

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC /SP
COORDENADORIA GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO
E EXTENSÃO – COGEAE.**

FABIANA CORREA

A OBESIDADE COMO SINTOMA.

SÃO PAULO

2014

FABIANA CORREA

A OBESIDADE COMO SINTOMA.

Monografia apresentada à Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, referente ao curso de Especialização *Latu Sensu* em Teoria Psicanalítica, sob a orientação da Professora Doutora Adela Judith Stoppel de Gueller.

SÃO PAULO

2014

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.	07
2 – A OBESIDADE.	10
2.1 – Pulsão e obesidade.	10
2.2 – Obesidade e subjetividade	13
3 – INTROJEÇÃO X INCORPORAÇÃO.	16
4 – ABRAHAM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CLÍNICA DA ORALIDADE.	17
4.1 – Oralidade e depressão em Abraham.	20
5 – O BANQUETE TOTÊMICO E OBESIDADE.	22
6 – A FIGURA MATERNA E A QUESTÃO DA OBESIDADE.	24
7 – OBESIDADE E SINTOMA.	28
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	34

AGRADECIMENTOS

Adela, sem a sua supervisão repleta de sabedoria e de, sobretudo, compreensão, este trabalho não teria sido realizado. Muito obrigada por se doar, por me ajudar e fazer com que eu acreditasse que eu conseguiria. A satisfação e a alegria de ver este trabalho pronto devo unicamente a você.

Agradeço também aos amigos que fiz no decorrer desta especialização. Essa afinidade certamente trouxe leveza em nossas vidas.

para W ,
pela inspiração de todo dia.

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

Comida – Titãs.

RESUMO:

O objetivo desse trabalho é discutir a obesidade pelo viés da psicanálise. Articulando temas importantes dentro da teoria psicanalítica, como pulsão e fase oral, pretende-se abordar os aspectos psíquicos da obesidade. A partir desse estudo percebe-se que existe uma relação estreita entre pulsão, oralidade, desenvolvimento inicial e obesidade.

Palavras-chave: obesidade, sintoma, oralidade.

1 - INTRODUÇÃO:

A obesidade é provavelmente a enfermidade metabólica mais antiga já descrita. “Um das primeiras representações da forma humana nomeada de Vênus de Willendorf é datada do período Paleolítico (20.000 até 30.000 a.C.) e trata-se de uma figura de uma mulher extremamente obesa com grandes peitos e abdome enorme”. (LOLI, 2000, pág. 17)

Então, como se pode ver, em algumas épocas a obesidade era sinal de saúde, beleza e status. O corpo obeso ocupou um lugar de destaque e fez parte de pinturas e esculturas, principalmente na época do Renascimento.

Segundo Wongtschowski, no período Greco Romano, a obesidade já causava certa preocupação, mas ainda não se encontrava uma explicação médica para tal. Os romanos consideravam a obesidade como uma doença moral e social, sendo o obeso considerado uma pessoa de má índole. Hoje em dia a obesidade, principalmente no mundo ocidental, é associada à feiura, desleixo e fraqueza de caráter, causando exclusão social e, conseqüentemente, discriminação. No entanto, encontramos algumas culturas aonde a figura da pessoa obesa é reverenciada. Temos como exemplo, as meninas da Mauritânia, país no noroeste da África. Nesse país, elas são obrigadas a engordarem para se casar. É um ritual de engorda que começa em torno dos cinco anos de idade. Seus corpos comem além do que podem suportar, tudo em nome de um casamento. Essas meninas possuem uma dieta baseada em leite e cuscuz em abundância. Quanto mais leite elas tomarem, mais obesas elas ficam, e mais cedo entram na puberdade, podendo assim, se casar mais rapidamente. Quando falta comida, elas tomam remédios que engordam, como corticoides e hormônios sintéticos. Culturalmente, esse ritual é uma prova de amor, a garantia de um futuro melhor e promissor.

No século XIX, através da literatura francesa, a obesidade começou a ser compreendida como sendo um resultado de problemas morais ou psíquicos. A obesidade já começou, ou continuou, a ser vista, então, como algo pejorativo. No século XX é que a obesidade foi vista, pela medicina, como um excesso de células adiposas provenientes de um desarranjo metabólico, e os fatores psicológicos, enfim, foram retomados nas décadas de 40 e 50. (SILVA, 2001)

Atualmente observa-se um aumento expressivo na quantidade de pessoas que sofrem de obesidade. A obesidade é considerada um fenômeno mundial, atingindo os países ricos e os países em desenvolvimento, afetando todos os níveis sócios econômicos e culturais. Segundo a Organização Mundial de Saúde,(OMS) é descrita como uma epidemia global e é vista como um problema de saúde pública, atingindo atualmente 1/3 da população mundial.

Hoje, sabe-se que estar obeso é estar em risco, afinal, a obesidade está relacionada com várias doenças como diabetes, hipertensão arterial, entre outras. Podendo causar até a morte. (WONGTSCHOWSKI, 2011)

Segundo Benedetti (2013), quando a obesidade passou a ser relacionada com comorbidade e mortalidade, o obeso recebeu o status de doente, necessitando de um tratamento médico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade se caracteriza por ser uma doença crônica multifatorial. Ou seja, o processo de adoecimento sofre influência de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais. E, por isso, pode-se afirmar a obesidade como sendo uma doença de difícil tratamento, necessitando de uma equipe interdisciplinar com a interação de diversos profissionais de diferentes áreas. Mas, a maioria dos tratamentos contra a obesidade é feita somente sobre o organismo em si, não levando em conta a dinâmica psíquica que opera em cada indivíduo. Wongtschowski, nesse mesmo raciocínio, diz: “se um tratamento em que o indivíduo é conscientizado dos riscos da obesidade e recebe todas as orientações a respeito do que é preciso fazer para tratar-se, fracassa, torna-se necessário mudar o enfoque desse tratamento, direcionando o olhar para todos os aspectos envolvidos no quadro clínico da obesidade, inclusive os aspectos subjetivos.” (pág. 68)

De encontro a esse crescimento desenfreado de pessoas obesas, surge, na sociedade atual, a super valorização do corpo, fazendo o homem escravo da sua própria aparência. Criase um ideal de beleza de corpo que deve ser obrigatoriamente alcançado. Há uma busca por um corpo ideal, (magro) que deve ser alcançado de qualquer forma e rapidamente. Juntamente com o crescimento da obesidade, há um apelo exagerado pela magreza extrema, e isso faz com que se abra espaço para uma série de dietas irregulares e remédios sem controle. Isso sem dizer na banalização das cirurgias estéticas. Atualmente existem milhares de clínicas e de academias que oferecem tratamentos “milagrosos”, prometendo o tal “corpo ideal” em

pouquíssimo tempo. Alguns desses procedimentos têm até um efeito imediatista, porém, nunca duradouro. A relação com o próprio corpo passa a ser, então, desprazerosa. Com isso, uma série de transtornos alimentares surgem, afinal, visando apenas esses valores externos, o indivíduo muitas vezes fica limitado, ignorando suas questões psíquicas, que certamente podem estar influenciando na sua obesidade. Afinal, um corpo obeso é indissociável da pessoa que o porta e dos significados inconscientes aos que se associa.

O ato de comer é algo que vai além da função fisiológica. O ato de comer tem uma função social, psíquica e ritual. Social na medida em que comemos para festejar e interagir com outras pessoas. Psíquico na medida em que comemos para anestesiar nossas dores ou para aumentar nossos prazeres. E ritual na medida em que os cristãos, (e em outras religiões também) em seus cultos, comem e bebem o pão e o vinho para entrarem em comunhão com Deus. (MARQUES, 2008). Ou seja, o alimento, perde seu papel principal e essencial de nutrição. Um apetite exagerado pode representar um papel distorcido desse alimento na vida dos indivíduos que sofrem com a obesidade.

