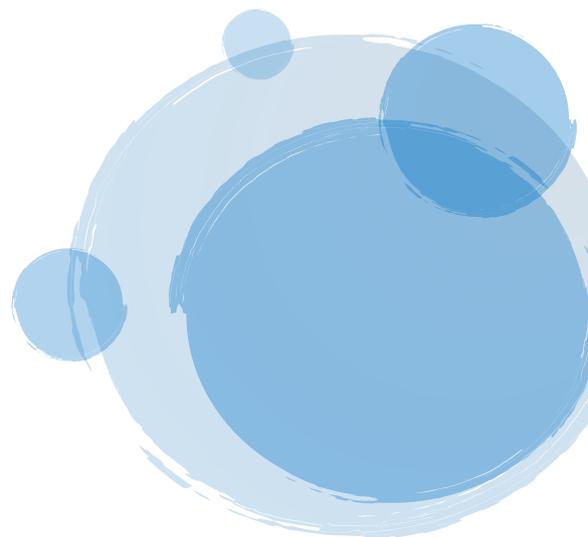




SoBraTA.org

**SOCIEDADE BRASILEIRA
DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES**

VANESSA COELHO DE SOUZA





Vanessa Coelho de Souza

UM OLHAR PSICANALÍTICO PARA A OBESIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso

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

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

Resumo

Coelho de Souza, Vanessa. **Um olhar psicanalítico para a obesidade**. Rio de Janeiro, 2019. No de páginas. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Perante a perspectiva equivocada acerca da expressão da obesidade como resultado de um desleixo ou falta de força de vontade do sujeito em perder peso, é que essa pesquisa se propõe a desconstruir esse panorama, demarcando a compulsão alimentar como uma consequência de prejuízos decorrentes do mal encaminhamento do desenvolvimento emocional humano e de sua dinâmica psíquica. Foi investigada a importância dos investimentos afetivos primários recebidos no início da vida, que se tornam responsáveis pela construção do Eu, juntamente com a disponibilidade genética. O adoecer passa a ser um dos modos de denúncia das vicissitudes dessas falhas primárias.

Palavras-chave

Obesidade; compulsão alimentar; voracidade; relação objetal; função mental.

Sumário

| | |
|---|----|
| Introdução | 4 |
| 1 A origem do aparelho mental | 7 |
| 1.1. Distinção entre consciente e inconsciente | 9 |
| 1.1.1. Surgimento do aparelho mental em Freud | 11 |
| 1.1.2. O aparecimento da melancolia propiciando a obesidade | 14 |
| 1.1.3. Pulsão de vida e pulsão de morte | 15 |
| 1.2. Aparelho mental em Melaine Klein e o seu desenvolvimento | 17 |
| 1.2.1. Correlacionando as concepções | 20 |
| 2 A relação objetal e sua participação ao desenvolvimento da obesidade | 22 |
| 2.1. Será que só é gordo quem quer? O que há de inconsciente nessa questão? | 23 |
| 2.2. O que Melaine Klein afirma sobre a importância dos vínculos primários? | 24 |
| 2.3. Se eu sou, logo existo: | |
| a importância do olhar na perspectiva winnicottiana | 30 |
| 2.4. A relação objetal como precursora da obesidade | 32 |
| 3 A clínica no cuidado com a obesidade | 35 |
| 3.1. A origem | 38 |
| 3.2. A revivência da primeira relação objetal na clínica | 39 |
| 3.3. O valioso alimento | 41 |
| 3.4. A carência pelo amor | 43 |
| 3.5. Negando olhar a imagem refletida no espelho | 44 |
| 3.6. O olhar no espelho: Nasce a mulher | 45 |
| 4.0. Consideração final | 46 |
| Referências | 47 |

Introdução

Este trabalho propõe a trazer a possibilidade de olhar e entender a obesidade como uma doença que tem a sua origem no psiquismo, nas emoções e sentimentos mais profundos do sujeito e que, portanto necessita ser valorizada e cuidada neste aspecto.

Assim a base desse estudo estar na Psicanálise já que a sua linha teórica é voltada ao conhecimento de um inconsciente, de uma função mental inerente e responsável por influenciar tanto a condição saudável quanto a doente do ser humano. Desta forma acontece com o distúrbio alimentar referente à obesidade que tem na compulsão pela comida a sua forma de expressão.

Através do arcabouço teórico psicanalítico voltado ao entendimento da obesidade, busca-se a evitar o estigma imposto ao sujeito obeso em relação a sua falta de vontade para perder peso e desleixo que caso contrário teria um corpo esbelto, bonito de acordo com os padrões de beleza estipulados por uma cultura.

Esta realidade provinda do mundo externo, fora do sujeito contribui para um maior prejuízo ao seu universo interno, mental afetando a sua forma de olhar, de ser e de estar nesses dois mundos, reforçando o desencadeamento da obesidade.

Pretende-se explicar o percurso do desenvolvimento mental responsável na formação da personalidade, para desta forma expor as possibilidades da maneira que interage e se relaciona com o mundo externo de acordo com o seu bom ou mau funcionamento, justificando o estabelecimento da saúde mental ou do seu oposto, ocasionando um distúrbio alimentar. Com essa intenção inicio a abordagem teórica em Freud relativa a existência do inconsciente e do seu aparato psíquico tendo as instâncias do Id, do Ego e do Superego atuando no desenvolvimento em prol de uma boa função mental.

Portanto, relata-se a relação existente entre as instâncias, com o Ego sendo o mediador entre o Id e o Superego, e por isso a sua importância neste processo, além de ser a parte organizada do “eu”. Necessita, portanto ser forte e estruturado

para conseguir lidar com as exigências e cobranças do Superego por ser o representante da lei e das figuras genitoras.

Quando o Ego não consegue força suficiente para lidar com as críticas e as repreensões, tende a enfraquecer acreditando não ser amado levando a desistir de viver, ocasionando a melancolia que está manifestada no sujeito acometido pela obesidade.

Este conflito que o Ego vivencia com o Superego gera uma ansiedade que pode interferir no percurso do desenvolvimento psíquico ocasionando uma regressão e fixação da libido à fase oral primeva. Nesta perspectiva assim, em Freud, explica-se a origem da ocorrência da obesidade.

Após esta concepção e partindo dela, pretende-se expor a ideologia do funcionamento mental em Melaine Klein que por este viés desenvolveu a concepção do relacionamento objetal sendo uma interação entre o mundo interno e o mundo externo surgido logo após o nascimento da criança, demarcando então, o início precoce da vida mental.

A partir desta percepção afirma-se então que o primeiro contato que o bebê tem com o mundo externo é através da alimentação provinda do objeto- seio. Por esta razão a relação objetal entre o bebê e a mãe ser o precursor de todas as outras ulteriores, em contrapartida também influencia e marca psiquicamente a relação do sujeito com o alimento, por assim representar a fonte de afeto, de amor, além da de nutrição.

Em seguida disserta-se a abordagem em Winnicott acerca da função materna imprescindível para a formação de uma identidade na criança em separação da mãe, percebendo a existência da distinção entre o “eu” e o “não-eu”, como consequência do desenvolvimento mental. Através do olhar da mãe, da sua reação em se reconhecer na criança, o seu afeto, carinho, atenção, como um ambiente bom, favorável e propiciador para a separação. É apresentada essa situação na clínica com a paciente obesa que tem como característica, além da compulsão alimentar, a precária percepção da sua identidade, do seu “eu” distinto do ambiente- mãe, à princípio, e depois do outro, a sociedade, a cultura impondo os padrões de beleza a serem seguidos, reforçando assim o comer excessivo em vez do seu oposto, devido a uma grande ansiedade gerada perante a situação imposta.

Pelo viés da associação do arcabouço teórico com o prático, demonstrado na clínica como exemplo, confirma e reafirma a presença do psíquico implicado na manifestação do distúrbio alimentar, podendo assim alcançar a melhora real, eficaz de forma prolongada ou definitiva deste quadro. Uma perspectiva difícil de ser obtida sem uma abordagem profunda, preocupada em descobrir e assim entender o universo subjetivo do paciente, já que se busca uma mudança definitiva em vez de temporária.

1.A Origem do Aparelho Mental:

Neste capítulo pretende-se abordar a relevância do desenvolvimento mental e a sua participação no despertar da compulsão alimentar no sujeito, possibilitando uma perspectiva maior de olhar e de cuidado com a obesidade em todos os seus aspectos bio psico social.

Portanto, ao constatar a existência de uma função mental atuante no sujeito é que se faz necessário uma abordagem dirigida ao entendimento de sua formação e desenvolvimento que podem colaborar para a instalação da condição doente ou saudável no sujeito. Demarcando o início desse desenvolvimento a partir da interação entre o mundo interno do sujeito com o mundo externo, contribuindo na formação da personalidade que juntamente com a constituição poderá gerar um terreno propício ao surgimento da compulsão alimentar.

Com esse objetivo inicial exponho a relevância do conhecimento e estudo da Psicanálise acerca do inconsciente desconhecido a maior parte das vezes por estar inacessível ao conhecimento racional e lógico, mas nem por isso ser inexistente.

A preocupação da Psicanálise em entender o universo humano através da constatação de um aparato psíquico, subjetivo muito além do observável a olhos vistos com suas idiossincrasias, especificidades, demarcando cada ser único, dos seus semelhantes são a sua principal ferramenta teórica e prática.

Através dessa nova maneira de olhar o sujeito, constatou-se que nem sempre a genética é a maior vilã para o desencadeamento da obesidade, mas inclusive a sua formação psíquica, emocional é bastante participativa.

Observa-se uma gama de propostas direcionadas a promessa de emagrecimento rápido e eficaz, que por outro lado não consegue atingir de forma positiva a todas as pessoas que têm o objetivo de emagrecer. Esta situação revela que a perda de peso não está apenas restrita a uma menor ingestão de comida, ou a uma redução de estômago, mas a relação que o sujeito estabelece com o alimento. Isto significa dizer que o alimento

representa mais que uma satisfação instintual, mas sim um afeto, um amor, um vínculo com a mãe.

Nesta ampliação de olhar para a obesidade, na qual o sujeito é enxergado além de um corpo físico, mas e principalmente, um corpo também psíquico de ser e estar no mundo responsável por sua formação e mudanças, reafirmando que somos o resultado de um corpo e uma mente que necessita de um cuidado integral, em vez de uma parte apenas.

A existência e importância de um mundo interno psíquico responsável pela formação da personalidade, do caráter do indivíduo que de acordo com o encaminhamento no percurso do seu desenvolvimento na interação com o meio externo que o circunda, será criada a condição saudável ou doente de cada sujeito.

Em acordo com essa perspectiva inicio a abordagem desse capítulo apontando sucintamente o desenvolvimento do aparelho mental em Freud com suas instâncias psíquicas responsáveis pela formação da personalidade, e a sua precária maturação e fragilidade estabelecida em consequência de alguns fatores no decorrer do caminho levando a um comportamento compulsivo.

Um psiquismo composto por instâncias como o id, o ego e o superego responsáveis pela formação do caráter. Assim, tem-se o Ego consciente, racional, crítico, gerador de uma ansiedade por mediar a relação entre o mundo interno e o mundo externo, além de sofrer pressão com a crítica da instância repressora do Superego pela libido voltada ao objeto e ser castigado por isso e ainda ser impulsionado aos ideais mais ou menos rígidos pela mesma instância, causando consequências ao bom desenvolvimento da vida mental. Nessa perspectiva, quanto mais frágil for o Ego, menos condição de conseguir lidar com a ansiedade e a polaridade das pulsões contribuindo com a manifestação da compulsão pelo alimento.

Conforme mencionado anteriormente, após a apreciação acerca da construção do aparelho mental em Freud, destacarei alguns pontos fundamentais sobre o assunto em Melaine Klein, já que essa autora enfatizou a existência de um Ego arcaico desde o nascimento do bebê com o seu primeiro contato com o mundo externo pelo viés do alimento-leite. Assim como também assinalou a precocidade do Superego, tendo o seu ápice no Complexo de Édipo.

