud (1905) e Abraham (1924), na qual existiu uma satisfação exagerada, mas predominantemente ambivalente, que a paciente retorna até os dias atuais em momentos de maior sofrimento psíquico?

Não podemos deixar de mencionar que o acidente da mãe pode ter acionado a culpa pela rivalidade edípica, e o engordar poderia estar a serviço de uma punição contra estes sentimentos hostis. Da mesma forma, a paciente pode ter sentido que este acidente significaria um ataque da mãe às suas possibilidades de independizar-se, o que iria na contra-mão de um funcionamento com falhas em etapas precoces do desenvolvimento, onde a relação é estabelecida em nível fusional (Malher, 1996).

Artigos

Estamos aqui diante de várias possibilidades interpretativas que necessariamente não se anulam, mas se sobrepõem. Sobre uma base frágil, as etapas evolutivas seguintes vão sendo transpostas com dificuldades crescentes. É apenas no decorrer do processo analítico e no clima transferencial/contratransferencial que será possível discriminar a que momento evolutivo determinado material faz referência.

A mesma paciente contava em uma sessão de seu último final de semana. Depois de muito discutir nas sessões sobre a sua dificuldade em solicitar ajuda quando não está sentindo-se bem, S. conta que havia feito contato com sua melhor amiga após um “dia ruim” como ela denomina.

(...) conforme a gente conversou e outras pessoas também me falaram eu pedi ajuda. Passei uma mensagem para M para a gente se encontrar. Bom já fazia uns dois meses que a gente não se via e, além disso, na última vez ela estava com L (filha da amiga) junto, aí é aquela coisa (...). A gente se encontrou para tomar um café. Na hora ela me aparece com o G (marido da amiga). Putz eu estava precisando! (...) Aí uma hora que ele levantou para ir ao banheiro por dois minutinhos ela me perguntou: o que foi que aconteceu? Como eu iria falar assim em dois minutinhos? Putz é isso o que eu mereço?! Dois minutos?!

Nessa passagem podemos ilustrar aspectos relacionados à vivência edípica de S. Observa-se a enorme dificuldade em conseguir sair de uma forma de relacionamento diádico (mãe e filha) para um modelo triádico (inserção do pai). A paciente se frustra com a impossibilidade de ter a amiga (mãe) só para ela. Cabe aqui anunciar que o pai da paciente sempre foi uma figura muito ausente em sua vida e que em poucas sessões fala nele. Tem vagas lembranças de infância e acredita ter sido a filha preferida do pai e ao mesmo tempo relata ter sido ela quem tomou a frente na separação dos pais: *quando eu tinha 11 anos eu praticamente resolvi a separação dos meus pais. Fui eu que falei para ele tudo o que ele precisava ouvir.*

A partir desses dados, podemos inferir que S. não conseguiu abandonar o lugar de pessoa única e permanente da mãe, conforme mencionado por Briton (1992). Pelo que é relatado nas sessões, a mãe da paciente não tinha interesse na relação com o pai, ou pelo menos era assim que a filha interpretava. McDougall (1996) fala do pai ausente no mundo simbólico da mãe e da criança. Para S., a ameaça de seu lugar na vida da mãe poderia ocorrer apenas pela profissão da mãe, uma vez que conta que essa foi uma profissional

Artigos

bem sucedida e dedicada. Este é um aspecto que parece ter sido introjetado de forma mais saudável pela paciente. Até o presente momento, a história de S. se parece muito com a de sua mãe, ou seja, uma mulher bem sucedida profissionalmente e sozinha afetivamente. Não poderíamos pensar em uma mesma história, uma vez que não há espaço para a existência do outro?

No entanto, com a evolução do tratamento, a cada dia os sinais se tornam mais egodistônicos e a paciente queixa-se de *“não ter nada, não ter ninguém, finais de semana de solidão”*.

Retomando o final da sessão referida anteriormente, quando S. falava de sua tristeza diante de sua percepção de indisponibilidade da amiga, diz:

S – É, hoje eu estou assim, mas tu sabes que eu tenho uma capacidade incrível de colocar tudo para baixo do tapete e amanhã acordar como se nada tivesse acontecido. E não é algo de não tentar pensar. Eu simplesmente acordo e isso não faz mais parte.

T – Isso é o que acontece toda vez que uma sensação é muito intensa para ti?

S – Mas te digo que é bem melhor.

Neste momento, pode-se pensar no uso da negação e da onipotência, constituindo-se em uma forma maníaca de lidar com a dependência do objeto, buscando dele prescindir, conforme propõe Klein (1935).