Então, pode-se dizer que comemos para além da fome. O ato de comer não se limita ao fisiológico. “o simbólico, o onírico, os significantes, os fantasmas, a sexualidade também compõem nossas refeições” (JUSTUS, 1999)

Com isso, pode-se chegar ao seguinte questionamento: do que se trata essa fome? O que quer se saciar enquanto se come?

Como já foi dito, os fatores que estão em jogo na obesidade são de ordem multifatorial. E mesmo assim, observa-se em alguns casos que não se tem nenhuma justificativa orgânica para tal ganho excessivo de peso. Isso corrobora a ideia de que a obesidade possa ser ter determinantes psíquicos importantes que merecem ser levados em consideração no tratamento interdisciplinar. (LOLI, 2000)

2 – A OBESIDADE:

A intenção dessa pesquisa não é explicar a obesidade pelo viés da medicina. Mas, creio que uma rápida definição seja necessária: Normalmente a obesidade é definida como o acúmulo irregular de tecido gorduroso. (WONGTSCHOWSKI, 2011).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), utiliza o sistema de classificação pelo Índice de Massa Corpórea (IMC). Esse índice é um cálculo matemático em que se divide o peso do paciente (em quilos) pelo quadrado da sua altura (em metros). Uma pessoa que tem como resultado o IMC até 25 é considerada normal. Acima disso, é considerada obesa. Mas, descrever a obesidade a partir dessa pluralidade de números, de tal forma a apresentá-la como um conjunto de operações numéricas que deve ser feito, e que a sobredeterminam, obviamente que não esclarece de modo consistente tal patologia.

Sabemos que quando se trata de obesidade, deve-se levar em consideração que existem pessoas com distúrbios genéticos, que favorecem a patologia em questão. Entretanto, a existência de fatores genéticos, também não exclui a possibilidade de fatores psicológicos em jogo na dinâmica da obesidade. Sendo assim, fica complicado, até mesmo improvável tentar delimitar o que é exclusivamente do campo do biológico ou exclusivamente do campo do psíquico, se considerarmos que o corpo compartilha de ambas as esferas.

2.1 – Pulsão e Obesidade:

Para falarmos da relação entre pulsão e obesidade, é importante primeiramente definirmos o termo pulsão. O conceito de pulsão é fundamental dentro da psicanálise, afinal, é a partir dela que se estabelece a relação entre o corpo e o psiquismo. Em 1926 em um verbete de enciclopédia, Freud diz que a doutrina das pulsões é um campo obscuro, até mesmo para a psicanálise. (ROUDINESCO, 1997). “A teoria das pulsões, é por assim dizer, a nossa mitologia”, afirmou em 1914. Freud descreve a pulsão como sendo o limite entre o somático e

o psíquico. Para a psicanálise, a pulsão é a responsável pela busca incessante de uma satisfação, e na tentativa de alcançá-la, dirige-se a determinado objeto. Já que a pulsão não se satisfaz nunca completamente, ela pode ser considerada como uma força constante que nunca se cessa. Outra característica da pulsão é que ela não possui um objeto definido. Aqui, chega-se a conclusão que o objeto escolhido pela pulsão é sempre incapaz de lhe fornecer uma satisfação plena, apenas obtêm-se satisfações parciais. (FREUD, 1915)

Segundo Roudinesco, o termo pulsão é “definido como a carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem.” (ROUDINESCO, 1997)

O conceito de pulsão está estreitamente ligado ao conceito de narcisismo e de libido, constituindo assim, os conceitos de três grandes eixos da teoria da sexualidade.

Ainda baseando-se em Roudinesco, as pulsões parciais, sendo elas a base da sexualidade infantil, são definidas em um primeiro momento por um processo de apoio em outras atividades somáticas, e assim, adquirem o status de zonas erógenas. Exemplificando, pode-se dizer que a satisfação da necessidade de nutrição, obtida através do sugar, torna-se uma fonte de prazer e os lábios se transformam então, em uma zona erógena, fonte de uma pulsão parcial. Em um segundo momento, essa pulsão parcial, adquire o caráter sexual que já está ligado ao processo de erotização da zona corporal considerada, separando-se do seu objeto de apoio para tornar-se autônoma, funcionando de maneira erótica. Esse registro do auto erotismo é a fase preparatória da instauração do narcisismo primário.

Foi finalmente no texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, em 1905, que Freud recorreu pela primeira vez a esse conceito: “Por pulsão, antes de mais nada, não podemos designar outra coisa senão a representação psíquica de uma fonte endossomática de estimulações que fluem continuamente, em contraste com a estimulação produzida por excitações esporádicas e externas. A pulsão, portanto, é um dos conceitos da demarcação entre o psíquico e o somático.” (FREUD, 1905)

No texto “As pulsões e os destinos da pulsão” (1915), Freud define pulsão da seguinte forma: “uma pulsão é um conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita á mente no sentido de trabalhar em conseqüências de sua ligação com o corpo.”

Freud nos diz também que a pulsão é composta por dois representantes: o afeto e a ideia. No artigo “O Inconsciente” (1915), o autor diz que “uma pulsão nunca pode tornar-se objeto da consciência – só a ideia que a representa” (p. 182). Ou seja, mesmo no inconsciente, a pulsão só pode ser representada por uma ideia. Portanto, para Freud, a pulsão se apresenta unicamente como o “representante psíquico das excitações que se originaram no interior do corpo e chegam ao psíquico como uma medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corporal.” (1925, p. 149)

Ainda no texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, (1905) Freud diferencia as pulsões sexuais de outras pulsões, as que estão ligadas à satisfação de necessidades primárias. Posteriormente, denomina esse dualismo pulsional, diferenciando as pulsões sexuais (cuja energia é de ordem libidinal), das pulsões de autoconservação (cujo objetivo é a conservação do indivíduo). Em 1911, Freud classifica essas duas pulsões de acordo com suas modalidades de funcionamento do aparelho psíquico: as pulsões sexuais estão sob o controle do princípio do prazer enquanto as pulsões de autoconservação estão sob o controle do princípio de realidade.

Freud, em 1915, enumera e define as quatro características da pulsão. São elas: a força (que seria a essência da pulsão), o alvo (a satisfação), o objeto (o meio de se atingir tal satisfação), e por último, a fonte (o processo somático). (ROUDINESCO, 1997)

Quando falamos em destinos da pulsão, as pulsões sexuais possuem quatro destinos distintos: a inversão, a reversão para a própria pessoa, o recalque e a sublimação.

Mas, em 1920, no texto “Além do Princípio do Prazer”, Freud postulou um novo dualismo pulsional: a pulsão de vida em oposição à pulsão de morte. E, observando a compulsão à repetição, Freud relacionou esta à pulsão de morte, na medida em que essa compulsão leva o indivíduo a repetir situações ou fatos dolorosos de forma inconsciente. Assim, a pulsão de morte tornou-se o protótipo da pulsão, na medida em que a pulsão reside nesse algo regressivo de retorno a um estado anterior.

Para Freud, a pulsão é um impulso traduzido em desejo. A satisfação sempre almejada pelo indivíduo, já foi conseguida anteriormente, em alguma época da história de cada um procura ser reencontrada. Assim sendo, ao longo de nossa vida, sempre estamos em busca dessa satisfação um dia já experimentada.