Se na primeira formulação acerca do funcionamento mental Freud propôs uma primeira teoria pulsional constituída por uma instância inconsciente, pré-consciente e consciente, na segunda teoria a estrutura do aparelho psíquico passa a ser composto pelas três instâncias em Id, Ego, Superego, juntamente com a descoberta da existência das

pulsões de vida e de morte interagindo desde o nascimento do indivíduo, tornando-se um enorme avanço no entendimento da mente.

Constatou-se a importância ao desenvolvimento mental na ação fusional dessas duas pulsões por manter um equilíbrio, uma homeostase do corpo biológico e mental tão necessário ao alcance de uma vida saudável. Ocorrendo uma “desfusão” dessas forças, há um desequilíbrio que afeta o bom andamento psíquico do sujeito colaborando para o desencadeamento de doenças. (Freud, 1923).

Para se entender melhor o aparelho mental, é necessário antes descrever a distinção entre o que é consciente do que é inconsciente tão imprescindível ao estudo da Psicanálise. Nessa distinção e reconhecimento de uma vida mental interna ultrapassando a área palpável, lógica e biológica, possibilita perceber que o indivíduo não é só um corpo físico, externo, descritivo organicamente e assim previsível nas doenças existentes, mas um corpo interno, psíquico, emocional, perceptivo nas sensações intocáveis e indescrevíveis por não ter palavras que as expliquem.

Um corpo que muitas das vezes é rejeitado e renegado por ser inconsciente, mas responsável na maior parte das vezes na formação de sintomas e doenças que acometem o sujeito obeso.

1.1. Distinção entre consciente e inconsciente.

Tendo em vista que na clínica importa perceber as relações entre o que é da ordem da resposta consciente ou do inconsciente, procura-se fazer um recorte sobre o tema a seguir.

Freud (1923) em sua abordagem acerca do disposto mencionado acima, inicia pontuando a distinção entre o que é consciência e o que é inconsciente fundamental para o entendimento dos processos patológicos na vida mental do sujeito, além de ser a base da teoria e prática da Psicanálise. Reconhece que a consciência é uma função do sistema percepção-consciência onde recebe informações do mundo externo e as do mundo interno, ou seja, as sensações de prazer e desprazer e os resíduos mnêmicos. Tem sua parcela de atuação no aparelho psíquico, mas não o seu domínio.

O inconsciente responsável por dominar em grande parte a vida mental do sujeito com conteúdos desconhecidos ao campo da consciência, por terem sido recusados de acessar o sistema pré-consciente-consciente. Para então terem acesso, esses conteúdos são deformados e se manifestam nos sonhos, nos atos, no comportamento compulsivo, por exemplo, o que contribui para uma interpretação analítica com o indivíduo em análise, a fim de buscar uma compreensão com a finalidade de minimizar a compulsão alimentar sofrida.

Um elemento psíquico, como uma ideia, por exemplo, não permanece o tempo inteiro consciente, pode ser transitório, saindo da consciência num momento e depois retornando a qualquer instante, como um fenômeno dinâmico, latente e inconsciente.

Uma ideia que não alcança a consciência em nenhum momento, como sendo reprimida, é devida a uma grande força que a mantém retida no inconsciente: “(...), a teoria psicanalítica intervém e assevera que a razão pela qual tais ideias não podem tornar-se conscientes é que uma certa força se lhes opõe; (...)” (Freud, 1923). Esta força que Freud afirma haver e que impulsiona as ideias a se reterem no inconsciente é chamada de resistência.

Neste momento da sua teoria, ele desenvolve o conceito de dois inconscientes entendendo-se como pré-consciente o latente, capaz de tornar-se consciente a qualquer momento, e o inconsciente propriamente dito que é recalcado dinamicamente. Assim constitui-se a primeira tópica do aparelho psíquico formado pelo consciente, pré-consciente e o inconsciente. Este, desconhecido completamente para o sujeito enquanto que o pré-consciente e o consciente com algum acesso.

A Psicanálise centraliza o seu estudo teórico-prático principalmente no material que é desconhecido, e, portanto encarado como inexistente. À medida que não reconhecemos, relegamos a sua origem para o exterior, a um outro fora não pertencente a nós. Muitas experiências, percepções, sensações que sofremos desde o nosso nascimento, relegamos para o fundo, para o inconsciente por não termos condições de manter tudo no consciente.

Há material que permanece no inconsciente e inacessível, mas há outro que se vincula às representações verbais que são resíduos mnêmicos de percepções oriundos do mundo externo, e assim da consciência que se colocam à disposição do sistema pré-consciente, sendo acessíveis novamente ao consciente. “(...) somente algo que já foi uma percepção Cs pode tornar-se consciente (...)” (Freud, 1923)

As percepções provindas do mundo interno refletem as sensações prazerosas e desprazerosas de diversos processos no interior do aparelho mental inconsciente. Muitas

das vezes a consciência não consegue ter acesso a essas percepções, dificultando o entendimento e a origem das sensações fazendo-se necessário o trabalho da análise. Sensações prazerosas são originadas por uma catexia que tem a sua descarga livre à consciência, diminuindo a energia acumulada responsável pelo bem estar. Mas as que não são prazerosas impelem a uma mudança, a uma descarga que a consciência resiste, impedindo a externalização ocasionando a sensação de desprazer pelo acúmulo de energia retida.

Entende-se então que os sentimentos são transmitidos diretamente ao consciente, mesmo quando ligados às representações verbais, enquanto que as ideias necessitam de elos de ligação, para o mesmo fim. As ideias inconscientes se alojam em algum material desconhecido que para tornarem-se conscientes necessitam se ligar a processos de pensamentos que são transformados em percepções externas e assim conhecidas pela consciência.

Um dos elementos fundamentais para a clínica dos transtornos alimentares é a narrativa do sonho que é um material do inconsciente que se faz presente juntamente com os restos diurnos, ou seja, com a vivência do dia que experimentamos, percebemos, captamos e assim, ressignificamos em nosso aparelho mental.

Com as observações dos pacientes atendidos em sua clínica, Freud abandona o conceito de consciente, pré-consciente e inconsciente criando a segunda tópica do aparelho psíquico agora formado pelas instâncias do Ego, Superego e Id.

1.1.1.Surgimento do aparelho mental em Freud.

As percepções, sensações, como por exemplo, a sensação de fome do bebê, ou a sua saciedade, o prazer ou o desprazer sentido pela presença ou a ausência do alimento (leite), são sentimentos conscientes oriundos do mundo externo e interno que formam o Ego. Este é uma instância psíquica coerente regida pelo princípio da realidade, da razão, do senso comum, do pensamento, responsável no controle sobre a mobilidade das descargas de excitação ao exterior, controlando também as percepções nos processos mentais e um elo entre mundo externo e mundo interno. A consciência é a ligação direta

com o mundo externo, “*Dissemos que a consciência é a superfície do aparelho mental(...)*” (Freud, 1923, p.32)

De acordo com as postulações de Freud, o Ego também possui uma parte inconsciente, recalcado de difícil acesso à consciência e importante por isso ao trabalho psicanalítico. Realiza um papel de censura nos sonhos e de repressão a certos conteúdos da mente. Fundamental ressaltar neste momento, que tudo que é recalcado é inconsciente, mas nem tudo que é inconsciente, é recalcado, assim como foi verificado acima com os conteúdos ditos latentes.

Frequentemente os conteúdos que transmitem sensações desprazerosas costumam ser impelidos a se tornarem conscientes por uma força impulsiva que o Ego não nota a compulsão, enquanto que as prazerosas tornam-se facilmente conscientes.

Em relação ao que antes era inconsciente, agora se torna o Id, uma instância atemporal, sem censura, regida pelo princípio do prazer, constituída por energias pulsionais, sede das paixões, com conteúdos hereditários, inatos e recalcados. Filogeneticamente seria a primeira instância a surgir seguida do Ego que tem uma parte contida no Id e, outra no sistema perceptivo do mundo externo. Na verdade aquele é uma parte deste que se modificou com as influências do exterior.

Uma parte do reprimido encontra-se no Id e pode comunicar-se com o Ego, apesar das resistências que os separam. Há uma luta de força pelo poder entre as duas instâncias, já que o Ego tenta impor ao Id as influências do mundo externo, a realidade, a razão, substituindo o princípio de prazer reinante neste. Enquanto o Id busca satisfação é a instância egoica que transforma em ação a vontade do Id como se fosse a sua própria vontade. Será o Eu aquele que busca fazer a mediação entre o mundo externo e o Id, tentando domá-lo ao mundo.

Além da influência do sistema perceptivo consciente na formação do Ego e na sua diferenciação do Id, o corpo do sujeito em sua condição de superfície do aparelho psíquico, delimita o exterior do interior. Assim, é na dor (externo) que adquirimos conhecimento dos nossos órgãos (interno) obtendo uma ideia do nosso corpo até antes ignorado e desconhecido.

Ressalta-se assim a ideia de Freud que: “*O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal;..., ele próprio, a projeção de uma superfície.*” (Freud, 1923, p.40). Além de representar as superfícies do aparelho mental, ele também é derivado das sensações corporais que se originam da superfície do corpo, sendo, todavia, fundado numa operação psíquica real que consiste numa projeção do organismo no psiquismo.

Com o aprofundamento teórico, desenvolve o conceito do Superego como uma terceira instância psíquica criada a partir das identificações parentais do Ego. Esta terceira instância é um representante da lei, da religião, da moral e dos bons costumes juntamente com as figuras parentais, atuando de forma a julgar, repreender, criticar os impulsos e desejos do Ego. É o herdeiro do Complexo de Édipo, melhor dizendo, do seu declínio no momento que a criança abre mão da realização da sua satisfação sexual edípica pelo medo da castração, transformando o seu investimento nos pais em identificação com eles.

Freud destaca uma distinção no percurso à resolução do Complexo de Édipo no menino da menina influenciando o surgimento do Superego. À princípio o caminho é o mesmo para ambos, tendo toda a energia libidinal centrada no seio materno desenvolvendo depois com o decorrer da evolução psíquica para uma catexia objetal pela mãe.

A partir deste momento, o menino tem um amor pela mãe e uma identificação com o pai, ao mesmo tempo em que ele é encarado como uma figura rival que precisa ser eliminada de uma vez por ameaçar a sua relação com a mãe. Possui um sentimento ambivalente em relação ao pai enquanto ama a mãe. Devido a ameaça de castração proveniente de um Superego severo e rigoroso que o proíbe de realizar os seus impulsos libidinais, resolve manter a identificação com o pai e transforma o seu sentimento pela mãe numa relação afetuosa.

Enquanto que a menina inicia a sua relação objetal pela mãe, depois volta o seu amor ao pai, sendo sua mãe a rival. Sofre com o medo da castração que é o ponto de partida do seu Complexo de Édipo, até conseguir manter a relação afetuosa com o pai enquanto se identifica com a mãe, chegando a sua resolução.

Além do Superego servir como uma censura à realização dos desejos sexuais dirigidos ao genitor do sexo oposto, conforme foi descrito acima, ele também atua de maneira a criticar o Ego, levando-o a acreditar que não tem valor e por isto não é amado. Desta forma é desenvolvida a melancolia que se apresenta nos sujeitos com compulsão alimentar e por isto o seu destaque neste momento.

1.1.2.O aparecimento da melancolia propiciando a obesidade.

A melancolia surge pela função crítica do Superego em relação ao Ego. É manifestada de forma a dominar o sujeito que apresenta pensamentos fixos e persistentes relacionados a uma auto crítica e auto depreciação que acarreta numa baixa autoestima e desvalia levando-o a buscar o alimento como uma forma de compensação pelo mal estar sentido. Desta maneira a comida é entendida como um objeto de valor e de amor e por essa razão tão necessária a sua incorporação.

