

JENNIFER CRISTINE BELOTTO

ALGUMAS NOÇÕES FREUDIANAS NECESSÁRIAS PARA A
COMPREENSÃO DA OBESIDADE MÓRBIDA

Monografia apresentada para
obtenção do título de especialista em
Teoria Psicanalítica

Orientadora: Prof. Dra. Inês Loureiro

COGEAE – PUC/SP
2014

RESUMO

O interesse pela temática nasceu da minha prática com pacientes submetidos a cirurgia bariátrica que apresentaram reganho de peso no pós cirúrgico. Este trabalho se propôs refletir sobre a relação deste comportamento alimentar e o caráter compulsivo que o sujeito apresenta com a comida.

Buscou-se em Freud fundamentos para entender estas questões, abordando assuntos como as fases do desenvolvimento libidinal, a teoria das pulsões e formação de sintomas.

Palavras chave: Obesidade mórbida, pulsão, sintoma, S. Freud

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer ao meu noivo Fabrício Doin Paz de Oliveira, por me incentivar a continuar sempre e por toda paciência demonstrada! Com suas palavras sábias me fez acreditar que é possível; sempre me lembrando que o conhecimento é progressivo e que tudo acontece ao seu tempo.

Agradecer aos meus pais por me possibilitarem a realização deste sonho, por sempre me apoiarem, investirem e acreditarem nas minhas escolhas.

Aos meus avós por sempre orarem por mim e por me enviarem boas energias.

Agradecer a minha orientadora, que foi atenciosa e paciente durante todo o processo de elaboração deste trabalho. Obrigada por me ensinar e por estar sempre disposta a ajudar e a esclarecer os conteúdos.

Aos professores do COGEAE pelos ensinamentos transmitidos nestes dois anos de caminhada.

E, finalmente a DEUS por ter me guiado e dado a chance de concluir mais este sonho!

Grata!

Sumário

RESUMO	2
AGRADECIMENTOS	3
INTRODUÇÃO	4
1. OBESIDADE	7
2. PULSÃO	10
2.1 ELEMENTOS BÁSICOS QUE DEFINEM A PULSÃO	10
2.2 PULSÃO DE AUTO-CONSERVAÇÃO E PULSÃO SEXUAL	12
2.2.1 PRINCÍPIO DO PRAZER E PRINCÍPIO DE REALIDADE	16
2.3 ÉTAPAS DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL	18
2.3.1 FIXAÇÃO E REGRESSÃO	21
2.4 O NOVO DUALISMO PULSIONAL: PULSÕES DE VIDA X PULSÕES DE MORTE	23
3. ELEMENTOS PARA COMPREENDER A OBESIDADE COMO SINTOMA	26
3.1 O CARÁTER REPETITIVO DO SINTOMA	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada, no mundo contemporâneo, uma das doenças de maior incidência. Seu aumento desperta muita preocupação nos profissionais da saúde e vem se tornando um problema de saúde pública, pois além do sofrimento relacionado ao sobrepeso o sujeito geralmente apresenta comorbidades associadas.

Para redução de peso existem várias alternativas. Porém se observa crescente demanda por métodos mais invasivos; dentre estes está a cirurgia bariátrica, que se tornou uma alternativa possível para os sujeitos considerados obesos mórbidos.

As técnicas atualmente mais utilizadas para a realização da cirurgia, são as cirurgias desabsortivas, restritivas e cirurgias mistas (conforme veremos no capítulo um).

Considerando o fato de trabalhar como psicóloga, no setor de clínica cirúrgica do aparelho digestivo, em um hospital de grande porte situado na cidade de São Paulo, pude atender vários pacientes que se submeteram a cirurgia, e manter contato com estes após certo período de pós operatório.

Fiquei impressionada ao notar que no seguimento muitos deles retornavam ao hospital e apresentavam considerável reganho de peso. Isto atraiu minha atenção, pois a cirurgia já havia sido realizada e o comer de forma desmedida retornava a ser um problema, tão grave, que muitos estavam esperando para se submeterem a uma nova gastroplastia.

Alguns apresentavam o mesmo peso que tinham antes da cirurgia, outros estavam ainda mais pesados, e a intervenção cirúrgica, para muitos deles, era a ponte entre a vida e a morte, já que com o reganho de peso comorbidades se desenvolveram ou se agravaram.