Na obesidade, percebe-se que se come além da necessidade biológica. Come-se além da fome. Come-se por uma espécie de desejo. Come-se por um desejo que nunca está satisfeito. A partir daí, pode-se começar a pensar a relação entre obesidade e pulsão. O desejo de comer para além da necessidade biológica, nos remete ao conceito de pulsão, como também nos remete á busca do prazer para além da satisfação das necessidades físicas.

Mais uma vez podemos colocar a obesidade em relação ao ideal de satisfação pulsional, (se come não apenas pela satisfação orgânica, mas também pelo prazer que se encontra através do ato de comer). Na medida em que Freud (1920) diz que os eventos mentais são regulados pelo princípio do prazer. “O curso desses eventos são colocados em movimento por uma tensão desagradável e que toma direção tal, que seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, como uma evitação de prazer ou uma produção de prazer.” (FREUD, 1920 pág. 17).

2.2 - Obesidade e Subjetividade:

Como já foi dito, foi na década de 40\50 que começaram a ser considerados os aspectos emocionais envolvidos no desenvolvimento da obesidade. Nesse instante, começou a ser diferenciada fome, necessidade biológica, apetite e satisfação. “A compreensão de como a função alimentar pode colocar-se a serviço dos desejos e necessidades de ordem emocional é importante quando se fala da subjetividade do indivíduo obeso” (WONGTSCHOWSKI, 2011)

Podemos pensar a ingestão de alimentos relacionada com a subjetividade a partir do momento em que percebemos a contradição encontrada em tratamentos para perda de peso, aonde o paciente obeso relata sofrimentos no decorrer do tratamento e desiste, quando justamente se é necessário que se perca peso. Com isso, pode-se questionar: a obesidade pode “mascarar” conflitos inconscientes? A função da obesidade então seria essa? Então o emagrecimento seria ter de lidar com todos esses conflitos?

Como se sabe, a relação entre comida e afeto pode estar relacionada ás primeiras experiências de amamentação. Ao amamentar, a mãe sacia a fome biológica do bebê, e nesse

mesmo momento, ela sacia também uma necessidade emocional do bebê, afinal, este está sendo acariciado e libidinizado. Essa experiência deixa registros na vida psíquica. “O desconforto da fome é aliviado, deixando traços de memória no aparelho psíquico da criança e as excitações corporais passarão a ter, como representante psíquico, a pulsão oral”. (WONGTSCHOWSKI, 2011)

Esse processo é de grande importância na construção da maneira de como o indivíduo lidará posteriormente com suas próprias necessidades, afinal de contas, parte-se do princípio de que a pulsão começa a se inscrever no psiquismo no primeiro momento de vida, através de tal contato primordial entre o bebê e a mãe como dito anteriormente. E é nessa circunstância que se instalam as marcas mnêmicas e que essas serão futuras selecionadoras dos recalques posteriores.

Freud trata dessa questão da libidinização no artigo “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), onde exatamente ele designa as etapas do desenvolvimento sexual, os quais estariam relacionados às zonas erógenas determinadas. “Foi a partir da noção de zona erógena e da suposição de que algumas partes do corpo são predestinadas no que se refere à erogeneidade, que Freud desenvolveu seu conceito de organização da libido.” (GARCIA-ROZA, 1984)

Freud inicialmente divide as organizações pré-genitais em fase oral e a fase sádica anal. Somente em 1923 ele incluiu a terceira fase, que é a fálica. Como na obesidade o objeto de apoio ou de apropriação é a comida, pode-se ressaltar uma relação da obesidade com a fase oral, já que nesta fase citada, o prazer está ligado à ingestão de alimentos, a excitação da mucosa dos lábios e da cavidade bucal.

Diante da ideia de zonas erógenas e libidinização, pode-se dizer que a pulsão é que inaugura um corpo que difere do corpo da medicina, um corpo pulsional. Esse corpo deseja e quer ser satisfeito. (VARELLA, 2006). E se a pulsão busca sempre pela satisfação, é possível dizer que se tratando de um corpo pulsional, a busca pela satisfação será feita através do próprio corpo. Isso pode ser aplicado na obesidade em si.

Em se tratando de satisfação pelo meio de ingestão de alimentos, fica estabelecido um vínculo entre a obesidade e fase oral, já que nessa fase, há uma maior concentração de prazer na boca, e em atividades relacionadas à ela.

De acordo com Wongtschowski, um exemplo seria o de uma mãe que responde todo e qualquer choro do bebê com alimento. Um registro dessa ordem pode fazer com que o indivíduo, posteriormente, substitua o objeto de sua gratificação pelo alimento, que funcionaria como um simbólico do amor da mãe. Pode-se então hipotetizar que o indivíduo obeso internaliza a mãe, pois, acumulando gordura, não se separa da figura materna e nem do seu amor.

Talvez essa hipótese possa explicar tamanha dificuldade que o obeso tem de perder peso.

“Hilde Brunch (1973), psicanalista e psiquiatra que estudou por mais de três décadas os Transtornos Alimentares e a obesidade aponta a origem desses transtornos nas perturbações precoces da relação mãe-bebê. Segundo a autora, a origem das patologias alimentares estaria na dificuldade da mãe em atender apropriadamente as necessidades da criança, desconhecendo os diferentes tipos de choro do bebê (fome, frio, sono etc...) e atendendo a todas as solicitações da criança como necessidade concreta de alimento. De acordo com Hilde Brunch, isso produziria na criança, uma dificuldade precoce no reconhecimento de suas necessidades internas.” (Hilde Brunch apud Gonzaga e Weinberg, 2010).

Ou seja, faz parte da função materna atender às solicitações de seu bebê. Assim, a mãe se apresenta fisicamente e psicologicamente. Se nessa mãe existe uma falha em atender tais necessidades, certamente ela interpretará as necessidades do seu bebê de acordo com suas próprias necessidades.

“Joyce McDougal (2000) afirma que em função de seus próprios conflitos e desejos inconscientes, a mãe pode prejudicar o processo de diferenciação de seu bebê, mantendo uma relação dependente de seus cuidados, o que impossibilita à criança assumir por si mesma as funções maternas que deveriam ter sido introjetadas. Esse fracasso na função materna irá comprometer a capacidade da criança de integrar e reconhecer como seus o seu corpo, seus pensamentos e seus afetos.” (Mc Dougal apud Gonzaga e Weinberg, 2010)

Sabe-se que é o investimento materno que constitui a condição necessária à sobrevivência psíquica do bebê. O papel primordial de uma mãe é atender tais necessidades, mas sendo ausente às vezes para que ela não seja uma presença maciça e também para que o bebê também não sinta uma ausência insuportável. Só assim, juntamente com uma

libidinização junto ao corpo do bebê que a mãe assegura a constituição dos processos de simbolização da criança. No caso de pacientes compulsivos, essa mãe, a qual foi muito intrusiva ou muito ausente, não possibilitou um processo de individuação do bebê. Como consequência dessa função materna precária, temos um fracasso no processo de introjeção da figura materna.

3 – INTROJEÇÃO X INCORPORAÇÃO:

De acordo com Gonzaga e Weinberg, (2010) introjeção significa que o bebê vai criando em seu mundo psíquico uma representação da figura materna. Ou seja, a mãe é sentida como presente no psiquismo do bebê. A introjeção faz com que a ausência concreta da mãe não seja tão insuportável. Caso a introjeção da figura materna tenha falhas, ou não aconteça, o sujeito utiliza-se da incorporação.