Ocorre que um objeto sexual perdido ou abandonado, na melancolia, é instalado novamente no Ego (um ego arcaico, frágil) pelo viés da introjeção (constituindo uma regressão a fase oral do sujeito), modificando-o por se identificar com o objeto assumindo suas características, como um recurso de enfrentamento da perda.

Desta forma tem-se o canibalismo como exemplo manifestado em algumas culturas que buscam a alimentação de certos animais por acreditarem que assim estão incorporando os seus atributos com os seus poderes, a sua força, tornando-se esse animal.

O obeso na condição de estar em depressão busca o alimento, representante do bom, do amor da mãe que nutre, acolhe, como uma forma de colocar para dentro todas essas características de valor que acredita ser destituído e por isso não é amado sendo desvalorizado. Quanto mais alimento houver em seu interior, mais enriquecido, acolhido, forte e valorizado será, assim como o objeto.

Uma outra maneira que o Superego tem de afetar e desestabilizar o Ego é pelo viés da formação reativa contra as suas escolhas objetais, e assim ocorre como exemplo: “*Você deveria ser assim (como o seu pai)(...) Você não pode ser assim (como o seu pai).*” (Freud, 1923, pg49) Neste caso, devido ao Ego por identificação, assumir as características do objeto introjetado, acaba admitindo sua culpa e por isso se submete ao castigo do Superego.

Situação semelhante encontrada na obesidade com a repreensão do sujeito causada pela culpa por não estar em acordo com os padrões estéticos baseados num corpo magro, fino, impondo-se assim a uma cobrança, a um castigo que o leva a se afastar de um convívio social em decorrência da baixa autoestima por ter um corpo gordo. Todo esse processo acarreta num humor deprimido que colabora mais uma vez a recorrer a comida com o intuito de tentar aplacar o mal estar sentido.

De outra maneira, com o adequado funcionamento psíquico, o Ego consegue se desenvolver a ponto de se fortalecer e conseguir ser mais resistente às essas influências, não permitindo se abater, percebendo ser amado, no que contribui a dificultar o acometimento do distúrbio alimentar.

1.1.3.Pulsão de vida e pulsão de morte.

Conforme foi dito no início do capítulo, a compreensão do funcionamento do paciente marcado pelas relações primárias depende do modo como a dinâmica pulsional do próprio objeto se impõe ao Ego infantil.

Constatou-se que o Ego tem influência nas percepções e nas pulsões provindos internamente. Assim importa lembrar a teoria freudiana quando distinguiu duas classes de pulsão: a pulsão de vida, também de autopreservação e a pulsão de morte. A pulsão de vida engloba os instintos sexuais propriamente ditos e os instintos inibidos quanto ao objetivo, ou melhor, dizendo, os sublimados. A pulsão de morte tem a sua base na biologia que estuda a condução da vida orgânica de volta ao estado inorgânico, inanimado.

“(…), ambos os instintos seriam conservadores(…)” (Freud, 1923), já que buscam restabelecer um estado de coisas perturbado pela vida. As duas pulsões necessitam caminhar juntas, numa fusão entre amor e ódio, vida e morte em busca de estabelecer um equilíbrio tanto interno quanto externo para um bom desenvolvimento mental.

Da mesma maneira que se verifica a fusão, pode ocorrer também o que Freud (1923) chamou de “desfusão”, onde uma pulsão predomina mais que a outra ocorrendo um desequilíbrio psíquico como é o caso do sadismo, nas perversões e na neurose obsessiva. Nesses exemplos o instinto de morte é predominante. Por outro lado, há o serviço da libido no sadismo, e uma regressão da fase genital para a anal sádica na neurose obsessiva.

A libido sexual é maleável, deslocável e está atuante tanto no Ego quanto no Id: *“(Os instintos eróticos parecem ser em geral mais plásticos, mais facilmente desviados e deslocados que os instintos destrutivos.)”* (Freud, 1923). É indiferente o caminho que essa libido quer atingir um objeto que não é específico, podendo ser qualquer um, pois a única preocupação que esbarra é poder descarregar sua energia que tem a finalidade de unir, de ligar. Coincidentemente uma característica do Ego que é o mediador dessa situação.

A Psicanálise busca capacitar o Ego no lidar com as pressões oriundas do mundo externo, da libido do Id e da moralidade do Superego. Ele é ameaçado constantemente

por essas pressões e tenta fazer a mediação entre elas. “*O ego é a sede da ansiedade*” (Freud, 1923), já que procura mediar as relações entre o mundo externo e o Id, tornando este dócil àquele. Auxilia o Id e se submete as suas exigências, ao mesmo tempo em que busca com que o mundo externo aceite as vontades do Id. Teme em ser aniquilado por essas instâncias que o pressionam, pois está sendo regido pelo princípio do prazer, buscando a vida e um equilíbrio. Mesmo pelo viés do surgimento de uma fobia, por exemplo, ao perceber a ameaça, retira sua catexia dessa percepção, substituindo-a por outra que servirá como uma proteção contra a ansiedade original.

Freud acredita que o medo da morte tem duas origens, a saber, o medo real, um perigo ameaçador externo com uma ansiedade real e um medo neurótico, interno, relacionado a uma ansiedade libidinal neurótica. Em relação a este último medo, afirma que se origina de uma ansiedade entre o ego e o superego. Ansiedade esta, vivida pelo ego por se abandonar ao ter que abandonar sua catexia libidinal narcísica, assim como abandona um objeto externo por ansiedade.

Esse tipo de medo de morrer no processo da melancolia acontece devido ao ego se sentir odiado, abandonado e desamparado pelo superego que é protetor e salvador. Abandona-se por falta de amor, já que deseja ser amado para viver. Por não ser forte o suficiente e sentir o desamparo acredita que não conseguirá enfrentar um perigo real excessivo e se deixa morrer. Esta é a primeira ansiedade vivenciada pelo bebê no momento que nasce e se separa da mãe.

Em relação ao id não ocorre esse medo já que não possui meios de demonstrar amor ou ódio dirigido ao ego. Vida, pulsão de vida e pulsão de morte duelam entre si dentro dele. Não possui vontade, censura, tempo, ou seja, uma energia livre, solta, que não condena e nem ameaça o ego.

Discorrido sobre o desenvolvimento psíquico e suas consequências, inicia-se a visão Kleiniana a respeito do tema que toma como base para a sua teoria do relacionamento objetal, a abordagem freudiana sobre a estrutura do aparelho mental.

1.2. Aparelho mental em Melaine Klein e o seu desenvolvimento.

Melaine Klein (1952a) em sua obra *“Influências mútuas no desenvolvimento de ego e id”* concorda com Freud no que concerne acerca das pulsões de vida e de morte atuarem e se localizarem no id, mas difere quanto a origem da ansiedade no sujeito, já que define a precocidade do ego em estabelecer relações objetais desde o início do seu contato com o mundo externo.

O ego existe a partir do nascimento como uma instância derivada da pulsão de vida que privilegia a integração e a união. No entanto, o oposto a essa característica é a pulsão de morte responsável pela separação e pela cisão, ou melhor dizendo, a separação entre o bebê e a mãe no nascimento. Desta forma surge a ansiedade como consequência da luta do ego contra a pulsão de morte, contra o seu medo de ser aniquilado e de morrer. Logo ao nascer o bebê sente uma ansiedade persecutória provinda de todos os desconfortos experienciados do mundo externo encarado como hostil e mau.

Difiro, no entanto, de Freud, na medida em que proponho a hipótese de que a causa primária da ansiedade é o medo de aniquilamento, de morte, que surge do trabalho interno da pulsão de morte. A luta entre as pulsões de vida e de morte emana do id e envolve o ego. (Klein, 1952a, p. 81)¹

A capacidade do ego de adquirir força e conseguir tolerar essa ansiedade dependerá da sua constituição, da sua hereditariedade em parte, e da boa qualidade do meio externo em que vive. A importância de ter a presença da mãe que consiga entender e acolher as reais necessidades da criança, assim como Klein afirma: *“Se logo lhe for proporcionado conforto- em particular calor, a maneira carinhosa com que é segurada e a gratificação de ser alimentada- isto dá origem a emoções mais felizes.”* (Klein, 1975, p.3)

O ego se desenvolve em sua maior parte do objeto- mãe boa, através da identificação o que possibilita a construção de novas boas identificações com outras pessoas. *“Uma intensa identificação com a mãe boa torna mais fácil para a criança identificar-se também com um pai bom e ulteriormente com outras figuras amigas.”* (Klein, 1975, p.9)

A criança não busca somente saciar sua fome, em diminuir o seu desconforto físico, mas principalmente em ser amada, em obter carinho e compreensão que transmite segurança e tranquilidade. A sensação de ser compreendida e amada, assim como de sentir

¹ KLEIN, MELAINE. (1952a). *Influências mútuas no desenvolvimento de ego e id*. In: KLEIN, MELAINE. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 80-84.

frustração, ódio, mal estar, é voltada para a relação com a mãe por ser o seu primeiro representante do mundo externo.

Devido à interação entre as pulsões de vida e de morte que desencadeia um conflito entre o ego e a pulsão de morte que governam a vida mental, surgem mecanismos de defesa como a introjeção e a projeção contribuindo no enfrentamento dessas pulsões tão antagônicas e inerentes. É por meio da projeção do amor e ódio que estabelece a primeira relação do bebê com o objeto. Na introjeção é incorporado, absorvido para dentro de si tudo o que percebe do mundo externo que inicialmente é o seio desejado.

A primeira relação com o exterior é através de objetos parciais, por consequência da precocidade do ego ainda desestruturado e cindido. Com o decorrer do desenvolvimento, a estruturação e união dele possibilita a percepção do objeto na sua totalidade, não mais apenas em partes, como a mãe, inicialmente, depois o pai e outras pessoas ao seu redor.

O bebê introjeta aspectos bons e maus do mundo externo, as situações que vive, os objetos que encontra recebendo-os dentro do seu eu, construindo um mundo interno enriquecido de amor ou de ódio e perseguição de acordo com a sua tendência constitucional. Quando percebe que há mais objetos bons do que maus dentro dele, consegue se sentir mais amado, seguro e confiante.

Há uma constante interação entre o mundo interno, objeto interno originado pelas fantasias das impressões vindas de fora, e o mundo externo, objeto externo, influenciado pela projeção. Além desta situação há o desenvolvimento mental que varia de criança para criança, composto por fantasias responsáveis pela subjetivação e individuação da compreensão da realidade externa, estruturando um mundo interno que é reflexo do externo. Constata-se esta afirmação em crianças de uma mesma família sendo prestada a mesma educação para ambas, mas que crescem e se desenvolvem de maneira distinta uma da outra. Como por exemplo, uma desenvolve a compulsão pela comida, enquanto que a outra não tende a apresentar o distúrbio alimentar.

As fantasias inconscientes surgem no cenário psíquico como processos de introjeção e projeção que representam os conteúdos respectivos dos sentimentos e das necessidades inerentes da vida mental no momento.

A introjeção e a projeção continuarão seguindo o percurso pela vida afora com modificações perante a cada estágio de maturação do indivíduo, influenciando o seu julgamento da realidade de acordo com a vida mental interna.

Segundo Klein, o bebê alucina o seio no momento da sua frustração ao chupar o dedo ou a chupeta sentindo satisfação e prazer como se fosse a situação real, sendo um recurso para conseguir tolerar a falta do objeto. Contudo outra criança já não conseguirá lidar com esta falta pela imensa fantasia de agressão e raiva que possui em relação ao objeto. Neste caso por haver um maior predomínio de ódio em relação ao amor diante do objeto ausente, o sujeito manifestará sua raiva através da voracidade pela comida na forma de uma compulsão alimentar, em vez de buscar outro recurso à satisfação por amor ao objeto.