Estes fatos me despertaram o interesse pelo comer compulsivo, que não está a serviço da necessidade fisiológica, visto que a cirurgia reduz drasticamente a vontade de ingerir alimentos, mas esta compulsão que ainda está atuando, que não cessou apesar de uma invasiva intervenção cirúrgica ter sido realizada.

O que os faz comer de forma excessiva, a ponto de adoecer, se não o comando enviado pelo cérebro quando há necessidade de nutrição? Se não é esta a fome que tem necessidade de ser aplacada, que tipo de fome seria?

Sobre minha cabeça ficaram pairando questões relacionadas à persistência deste comportamento. Por que mesmo passarem por uma cirurgia considerada agressiva, eles recaem no sintoma? E por que mesmo após recuperarem a sua saúde, voltam a colocar as suas vidas novamente em risco?

Com estas indagações, me propus elaborar este trabalho sob a ótica da teoria psicanalítica, mais precisamente fundamentada nas obras de Freud, sobre este caráter imperativo que retorna, sobre essa compulsão alimentar que parece só aliviar e trazer paz ao sujeito no momento em que o ele está se alimentando.

A monografia inicia com os conceitos básicos sobre obesidade mórbida e esclarece de forma resumida os tipos de gastroplastia mais realizados na atualidade. Segue com os conceitos teóricos sobre as pulsões, os caminhos da libido, e por fim tenta articular a obesidade como sintoma.

1. Obesidade

A obesidade mórbida é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, com o aumento do risco de surgimento de comorbidades, como diabetes, hipertensão arterial, coronariopatias como angina e infarto, doenças articulares, apneia do sono, insuficiência respiratória e cardíaca, além de diversas formas de câncer.

Segundo a organização mundial da saúde (OMS), dados estatísticos de 2008 apontam que cerca de 1,6 bilhões de pessoas no mundo (com idade superior a 15 anos) estão com sobrepeso – 26% da população mundial - e pelo menos, 400 milhões de adultos são obesos (6,5%). A OMS avalia que em 2015 aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estarão com sobrepeso e mais de 700 milhões, obesos (OMS, 2009). Destes, um terço se encontra em países em desenvolvimento e é considerado hoje um problema de saúde pública.

A OMS classifica a obesidade baseando-se no Índice de Massa Corporal (IMC) e no risco de mortalidade associada. Para calculá-lo, basta dividir o peso em quilogramas pelo quadrado altura em metros ($IMC = \text{peso} / \text{altura} \times \text{altura}$). Assim, considera-se obesidade quando o IMC encontra-se acima de $40\text{kg}/\text{m}^2$. Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e $34,9\text{ kg}/\text{m}^2$, obesidade grau II quando IMC está entre 35 e $39,9\text{kg}/\text{m}^2$ e, por fim, obesidade grau III quando o IMC ultrapassa $40\text{kg}/\text{m}^2$.

A pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), do Ministério da Saúde, indica que 50,8% dos brasileiros estão acima do peso ideal, e destes, 17,5% são obesos. O índice é praticamente o mesmo da pesquisa anterior, que apontou que 51% da população tem excesso de peso, sendo que 17,4% eram obesos. De acordo com o levantamento, os homens têm mais excesso de peso do que as mulheres – 54,7% contra 47,4%.

O aumento da incidência pode estar atribuído a várias causas, como o estilo de vida, fatores genéticos e psicológicos, hábitos alimentares, doenças hormonais, estresse, entre outros. Considerando que obesidade é uma

condição médica crônica de etiologia multifatorial, seu tratamento pode ser de base nutricional, de condicionamento físico e/ou psicológico, entre outras formas de manobras terapêuticas. Porém quando o paciente não apresenta mais perda ponderal com exercícios e terapia nutricional e apresentar problemas de saúde relacionados à obesidade ele se torna possível candidato à terapêutica cirúrgica.

A cirurgia bariátrica é uma das medidas mais impactantes no tratamento da obesidade de grau avançado, em especial na questão da perda ponderal. Os critérios para a indicação do tratamento cirúrgico foram definidos por especialistas em reunião promovida pelo National Institutes of Health (NIH) nos Estados Unidos em 1991 e depois revisada em 1994. Houve um consenso de que todos os pacientes com IMC entre 35 e 40 kg/m² que apresentavam pelo menos uma comorbidade relacionada à obesidade eram candidatos à cirurgia Bariátrica (CB), desde que comprovado o insucesso de tratamento clínico anteriormente realizado (KOLOTKIN et al., 2006).