Roudinesco, (1994) define incorporação como sendo algo relacionado ao invólucro corporal. “É o interior do corpo que está sendo visado, com três objetivos: dar prazer a si mesmo através da penetração do objeto em si, destruir o objeto e assimilar as qualidades do objeto.” (ROUDINESCO, 1994). De acordo com Laplanche e Pontalis, é esse último aspecto que faz da incorporação a matriz da introjeção e da identificação.

Laplanche e Pontalis (1977) definem incorporação como sendo um processo fantasmagórico, faz penetrar e conserva um objeto no interior do seu corpo. A incorporação constitui um alvo pulsional e um modo de relação de objeto característicos da fase oral; em uma relação privilegiada com a atividade bucal e a ingestão de alimentos, pode igualmente ser vivida em relação com outras zonas erógenas e outras funções.

Ainda de acordo com Laplanche e Pontalis, na incorporação, as duas atividades (sexual e alimentar) estão mescladas.

Se há um domínio da incorporação enquanto defesa, pode-se dizer que o sujeito encontra-se à mercê da pulsão. Isso significa que o sujeito permanece desprotegido diante da perda do objeto, e busca nos objetos externos (a comida), uma ilusão de obturar-lhe o

sentimento de vazio com o qual não consegue lidar. Ou seja, o indivíduo usa o alimento como um substituto para os objetos perdidos, mas como essa tentativa não tem sucesso, ela se torna infinita.

4 – ABRAHAM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CLÍNICA DA ORALIDADE:

O psiquiatra e o psicanalista alemão Karl Abraham foi um discípulo de Freud. Uma das suas contribuições mais importantes e significativas para a psicanálise se referem ao erotismo oral e ao papel que este desempenha na vida posterior do indivíduo. Abraham aborda a influência do erotismo oral na formação do caráter.

“A psicanálise das neuroses demonstra que muito frequentemente a boca perdeu sua significação como zona erógena apenas no que se refere à consciência e que tal significação persiste no inconsciente e se manifesta na consciência através de formações substitutivas, às quais conhecemos como sintomas neuróticos.” (1924. pág. 55)

Dois textos de Abraham são importantes e dão luz ao que chamamos de “clínica dos distúrbios da oralidade”. São eles: “O primeiro estágio pré-genital da libido (1916) e “Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais” (1924)

No primeiro texto citado acima, Abraham, baseado no texto de Freud “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, aprofunda mais ainda a concepção sobre a psicopatologia da oralidade.

Os estágios anteriores ao predomínio da zona genital, Freud os denomina pré-genitais. Nos casos patológicos, esses processos são atuantes e prevalecem na vida adulta.

Á partir da leitura de Freud, (1905), na infância, o indivíduo tem intenso prazer no ato de sugar o seio e este prazer, não se deve somente ao processo digestivo em si, mas também está relacionado com a significação da boca como zona erógena. Segundo Abraham, essa fonte de prazer nunca é abandonada, se mantém de modo disfarçado, e pode-se dizer que, em algumas ocasiões, ela se intensifica.

“Para o objetivo da nossa investigação, é suficiente tornar-se claro que o primeiro e talvez mais importante passo que o indivíduo dá para atingir uma atitude normal em suas relações sociais e sexuais finais, consiste em lidar com êxito com seu erotismo oral.” (ABRAHAM, pág. 164\165)

Segundo o autor, é importante ter em mente, que o prazer do período de sucção, é um prazer de tomar\receber algo. Sendo esse período agradável ou desagradável, há uma grande dificuldade em abandonar esse estágio. Segundo Abraham, em certos casos, todo o caráter da pessoa é influenciado pelo período de sucção. De acordo com o autor, nos casos em que esse período foi satisfatório, tais indivíduos apresentam um otimismo inabalável, e isso faz com que eles tenham uma postura passiva e inativa. “Toda a sua atitude em relação à vida, demonstra esperarem que o seio materno flua eternamente para eles, por assim dizer (...) não fazem qualquer tipo de esforço. (ABRAHAM, pág. 167)

Por outro lado, os indivíduos que tiveram esse período não satisfatório, parecem estar sempre solicitando algo, pleiteando e insistindo, evidenciando um modo de ser compatível com uma sucção persistente. Nesses indivíduos, a impaciência é uma característica acentuada.

Além desses dois traços citados acima, o autor cita que há casos em que esses impulsos de origem oral escaparam a toda modificação social. “Como exemplo deles, devem-se mencionar, especialmente, um apetite mórbido intenso, por comida e uma inclinação a diversas perversões orais.” (ABRAHAM, pág. 171)

Abraham cita essa fome como sendo “fome neurótica”, e afirma que ela não tem relação nenhuma com o estômago estar vazio. Assim sendo, ela não tem função de nutrição. Essa fome é acompanhada de sentimentos de ansiedade. Segundo o autor, alguns pacientes sabem diferenciar a fome normal dessa fome “devoradora”.

Abraham diz ainda que esses impulsos podem estar mascarados pela sensação de fome. “Em alguns casos, o impulso pode ser tão forte que o paciente é forçado a adaptar e subordinar todo o seu modo de vida ao seu anseio mórbido por comida.” (ABRAHAM. pág. 65)

Abraham, seguindo Freud, percebe a existência de duas organizações pré-genitais. A primeira delas seria o estágio oral. Nesse estágio, a atividade sexual não se encontra separada

da ingestão alimentar. Já, a segunda fase, é denominada de sádico-anal, em que a vida sexual é dual. (ativa e passiva)

“Muitos neuróticos sofrem de sentimentos anormais de fome. As mulheres, em particular são atingidas por esse sintoma” (ABRAHAM, 1926, pág. 64)

“Certas características desta fome neurótica devem ser notadas, isso é, que ela não tem relação com estar ou não o vazio do estômago, que surgem a intervalos regulares e se estabelece como uma crise, com acompanhamentos de natureza incômoda, que não se enquadram na necessidade de nutrição e dos quais os mais importantes são os sentimentos de ansiedade.” (pág. 64)

Segundo Abraham, os pacientes se queixam de “crises de fome devoradora” (p.64), e se mostram resistentes quando a psicanálise revela que existe uma ligação existente entre essa fome e uma libido reprimida. Aqui, podemos considerar que a fome excessiva é bem mais aceita socialmente e por si mesmo do que uma libido reprimida.

Abraham apresenta diferentes casos, alguns pacientes apenas se satisfazem com a atividade de sucção em si. Já em outros, há uma ansiedade para a ingestão de alimentos sólidos. Vale dizer que neste último caso, a oralidade não está desvinculada da nutrição. Para Abraham, os chupadores de polegar adultos, estariam em um estágio mais avançado do desenvolvimento libidinal comparado com aqueles que estão fixados em ingerir alimentos. Essa afirmação é baseada no sentido de que já existe uma certa independência da nutrição e o prazer encontra-se no corpo auto erótico e não na comida, sendo que a boca não perdeu seu papel de zona erógena.

“A sucção adulta do polegar, que nos parece tão estranha, é mais explicável quando nos recordamos de que nos adultos normais, a boca não perdeu seu papel de zona erógena. Encaramos o ato de beijar como uma expressão inteiramente normal da libido, embora seja verdade que neste caso a zona erógena sirva ao propósito do amor do objeto. O beijo não assume a significação de um objeto sexual final, mas representa apenas um ato preparatório. E ainda aqui, também, os limites são mal definidos; certas formas de beijo podem constituir o objetivo essencial do desejo sexual da pessoa.” (pág. 68)

4.1 - Oralidade e depressão em Abraham:

Abraham comenta sobre a “depressão de ânimo neurótica”. Diz que “a satisfação autoerótica da pessoa neurótica tem duas utilidades: ela impede a instalação de uma depressão de ânimo ameaçadora ou afasta a que já se instalou.” (pág. 72). Nesse ponto, fica claro que Abraham fixa seus estudos nos neuróticos que empregam um estímulo oral prazeroso para dissipar a sua depressão.