Na concepção Kleiniana, o superego é formado pela internalização dos objetos nas fases sádico-oral e sádico-anal nos primeiros anos de vida, e é atingido o seu clímax no Complexo de Édipo. A estrutura dele é constituída a partir das identificações que possuem caráter bastante contraditório, como uma enorme bondade ao lado de uma excessiva severidade, justificando o seu caráter severo e a intensa ansiedade experimentada pelo medo dele.

Na ausência do seio o bebê reage projetando todo o ódio e a agressividade sentida buscando atacá-lo e aniquilá-lo ao mesmo tempo em que teme ser atacado por ele. De posse desse sentimento e do desejo de agredir o objeto, constrói a fantasia que agora ele também é mau, cruel, ameaçador e pode agredi-lo. Por esse medo de ser atacado e de ter conseguido atacar e destruir vivencia a ansiedade por não querer perder o objeto que também é fonte de amor e satisfação.

A culpa tem a característica de reparar o objeto amado que se acredita ter sido destruído pelo ódio vivido com a ausência dele. Em contrapartida para sentir a culpa em relação ao objeto é necessário que o ego seja regido mais pela pulsão de vida que prioriza o amor, a união, a ligação e o restabelecimento da relação em vez da pulsão de morte marcada pela cisão e desunião.

Esta reparação em consequência do predomínio do amor internalizado, só é possível ocorrer quando o ego está mais amadurecido e portanto, fortalecido e estruturado em enfrentar o ódio, o ataque vivido oriundos da vida mental.

Para Klein (1928) o Complexo de Édipo tem a sua expressão muito precocemente, no momento que o bebê consegue perceber a presença e a intromissão da figura paterna entre a sua relação com a mãe, vivenciando o medo da perda e do amor com ela.

A frustração que a criança sente com o desmame desencadeia as tendências edipianas que são reforçadas pelas frustrações anais no período de treinamento dos hábitos de higiene. O menino muda a sua posição libidinal por ser forçado a substituir a

posição oral e anal pela genital, com o objetivo da penetração por ter a posse do pênis. Assim ele altera a posição e o objetivo que antes era o de receber e agora é o de penetrar, mantendo o objeto de amor de origem. A menina passa da posição oral para a genital, mudando a posição libidinal, mas mantendo o objetivo que nas duas posições é de recepção. Este objetivo acarretou na frustração em relação à mãe, levando a desenvolver sua atenção em receber o pênis do pai que se torna o seu objeto de amor.

1.2.1. Correlacionando as concepções.

Diante do que foi apresentado a respeito da origem do aparelho mental tanto a teoria freudiana quanto a kleiniana, parecem convergir com a mesma concepção de que o primeiro contato do sujeito com o mundo externo é através do seio materno. A necessidade em saciar a fome acarreta na introjeção do alimento- leite.

Por intermédio dessa primeira necessidade fisiológica, juntamente com a ansiedade vivida pelo nascimento, estabelece a relação entre o bebê e o mundo externo. A partir deste momento inicia o desenvolvimento de uma vida psíquica estabelecida pelas três instâncias responsáveis na formação da personalidade do sujeito, assim como na sua interação com o ambiente ao seu redor.

Foi constatado que o fator constitucional também é atuante no desenvolvimento, mas não é o mais relevante, contudo participa como fator predisponente, e nesse sentido como fator que oferece o potencial, talvez um facilitador, que dependendo de todos os outros elementos envolvidos, potencializa outros processos.

Assim entende-se que um sujeito com uma carga genética da obesidade, terá uma maior propensão a desenvolver a doença comparado a uma pessoa que não possui essa condição. Em contrapartida não é imprescindível que se torne obeso no tocante a hereditariedade, já que há outros fatores envolvidos no desenvolvimento mental, como o meio externo, por exemplo. Este fator pode vir a fortalecer ou a enfraquecer a constituição de acordo com a reação na interação com o indivíduo.

Desta forma é que na clínica do paciente obeso é fundamental observar o modo de estabelecimento do vínculo entre a figura materna e a criança. Pois, através da sua

presença, do seu afeto, da sua tranquilidade e por conseguir compreender as necessidades dela e assim acolher, influenciará na formação da sua vida mental, que será constituída também por um aglomerado de sentimentos, percepções, emoções, processos de defesa, assim como por identificações das figuras parentais e depois pelas demais figuras ao seu redor.

Por acreditar nessa interação entre o eu e o não-eu, o interno e o externo contribuindo no desencadeamento da obesidade no sujeito é que nesse primeiro capítulo falou-se da constituição e funcionamento do aparelho mental e seguir-se-á desenvolvendo os modos de interação no capítulo seguinte deste trabalho.

2 – A Relação Objetal e sua Participação ao Desenvolvimento da Obesidade.

Tendo apresentado anteriormente uma apreciação acerca do modo de organização psíquica do ser humano e discorrido a respeito da importância do desenvolvimento do Ego ao bom funcionamento psíquico do sujeito, foi visto que dependendo da sua organização psíquica, na qual mantendo-se estruturado no lidar com as pressões oriundas do mundo interno e externo, consegue-se suportar as exigências da vida, manter relações menos prejudiciais e fundamentalmente sustentar em sua autonomia.

Porém quando o Ego não consegue se desenvolver adequadamente, por ser frágil perante as pressões e dificuldades no lidar com as ansiedades, tenderá a adoecer podendo acarretar numa compulsão alimentar.

O aspecto considerado saudável ou doente no indivíduo depende da constituição do seu Ego. Paralelamente ao seu funcionamento e interação com as outras instâncias psíquicas como o Id e o Superego, havendo uma contribuição da hereditariedade como um facilitador no estabelecimento da obesidade juntamente com a relação estabelecida entre a mãe e o bebê.

De acordo com o que já foi pontuado anteriormente, não há um único fator causal predeterminado no desencadeamento da obesidade como a hereditariedade, por exemplo, não é um ferrete que marca o corpo do sujeito identificando-o como um ser obeso, gordo do nascimento até sua morte. Não há como demarcar um único recurso disponível da medicação, por exemplo, para reajustar o funcionamento dos neurotransmissores e da glândula responsável pelo controle da saciedade. Caso a solução fosse tão precisa assim, não haveria uma crescente gama de indivíduos obesos sofrendo com o excesso de gordura, mas sim sujeitos magros, saciáveis, poucos frustrados e satisfeitos.

Infelizmente não se pode ser tão objetivo e preciso assim acerca da realidade dos fatos que a clínica se apresenta. Deparamos-nos com alguns indivíduos que fizeram uso de medicamento como redutor de apetite, reduzindo o peso corporal num primeiro momento, mas com o passar do tempo ou mantiveram o seu peso ou ganharam mais em relação ao início do tratamento. Da mesma maneira este resultado foi constatado em outros métodos dispostos a redução do peso em definitivo, revelando que a raiz da

obesidade pode estar mais profunda, mais enterrada do que se acreditava, entendendo assim que torna-se em vão manter-se na superfície, no corpo externo. Desta forma surge a necessidade de aprofundar o seu tratamento pelo viés da mente, do interno, do inconsciente. Com isto, não se pode responsabilizar o sujeito obeso pela sua condição de excesso de gordura, de fome, voracidade, nem pela sua má relação com o mundo externo, podendo ser esse um fator marcante, assim como sua constituição provinda de uma ancestralidade materna ou paterna, o que as teorizações sobre a questão da transmissão psíquica transgeracional tentam explicar.

2.1. Sera que só é gordo quem quer? O que há de inconsciente nessa questão ?

O lema algumas vezes propagado e defendido: “*só é gordo quem quer*”, possui somente a finalidade em discriminar e em responsabilizar inteiramente o sujeito por se encontrar perante esta condição, como se fosse uma escolha de vida consciente e que portanto, tem condições de alterá-la a qualquer momento que desejar.

Assim, esquece que há uma vida primitiva psíquica, emocional sendo regida por fantasias e sentimentos atuantes desde o nascimento, no nosso primeiro contato com o mundo externo pelo viés da alimentação que perpetuará por toda a vida. O toque da boca com o seio, a satisfação no saciar a fome, o prazer no deglutir o líquido morno juntamente com o carinho proporcionado e calor do colo da mãe, são sensações que transmitem segurança e conforto ao bebê.

A intenção neste momento é buscar compreender qual (quais) gatilho(s) psíquico(s) é responsável pelo comportamento alimentar desenfreado, voraz, impulsivo levando a um ganho enorme de peso na pessoa acarretando em consequências para sua saúde física e mental.

Reconhecendo a existência do inconsciente, de uma vida psíquica precoce, da interação entre o mundo interno e o externo, conseqüentemente, a relação objetal firmada a partir do nascimento entre o bebê e o objeto, buscar-se-á neste capítulo marcar o caminho psíquico possível que corrobora para o desenvolvimento da obesidade no sujeito.

Para tanto será abordada a importância da descoberta por Melaine Klein acerca da relação de objeto tão marcante no mundo interno emocional, na formação da personalidade, na identidade através das primeiras identificações com as figuras genitoras que influenciam na qualidade das relações pessoais e sociais. Assim como a concepção de Winnicott acerca da função ambiental, representada pela função materna que funciona como um espelho refletindo o seu rosto, as suas reações auxiliando a criança no seu adequado desenvolvimento mental e conseqüentemente na formação de uma identidade distinta da mãe. Essa, que muitas das vezes apresenta-se prejudicada nos indivíduos obesos por vivenciarem a rejeição, o desamor e por isso sentirem-se inseguros na sua forma de ser, de estar e de se relacionar com o meio ao seu redor, devido a ânsia que possuem em serem aceitos, acolhidos e amados pelo outro.

Partindo da primeira relação objetal da criança com a mãe e percorrendo pelos mecanismos mentais que atuam nesta interação, a qualidade do vínculo, das emoções envolvidas, das fantasias criadas, da intensidade da ansiedade em relação ao amadurecimento do ego e sua relação com o ambiente externo, pretende-se demonstrar a relevância da presença do psiquismo que contribui para o nosso ato alimentar para além de uma satisfação instintual que busca o seu excesso ocasionando num comportamento compulsivo.

2.2. O que Melaine Klein afirma sobre a importância dos vínculos primários?

Assim, inicia-se o tema destacando com uma frase de Melaine Klein (1936) em sua teoria onde identifica a primeira satisfação do bebê na sua relação com o objeto, afirmando: *“A primeira gratificação que a criança obtém do mundo externo é satisfação que obtém ao ser alimentada.”* (p.331) Prossegue relatando que uma parte dessa satisfação é fisiológica em saciar a fome com o preenchimento do estômago. A outra é o prazer sexual envolvido quando a boca suga o seio da mãe e o leite quente escorre pela garganta.

Nesse momento o mundo do bebê é centrado apenas pela busca na satisfação de suas necessidades, reagindo assim, de maneira vigorosa com ódio e agressão a frustração

sentida pela falta do objeto- seio. Este como o representante de todas as suas fantasias, pois a mãe ainda não é percebida por inteiro, somente uma parte sua, que é o seio.

A fantasia de frustração ocorre através do estímulo desagradável que o bebê sente pela ausência do seio. Em contrapartida o estímulo agradável origina-se da sensação de prazer, conforto e bem estar com a gratificação do objeto presente. Assim, este objeto será cindido em dois de acordo com o tipo de sentimento experimentado no momento em relação a qualidade do objeto destacado como bom, quando a sensação for prazerosa, e um outro ruim pelo desprazer sentido.

O bebê em fantasia projeta todo o seu ódio, sua raiva por sentir a ausência do seio, agredindo-o e estragando-o. Ao mesmo tempo em que o introjeta pelo sentimento bom que possui com sua presença. Assim, segundo Klein, *“Em sua fantasia, a criança suga o seio para dentro de si mesma, ela o mastiga, o engole; (...), sente-se como se realmente possuísse o seio da mãe no seu interior (...)”* (p.332). Portanto, de acordo com esta afirmação, o seio materno é o primeiro objeto bom a ser introjetado pelo bebê, preenchendo o seu mundo interno com conteúdos gratificantes.