As cirurgias são classificadas como disabsortivas e/ou restritivas. São reconhecidas 3 técnicas de tratamento cirúrgico: a gastroplastia vertical com bandagem, a “Lap Band”, e a mais conhecida e realizada é a derivação gástrica em Y de Roux (operação de Fobi Capella), que se baseia principalmente em restrição do volume gástrico, além de desabsorção pela exclusão de um segmento intestinal.

Segundo Fandiño (2004) “Este procedimento consiste na restrição do estômago para se adaptar a um volume menor que 30 ml. A redução de volume da cavidade é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado (orifício menor que 1.5 cm) e conexão com uma alça intestinal.”(pg. 47)

O resultado da cirurgia bariátrica é a perda de peso, melhora na condição das comorbidades e, para muitos pacientes, aumento da qualidade de vida. O objetivo primordial é o de promover a redução significativa do peso e a sua manutenção ao longo prazo, resultando em resolução completa ou melhora substancial das comorbidades relacionadas à obesidade.

Porém podemos perceber que muitos pacientes pós bariátricos, no seguimento, começam a apresentar novamente distúrbios alimentares, seja

ele por excesso de comida ou por escassez. Muitos retornam ao peso que tinham antes da cirurgia e outros desenvolvem outros tipos de comportamentos que antes não se faziam presentes.

Na minha experiência e observação pude perceber que de cada 10 pacientes submetidos à cirurgia pelo menos 4 deles voltaram a engordar após o quarto ano de operação. Muitos relatam que aprenderam a comer novamente, diminuindo a quantidade de alimentos ingeridas nas refeições de café/almoço/jantar mas aprendem a comer de “pouquinho, em pouquinho” como eles mesmos relatam. Ou seja, voltam a comer como antes, a mesma quantidade de calorias, porém de maneira mais espaçada. Este comportamento repetitivo faz com que retornem ao seu antigo peso, ou que o sobrepeso seja até mesmo maior do que quando foram submetidos à cirurgia. Ocorrendo isto, acabam procurando nova intervenção cirúrgica.

Quero deixar claro que a limitação imposta pela cirurgia pode representar um grande perigo aos pacientes que fazem da sua relação com a comida uma relação de obsessão e compulsão, tornando-se difícil a adaptação à nova condição alimentar. Um dos fatores que levam à obesidade mórbida é a compulsão por comida, ou seja, comendo a mais do que o necessário, os pacientes engordam em demasia. Submetidos à cirurgia bariátrica, eles não conseguem mais comer como antes (por um certo período de tempo), porém seu caráter compulsivo continua.

A principal problemática do trabalho em questão se dá a cerca dos pacientes obesos que retornam ao seu comportamento patológico em relação a comida, mesmo tendo sido submetidos a gastroplastia. Tentaremos articular esse tema com os conceitos psicanalíticos que foram desenvolvidos na obra de Freud, especialmente a questão de caráter pulsional da repetição.

*Interessante informação é que grande porcentagem dos obesos relatam ter tido algum episódio de abuso na infância. Quanto as características em comum da maioria dos obesos é que em geral são pessoas risonhas, geralmente na posição de cuidador da família, quando não, estão na posição inversa, a de necessitar cuidados e apresentarem comportamentos infantilizados.

2. PULSÃO

2.1 Elementos básicos que definem a pulsão

Um dos conceitos mais importantes formulado por Freud foi o conceito de *Trieb* (em português, impulso ou pulsão). A noção de pulsão surge em 1905, em sua obra “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” onde o termo aparece ligado à palavra “sexualidade; é desenvolvido ao longo dos anos em sua obra, em particular em um dos textos da metapsicologia: ‘Pulsão e destinos da pulsão’, datado de 1915.

Freud começa nomeando de “pulsão” - que em alemão designa tanto a sensação de uma necessidade quanto de uma satisfação – a força que impele nossas ações.

Essa ambiguidade da palavra “pulsão, que designa sua vinculação tanto com uma necessidade quanto com a satisfação, mostra desde o início a tentativa de Freud para teorizar aquilo que ele percebeu como sendo uma força de origem somática, mas com efeitos tanto somáticos quanto psíquicos.