É importante citar que, entre as mais importantes manifestações das perturbações mentais depressivas, encontram-se dois sintomas que apresentam uma relação direta com a oralidade: a recusa a alimentar-se e o medo de morrer de fome. Podemos dizer que o comer, nesses aspectos citados acima, ocupa o lugar de amar. O melancólico perde a sua capacidade de amar, ao mesmo tempo em que teme morrer de tanto amar. Revela-se assim, a natureza das forças responsáveis pela estagnação característica da melancolia.

Observando esse tipo de manifestação, Abraham conclui que nesses pacientes, a libido regrediu ao seu mais primitivo estágio do seu desenvolvimento: o estágio oral. E é importante dizer que, quanto mais a zona genital passa para o segundo plano como fonte de prazer, mais as pessoas se voltam para o erotismo oral e também anal.

Sabe-se que na depressão, a libido regride ao seu modo de funcionamento mais primitivo. E inconscientemente o paciente depressivo dirige ao seu objeto o desejo de incorporá-lo, devorá-lo para enfim, destruí-lo. “O desejo inconsciente do melancólico é destruir seu objeto amoroso, comendo-o.” (pág. 78)

Para Abraham, a introjeção do objeto de amor seria uma incorporação do mesmo. Neste caso, a libido estaria regredida ao nível oral canibalesco. Ao introjetar o objeto perdido, o melancólico está chamando-o à vida, instalando-o em seu ego. Sendo assim, o processo de introjeção no melancólico assenta-se em um grande conflito de sentimentos ambivalentes, dos quais só pode fugir voltando sobre si mesmo a hostilidade sentida em relação ao objeto.

Já em “Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais” (1924), Abraham discorre que, inconscientemente, a perda de um objeto é vista como um processo anal (expulsão) e a sua introjeção como um processo oral (devoração).

Portanto, há na melancolia, diante da perda ou da ameaça de perder o objeto, uma violenta expulsão e uma tentativa de reincorporação do mesmo.

Dentro da fase oral da libido, Abraham faz uma diferenciação: no nível primário, a libido do bebê está ligada ao ato de sugar. Ou seja, um ato de incorporação, mas que não elimina a existência de um objeto, afinal, a criança ainda não sabe distinguir entre seu ego e o objeto externo. E, além disso, o psiquismo da criança ainda não possui um sentimento de amor ou de ódio. Já, no nível secundário, denominado por Abraham como canibalesco, observa-se claramente a passagem do ato de sugar para o ato de morder. (ato este que representa um impulso sádico). Neste estágio, o ego incorpora o objeto em si próprio e assim, o destrói. É nesta fase que a atitude ambivalente do ego com o objeto se desenvolve e ali o conflito se instala.

Segundo Abraham, após a perda do objeto, o melancólico regride para um nível libidinal repleto de sentimentos ambivalentes primitivos. Essa seria a origem da destruição do objeto pela via da devoração quando este não corresponde às exigências insaciáveis de gratificação. Abraham diz: “É apenas gradualmente que o conflito de ambivalência assume um aspecto mais suave e que a libido adota uma atitude menos violenta para com seu objeto.” (pág. 112)

Abraham cita Starcke, na medida em que diz que o desmame pode ser vivido como uma castração primária. Portanto, o melancólico estaria fixado em um movimento de vingança, castrando aqueles que provocaram nele essa sensação de perda.

“Quando as pessoas melancólicas sofrem uma decepção insuportável por parte de seu objeto de amor, elas tendem a expelir esse objeto como se ele fosse fezes, e a destruí-lo (fase sádico anal). Logo após, realizam o ato de introjetá-lo e devorá-lo, ato que é uma forma especificamente melancólica de identificação narcisista. Sua sede sádica de vingança encontra então satisfação, atormentando o ego, atividade que, em parte, dá prazer. Temos razões para supor que esse período de autotormento dura até que o decorrer do tempo e o apaziguamento gradual dos desejos sádicos tenham afastado o objeto amado do perigo de ser destruído. Quando isso acontece, o objeto amado pode, por assim dizer, sair de seu esconderijo no ego e o melancólico restaurá-lo em seu lugar no mundo exterior.” (pág. 124)

Ao falar do problema da “mania”, pode-se dizer que esta aparece como um efeito da evacuação do objeto, e, portanto, de liberação do ego. Abraham cita a “mania engolidora”

(pág. 131), que seria o paciente que devora tudo o que aparece em seu caminho. E ao mesmo tempo, evacua tudo isso que foi absorvido vorazmente. Portanto, não há espaço e nem a possibilidade de uma digestão mental na alma. É um agir sem pensamento.

Em síntese podemos ver que Abraham aportou elementos importantes para pensar nos determinantes pulsionais da oralidade na obesidade.

5 – O BANQUETE TOTÊMICO E OBESIDADE:

Para falarmos de banquete totêmico, é importante retornarmos a Freud no texto “Totem e Tabu” (1913).

Nesse texto, Freud analisa a gênese dos totens (símbolos sagrados) e dos tabus (proibições de origem incerta, as quais cercam as liberdades individuais e coletivas de uma determinada sociedade).

Esse texto relata a história da primeira comunidade existente, a “comunidade primeva”, a qual era constituída por um pai tirando e seus filhos escravos. Esse pai tirano tinha o direito absoluto sobre todas as mulheres da comunidade. Só que, em certo momento, essa situação causou um desconforto entre os filhos e estes se unem e cometem o parricídio.

Ao matar o pai, acontecem dois processos: primeiramente o pai é devorado, no que é chamado “banquete totêmico”. Posteriormente, os filhos se sentem culpados pelo assassinato do pai, já que, embora tirano, esse pai os protegia e alimentava. Essa culpa vai ser a responsável pela necessidade da restauração da representação da imagem desse pai, ou seja, a restauração do totem.

Por outro lado, após a morte desse pai, os filhos tomam consciência de que eles são, enfim, possíveis futuros tiranos. E por isso, é necessária a instauração de uma lei que organize essa nova comunidade.

E assim, com esse texto, Freud demonstra a transformação do pai tirano em pai simbólico, e esse pai simbólico é o pai que dita os códigos da lei moral através do

cumprimento dos mandamentos e das regras sociais. Quando se fala em regra social, é importante lembrar que, depois do parricídio, as mulheres não são mais privilégio de um só homem, então, faz-se necessário pensar em como será a nova organização entre as relações com os demais membros do clã. (exogamia). A instauração dessa nova ordem explica a origem do tabu do incesto, e a partir desse, surgem todos os outros. Ou seja, pode-se dizer que o totem é a figura em torno do qual toda a sociedade se organiza, através dos tabus, afinal, são esses que regulam o que podemos ou não. São leis.

Segundo Roudinesco, “no prefácio de 1913, ele apresentou Totem e Tabu como uma aplicação da psicanálise a problemas não esclarecidos da psicologia dos povos”. (pág. 757)

Pode-se fazer uma analogia entre o texto Totem e Tabu, banquete totêmico e obesidade, na medida em que o ato de comer é um ato social. E no texto Totem e Tabu, Freud analisa bem as representações desse banquete que é denominado “banquete totêmico”.