Caso A.

No tratamento de outra paciente que está em acompanhamento há aproximadamente um ano, a quem denominaremos A., a relação simbiótica com a mãe é também uma característica marcante.

Em uma de suas sessões iniciais, A. contava que sempre tivera o peso acima da média, mas que foi na vida adulta que a situação tornou-se mais acentuada.

A paciente refere-se à figura materna como excessivamente presente ou então simplesmente ausente. Buscando contar acerca do histórico de sua obesidade ela fala: *Eu não me lembro bem (...) acho que a primeira vez que eu tomei remédio para emagrecer foi quando eu tinha uns 13 anos. Minha mãe queria que eu emagrecesse para o meu debut (...). Para ela essas coisas sempre foram importantes (...). Eu acho que meu pai não sabia e nem sabe até hoje disso (...). Quando eu olho as fotos dessa época eu nem acho que eu era tão gorda assim (...).*

Artigos

Em outra sessão, A. conta: *Eu acho que eu não consegui mais me cuidar quando num final de semana no tempo de faculdade eu voltei para casa e era costume eu e meus irmãos levarmos comida congelada da casa da mãe para a semana. Quando eu abria o freezer ela dizia: não pega as panquecas porque são do teu irmão. O pão é da tua irmã (...). Desde ali eu nunca mais peguei nada da geladeira dela e passei a comer à la minuta na rua.*

Nestas passagens podemos novamente ilustrar a dependência de A. do olhar da mãe. Na situação do emagrecimento aos 13 anos, revela-se a idéia de uma mãe excessivamente intrusiva, narcísica, voltada às próprias necessidades. Não há um lugar, na mente da mãe, para uma filha com sua própria alteridade. Como dito anteriormente, McDougall (1996) confere à mãe do psicossomático uma incapacidade de interpretar e observar os gestos e sensações da criança ou então a violentando com suas próprias necessidades. No exemplo, não parece existir um lugar para A. nos cuidados da mãe. Cabe ressaltar que na família de A. todos são muito vaidosos e cultuam hábitos saudáveis, a princípio. Assim, seguindo um pensamento totalitário típico de pacientes com falhas narcísicas, A. rejeita totalmente a comida da mãe e busca o alimento fácil, de sabor ilusório, mas que deixa um rastro de morte em seu corpo. Aqui certamente estamos diante de uma defesa sob a forma de ataque à mãe externa e interna e por extensão a toda a família. Pode-se também pensar que este protesto através do ódio é também uma forma de existir, de se fazer presente. Sua autoestima abalada por não corresponder aos ideais maternos se apresenta como mais uma fonte de angústia e ressentimento.

De qualquer modo, permanece a imagem de um sujeito com pouco espaço potencial para crescimento. A mãe determina o caminho da filha, a imagem que deseja dela. Na vida adulta, o que surge é uma mulher que não consegue organizar a própria realidade psíquica nem se proteger de situações angustiantes. Conforme McDougall (1996), não há uma representação de mãe interna que consiga dispensar os cuidados necessários. Assim, até os dias atuais, A. leva sua vida sob o olhar e cuidado materno; não há dentro de si a capacidade de cuidar-se. Precisa incessantemente recorrer a objetos externos e aqui entra a adição à comida com a finalidade de preencher esse espaço que não foi desenvolvido.

Em uma sessão, a paciente falava de um “momento Amy”. Quando questionada pela terapeuta acerca do que seria, ela responde rindo: *“esse foi o nome que a minha irmã*

Artigos

*deu ao treco que me deu uma vez”. Por muitos encontros a terapeuta tentou compreender o que seria o “momento Amy”. A história vinha aos pedaços, de forma incompleta. Após alguns meses de atendimento foi então revelado seu sentido. Era evidente a tentativa de não dividir com a terapeuta e nem refletir sobre tal evento. Primeiramente, é preciso constar que o “momento Amy” seria uma referência à cantora Amy Winehouse, conhecida por seus altos e baixos com bebidas, drogas e exposição midiática. Em 2011, a cantora morreu de overdose. Em uma sessão A conta aos risos: *Não me lembro de muita coisa daquele dia. Lembro só que tomei uns remédios e passei mal. Liguei para o psiquiatra que me atendia na época. Ele acabou me levando para o HPS para fazer lavagem (...). Talvez tenha a ver com o fato que eu estava muito braba com a minha mãe porque ela tinha vindo a Porto Alegre passar o dia e tinha visto só a minha irmã. Fiquei muito braba de ela não ter me ligado. Eu podia ter ido encontrar elas (...). Elas estavam organizando o casamento de L (...). Depois disso meus pais não quiseram mais que eu ficasse morando no apartamento que tinham me dado. Era em um andar muito alto. Está alugado (...). O apartamento era bem do jeito que eu queria, todo decorado com o meu gosto.**