Para tentar explicar o conceito de pulsão Freud, começa diferenciando o estímulo externo da pulsão propriamente dita. Estímulo externo é algo proveniente do mundo, do exterior, que nos atinge e do qual conseguimos fugir, ou sair da situação; ou seja, o movimento de fuga pode cessá-lo. Por ex: o vento soprou no olho, eu o fecho e automaticamente este incômodo cessa. A pulsão é diferente, seria algo mais próximo de um pulso interno, como por exemplo, a digestão de alimentos, da qual não temos como fugir; mesmo que meu movimento seja de fuga esta força ainda continuará atuando.

Freud sobre o conceito de pulsão:

“Pulsão, portanto, é um dos conceitos da delimitação entre anímico e o físico. A hipótese mais simples e mais indicada sobre a natureza da pulsão seria que, em si mesma, ela não possui exigência de trabalho feita a vida anímica. O que distingue as pulsões entre si e as dota de propriedades específicas é sua relação com suas fontes somáticas e seus alvos. A fonte da pulsão é um processo excitatório num órgão,

e seu alvo imediato consiste na suspensão desse estímulo orgânico.” (1905/1996, pg. 159)

Então temos duas características que diferenciam a pulsão do estímulo externo: elas partem sempre de estímulos do interior do organismo que exercem forças constantes, e ela é irremovível com a fuga. Freud então formula quatro termos para definir a pulsão, são eles: pressão, meta, objeto e fonte.

A Pressão é a própria essência da pulsão, é a uma força constante, é a quantidade de energia que é dispensada para satisfazer a pulsão. O segundo termo é a *meta*, ou finalidade da pulsão, que é a satisfação (a qual, segundo Freud, nunca poderá ser inteiramente satisfeita. O melhor que o organismo e a psique podem conseguir é uma satisfação parcial da pulsão através de sua descarga por objetos).

O terceiro elemento nomeado por Freud é o *objeto*, que é o meio pelo qual esta satisfação é alcançada. Este objeto não é necessariamente algo do mundo real, e é variável, podendo ser uma parte do próprio corpo, como por exemplo, no início de nossa vida psíquica: na fase de auto erotismo, onde o próprio corpo gera satisfação e prazer para o bebê. Cito o que Freud nos trouxe sobre o chuchar da criança:

O chuchar, que já aparece no lactente e pode continuar até a maturidade ou persistir por toda a vida, consiste na repetição rítmica de um contato de sucção com a boca (os lábios), do qual está excluído qualquer propósito de nutrição. Uma parte dos próprios lábios, a língua ou qualquer outro ponto da pele que esteja ao alcance – até mesmo o dedão do pé – são tomados como objeto sobre o qual se exerce essa sucção. (Freud, 1905/1996, pg. 169).

Ou seja, o bebê realiza o auto erotismo, onde o comportamento de sugar o leite gera uma sensação prazerosa, que inicialmente está associada à nutrição do bebê e depois é repetida como forma de obtenção de prazer.

O quarto elemento que define a pulsão é a fonte, que é de onde nascem as pulsões. Elas têm origem em pontos diversos do organismo; a noção de fonte é importante para a demarcação das zonas erógenas.

Para entendermos melhor a fonte da pulsão, vejamos o que Freud esclarece a respeito (1915/2013, pg. 59): “Por fonte do instinto se compreende o processo somático num órgão ou parte do corpo, cujo estímulo é representado na psique pelo estímulo”.

Assim, a pulsão é um elemento que tem origem biológica/orgânica mas cuja função como conceito é gerar um link entre o organismo e o psíquico – um conceito que, como diz Freud, se situa na fronteira entre o somático e o psíquico.

Podemos resumir, então, que a fonte da pulsão é somática, seu objeto é variável, e o seu objetivo é sempre a descarga do excesso de tensão. Esta variabilidade em relação ao objeto é justamente o que vai diferenciar o termo pulsão de instinto. O instinto sexual, base das teorias da sexualidade até então vigentes, tem objeto fixo, pré-determinado e comum à toda espécie.