O assassinato do pai, o devorar, o qual gera o medo e a culpa que fundam a civilização em consequência da lei é que são celebrados nesse banquete. Nesse texto, Freud questiona a origem da cultura humana, e a atribui a esse ato brutal – a devoração dos pais pelos próprios filhos, acompanhada pela culpa e medo da retaliação é que fundam a cultura. Fundam as leis que regulam o funcionamento sexual entre os indivíduos. Então, pode-se chegar à conclusão que a fundação da cultura humana está totalmente ligada ao comer (devoração) e á sexualidade.

A alimentação, como também, a culinária estiveram também sempre ligados á religiosidade. No entanto, hoje vivemos em uma sociedade dita “laica”, onde separa-se ciência de religiosidade. Mas sabemos que nem sempre foi assim: Em tempos anteriores, vivíamos em uma sociedade aonde a alimentação e a sexualidade eram ditadas pelas regras religiosas, regulados principalmente por proibições. Esse íntimo relacionamento está em nosso inconsciente nos dias de hoje, segundo Freud. (1913)

Um exemplo desse relacionamento íntimo entre religião e alimentação pode ser visto no cristianismo. Incorporamos simbolicamente o corpo e o sangue de Cristo, filho de Deus que nos salvou.

Sabe-se que o alimento é fundamental á nossa espécie. E os mitos, os tabus e as religiões se referem a eles. Não podemos esquecer os tabus alimentares religiosos, como por

exemplo, determinados dias que são proibidos comer certos alimentos. Isso sem contar nas festas e celebrações, nas quais os alimentos possuem papéis fundamentais. Nisso, chega-se a conclusão de que a alimentação é um bem cultural valioso, um ato grupal que está na origem da fundação da cultura humana. E o ato de se alimentar também está relacionado a uma série de questões de poder social e de conhecimento.

Como já foi dito anteriormente, comer é um ato de sobrevivência humana. Além disso, é um ato grupal, cultural e religioso. Partilhamos de certas crenças, por exemplo, a combinação de certos alimentos que podem ser prejudiciais, conhecimento esse que é passado de geração á geração. Não comemos certos alimentos por tabus, ou aversão advinda da própria família.

6 - A FIGURA MATERNA E A QUESTÃO DA OBESIDADE:

Com o exposto anteriormente, podemos considerar que a obesidade, assim como a histeria, destaca como a relação do sujeito com o seu corpo está para além da noção de um corpo biológico, incluindo também um corpo erógeno. Segundo Leclaire (1979, pág. 32) “(o corpo erógeno) deve ser concebido a partir da superfície do corpo ou do corpo concebido enquanto superfície”. Ou seja, todas as partes da superfície corporal estão incluídas em um conjunto orgânico que possui determinada ordem, e qualquer uma delas pode originar uma excitação do tipo sexual, sendo assim, transformada em zona erógena. Para Leclaire (1979, pág. 33) a zona erógena representa “uma abertura ao inconsciente, uma abertura estritamente equivalente em qualidade, na medida em que forneceria acesso a esta ordem que, tomada em seu limite, é a ordem do gozo, e não a ordem da sobrevivência”.

Mas, qual o papel da figura materna na constituição desse corpo erógeno?

A figura materna é marcada frequentemente por sentimentos ambíguos de amor e ódio. Essas duas percepções vão determinar o surgimento de certo número de representações, as quais estão envolvidas com a sensação de preenchimento que essa figura proporciona pela amamentação.

A figura materna é aquela que é responsável pelas necessidades naturais do bebê, como também responsável por conter suas insatisfações e seus anseios. Além disso, é responsável também por desejar o bebê e dar a ele uma noção de corpo. Logo, a criança, enquanto objeto de desejo, é investida libidinalmente por essa figura. Entretanto, para que o corpo da criança se torne um corpo erógeno, é preciso que ela não seja entupida pela fartura orgânica (no sentido de ser alimentada de modo mecânico), mas que haja um duplo aspecto na alimentação, ou seja, que a comida não seja fornecida nem como objeto de desejo, nem como alimento puro e simplesmente. Ou seja, a amamentação como sendo algo não somente biológico, e sim sendo uma troca carregada de vínculos afetivos que são estruturantes.

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

Qualquer parte do corpo pode ser erotizada, e como após o nascimento as primeiras necessidades se organizam em torno da fome e do peito materno como objetos saciados, podemos concluir que as pulsões de auto conservação estão ligadas às pulsões sexuais.

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

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

Lembrando aqui que estamos falando de fase oral do desenvolvimento, fase na qual o prazer está todo concentrado na boca, fase na qual o bebê se encontra em total desamparo e dependência de outro sujeito. Por esse motivo, a criança deseja constantemente ser alimentada

e assim, ir de encontro à sua satisfação. Mas, para que isso aconteça, é necessário que tenha a intervenção do Outro. E assim, à partir desse ato de amamentar, a criança vai sendo libinidizada. E essa associação feita pelo bebê entre o desejo de comer e a satisfação pode persistir ao longo da vida. Nesse momento, a criança incorpora para ela os demais objetos, o que significa que, para ela, o cuidador e bebê são uma coisa só. Na fase oral, a atividade sexual não é separada da ingestão de alimentos. O objeto de ambas as atividades é o mesmo. Sendo o seio como representante da figura materna e como fornecedor de alimento. E o objetivo das duas é o mesmo – que consiste na incorporação do objeto. Como a criança não diferencia seu corpo do mundo externo, tanto a figura provedora do alimento, como o alimento são percebidos como se fossem o próprio corpo. Ou seja, pode-se concluir que a incorporação do corpo materno nada mais é do que uma incorporação do próprio corpo. Um resquício posterior dessa fase nada mais é do que a sucção do próprio polegar, em que fome e prazer podem ser encontrados no mesmo objeto. (FREUD, 1905)

Além da amamentação e dos cuidados, o bebê é segurado, acariciado, apertado contra o corpo materno, do qual ele capta os cheiros, as temperaturas e os movimentos. Essas atividades erotizam a criança, significando-a. A associação feita pelo bebê entre o desejo de comer e a satisfação, pode persistir ao longo da vida, a forma como isso vai se dar, depende da maneira como esse bebê vai ser libinidizado.

Para a psicanálise, afirma Laplanche (1985) a alimentação é o protótipo das futuras relações amorosas de uma pessoa, e, portanto, redirecionar a busca de satisfação por meio do comer pode ser encarado como um retorno aos primórdios da constituição do psiquismo, em que a libido era bem mais controlada e satisfeita. A oralidade, como primeiro destino pulsional, “implica ao mesmo tempo um certo modo de relação, isto é, a incorporação, e um certo tipo de objeto, aquele que é suscetível de ser engolido, incorporado. (LAPLANCHE, 1985, pág. 19)

A pulsão sexual se apoia inicialmente na amamentação. Aqui o mamar possui dois tempos: a sucção do leite, que visa à sobrevivência pela supressão da fome, e o chupar, no qual há a excitação dos lábios e da mucosa labial. Portanto, à medida em que a criança se satisfaz com o alimento, começa a aparecer um processo sexual, no qual “isso (o objeto) entra pela boca”. (LAPLANCHE, 1985, pág. 25)

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

Essa pulsão sádica entraria em ação a serviço da função sexual, e remontaria aos primórdios do desenvolvimento, quando as pulsões de conservação e pulsões sexuais tinham um só objeto e objetivo. Já na fase oral, a obtenção de domínio sobre o objeto, correspondia à destruição desse objeto, e o masoquismo, pulsão complementar ao sadismo, representa um sadismo que se voltou para o próprio ego do sujeito. Essa fase de incorporação ou devoração é ambivalente, pois é um tipo de amor associado à destruição completa.