Novamente a relação simbiótica entre mãe e filha se faz evidente. A. não tolera ter que dividir o olhar da mãe com a irmã. Sua saída é atacar a mãe interna tentando então suicídio. Ataca a mãe e a si uma vez que é uma unidade indivisível, uma fusão. Através de um masoquismo manifesto, o que encontramos é um sadismo latente. Para Steiner (1997), conforme referido no corpo teórico do presente trabalho, os elos que mantém a organização patológica são sadomasoquistas, pelos quais o paciente parece incansável na busca de uma gratificação masoquista. Não podemos deixar de mencionar que este mecanismo da paciente pode estar sendo acionado no vínculo familiar, ficando a pergunta sobre o lugar que A. ocupa na patologia dessa família. Estes aspectos, todavia, não serão alvo do presente trabalho.

Nos primeiros dias de dieta líquida no pós-operatório a paciente conta: *Eu não aguento mais tomar caldo. Eu sinto falta de poder morder. Queria mastigar um pedaço de carne. Sinto falta de mastigar nem que fosse um chiclete.*

De uma forma mais primitiva aparecem aspectos que, conforme a teoria libidinal, poderiam corresponder às fixações no estágio denominado por Abraham de fase oral canibalística. Para Abraham (1924), as fixações neste estágio do desenvolvimento terão seu correspondente na formação do caráter na apresentação de características de hostilidade,

Artigos

antipatia e inveja, sendo todos esses aspectos parte da personalidade da paciente referida. A inveja e a rivalidade com as figuras femininas são claras. Entre outros aspectos, a paciente acredita ter sido preterida à irmã mais velha no investimento materno. A rivalidade aparece também na relação com a mãe, sendo provavelmente fruto não só de fixações, mas de um vínculo muito complicado.

Eu já te falei que acho que existe tipo uma competição da mãe comigo. Eu não sei por quê. Vejo que ela não gosta quando o pai me elogia (...). Parece que ela faz de tudo para as coisas darem errado para mim.

Em outro atendimento:

Eu sou assim desajeitada. Acho que não sei cozinhar, não sei me maquiar, não sei me arrumar. Penso que isso tem muito a ver com a mãe. Ela nunca me ensinou isso. A L. (irmã mais velha) sabe fazer tudo isso. Talvez isso tenha acontecido porque ela era a primeira filha. De qualquer forma eu acho que ela não faz nada para que eu saiba. Parece que precisa que eu esteja sempre ali por perto.

Aspectos hostis de sua vivência externa e interna se fazem presentes nessa passagem. Assim, A não consegue aproveitar as oportunidades que surgem ao longo de sua vida como, por exemplo, sua formação profissional e o próprio tratamento para emagrecimento que vem sendo ameaçado através de faltas frequentes nas sessões, e do não comprometimento com as orientações médicas e nutricionais. Ao que parece, existe uma ânsia de ataque à figura materna, uma fúria pelo que não lhe foi dado e que, na teoria da paciente, foi dado aos irmãos. Não sabemos exatamente o peso dos aspectos constitucionais da paciente, sua intensa voracidade, ambivalência e fixações, mas certamente o ambiente familiar não conseguiu uma sustentação suficientemente boa desses aspectos.

É importante pensarmos como a paciente poderia ter lidado com a conflitiva edípica. Ou melhor, com a não superação desta etapa do desenvolvimento. Não existe um lugar para um terceiro, e a fantasia de A. é de que a mãe tenha dado aos irmãos o tão desejado falo da completude que não deu a ela. Assim, é desenvolvida a idéia de que ela é incompleta, imperfeita e os outros não. Partindo de um referencial kleiniano, estaríamos diante de uma falha na capacidade de integração, ou seja, na posição depressiva. Conforme Britton (1992), se o sentimento de perda não for tolerado, isso poderá levar a um sentimento de perseguição, senso de injustiça e autodenegrimto.

Artigos

Assim como as ofertas maternas são atacadas, desfeitas, com a equipe multidisciplinar e especialmente com a terapeuta não é diferente. A. briga veementemente contra qualquer forma de contato ou auxílio. Dentro desta perspectiva de voracidade, pegando como referência as ideias de Klein, o que parece ter ocorrido é um precoce ressentimento em relação à perda de objeto primário bom; os prejuízos posteriores se apresentarão em dificuldades de aceitar formas sublimadas de alimento como conhecimento e de estabelecer relacionamentos afetivos.