2.2 Pulsão de auto-conservação e pulsão sexual

Freud (1905) postulou que existem necessidades sexuais tanto nos homens quanto nos animais. Esta força, embora inicialmente de origem biológica, a partir das experiências afetivas vividas pelo sujeito em suas relações sociais transforma-se em pulsão sexual. Este primeiro ensaio sobre o conceito de pulsão é compreendido a partir de um paralelo teórico entre possíveis similaridades do biológico na espécie humana e na espécie animal e a construção daquilo que é da ordem do pulsional, não mais apenas do biológico ou do campo da necessidade.

Freud (1905/1996, pg. 128) diz: “O fato da existência de necessidades sexuais no homem e no animal expressa-se na biologia pelo pressuposto de uma “pulsão sexual”. Segue-se nisso a analogia com a pulsão de nutrição: a fome”.

Garcia Roza, um importante comentador da obra de Freud, em sua obra *Freud e o inconsciente* (1996), assinala que podemos perceber a dualidade que cerca o nascimento do primeiro dualismo pulsional: pulsão de

auto conservação também chamada pulsão ou pulsões do ego e pulsão sexual.

Os caminhos percorridos pela libido, que é a energia do impulso sexual, vai sofrendo transformações. Assim, começam a ocorrer diferenciações entre a sexualidade e o impulso de auto-conservação, uma vez que a primeira nasce apoiada nas funções relativas à conservação da vida, mas logo se faz independente dela. Esse processo pode ser melhor entendido a partir do exemplo que Freud fornece no texto de “Projeto de psicologia para Neurólogos” (1895), quando descreve o recém-nascido que suga o seio da mãe. O bebê está suprindo suas necessidades primárias, de fome e nutrição. Ao mesmo tempo que suga, sente prazer, pois está satisfazendo uma necessidade e isto gera prazer (diminuição de tensão psíquica).

Cabe explicitar aqui que desprazer se refere ao acúmulo de energia, de tensão; e o prazer, à diminuição desta tensão. Ao mamar, ao mesmo tempo em que aplaca a fome, o bebê sente na boca o fluxo morno do leite. A sensação de prazer fica vinculada a isso; ou seja, há uma experiência de satisfação e ela se inscreve de modo que quando o desprazer aumentar novamente (a fome ressurgir) essa inscrição será reativada por meio de um reinvestimento da lembrança da experiência de satisfação; tal experiência é revivida como alucinação. Mas como a fome não cessa e a necessidade aumenta, a criança chora, o que mobiliza o adulto a lhe fornecer alimento, e outras necessidades. Ou seja: há desde o início um prazer relacionado com a oralidade, uma erotização no ato de sugar.

Com o passar do tempo, a necessidade da fome é satisfeita por outras formas de alimentação, mas o prazer de sugar se perpetua e a criança passa a sugar o dedo, a chupeta ou outro tipo de objeto.

O que se pode esclarecer é que o prazer de sugar se originou na necessidade biológica do bebê, ou seja, a pulsão sexual nasce como se estivesse apoiada sobre o instinto e na necessidade de autoconservação, mas se distingue dele a partir do momento em que a satisfação da necessidade é acompanhada por uma sensação de prazer que passará a ser buscada independentemente da necessidade. Isto é, a partir da necessidade vital vai se construindo um repertório de marcas mnêmicas ligadas às experiências de prazer.

Vejam agora como Freud descreve as pulsões sexuais. Tomemos um trecho do texto de 1915 de “Os Instintos e seus destinos” onde ele desenvolve este conceito:

“Para caracterização geral dos instintos sexuais podemos dizer o seguinte: eles são numerosos, originam-se de múltiplas fontes orgânicas, atuam de início independentemente uns dos outros, e apenas bem depois são reunidos numa síntese mais ou menos completa. A meta que cada um deles procura atingir é o prazer do órgão; somente após efetuada a síntese eles entram a serviço da função reprodutiva, tornando-se geralmente conhecidos como instintos sexuais. Ao aparecer, apóiam-se inicialmente nos instintos de auto conservação, dos quais se desligam apenas aos poucos, e seguem também na busca de objeto os caminhos que lhes mostram os instintos do Eu. Uma parte deles permanece a vida inteira associada aos instintos do Eu, dotando-os de componentes libidinais, que na função normal são facilmente ignorados, e apenas quando há doença surgem claramente. Caracterizam-se pelo fato de poderem, em larga medida, agir vicariamente uns pelos outros, e trocar facilmente seus objetivos.” (1915/2010, pg.63)

Na pulsão sexual o primeiro objeto sexual é externo ao corpo do bebê, o seio da mãe que o alimenta e gera prazer ao sacia-lo da fome; assim a criança já registrou em sua psique esta sensação de prazer e irá em busca dela novamente.