Então, chega-se à conclusão de que esse par sadismo \ masoquismo pode estar ligado a obesidade, visto que, no comer, parece existir o desejo de infligir dor no objeto (próprio corpo) e dar prazer, ao mesmo tempo, como uma retomada da operação das pulsões parciais. E essa pulsão agressiva, de obtenção de prazer na própria dor, é um vestígio das pulsões canibalescas que buscam a satisfação nas pulsões de auto-conservação. Na obesidade, o que parece estar em jogo é algo do primitivo, é a tentativa de preencher o vazio, de satisfazer ambas as pulsões e garantir o amor do objeto, a figura materna.

Voltando novamente para a fase oral em Freud, como já dito anteriormente, para o bebê, ele e a figura do cuidador são a mesma pessoa. A figura materna passa, então, a assumir um lugar central na constituição do psiquismo do bebê, onde vai se inscrevendo as noções de tempo, espaço, dentro e fora. A mãe é uma facilitadora desse processo. Assim, uma mãe que não é capaz de gerir, reconhecer e decodificar as necessidades do bebê desfavorece a possibilidade, de que este bebê aprenda a reconhecer suas próprias necessidades. (JUSTUS, 1999)

E é justamente dessa relação que o corpo biológico encontra condições para se transformar em um corpo erógeno, pulsional, demarcados pelo olhar, toque e cuidados da mãe. Com essa transformação, encontra-se aqui a função libidinizadora, aonde as trocas efetuadas com esse bebê ficam registradas em seu psiquismo.

Então, conclui-se que se há dificuldades nessa função materna dita anteriormente, haverá dificuldades na aquisição do mecanismo da introjeção, visto que é esta introjeção é que

dará garantias para que se possa constituir um objeto interno, que, na ausência da figura materna, dará um suporte. Caso a função materna não seja introjetada, o indivíduo fica desamparado devido ao excesso pulsional.

Sem essa introjeção, o processo primário fica restrito à incorporação própria da fase oral. Levando-se em conta que é a introjeção que permite ao sujeito diminuir e limitar a sua dependência com relação ao objeto, ao mesmo tempo, a incorporação, ao contrário, reforça essa dependência. Nesse caso, pode-se entender que uma relação de dependência estabelecida pela oralidade através da incorporação do objeto, possivelmente esteja relacionada com o ato de comer na obesidade. (FERNANDES, 2006)

Sendo assim, podemos concluir que a incorporação do objeto durante a fase pré-genital é um protótipo para as identificações futuras. Isso corrobora a relação existente entre a obesidade e a maternagem na fase oral. (SOUSA, 2007)

O autor ainda argumenta que, se há fixação da libido na fase oral, isso possibilitará uma organização aonde o sujeito estabeleça uma relação onde as demais situações sejam permeadas por uma troca oral. Sendo assim, pode-se concluir que as marcas dessa etapa no desenvolvimento podem vir a retornar em forma de sintoma como a própria obesidade.

7 - OBESIDADE E SINTOMA:

O conceito de sintoma é fundamental na teoria Freudiana, afinal, foi a partir de um sintoma histórico que Freud começou a se debruçar sobre o fenômeno psíquico, analisando este como não sendo apenas um resultado de transformações orgânicas.

Em 1926, em “Inibições, sintomas e ansiedade”, Freud destacou o sintoma como sendo uma manifestação da satisfação pulsional, substitutiva de algo consequente de uma repressão. Nele fica satisfeita, de uma maneira muito disfarçada, irreconhecível, a parte da satisfação do desejo. Já no texto “Conferências introdutórias sobre a Psicanálise” (1916), Freud nos diz que “um sintoma é um produto consideravelmente deformado da satisfação

inconsciente de um desejo libidinal, um produto equívoco, habilmente escolhido e possuindo duas significações diametralmente opostas.” (FREUD, 1916. pág. 141)

O autor ainda completa, dizendo que de algum modo o sintoma pode reproduzir a satisfação da primeira infância, que é deformada por meio da censura que nasce de um conflito, e que geralmente está acompanhada por uma sensação de sofrimento.

De acordo com Birman (2006, pág. 57) “foi a psicanálise quem constituiu o campo psicossomático propriamente dito, em decorrência do qual a psicopatologia voltou-se também para a exploração desse novo continente de mal-estar.”

Nos dias de hoje, as patologias da alimentação e do corpo têm se mostrado cada vez mais frequentes, afinal, estamos em uma sociedade em que o somático surge como um emblema de mal-estar que se utiliza de vias corpóreas tortuosas para encontrar a expressão, tal como na histeria, no início do século passa um substituto do. “A presença de sintomas corporais em perturbações eminentemente psíquicas, se considerarmos devidamente as suas formas de produção, destacam-se cada vez mais na contemporaneidade” (BIRMAN, 2006, pág. 53)

Seria importante ressaltar que, na teoria Freudiana, há diversas abordagens na questão da alimentação, mas não há nenhum estudo específico a respeito da obesidade.

De acordo com Urribarri, (1999, pág. 36) “deve existir uma analogia entre a relação que estes pacientes mantêm com o alimento e seus corpos e suas relações de objeto, assim como suas modalidades de investimento em geral.”

O alimento representa um substituto objetal e, portanto, o comer busca evitar uma situação de aniquilação. Ao mesmo tempo, o comer impede o estabelecimento de limites entre eu e o objeto. Sendo assim, a perturbação alimentar pode ser vista como uma dificuldade e uma busca em estabelecer um limite entre o eu e o objeto. Nessa busca, o alimento substitui a relação objetal e a busca de sensações no comer se substitui às emoções intoleráveis. Assim, o sujeito tem no comer, seu único recurso para fugir da constante dependência e afirmação da identidade.

De acordo com Salles (2005), a compulsão de comer, como em qualquer formação de sintoma, tenta evitar o aparecimento de uma angústia. Segundo a autora, o obeso é um eterno prisioneiro na sua tentativa de evitar a frustração, colocando um objeto vazio no corpo. Por

isso, para se tratar da obesidade, é preciso que se possibilite ao sujeito, a captura desse objeto vazio da fantasia.

Diante disso, pode-se pensar a obesidade como sendo um sintoma psíquico refletido no corpo. A comida, nesse caso, como já foi dito anteriormente, sendo o objeto propulsor da satisfação procurada pela pulsão, e ainda um recurso de contenção de sofrimento, sendo considerada imaginariamente como o objeto capaz de conter a angústia inserida pelo sintoma.

De modo geral, para a psicanálise, pode-se afirmar que, quando há falha na possibilidade de representação, é grande a possibilidade de um sintoma se manifestar no corpo. (FREUD, 1926)

O obeso expressa no corpo, o que não pode ou o que não consegue expressar por meio da fantasia, do sonho ou da linguagem. Ele sente, mas não consegue significar de outra maneira que não seja no corpo, todas as questões que carrega de maneira inconsciente consigo, isso pode ocorrer por uma falha da inscrição da pulsão no psiquismo. (VARELLA, 2006)

Sendo assim, retornando a Freud, pode-se dizer que a obesidade seria uma forma que o sujeito encontrou para satisfazer essa pulsão de maneira que seja suportável à consciência.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A proposta deste trabalho foi de analisar a obesidade a partir da ótica psicanalítica, com o intuito de fazer uma articulação entre os conceitos importantes da psicanálise que fundamentam a possibilidade da obesidade ser uma forma de sintoma que se mostra pela via corpórea. Sendo assim, investigou-se no percurso desse trabalho, como a satisfação buscada pelas pessoas obesas por meio da comida pode estar relacionada à maneira de como a pulsão está inscrita em seu psiquismo e sua busca incessante pela satisfação. Neste sentido, o objetivo principal foi fazer um levantamento de como o ato de “comer” permeia as relações interpessoais, como também o desenvolvimento humano. Também foi feito um levantamento de como os conceitos de beleza na contemporaneidade interferem na relação do sujeito com a sua alimentação. Assim sendo, investigou-se também como a obesidade está na articulação entre as necessidades e limitações corporais e o desejo de obter prazer e evitar o desprazer.