A introjeção do objeto bom é fundamental para a integração do ego, o seu fortalecimento e o estabelecimento das boas relações objetais. Quanto maior for a quantidade do conteúdo bom a ser introjetado, maior será a força do ego em se defender dos objetos perseguidores e ruins. Desta maneira as relações de objeto são moldadas pela interação dos processos de introjeção e projeção, entre objetos e situações internas e externas tão fundamentais à construção do ego e do superego.

À medida que o bebê se desenvolve consegue perceber a mãe como uma figura inteira e não mais em partes, entendendo e a compreendendo como um objeto único. Enxerga o seu olhar, as suas mãos que o tocam, o acariciam, sente o seu cheiro, percebe o seio pertencente a ela que o satisfaz levando a se sentir mais seguro, confortável e tranquilo.

Lembrando que ainda nesse momento a posição esquizo paranoide ainda tem sua predominância, aos poucos a sua ansiedade e o medo de ser aniquilado pelo objeto mau diminui, já que constatou não haver mais dois objetos distintos, mas um só imbuído de características boas e ruins concomitantemente.

Sua capacidade de amor em relação ao ódio torna-se maior, assim como a sua busca em reparar o objeto que acredita ter destruído. Este momento é descrito denominado por Klein como a posição depressiva, onde o ego torna-se integrado, diminuindo os processos

de cisão e conciliando os impulsos contraditórios que facilita uma maior compreensão da realidade psíquica assim como a percepção do mundo externo.

Sentimentos de culpa, medo da perda resultantes da agressividade contra o objeto amado, leva ao impulso a reparação preparando o caminho para as relações de objetos mais satisfatórias e saudáveis, assim como para as sublimações. De acordo com este momento do desenvolvimento da vida mental, Klein (1975) escreve: *“Isto significa que as pessoas podem ser amadas apesar de suas limitações e que o mundo não é visto apenas em termos de preto e branco.”* (p.15).

Da mesma forma, pode ser alcançado com os sujeitos obesos que por sua condição encontram-se internamente despedaçados e, com isso, fragilizados. Na análise busca-se juntar as partes que não passaram pelo processo de integração, uni-las pela escuta, pelo olhar, pelo acolhimento tão fundamental na estruturação e fortalecimento do ego.

Portanto caso não ocorra de forma adequada a integração do ego e conseqüentemente a percepção do objeto por inteiro devido a uma predominância maior dos sentimentos hostis, conseqüentemente haverá o aumento das fantasias sádicas e destrutivas ameaçando a estabilidade dele. Por sua condição frágil buscará a defesa através da fixação de uma das fases do desenvolvimento mental como a oral, a anal ou a fálica. No caso do distúrbio alimentar houve a fixação na fase oral do desenvolvimento.

Antes de haver a posição depressiva, a percepção do objeto total e conseqüentemente a confluência dos sentimentos ambivalentes, mencionado acima neste texto, o ego ainda é incipiente, precário, cindido e, portanto frágil em sua estrutura, levando-o a perceber o objeto também como separado da mesma forma com a distinção dos sentimentos de amorosos e de hostis. Este primórdio momento de vida do bebê, Klein o denominou como a posição esquizo-paranóide, como citado anteriormente. Então, nesta fase, a ansiedade é excessiva em decorrência da intensa polaridade dos sentimentos distintos principalmente os hostis e da quantidade de fantasias sádicas que ameaçam a vitalidade do ego ainda frágil.

Os mecanismos de defesa atuam veementemente pelo viés da projeção dos impulsos sádico-orais, destrutivos dirigidos contra o objeto mau, frustrador, enquanto que a introjeção coloca para dentro do ego o objeto bom, gratificante na tentativa de se defender e aplacar o mau.

Havendo o aumento das fantasias sádicas concomitantemente com a elevação da ansiedade, o mecanismo de cisão será reforçado, influenciando assim os sentimentos e as relações estabelecidas no percurso da vida ulterior do sujeito.

Neste instante toma-se como exemplo ao que foi descrito acima diante da situação vivida pela paciente que assisto em psicoterapia. Mariana (nome fictício) faz uma clara distinção entre a relação que tem com o pai que considera melhor, com mais afeto e identificação, distintamente da que possui com a mãe, por ter uma forma mais impessoal, fria e distante. Destaca-se dois tipos de relacionamentos constituídos pela paciente com características e sentimentos ambivalentes, levando a uma separação entre o pai e a mãe, na forma de se envolver dela.

Desta forma, diante do processo da cisão, o ego visa preservar o objeto bom da agressividade do objeto mau através do recurso de defesa da idealização que enaltece o seio bom com a intenção de protegê-lo contra os ataques do seio mau. Além desta função de defender o objeto bom, há também o desejo de obter uma gratificação ilimitada provinda de um seio inexaurível, inesgotável, um seio ideal.

Na fantasia da existência deste seio ideal, a voracidade como uma ânsia insaciável, entra em cena no intuito de atacar a mãe, sugar, exaurir, morder, escavar completamente com a intenção de destruir o seu corpo despojando-o dos conteúdos bons existentes. A voracidade, portanto é consequência do ato compulsivo de comer, favorecendo a obesidade, aqui traduzida como a característica da compulsividade vivenciada nessa situação clínica. O bebe voraz que personaliza o corpo do paciente obeso, entende e vislumbra o alimento como um objeto gratificador, prazeroso e de grande valia buscando adquiri-lo indiscriminadamente, sem limite, escavando o máximo de sua quantidade existente até exaurir.

Da mesma maneira que a paciente já trouxe em sua narrativa na sessão, sobre o seu ato voraz pelo doce, na sessão: “Enquanto tiver doce na minha cozinha, eu como até acabar, não deixo nenhum rastro.” A valorização atribuída pelo doce, um objeto ideal é intensificada principalmente no momento de sua escassez que no caso relatado acima, a mãe da paciente costumava esconder os doces quando ela era criança, levando a ter raiva e ódio da mãe por reter tudo para ela.

Os sentimentos hostis são dirigidos à mãe percebida como um objeto bom por ser detentor e possuir todos os doces almejados, gostosos apenas para ela própria. Enquanto a própria filha, no caso, a paciente denominada aqui de Mariana, sente-se desprovida de características boas e de valor, pela ausência deles, já que sua mãe reteve tudo em seu domínio.

Desta forma, observa-se o nascimento da sua inveja relacionada a fantasia de ódio dirigida à mãe que retém o leite só para o seu próprio benefício e satisfação, privando a

criança desse prazer levando ao ímpeto de roubar, tirá-lo da mãe para assim destruí-lo. A voracidade acontece na experiência de se sentir privado, roubado levando ao entendimento de não ser bom e por isso não é amado. Assim também ocorre diante a uma maior frustração vivida pela ausência do objeto aumentando a ansiedade que acarreta num comer compulsivo, voraz.

Observou-se no tratamento de Mariana em momentos que viveu privação de algum alimento por decorrência de uma dieta restritiva, que a sua ansiedade aumentou diante da falta acarretando num enorme desejo pelo alimento através de um pensamento persistente e frequente. A ânsia por ele tornava-se o cerne da sua vida, interferindo na rotina diária e laborativa levando-a a aplacar aquele mau sentido através da obtenção da satisfação. Assim, comia o alimento de maneira excessiva e desesperada como se fosse a sua última vez.

Além dos impulsos orais manifestados pela voracidade, há outro ataque à mãe em fantasia derivada dos impulsos anais e uretrais, no qual o bebê expulsa seus excrementos considerados objetos nocivos, perigosos, e partes más, ruins do seu self para dentro do corpo da mãe que ainda não é uma pessoa distinta e separada, mas o self mau. A intenção assim é de controlar e possuir o objeto.

O ódio dirigido contra as partes ruins do self, agora se dirige contra a mãe, conforme Klein afirma: *“Isso leva a uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação de objeto agressiva. Sugiro o termo “identificação projetiva” para esses processos.”* (Klein, 1946, p. 27)

Relacionando ao que foi afirmado e buscando esclarecer melhor, descrevo uma situação relatada por Mariana.

Certa vez ela reclamava da mãe na sessão, por considerá-la uma pessoa obsessiva pela organização da casa e limpeza, situação que já gerou um conflito entre elas. Num outro momento constatou ser muito chata e inconveniente com a limpeza dos pratos, o que levou a uma discussão entre a paciente e o seu marido em casa.

Em decorrência do trabalho terapêutico realizado, conseguiu perceber que a sua preocupação com a limpeza dos pratos não era tão distinta da forma “obsessiva” (SIC) da mãe que tanto reclamava e não gostava. Ao se deparar com esta constatação aceitando a identificação com a mãe, pode rir da situação que antes era aflitiva para ela, sentindo-se mais tolerante e benevolente consigo mesmo e com o outro.

Em contrapartida, quando a projeção é predominantemente de impulsos agressivos, destruidores e controladores, o bebê sente a mãe como uma figura perseguidora. Caso

essa agressividade, hostilidade mantenha-se no decorrer do desenvolvimento, a relação com as outras pessoas será prejudicada pela falta de compreensão e empatia.

A identificação projetiva também ocorre com as partes boas do self do bebê influenciando mais uma vez as relações de objeto. A projeção dessas partes para dentro da mãe é fundamental para a formação de boas relações e a uma integração do ego.

Por outro lado quando o processo é excessivo, a mãe fica num lugar idealizado acarretando num esvaziamento dos conteúdos bons enfraquecendo e empobrecendo o ego. A consequência disso são pessoas extremamente dependentes tanto da mãe quanto de algum outro representante, por acreditarem serem destituídos de parte boa e amada, já que toda essa característica foi depositada no objeto.

Assim ocorre com a Mariana que queixa ser desprovida de qualidades como a beleza se considerando uma pessoa feia, desproporcional na estatura por ser muito grande e em volume corporal (ao falar sobre isso sempre se emociona). Não entende o que seu marido viu nela e muito menos o porquê mantém a relação, já que não reconhece nenhuma qualidade boa e nenhum atrativo. Muitas vezes chega a sugerir que ele procure outra mulher. Não acredita que alguém seja capaz de amá-la, principalmente porque “ele que é tão lindo e maravilhoso.”(SIC). Sobre essa questão, Melaine Klein ainda ressalta em sua teoria que “*os processos de excisão de partes do self e sua projeção para dentro dos objetos são, (...), de importância vital para o desenvolvimento normal, bem como para as relações de objeto anormais.*” (Klein, 1946, p. 28).

Durante todo o percurso do desenvolvimento, o ego continuará sofrendo algumas cisões que serão compensadas e gratificadas pelo objeto bom externo, pelo viés, por exemplo, do amor, do carinho, da compreensão oferecidos pela mãe principalmente nos momentos de maior ansiedade e desespero fornecendo recursos ao bebê para a superação desse momento.

Além dessa gratificação provinda do mundo externo, conta-se também com a sua inerente capacidade mental flexível interna para lidar com estes estados esquizoides.

Constata-se assim que a constituição do bebê juntamente com um meio externo favorável, uma boa interação dos processos de defesa da introjeção e projeção atuante no ego e nas relações de objeto, são de grande valia à construção de uma personalidade adequada responsável por criar condições de firmar boas relações que permanecerão por toda uma vida. Este contexto de enriquecimento psíquico, principalmente com um ambiente externo saudável contribui para evitar o desenvolvimento de um distúrbio alimentar como a obesidade.

2.3. Se eu sou, logo existo: A importância do olhar na perspectiva Winnicottiana.

Além das situações descritas anteriormente acerca do desencadeamento do ato compulsivo de comer em Melaine Klein, destaco neste momento também algumas ponderações feitas por Winnicott referente ao tema desenvolvido e que estão em consonância com a ideologia Kleiniana.

Desta forma, Winnicott (1936) em sua observação e tratamento com crianças pequenas relacionou os distúrbios do apetite a certos acontecimentos específicos no momento da vida e relatou alguns exemplos dessas situações críticas: “(...) *o nascimento de um novo bebê, perda da primeira pessoa que amamenta o bebê, (...), primeira refeição com ambos os pais, (...)*” e prossegue, “*em todos os tipos de doença, bem como na saúde, pode-se concluir que o comer é afetado.*” (p. 92.)