O leite então ocupa o lugar de objeto de necessidade, enquanto o seio ocupa o lugar de objeto de desejo.

Segundo Freud, a criança não se serve de um objeto externo para sugar, mas prefere uma parte de seu próprio corpo, porque isso lhe é mais confortável e a torna independente do mundo externo, que ela ainda não consegue dominar.

Durante este processo de auto estimulação onde o bebê consegue obter o próprio prazer, sendo que para isto haja a ausência do objeto que antes lhe proporcionava tal sensação, é que a pulsão passa ser auto-erótica. O bebê reconhece as zonas prazerosas de seu corpo e agora ele próprio o estimula.

Não há no autoerotismo uma representação do corpo como uma unidade, ainda não existe um eu; o que há é pulsão satisfazendo-se autoeroticamente no próprio corpo.

Freud (1905/1996, pg. 171), no texto “Três ensaios sobre sexualidade”, assinala que “A atividade sexual apóia-se primeiramente numa das funções que servem á preservação da vida, e só depois torna-se independente delas.”

É importante ressaltar que nesse momento a libido não busca preferencialmente o objeto, mas é apenas uma forma de buscar a satisfação, justamente porque a sexualidade pode ser auto-erótica, ou seja, quando conceitualmente ainda não existe objeto.

Ainda no texto “Três ensaios sobre a sexualidade”:

“No chuchar ou sugar com deleite já podemos observar as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo auto-erótica, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma zona erógena. Antecipemos que essas características são válidas também para a maioria das outras atividades das pulsões sexuais infantis.” (1905/1996, pg. 172)

A pulsão sexual refere-se a uma força endógena e seus representantes psíquicos; não são sensações e estímulos que o sujeito obtém de fora, e sim estímulos que provêm do próprio corpo, dos quais, portanto, é impossível fugir. Esta pulsão está relacionada ao desejo, enquanto a pulsão de auto-conservação está ainda mais diretamente ligada às necessidades biológicas/fisiológicas e relacionada a um objeto real, podendo sua satisfação ser adiada por determinado tempo.

Tais construções teóricas apresentadas por Freud, podem trazer, ao leitor desavisado, o inconveniente de confundir a pulsão enquanto representante dos estímulos internos, com os representantes psíquicos das pulsões, que são a idéia e o afeto.

Segundo Garcia Roza (1996, pg. 115) “A pulsão não pode nunca tornar-se objeto da consciência e mesmo estando no inconsciente o que a representa é uma ideia ou um afeto. Esclarecido isto, não se pode confundir pulsão com os representantes da pulsão, e nem como representante de algo físico.”

Portanto, podemos entender que a ideia que é o que representa a pulsão, e o afeto é uma outra forma de registro em que se faz a representação psíquica.

2.2.1 Princípio do prazer e princípio de realidade

Outros conceitos que para Freud são reguladores do funcionamento mental são os princípios do prazer e de realidade.

Vejamos a definição de Laplanche e Pontalis quanto as características do princípio de prazer e realidade conseqüentemente:

“Um dos dois princípios que, segundo Freud, regem o funcionamento mental: a atividade psíquica no seu conjunto tem por objetivo evitar o desprazer e proporcionar o prazer. É um princípio econômico na medida em que o desprazer está ligado ao aumento das quantidades de excitações e o prazer à sua redução.”(2001, pg. 364).

“Um dos dois princípios que, segundo Freud, regem o funcionamento mental. Forma par com o princípio de prazer, e modifica-o; na medida em que consegue impor-se como princípio regulador, a procura da satisfação já não se efetua pelos caminhos mais curtos, mas faz desvios e adia o seu resultado em função das condições impostas pelo mundo exterior.”(2001, pg. 368)

Sendo assim, o principio da realidade é caracterizado pelo seu caráter de postergar a satisfação, enquanto o principio do prazer procura a satisfação de maneira imediata, assim gerando uma redução de tensão. Lembremos o que dissemos anteriormente: o aumento de tensão no aparelho psíquico causa desprazer e sua descarga gera prazer.