Podemos observar que o estudo da obesidade ocupa atualmente, um espaço importante na sociedade atual. Ao longo da história, ela deixou de ser vista como uma patologia exclusiva para se tornar uma epidemia, a qual não escolhe classe social, idade ou sexo. E, em decorrência do aumento de casos de obesidade no mundo, surgiram muitas formas de tratamento e prevenção da obesidade. Esses tratamentos tornaram-se como um passaporte para se alcançar um protótipo de beleza considerado ideal no mundo ocidental, aonde se vive a realidade de que um corpo magro é considerado como sendo o belo. Então, a impossibilidade de ter esse corpo “ideal”, traz junto uma sensação de inferioridade e de culpa. Com isso, todas as estratégias para se emagrecer tornam-se atraentes e válidas.

A obesidade se tornou um paradigma por dois motivos: ela é o oposto do padrão atual de beleza no mundo ocidental, como também está relacionada com doenças e mortalidade.

Podemos concluir que é insuficiente pensar na obesidade apenas como um substrato orgânico, afinal, a relação do sujeito com o seu corpo está para além da noção de um corpo biológico, tal qual na histeria, em que o corpo deve ser compreendido a partir da concepção ou ideia que se tem sobre ele, em conjunto com as intensidades afetivas envolvidas. Podemos então, entender esse corpo como “um corpo tecido na encruzilhada dos destinos pulsionais, constituído pelo campo das pulsões, manifestado, enfim, pelas excitações pulsionais” (BIRMAN, 2003, p. 60)

No decorrer do trabalho, pudemos observar que a obesidade é uma patologia fortemente ligada ao vínculo materno, pois a oralidade, no desenvolvimento humano, é a primeira porta de entrada para o estabelecimento de relações. Na obesidade, temos a tentativa de preencher um vazio, de satisfazer as pulsões e garantir o amor do objeto – a figura materna. Temos aí a incorporação.

Neste trabalho, percebeu-se que a meta pulsional do indivíduo é a satisfação, e que por vários meios ela tentará encontrá-la, de modo que o sintoma é uma delas. Na obesidade as questões subjetivas se apresentam ao invés de se representarem. Diante de tal trabalho, pode-se perceber que algo falhou no processo de libidinização, já que é através desse processo que o bebê vai aprender a se relacionar com o objeto e trabalhar as suas necessidades internas no campo das representações.

Como foi visto ao longo do trabalho, a fase oral e o processo de libidinização estão relacionados, afinal, ambos ocorrem na primeira etapa do desenvolvimento da criança. Entende-se assim que, se há uma falha no processo de libidinização, esta influenciará na passagem do processo da oralidade, o que pode vir a prejudicar o processo de projeção e introjeção, e facilitar o processo de incorporação, para que se possa suprir a ausência do objeto que não foi introjetado, deixando nesse sentido que o sujeito permaneça em situação de desamparo. Desse modo, podemos dizer que a comida surge como um objeto de satisfação próprio do desamparo inicial, já que o comer remete a uma situação infantil em que o bebê era alimentado, cuidado e amado, e, portanto, é uma saída para dar vazão a determinados sentimentos que permaneceram como uma fixação, em que parte da energia libidinal fica presa em estádios anteriores que trouxeram satisfação.

A fome, no indivíduo obeso, é pulsional. Portanto, a compreensão dessa patologia pela via da psicanálise só é possível quando articulamos corpo e satisfação. Desse modo, os traços afetivos da organização infantil mais precoce parecem se presentificar na medida em que o sentimento que restou desta organização infantil é um sentimento de carência, uma sensação de que é preciso comer, incorporar e de que o recebido não basta.

No percurso deste trabalho, fica claro que existe uma relação entre pulsão, desenvolvimento da criança e oralidade, de forma que questões relacionadas a estes pontos podem vir a marcar o sujeito, causando enfim, um sofrimento psíquico que exige deste uma solução. Aí encontra-se o sintoma na forma de obesidade.

Conclui-se que a obesidade não é somente uma relação entre o sujeito e a comida. E sim, é uma relação entre o sujeito e o objeto. Sendo assim, faz-se necessário, na clínica psicanalítica, uma análise mais profunda de cada indivíduo para que assim, se possa entender como se estabelece essa relação, sendo ela individual e particular.

O presente trabalho se encerra mostrando que um corpo obeso tem inúmeros significados dentro do indivíduo que o constrói. Essa obesidade é uma representante de um sintoma. Neste trabalho a obesidade foi discutida no contexto que desenvolve a necessidade de satisfação, e como se dá essa busca por objetos dessa satisfação. Coloca-se em pauta a questão do circuito pulsional que, estabelece o objeto vinculado a uma perda originária que, ao mesmo tempo, constitui o desejo como insatisfeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, K. (1916) *O primeiro estágio pré-genital da libido*. In: Teoria Psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.
- _____ (1924) *Breve estudo do desenvolvimento da libido visto à luz das perturbações mentais*. In Teoria Psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.
- BENEDETTI, C. *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor, 2003.
- BIRMAN, J. *Corpos e formas de subjetivação*. In: MILNITZKY, F. (Org.). Desafios da clínica psicanalítica na atualidade. Goiânia: Dimensão, 2006.
- FERNANDES, M.H. *Transtornos alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- FREUD, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1911) *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. O caso Scheber, artigos sobre técnica e outros trabalhos*. . In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1915) *As pulsões e os destinos da pulsão*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1915) *O Inconsciente*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1913) *Totem e Tabu*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1920) *Além do princípio do prazer*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1923) *O Ego e o Id*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1926) *Inibições, sintomas e ansiedade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1916) *Conferências introdutórias sobre a psicanálise*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GARCIA-ROZA, L.A. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- GONZAGA, A.P. ; WEINBERG, C. (organizadoras) *Psicanálise e transtornos alimentares*. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

JUSTUS, Dasy. *Por uma psicopatologia da alimentação cotidiana*. In encontro sul americano dos estados gerais da psicanálise: São Paulo, 1999.

LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.B. *Vocabulário de psicanálise*. Lisboa: Moraes Editores, 1977.

LECLAIRE, Serge. *O corpo erógeno: uma introdução à teoria do complexo de Édipo*. Rio de Janeiro: Fonfon e Seleta, 1979.

LOLI, Maria Salete A. *A Obesidade como sintoma. Uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Ed. Vetor, 2000.

MARQUES, Seixas C. *Um corpo em questão: considerações psicanalíticas sobre a obesidade*. In III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. Rio de Janeiro, 2008.

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

ROUDINESCO, E. ; PLOM, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed Jorge Zahar, 1998.

SALLES, C. *O embrulho do nada na obesidade*. Virtualia. Revista digital de la escuela de la orientación Lacaniana. n. 13, 2005.

SILVA, M.M. *Obesidade mórbida: portadores de obesidade mórbida candidatos à cirurgia: diagnóstico psicológico – sua necessidade e importância*. PSIC. São Paulo, n 2. 2001.

URRIBARRI, R. *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999.

VARELLA, A.P.G. *Você tem fome de quê*. Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília, v.26, 2006.

WONGTSCHOWSKI, Eva. *O psicólogo no hospital público – Tecendo a clínica*. São Paulo: Zagodoni, 2011.