Em relação a concepção descrita acima, comprovou-se este fato na clínica com o início da questão alimentar de Mariana aos quatro anos de idade, coincidindo o seu despertar logo após o nascimento do irmão. Será descrito em maiores detalhes no próximo capítulo deste trabalho.

Conforme analisado por Melaine Klein anteriormente neste trabalho, Winnicott (1936) também afirmou que o apetite era uma defesa contra a ansiedade e depressão oriunda das fantasias inconscientes da criança no seu primeiro contato com o mundo externo pelo seio materno. Descreveu que a princípio a sensação é bastante primitiva assim como: “*Quero sugar, comer, morder (...). Fico satisfeito depois de sugar, comer, morder.*” (p. 92). Logo após entra em cena a fantasia oral relacionada ao prazer sentido em engolir o leite, o desejo de introduzir o que gera prazer, e projetar colocando para fora o desprazer.

Enfatizou também, assim como Klein, a importância crucial do momento do desmame para todas as crianças através da retirada do alimento bom e a introdução de novos alimentos que num primeiro momento não são encarados como tão bons.

Essa nova fase gera uma ansiedade que variará de acordo com cada criança, podendo afetar a sua relação com a mãe sendo traduzida na forma de um distúrbio

alimentar. Assim, ele escreve: “(...) a atitude em relação à comida é uma atitude em relação a uma pessoa, a mãe; mais tarde os sintomas da alimentação variam de acordo com o relacionamento da criança com as diversas pessoas.” (Winnicott, 1936, p.103).

Não há como negligenciar a importância da boa presença da mãe para o encaminhamento da adequada função mental na criança, assim mencionado. Além de contribuir para este estabelecimento, a atitude da mãe também colabora com a constituição de uma identidade da criança distinta e separada dela.

Acerca da formação desta subjetividade separada da mãe, Winnicott destaca a necessidade da função do olhar da mãe que se reconhece, se identifica com aquela criança, reagindo as suas manifestações como um espelho refletindo a sua imagem onde pela primeira vez se enxerga e se reconhece como uma pessoa, um indivíduo, distinto da mãe. Ele afirma que “*No desenvolvimento emocional individual, o precursor do espelho é o rosto da mãe.*” (1975, p.153)

Se a mãe suficientemente boa que afaga, olha, compreende e acolhe os anseios, as angústias da criança, na ausência da interação, da resposta, do olhar da mãe para o bebê, o seu reconhecimento de ser no mundo vai ser dificultado, além de aumentar a sensação de insegurança diante o enfrentamento das adversidades do meio. Assim lembrando que uma construção do autoconhecimento depende de uma via da troca significativa e enriquecedora com o mundo.

Algumas pessoas que sofrem com a obesidade expressam a insegurança, a dificuldade de se reconhecer como um indivíduo no mundo devido a precária ou a ausência de olhar, a falta de amor sentida gerando a uma angústia referente à sensação de um não ser por não saber exatamente quem é, acarretando a sensação do não existir.

É preciso refletir sobre o que Winnicott (1975) cita nesse pensamento que “*Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver.*” (p.157).

2.4. A relação objetal como precursora da obesidade.

Como foi sinalizado neste capítulo, por todo o percurso psíquico do indivíduo ocorrerão certas flutuações nos processos de defesa, na ansiedade, nos sentimentos,

dependendo do momento de vida interna ou externa influenciando na ascendência de estados esquizoides ou depressivos.

A diminuição da ansiedade persecutória e o predomínio da depressiva permitem que a criança tolere e suporte com maior facilidade a ausência da mãe, já que possui uma melhor compreensão acerca da realidade entendendo que sua falta não é sinônima de morte, mas sim algo momentâneo se mantendo viva e retornando ao convívio com a criança. “*A experiência repetida da mãe que vai e volta para ela torna sua ausência menos assustadora e portanto sua desconfiança de que ela a abandone diminui.*” (Klein, 1975, p.16. Klein).

Caso a criança não consiga lidar bem com a intensa ansiedade perante os impulsos contraditórios, o seu desenvolvimento será prejudicado. Consequentemente não conseguirá estabelecer uma boa relação com a mãe, afetando em seguida as outras relações. Além disso, terá também dificuldade em conseguir obter outras fontes de satisfação para substituir a original, fato que acontece nos indivíduos que tomam a comida como sua única fonte de prazer.

A boa interação entre a mãe e o bebê logo no início do nascimento e no seu decorrer da vida pós- natal, tem um grande peso no desenvolvimento mental saudável. Situação adversa a essa quando a mãe apresenta dificuldade na relação com o filho, o que interfere em obter compreensão e assim poder acolher suas necessidades adequadamente.

Destaca a relevância de um ambiente externo favorável no período crítico do desmame, onde a criança perde o seu objeto bom, mais precioso e amado. Desta forma conta com o auxílio da mãe boa, carinhosa e compreensiva que aplaca o seu medo de ser punida pelos sentimentos agressivos, mantendo a confiança no objeto bom internalizado.

Através da boa relação firmada, abrirá caminho para prazerosas relações com outras pessoas o que ajuda a encontrar satisfações que substituirão a que perdeu. De maneira semelhante ocorre com a sublimação responsável por deslocar e substituir o prazer e o interesse original por um outro, tão fundamental para a criatividade, para as artes, o trabalho, e assim em diante.

Como já foi mencionado, em decorrência da intensa e única relação, a princípio, que o bebê forma com a mãe, é de grande valia que ela apresente um estado menos ansioso, mais tranquilo nos cuidados com ele conseguindo desta forma entender melhor as suas reais necessidades, amenizando o seu mal estar.

De outra forma quando a mãe possui imensa ansiedade no lidar com o filho dificultando a compreensão da sua necessidade, buscará por aflição aplacar o mal estar

sentido com o oferecimento do leite, pois entende que o seu sofrimento relaciona-se com a necessidade do alimento. Desta maneira a mãe acredita que sua função na maternagem cumpriu o seu objetivo, já que conseguiu calar o desespero do filho. Esta reação da mãe frente ao desamparo da criança pode colaborar para a intensificação dos sentimentos agressivos assim como da sua ansiedade, facilitando a ocorrência do distúrbio alimentar.

Pode acontecer também da mãe, pela precocidade do seu filho, acreditar que só exista a função biológica atuante neste momento inicial, e portanto não há ainda a necessidade emocional. Mesmo assim a consequência da falta deste reconhecimento, do olhar mais subjetivo para a criança será a mesma do mencionado na situação anterior. Desta forma, Klein afirma: *“Muitas vezes, as mães não se dão conta de que o bebê pequeno já é um ser humano cujo desenvolvimento emocional é da maior importância.”* (1936, p. 337/338)

É preciso que haja prazer da mãe em cuidar e alimentar o bebê. A sua presença física e emocional nesses primeiros cuidados é relevante para o bom funcionamento mental da criança. Quando não há a possibilidade da presença constante da mãe com a criança, por motivo de trabalho, por exemplo, é fundamental que nos momentos de contato consiga oferecer cuidado, atenção, conforto e amor.

Melaine Klein, assim como Winnicott afirmam a importância do vínculo afetivo materno na relação com a criança proporcionando condições para o seu lidar com conteúdos psíquicos internos e com o mundo externo.

Caso este vínculo seja carente em conteúdos bons e amorosos, poderá trazer consequências que afetarão a forma do relacionamento estabelecido do sujeito com a comida tanto para a sua recusa completa pela inapetência, quanto para a aceitação excessiva, desmedida que nunca é preenchida e satisfeita.

Constatou-se que o alimento simboliza o amor e o afeto originários da relação com a mãe justificando a sensação de rejeição e desamor perante a sua ausência. É notório com isto que a comida não possui apenas a sua função de saciar a fome, mas serve como uma representação dos estados emocionais vivenciados pelo sujeito, tanto do amor quanto do ódio, assim como da presença e da ausência, a felicidade e a tristeza.

A forma volumosa do corpo é uma consequência e não causa do desencadeamento do distúrbio alimentar e, portanto não deve ser o ponto nodal do tratamento em questão. Sendo assim, há o reconhecimento dos prejuízos físicos adquiridos com o excesso de peso, sendo necessárias as intervenções médicas cabíveis.

Privilegiando este entendimento e cuidado em relação à obesidade em todos os aspectos da sua existência, sendo bio-psico-social é que propõe-se no próximo capítulo descrever um exemplo da clínica com compulsão alimentar pelo viés de um olhar que reconhece a dor e o sofrimento da impossibilidade de ser e, portanto, de existir e de estar no mundo.

3- A Clínica no cuidado com a obesidade.

A gente quer valor o nosso amor. A gente quer valer nosso suor. A gente quer valer o nosso humor. A gente quer do bom e do melhor. A gente quer carinho e atenção. A gente quer calor no coração. (...) A gente quer é ter muita saúde. A gente quer viver a liberdade. A gente quer viver felicidade. (...).²

Imbuída no embalo desta canção com a autoria do Gonzaguinha é que inicia-se este capítulo em acordo com a sua letra descrita acima acerca da verdadeira busca e necessidade do ser humano em ser amado, ter “carinho e atenção” e valor.

Diante desses dizeres faz-se um paralelo com o sujeito obeso que também solicita ser amado, aceito, valorizado perante o meio ao seu redor. Além disso, também clama pela liberdade de poder ser um indivíduo, único com seus desejos, emoções, comportamentos, escolhas próprios, sendo aceito e assim feliz, independente da ditadura de um padrão estético normatizado por uma sociedade.

No entanto foi restrito a um padrão, a uma norma desde o seu nascimento através de um ambiente externo ansioso, aflito com dificuldade de entender as suas reais necessidades, obrigando-o a aceitar o que lhe era oferecido. Desta forma, devido a sua busca em obter gratificação deste ambiente por intermédio que fosse de uma satisfação instintual e/ou pulsional, calou o seu real desejo, a sua forma de manifestar a personalidade, em prol de um bem maior que é o amor, já que entende que a presença é sinônima deste sentimento, enquanto que a ausência significa a sua falta.

A princípio, ao nascer, o bebê já sofre com sua primeira ansiedade relativa a separação da mãe. Pela sua imaturidade tanto física quanto psíquica o mundo é percebido em partes, inicialmente, através do seio materno que lhe fornece o alimento.

A necessidade primeva e principal que busca alcançar é a instintual, saciar a fome. Quando obtém essa gratificação que aplaca o seu desconforto transmitindo uma sensação

²É. Música de autoria do Gonzaguinha

agradável de satisfação e prazer, sente-se preenchido de amor, assim também é percebido o objeto que o alimentou. Por outro lado quando este não se apresenta com o

líquido prazeroso que sacia a sua fome, é tomado e preenchido pela raiva e ódio no lugar que antes era do amor. Sente o ódio por não ter o alimento ao mesmo tempo em que dirige esta raiva ao objeto que deseja agredir, destruir com todas as suas forças.

Diante do que foi constatado o vínculo inicial que o bebê estabelece com o externo, sendo o objeto (seio) é pelo viés do leite que lhe sacia, preenchendo fisicamente e emocionalmente. Assim, não havendo o alimento para ser preenchido e satisfeito, acabará sendo esvaziado chegando a abrir um buraco interno, em seu estômago oco, vazio por não ter conteúdos bons que o completem.

Esta situação instalada acarreta numa morte psíquica, pela ausência das características amorosas, e assim valiosas, além da morte física por não haver conteúdos responsáveis pela adequada manutenção do funcionamento do corpo.

Portanto chega-se a conclusão que o alimento é o representante vital e fundamental à vida tanto biológica quanto psíquica do homem, sendo que a sua escassez e falta completa acarreta na morte do ser humano e do indivíduo psíquico.