Na sua obra “Além do principio do prazer”, Freud explana sobre principio do prazer e princípio da realidade:

Sabemos que o princípio de prazer é próprio de um método primário de funcionamento por parte do aparelho mental, mas que, do ponto de vista de autopreservação do organismo entre as dificuldades do mundo externo, ele é, desde o início, ineficaz e até altamente perigoso. Sob a influência dos instintos de autopreservação do ego, o princípio de prazer é substituído pelo princípio da realidade. Esse último princípio não abandona a intenção de fundamentalmente obter prazer; não obstante, exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como etapa no longo e indireto caminho para o prazer. Contudo, o princípio de prazer persiste por longo tempo como o método de funcionamento empregado pelas instintos sexuais, que são difíceis de “educar”, e, partindo desses instintos, ou do próprio ego, com frequência consegue vencer o princípio de realidade, em detrimento do organismo como um todo. (1920/2006, pg. 20).

Conforme o sujeito cresce e vive suas experiências, ele passa a atuar mais conforme o princípio da realidade, pois aprende que a satisfação, na maioria das vezes, não pode ser realizada no momento em que a vontade desperta. Ao contrário, o adiamento da satisfação é, em geral, uma forma de garanti-la.

Podemos ver como Freud articula esta redução de tensão com a produção de prazer:

“Na teoria da psicanálise não hesitamos em supor que o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio de prazer, ou seja, acreditamos que o curso desses eventos é invariavelmente colocado em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direção tal, que seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, com uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer” (1920/2006, pg. 27)

Assim o princípio de realidade ocorre ao nível da pulsão de auto-conservação. Diferentemente das pulsões sexuais, que são auto-eróticas inicialmente, onde a obtenção de satisfação se dá no próprio corpo, portanto, elas não se frustram e não forçam o surgimento do princípio de realidade. Por estes motivos, podemos constatar uma vinculação mais estreita entre a pulsão sexual e a fantasia por um lado e, por outro, entre as atividades egóicas e a pulsão de auto-conservação.

Mais tarde essa ligação sofre uma alteração, devido a formulação de que a pulsão é unicamente sexual como também da introdução da ideia de narcisismo, dos conceitos de libido do ego e libido de objeto. Com a segunda tópica, verificamos que os dois princípios do funcionamento psíquico passam a não ocupar uma posição dialética, na medida em que o princípio de realidade, garantido pelo ego, atua no adiamento ou não da reivindicação pulsional, tendo afinal objetivo semelhante ao do princípio de prazer: obter a satisfação exigida pelo aparelho psíquico.

2.3 Etapas do desenvolvimento psicosexual

Segundo a teoria da libido em Freud, na infância a libido se desenvolve por fases e por várias etapas características do desenvolvimento infantil, como as fases: oral, anal, fálica e genital.

É importante lembrar que as pulsões sexuais são parciais; a erotização está voltada para a boca (fase oral), para o ânus (fase anal) ou para o pênis (fase fálica), não significando uma realização sexual genital. Por este motivo, Freud denominou estas etapas de pré-genitais, ocorrendo o direcionamento da pulsão sexual para um objeto externo somente quando se alcança a fase genital.

Para melhor entendermos a organização infantil da libido falaremos sucintamente sobre cada uma destas fases, sendo que mais adiante iremos nos deter um pouco mais sobre a fase oral (de especial importância por conta de nosso tema de monografia).

A fase oral é a primeira fase do desenvolvimento da criança, começa ao nascer e vai até aproximadamente um ano de idade. Nessa fase a criança vivencia prazer e dor através da satisfação (ou frustração) de pulsões orais. Essa satisfação se dá independente da satisfação da fome. Assim, para a criança sugar, mastigar, comer, morder, cuspir etc. têm uma função ligada ao prazer, além de servirem à alimentação.

O desenvolvimento da libido na fase oral é composto por duas etapas. A primeira vem antes da criança possuir dentes, e é chamada de etapa oral

de sucção, quando a relação com o mundo se dá por meio da incorporação. A criança passa a conhecer o mundo pela boca, tudo que estiver ao seu alcance será levado até ela.

A boca, neste momento, vai ser a estrutura mais desenvolvida em relação a sua atuação no mundo, fazendo com que permita a criança conhecer o ambiente externo através dela. É também nesta primeira fase que a criança descobrirá a sua primeira e mais importante descoberta afetiva: o seio da mãe, que também será o seu primeiro objeto de ligação infantil.