No tratamento, conforme descreve Joseph (1992), observa-se uma incapacidade do paciente em aceitar ajuda. As faltas de A. às sessões são muito frequentes. Nossos atendimentos são permeados de profundos e invasores silêncios. As intervenções feitas pela terapeuta geralmente são desqualificadas pela paciente. Diante de um longo silêncio a terapeuta questiona: *Onde estará esse pensamento?* Ao que responde: *Em lugar nenhum. Não estou pensando em nada.*

Aqui podemos pensar no conceito de refúgios psíquicos, onde o paciente se utiliza deste mecanismo como forma de evitar uma ansiedade intolerável, que, ao que parece na descrição, seria o contato com a terapeuta e as consequências que o desenrolar de uma relação devidamente investida tem.

Em uma sessão:

Meus pais vão viajar (...). Eu queria ficar lá em casa, mas a mãe não quer (...). Diz que é porque tem uma parte da casa que foi reformada e ainda não está completa. Diz que não é seguro, pois as janelas não têm grades.

A., neste momento, descreve um pouco de seu mundo interno e relacional. De certa forma, está aceitando a contenção da mãe e o trabalho interno que a terapeuta vem fazendo, mas que ainda não foi terminado. Ainda não sente que sozinha possa dar conta de sua impulsividade.

Ao final da mesma sessão me pergunta:

Tu achas que algum dia eu vou conseguir entender o porquê eu sou assim? Tu achas que eu tenho alguma chance de melhorar?

T – Isso vai depender de tu te dares e me dares essa oportunidade, mas se venho aqui te encontrar é porque acredito que sim.

Nesta vinheta fica impressa a imagem que a paciente tem do olhar dos seus pais. Para eles, A. é incompleta, insegura, não está pronta. Assim, parece não conseguir confiar

Artigos

em si e também no tratamento, solicitando à terapeuta um olhar de investimento e de crença. Ao mesmo tempo, o simples fato de lançar a pergunta mostra uma via de esperança de que algo novo possa acontecer neste vínculo inédito com a terapeuta. De acordo com Faimberg (2001) é preciso que no tratamento o paciente possa experienciar uma relação distinta da original.

Considerações finais

Partindo da clínica da autora com pacientes obesos mórbidos em que constantemente defrontamo-nos com sujeitos de funcionamento psíquico complexo, surgiu a necessidade e o questionamento acerca da ampliação dos olhares teóricos psicanalíticos para além da sintomatologia apresentada. Assim, objetivou-se um aprofundamento das distintas e complementares compreensões.

É importante salientar que não foi nosso objetivo esgotar todas as contribuições existentes nos referências psicanalíticas, mas buscar ampliar nossa “caixa de ferramentas”, expressão utilizada por Silvia Gomel (2011), “que sustentam a possibilidade de simultaneidade de perspectivas heterogêneas opostas e até paradoxais” (p.49-50, tradução da autora).

A partir do trabalho realizado, pode-se verificar a força dos impulsos inatos na modelagem da estrutura psíquica da criança através das contribuições de Freud, Abraham, Melanie Klein e Mahler. Soma-se a isto, a influência do desejo dos pais, em especial o vínculo estabelecido pela mãe nos primeiros contatos com o bebê.

Nos casos estudados, é possível fazer inferências das vivências infantis a partir do funcionamento atual das pacientes, nas quais características marcadas de voracidade, hostilidade, extremas limitações em relações com funcionamentos triádicos nos remetem a falhas precoces no desenvolvimento infantil. Essa constelação acaba por entrelaçar os quatro vértices estudados, ou seja, fatores constitucionais, características psicossomáticas e narcísicas bem como prejuízos na triangulação.

Podemos pensar nas pacientes estudadas como tendo fixações importantes na fase oral, ficando ambas com um desenvolvimento aquém do estágio edipiano. A lei paterna só aparentemente se sustenta, não havendo renúncia à relação com a mãe. Há fixação em um vínculo ilusório com esta mãe, sendo colocada como suposto amparador, não podendo ser

Artigos

abandonada ou substituída. Fica, porém, a impressão de que S. teria tido um pouco mais de oportunidade de existir, ao passo que A. parece ter passado por fortes vivências de invasão ambiental, com uma incapacidade de formação de um verdadeiro *self*.