O sujeito com compulsão alimentar apresenta uma tendência maior em relação a outra pessoa sem essa constituição, a permanecer preso neste vínculo forte e persistente com a comida, já que é a sua única representação de toda a satisfação e insatisfação vividos.

Perante, portanto ao que foi exposto até o momento, tem-se a pretensão de apresentar trechos de um caso clínico atendido como uma forma de valorizar a importância da compreensão, do entendimento das relações objetivas primárias no desencadeamento do distúrbio alimentar.

Para tanto inicia-se com um breve histórico do caso, onde originou o motivo que lhe fez procurar ajuda terapêutica, de acordo com que a paciente relatou na sua primeira consulta, ao mesmo tempo que se propõe realizar um paralelo entre trechos de situações clínicas com o arcabouço teórico exposto no decorrer deste trabalho. Tem-se a intenção de comprovar na prática a influência do funcionamento psíquico na manifestação da compulsão alimentar, percebendo a sua relevância e eficácia com o tratamento psicanalítico.

Para tal objetivo, respeitando-se o código de ética em relação ao sigilo e à identidade da paciente, procura-se alterar o seu nome de origem (denominando-a neste

contexto como Mariana) além da preocupação por não informar o seu endereço e outros dados que pudessem revelar a sua identidade.

Após descrever a intenção neste momento, será fornecida a abordagem do caso que particularmente tem um significado pessoal por ter sido a primeira experiência prática na psicoterapia com o atendimento voltado à compulsão alimentar.

A partir deste atendimento em diante, obteve-se a percepção acerca do grande desafio instaurado inicialmente na clínica com o paciente obeso que se referia a construção de uma identidade, o seu reconhecimento perdido ou nem formado a partir da sua vida primitiva infantil.

Entendendo esta questão, percebe-se que o trabalho terapêutico com a paciente deve seguir um percurso completamente ao avesso em relação ao que é empregado e percorrido por outras propostas apresentadas para o tratamento com a obesidade, onde é destacada a prevalência de um corpo magro. À partir de um contexto que privilegia e enfoca a existência do psiquismo pretende-se valorizar o sujeito, o indivíduo que sofre em vez de enfatizar o seu corpo obeso. Dessa forma acredita-se na possibilidade real e definitiva de reduzir e até poder extinguir o comportamento compulsivo em relação ao alimento.

De posse do conhecimento dos diversos movimentos em prol de obter um corpo magro e bonito (SIC), conseguindo, à princípio, atingir uma resposta positiva, mas não a mantendo no decorrer do tratamento, alcançando inclusive um reganho de peso maior comparado com o anterior, gerando um sentimento de fracasso por ter falhado em seu objetivo, fez com que a paciente buscasse a psicoterapia.

Diante do relato repleto de emoção e angústia da paciente (chorando muito ao narrar todos os processos para reduzir o peso que vivenciou constantemente em sua vida) acerca da sua experiência, colaborou para reforçar o entendimento e a necessidade de trocar o protagonista deste tratamento, sendo portanto a pessoa que habita esse corpo com sua subjetividade e individualidade, renegando em segundo plano o corpo, que até aquele momento resumia-se como o grande responsável pelo mal que sentia da sua vida.

O início do trabalho clínico diante do que foi percebido e escutado, foi então o de privilegiar o ser Mariana, a sua identidade, a individualidade que se mostrava em deficiência, pequena, frágil diante da “grandeza” e volumoso corpo, por ser tão valorizado e preconizado na sessão como o ponto nodal da sua queixa.

A partir dessa percepção buscou-se privilegiar uma postura com ela de maneira a oferecer um olhar, uma atenção, uma escuta, assumindo o papel da “*mãe suficientemente*

boa”, na concepção desenvolvida por Winnicott.(1971) Portanto uma postura inicial, mas na verdade, nunca abandonada na relação terapêutica com a paciente.

A paciente tem 29 anos de idade e é casada. Chegou até a clínica por indicação da nutricionista que a tratava, com queixas bastante importantes acerca da sua alimentação reduzida em qualidade, mas rica em carboidratos e gorduras.

Quando iniciou o tratamento, encontrava-se bastante mobilizada, sensível, com humor frequentemente depressivo, pensamentos pessimistas perante o futuro, uma baixa autoestima e um senso de autocrítico importante. Em contrapartida havia momentos que se parecia com uma boneca de porcelana, frágil que num descuido em seu manuseio poderia se quebrar. Neste momento foi percebido a fragilidade da sua personalidade, juntamente com sentimentos de desvalia em relação ao seu corpo físico.

Dependendo da maneira, da imposição da voz que se falava, entendia como algo depreciativo, crítico dirigido à sua pessoa. Uma situação enfrentada no início da relação comigo e com a nutricionista que tinha uma postura mais rígida e objetiva na forma de atuar com a paciente. Mariana não aceitou muito bem a conduta da profissional, ocupando toda uma sessão, queixando, chorando e relatando a sua vontade de largar tudo. Foi preciso a minha intervenção, como forma de mediar a relação entre nutricionista e paciente, onde representei a figura paterna de Mariana, enquanto a nutricionista era vivida como a mãe.

Diante desta relação triangular instalada, neste momento inicial, tornava-se clara e visível a experiência de vida primitiva da paciente na sua relação com o objeto, a mãe, sendo possivelmente a causa da irrupção da sua obesidade. Esta percepção serve de exemplo em relação ao que é defendido neste estudo acerca da implicação do psiquismo no desencadeamento da obesidade no sujeito.

A partir deste momento então, será descrito através do relato de Mariana na sessão, a origem da sua questão envolvendo a sua relação com o alimento.

3.1.A origem.

Mariana possui um irmão mais novo que nasceu quando ela tinha quatro anos de idade. A partir deste momento, sentiu o afastamento da mãe em decorrência dos cuidados prestados ao irmão, o que lhe gerava um sentimento importante de rejeição e abandono.

Após o nascimento, portanto do irmão, nos espaçados momentos de encontro da família que aconteciam nas refeições, onde Mariana iniciou a sua aversão manifestada num mal estar físico com enjoo e alguns poucos episódios de vômito relativos a certos alimentos que a mãe punha em seu prato, tais como arroz, legumes em geral, todas as verduras, aceitando apenas as proteínas, gorduras e massas.

Esta situação apresentada tornou-se frequente e contribuiu para ter toda a atenção da mãe, assim como acontecia antes do seu irmão, quando era a filha única. Desde então persiste na rejeição, sem episódios de vômito, apenas o enjoo, por certos alimentos considerados “saudáveis” (SIC) e uma aceitação exagerada pelas “besteiras” (SIC) (conforme denomina os doces, as massas e as gorduras). Constituindo uma barreira para a nutricionista em relação a dieta alimentar, um dos motivos também que me indicou para a paciente.

3.2.A revivência da primeira relação objetal na clínica.

Conforme foi descrito no capítulo anterior dentro da conceituação teórica em Winnicott (1936) concernente ao aparecimento do distúrbio alimentar relacionado com algum evento ou fato despertado na vida do sujeito, assim foi constatado com a paciente a partir do nascimento do seu irmão como a realidade deste fato abalou negativamente com o seu emocional sendo expressado, em seu início, na recusa por determinados alimentos que selecionava. Talvez por serem representados pela mãe que tornou-se uma figura ausente e por isto buscava rejeitar.

Em conformidade com a descrição teórica abordada anteriormente em Melaine Klein referente a grande ambivalência das emoções em momento arcaico do desenvolvimento mental, tendo a separação, a cisão do objeto em dois como característica. Desta maneira é visualizado no fato descrito acima. Momento em que o ego encontra-se frágil e cindido carregado por sentimentos de amor e de ódio ao objeto. Encontrando-se também de maneira semelhante a que foi descrita em uma outra situação relatada pela paciente na sessão.

No acompanhamento expunha o seu relacionamento familiar distinguindo-o claramente em dois tipos de relações distintas, separadas, caracterizadas assim em um mau e o outro bom. Destacava a figura do pai bom, amoroso, tendo uma relação afetuosa

com ele em contraste com a figura materna sendo distante, demonstrando pouco afeto e muito crítica, dificultando o vínculo amoroso com ela. Além desta distinção feita entre pai-bom e mãe-má, estabeleceu-se também entre eles uma outra baseada na preferência de escolha onde o pai tem por ela e a mãe pelo seu irmão. Esta cisão ocorrida entre o bom e o mau não ocorre somente com sua família, mas no relacionamento terapêutico também, através da sua manifestação, anteriormente situada aqui do seu envolvimento com a nutricionista de mal estar e raiva, sendo o objeto ruim, mau, enquanto me colocou como um objeto bom que cuida e que a nutre fornecendo a gratificação do conhecimento e da ajuda terapêutica.

Mas esta representação do pai-bom não é mantida estável o tempo inteiro na relação, já que há flutuações de sentimentos envolvidos na interação de acordo com o que recebe e percebe subjetivamente do ambiente, estando assim a minha figura por vezes sendo representada pela mãe-má, conforme na situação relatada a seguir.

No dia da sessão, aproximadamente uma hora antes do seu início, Mariana envia uma mensagem para o meu celular desmarcando a consulta por alegar estar mal de saúde, com vômito, tontura, sinal de labirintite (SIC) e me pede desculpas. Respondo aceitando-as e que então a esperaria na próxima semana. Ao chegar o dia ela compareceu com uma aparência boa e a indaguei sobre sua saúde, respondendo estar melhor e descreveu o que lhe aconteceu. Após explicar o que passou, afirmou haver momentos que se sente triste e angustiada por pensar em sua morte e no seu enterro, pois acredita que poucas pessoas estarão presentes além de sua família representada pelos seus pais, seu irmão e o seu marido.

Continuou afirmando não se sentir uma pessoa importante, especial e essencial na vida das pessoas, já que acredita não disporem de nenhum afeto por ela devido a distância, a indiferença que apresentam na postura por não a procurarem para ter notícias de como ela está. E relata: *“Se eu morrer amanhã as pessoas não saberão, pois não me procuram. Só a minha família.”* (SIC)

“As pessoas”, verbalizada pela paciente na sessão, parecia referir a figura má que agora era representada por mim, pela distância durante toda a semana, com a ausência, sem demonstrar interesse pelo seu bem estar, e assim era entendido por ela como uma falta de amor da minha parte. Devido ao ódio vivido em relação a minha figura e por não conseguir suportar essa falta, resolveu matar essa representação que faço parte em sua fantasia.

Em relação a sua experiência precoce com as figuras parentais revividas e reatualizadas na figura do terapeuta sendo identificada como transferência, conforme a conceituação freudiana é afirmada:

Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontre com ideias libidinais antecipadas; e é bastante provável que ambas as partes de sua libido, tanto a parte que é capaz de tornar-se consciente quanto a inconsciente, tenham sua cota na formação dessa atitude. (Freud, 1912, p.134).³

Quando o terapeuta reconhece, permite e aceita que o paciente expresse e verbalize a sua raiva por ele, semelhante ao ato de amor de uma mãe boa pelo seu filho que tolera a agressão por identificação podendo acolher a aflição sentida com tranquilidade, contribuindo assim para amenizar a ansiedade dele pelo medo de ser punido e agredido também. Esta forma de conduta na clínica com a paciente mostra-se bastante positiva ao reforçar o amor, principalmente a si próprio, restabelecendo um maior fortalecimento da sua identidade, conseqüentemente da sua segurança e confiança perdidos na relação original. Atingindo esta condição, é possível haver sua repercussão voltada ao emagrecimento através da redução do comportamento compulsivo pelo alimento.

De certo se encontra uma maior dificuldade quando o alimento é colocado em destaque pela paciente como um objeto precioso, bastante valorizado, enriquecido com muito amor, e por isso é um objeto ideal. Conforme relatado a seguir:

3.3.O valioso alimento.