Na opinião da autora, o funcionamento narcísico, juntamente com as características psicossomáticas são os principais desafios nessa clínica. Defrontamo-nos com pacientes verdadeiramente enclausurados em seus sintomas, com um empobrecimento psíquico do ponto de vista de aquisição de registro simbólico. Ao mesmo tempo, existe um temor da aproximação e de uma vivência emocional mais saudável, o que acaba por colocar o terapeuta em um lugar difícil, tendo em vista os desafios na transferência e contratransferência.

Apesar disso, buscando diferentes instrumentos, podemos observar, no caso da paciente S. que está em acompanhamento há mais tempo, o surgimento de algumas oportunidades de se relacionar com seus objetos internos e externos de forma mais satisfatória; a paciente A., no entanto, permanece como um ponto de interrogação quanto à possibilidade de evolução no tratamento psicanalítico.

De qualquer maneira, se faz presente a contribuição de que os pacientes obesos não podem ser determinados como uma categoria, sendo necessário estar atento às individualidades, peculiaridades e necessidades distintas, o que exige do terapeuta uma qualidade empática e uma verdadeira devoção materna conforme os referenciais de Winnicott.

Referências

Abraham, K. (1970). A influência do erotismo oral na formação do caráter. In Abraham, K. . *Teoria Psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Abraham, K. (1970). O primeiro estágio pré-genital da libido. In: Abraham, K. *Teoria Psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Braguinky, J. (2009). ¿ Es la obesidad un trastorno de la conducta alimentaria? *Revista Actualidad Psicológica*.

Britton, R. (1992). O elo perdido: a sexualidade parental no complexo de Édipo. In:

Artigos

Steiner, J. *O complexo de Édipo hoje: implicações clínicas*. Porto Alegre, RS: Artes Medicas.

Faimberg, H. (2001). *Gerações: mal-entendido e verdades históricas*. Porto Alegre, RS: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul.

Fine, A. (2003). Sobre a bulimia: entrevista com Joyce McDougall. In: Brusset B, Couvreur C & Fine A. *A bulimia*. São Paulo, SP: Escuta.

Freud, S. (1972). Três ensaios sobre a sexualidade. In: Freud, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Freud, S. (1972). Além do princípio do prazer. In: Freud, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Freud, S. (1972). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada "neurose de angústia". In: Freud, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Freud, S. (1972). Cara 71. In: Freud, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Freud, S. (1972). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: Freud, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Freud, S. (1972). Sexualidade feminina. In: Freud, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Gomel, S.; Matus, S. (2011). *Conjeturas Psicopatológicas: clínica psicoanalítica de família y pareja*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro Ediciones.

Hinshelwood, R. (1992). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Joseph, B. (1992). A inveja na vida cotidiana. In: *Equilíbrio Psíquico e mudança psíquica*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Kahtarian, A. (1992). Obesidade: um desafio. In: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, RS: Artes Medicas.

Killingmo, O. (1989). Conflito e déficit: implicações para técnica. *The international journal of psycho-analysis*. v.7, part 1.

Artigos

Klein, M. (1996). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: Klein, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Klein, M. (1991). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: Klein, M. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Mahler, M S. (1986). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

Marty, P. (1995). *La psicossomática del adulto*. Buenos Aires, Argentina: Amorrort.

Mattos, M. (2007). Os transtornos alimentares e a obesidade numa perspectiva contemporânea: psicanálise e interdisciplinariedade. *Revista Contemporânea – psicanálise e transdisciplinariedade*, n.2, pp.78-98.

Mcdougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanalise*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Nunes, M. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Pedrozo, T. (1995). Winnicott: uma teoria psicossomática. In: Mello Filho J., & Silva A. *Winnicott 24 anos depois*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter.

Rocha, F. (1991). A psicanálise e os pacientes somatizantes: introdução às ideias de Joyce McDougall. *Revista de Psiquiatria do RS*. Porto Alegre, v. 13, n.1, pp.15-21.

Rosenfeld, H. (1991). Uma abordagem clínica para a teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo. In: Spillius, E. *Melanie Klein hoje*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Rovira B. (2009). Obesidad, entre la necesidad y el deseo. *Revista Actualidad Psicológica*.

Silva, A. & Caldeira, G. (1992). Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na psicossomática. In Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre. RS: Artes Medicas.

Steiner, J. (1997). *Refúgios psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteirios*. Rio de Janeiro, RS: Imago.

Strada, M.; Panzitta, M. (2009). Un Nuevo posicionamiento teorico frente a las

Artigos

obesidades. *Revista Actualidad Psicológica*.

Zimerman, D. (1999). Pacientes somatizadores. In: *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre, RS: Artmed.