Através do reconhecimento da revivência da relação objetal precoce na vida mental da paciente marcada e carregada por fantasias, emoções e sensações, principalmente no que tange o seu envolvimento com o alimento, preconizando a voracidade expressada por um desejo insaciável pela fantasia na crença de um objeto inesgotável, inexaurível, valorizado, repleto de amor, como um objeto ideal, buscando-se dessa forma a escavar o máximo que puder todo o seu rico conteúdo.

³ FREUD, S. (1912). A dinâmica da transferência. *In*:FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v 21. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.133-143.

Referente a essa constatação teórica, na clínica em uma sessão Mariana afirmou: *“Enquanto tiver doce na minha cozinha eu como até acabar. Não consigo não comer, ou deixar para depois. Preciso comer tudo na mesma hora.”* É notório o enfoque da paciente em relação ao doce mencionado nesta fala, como uma supervalorização do alimento que se torna bastante desejado e cobiçado por ela, em particular o chocolate, representando o “seio ideal” cheio de amor, fonte de um prazer imenso e, portanto insubstituível por qualquer outra opção de objeto que necessita ser inteiramente colocado para dentro sendo preenchido com as características boas.

Esta valorização e importância que Mariana presta ao alimento pode estar relacionada através da experiência passada e revivida na sessão acerca de um acontecimento em sua infância onde a mãe tinha o hábito de esconder os doces de forma a dificultar o acesso frequente e exagerado da paciente em obtê-los. Diante da iniciativa da mãe em reter os doces, Mariana sentia uma enorme frustração levando a uma grande raiva e irritação dirigidas à mãe, principalmente nos momentos que antecedia as suas provas escolares coincidindo com um aumento da ansiedade. Por esta razão a insistência da ideia em ter o doce torna-se cada vez mais dominante devido a privação sofrida, colaborando com a fantasia de uma figura idealizada.

Em relação ao alimento, a paciente mais uma vez relatou: *“Quando estou ociosa é o momento que me dá mais vontade de comer algo, mas sempre engordativo.”* Prossegue afirmando: *“Preciso de limites. Limite para comer, pois como até acabar. Não posso ter gordices em casa, pois não tenho controle”.* *“Se penso que nunca mais vou comer um chocolate, um doce, uma massa, aí me sinto mal, angustiada querendo comer tudo isso de uma vez só.”*

Nos relatos acima da paciente, é visível o conflito de sentimentos envolvendo o objeto alimento, pois possui um amor intenso de um lado ao ansiar por tê-lo, ao mesmo tempo em que vivencia uma enorme raiva buscando a sua rejeição. Em contrapartida vivencia a ansiedade quando acredita na possibilidade do alimento lhe faltar, o que a leva a considerá-lo como um maior bem que existe insubstituível por qualquer outro. Desta maneira cria uma relação de dependência, de subserviência em relação a comida, um vínculo além do instintual.

3.4.A carência pelo amor.

A relação que a paciente estabeleceu com o alimento é de maneira semelhante a que possui com a sua mãe, através da postura apresentada momentos que parece querer sua presença, sua atenção, e em outros que a evita. Conforme confessou na sessão por perceber certas diferenças e distinções entre elas o que colabora com conflitos e divergências que a paciente admite a sua raiva muitas das vezes expressada com tom de voz alterado e falas agressivas. Por outro lado, busca a presença da mãe nos momentos de escolha de roupa para usar, assim como em ajuda com as tarefas de casa. Apesar da atitude crítica e perversa da mãe com ela, como por exemplo, ao experimentar uma roupa ouvia que estava muito gorda e por isso não havia nenhuma peça que lhe servia, somente para as pessoas mais magras que eram elegantes.

Diante do narrado acima e experiências vividas na infância, Mariana na terapia, relatou não sentir-se segura, protegida pelos pais. Não soube dizer de nenhuma situação que conseguiu sentir amparo e acolhimento. Estes sentimentos ela encontrava com os avós, em especial com o avô que muitas vezes cuidava dela e do seu irmão. Em várias situações de preconceito que enfrentou na escola referentes ao seu corpo, por ser gorda, não obteve apoio e ajuda da mãe ao solicitar. Por esta razão foi forçada a aprender a resolver a sua angústia e fragilidade sozinha, sentindo-se desamparada já que a mãe pouco ou quase nunca interferia.

Em relação ao sentimento de desamparo e abandono vivido presentes até o momento quando a paciente afirma não dividir muitas questões e angústias com a mãe, calando-se na maioria das situações que sofre, assim como faz na sessão também. Ao sentir a falta de amor, frequentemente recorre à comida de maneira exagerada, sem muito controle como forma de compensação. Após a perda do controle, sente uma enorme culpa, um desamparo perante o comportamento compulsivo entendido como uma falta de capacidade, uma incompetência sua em dominar a ação, já que é independente e por isso resolve tudo sozinha. (SIC)

Com o trabalho terapêutico, aos poucos a paciente vai adquirindo confiança, amparo conseguindo verbalizar mais as suas angústias e aceitando melhor a ajuda oferecida. Através da sua confissão na sessão que por não ter seguido à risca com a dieta alimentar, pensava assim em cancelar a consulta com a nutricionista, pois possivelmente não havia perdido peso e dessa forma não queria se frustrar perante a realidade. Paralelamente a esse sentimento, não queria decepcionar a profissional pelo resultado negativo, o que a deixava angustiada e com medo de ser abandonada por não seguir as recomendações impostas, colaborando para mais uma vez comer excessivamente para

apaciar a sua aflição. Por outro lado, ao falar acerca da aflição, possibilita ser ajudada e amparada com a confiança pela relação e vínculo instalado no setting. Dessa maneira de posse do conhecimento do seu comportamento pela via da fala, foi possível amenizar a sua angústia e decepção conseguindo aceitar a ajuda da nutricionista ao mesmo tempo em que não recorreu mais a comida como compensação.

3.5. Negando olhar a imagem refletida no espelho.

Inicialmente Mariana descrevia uma grande angústia sentida ao olhar a imagem refletida no espelho, com o seu corpo por inteiro que recusava a enxergar e a identificar como sendo seu, apresentando uma dificuldade com isso de perceber quando ganhava peso, sendo constatado no momento em que experimentava uma peça de roupa no armário que não lhe cabia. Em relação a esta descrição, a paciente falou: *“Eu não gosto de me olhar no espelho. Sempre evito quando posso. Me acho feia, um monstro. Não gosto de me ver toda no espelho. Não gosto do que vejo.”*

Diante da recusa de olhar todo o corpo, frequentemente ela visualizava e valorizava apenas algumas partes que considerava agradável e belo de se ver, como era reconhecida as suas pernas que se orgulhava por serem grossas. Devido ao seu objetivo centralizado na meta em adquirir um corpo magro, fino e ideal as suas expectativas e olhar, tornava-se difícil aceitar o reconhecimento da imagem real se incluindo nela. Se desde a infância não era reconhecida, olhada e assim aceita pela imagem que se apresentava, inicialmente na relação com a mãe, comprometia-se então a sua percepção em reconhecer e identificar a sua identidade, o seu EU, por esta carência do olhar da mãe se reconhecendo e se identificando com a paciente.

Deparava-se mais uma vez com uma situação que contribuía no seu ato de comer compulsivamente, procurando portanto aliviar o mal estar sentido em decorrência da frustração por não obter o corpo idealizado por ela. Pretendia-se diante dessa observação trabalhar de forma terapêutica o reconhecimento e a aceitação da sua imagem real, para poder se separar da imagem da mãe e assim se distinguir como um indivíduo, uma pessoa distinta dela.

3.6.O olhar no espelho: Nasce a mulher.

Portanto, a partir do acompanhamento clínico, possibilitou à paciente aos poucos conseguir se olhar no espelho e se enxergar sem sentir angústia e tristeza na imagem refletida, adquirindo uma visão benevolente em relação ao seu corpo já que consegue gostar de mais partes dele além das pernas, apresentando uma satisfação referente a imagem que enxerga e identificando como sua, percebendo a beleza que existe, encorajando-a a usar roupas mais ousadas e sensuais.

Com esta possibilidade de olhar, afirmou na sessão perceber ser a primeira vez que consegue pensar e falar sobre ela mesma, em vez de se reter num discurso em prol de um corpo magro e na angústia da restrição sofrida do alimento pela crença de que os seus problemas referiam-se ao seu peso e dessa forma, persistia neste percurso. Com a mudança de perspectiva, consegue identificar que suas questões estão além do seu peso e que por isso são as verdadeiras responsáveis pela sua obesidade.

Em relação a essa tomada de consciência, consegue identificar, no momento, de maneira bastante clara a distinção entre o sentir fome, a necessidade de comer e a sua vontade, contribuindo para a redução da sua impulsividade direta ao ato. Assim, adquiri um maior controle no que concerne a ânsia pela comida vivida em algumas situações.

Através da clínica descrita até o momento neste capítulo, Mariana conseguiu reduzir dez quilos no corpo e se mantém. Em contrapartida, afirma ainda não ter alcançado o seu objetivo, que em parte reconhece agora como algo idealizado e assim inatingível devido a sua constituição. (SIC) Neste contexto é notória a distinção e a identificação da sua identidade separada da do outro (mãe), quando se apodera do seu corpo no discurso de conhecimento da inexistência de um corpo ideal.

4.0. Consideração final.

Desta forma, perante o conteúdo trabalhado teoricamente e clinicamente, neste estudo, espera-se ter conseguido demonstrar que o ato de comer compulsivo ou simplesmente o ato de comer implica em muitos fatores interligados. Vimos que há

grande influência da função mental no desenvolvimento dos quadros de obesidade, gerando grandes obstáculos internos e externos no enfrentamento desse distúrbio que contrariamente, muitas vezes é encarado como uma escolha ou uma opção de ser gordo ou visto como doença. Para tanto se buscou enfatizar a manifestação da compulsão alimentar provinda de uma falha oriunda nos primórdios do percurso do desenvolvimento psíquico, a partir do que os autores investigados apontam como relacionamento objetal primário. Esse que é tomado como modelo identificatório para a construção futura dos demais, constatando-se assim que as escolhas humanas são constitutivas por forças nem sempre conscientes e são essas que atingem sobremaneira a vida do sujeito.

Finalmente, portanto ao que se propôs demonstrar, encerra-se com a abordagem teórica em Winnicott (1967) referente a concepção de poder devolver ao paciente o que ele traz sendo um espelho que reflete o que ele vê e quem realmente é. Olhar verdadeiramente para ele, compreender, acolher, cuidar como a mãe suficientemente boa que colabora na formação da identidade do seu filho. Assim como a função que se propõe a exercer na clínica com cada paciente. Então, essa pesquisa contribuiu para realçar teórico e clinicamente o que Winnicott afirma: “(...) *o paciente descobrirá seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo (...)*” (1967, p.161)

Referências

FREUD, S. (1912). A dinâmica da transferência. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v.12. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 133-143.

FREUD, S. (1923). O ego e o id. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 13-64.

KLEIN, MELAINE. (1928). Estágios iniciais do conflito edipiano. *In: KLEIN, MELAINE. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 214-227.

KLEIN, MELAINE. (1936). O desmame. *In: KLEIN, MELAINE. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 330-345.

KLEIN, MELAINE. (1937). Amor, culpa e reparação. *In: KLEIN, MELAINE. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 346-384.

KLEIN, MELAINE. (1952). As origens da transferência. *In: KLEIN, MELAINE. Inveja e gratidão e outros trabalhos*. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 70-79.

KLEIN, MELAINE. (1952a). Influências mútuas no desenvolvimento de ego e id. *In: KLEIN, MELAINE. Inveja e gratidão e outros trabalhos*. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 80-84.

KLEIN, MELAINE. (1963). Nosso mundo adulto e suas raízes. *In: KLEIN, MELAINE. O sentimento de solidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 1-30.

WINNICOTT, D. W. (1936). O apetite e os problemas emocionais. *In: WINNICOTT, D. W. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 91-111.

WINNICOTT, D. W. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. *In: WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 153-162.