Vejamos no que consiste a incorporação do objeto para Freud:

“Como resíduo dessa hipotética fase de organização que nos foi imposta pela patologia podemos ver o chuchar, no qual a atividade sexual, desligada da atividade de alimentação, renunciou ao objeto alheio em troca de um objeto situado no próprio corpo” (1905/1996, pg.187).

A segunda etapa da fase oral surge quando há o nascimento dos dentes, que para a criança tem função destrutiva; Freud nomeou esta etapa de sádico-canibal, na qual a atividade de morder implica uma destruição do objeto.

Após a fase oral a criança entra na fase anal (segunda fase pré-genital da sexualidade infantil), que ocorre por volta do segundo e terceiro ano de vida. Neste período acontece a maturação do controle muscular e o desenvolvimento das bases psicomotoras.

Este é um momento muito importante para criança pois é quando se inicia o falar, o andar, e que aprendem a controlar seus esfíncteres. A libido nesta fase passa a organizar-se em torno da zona erógena anal.

Freud também irá dividir esta fase em duas etapas. A primeira etapa é caracterizada pelo domínio dos processos de expulsão, e a outra etapa é retentiva onde a criança aprende os mecanismos psicológicos ligados ao controle. Há o prazer de reter e expulsar experimentando sensações próprias.

Percebemos em muitos casos que a criança após defecar presenteia os pais com suas fezes em sinal de carinho, ou que ela faça o contrário, retenha este conteúdo por dias, também com a intenção de agradar os pais, pois para ela aquilo tem um auto valor simbólico. Nesta fase a criança

começa elaborar psicologicamente as fantasias relacionadas sobre o que ela produz ao mundo e também a relação que estabelece com o mundo através destas produções; passa então, a ter noção de que é capaz de ofertar ou negar algo para este ambiente externo.

A terceira fase é a fálica, onde a zona de erotização é o órgão sexual, focalizando o prazer nas genitálias. Importante destacar que Freud postula essa fase apenas em 1923 no texto “A organização genital infantil”. Começa por volta dos 4 anos de idade e vai até aproximadamente 7 anos. Esta fase representa para a criança a descoberta da diferença anatômica entre os sexos, é quando começam a perceber que o corpo do menino é diferente do corpo da menina.

A descoberta da falta do pênis no sexo feminino desperta no menino um interesse narcísico para com o próprio pênis; em contrapartida a menina se sente em falta, já que acredita que ela também possuía um, mas que lhe foi tirado; a menina passa então a sentir inveja do pênis. É nesta fase em que ocorre o complexo de castração e o complexo de Édipo.

O período de latência vai em média dos 6 aos 11 anos. Esta fase é marcada pelo início das relações sociais que a criança estabelece. É neste período que a criança focaliza suas energias em atividades escolares e esportivas; é o momento em que começa (a criança) a interagir com os colegas de escola e a formar grupos. Podemos dizer então, que nesta fase a libido sexual está adormecida, em prol de outros investimentos, ou seja, a criança inibe a libido sexual e investe na sua relação com o mundo exterior.

A última das fases relatada por Freud é a fase genital. Nesta etapa da vida busca-se o objeto sexual fora de si; o interesse do sujeito se desvia de um até então auto erotismo, para a busca de objeto sexual diverso dele mesmo, procurando satisfazer suas pulsões sexuais com outra pessoa. Aqui existe um desejo sexual genitalizado, não mais representado como pulsões parciais. É um momento em que o jovem se vê em transição entre o infantil e a vida adulta.

Todas estas fases percorridas pela criança são importantes para a construção de um “eu”. Para que isto aconteça, a criança necessita de um outro que lhe ensine, que estabeleça limites, que lhe ofereça amor, mas possa também suportar ser objeto de ódio.

Esses processos de relação com o outro vão se inscrevendo na psique do bebê; este contato também vai fazendo com que o bebê se aproprie do próprio corpo, percebendo que pode satisfazer-se autoeroticamente. Neste acontecer autoerótico esta pulsão sexual volta para si próprio e investe no ego criança, que está sendo formado por todas as relações que ela teve até o momento. Este retorno de investimento ao próprio ego inicia um novo processo, o qual Freud designou como “narcisismo”.

2.3.1 Fixação e regressão

Vimos no item anterior as etapas de desenvolvimento da sexualidade infantil e o percurso que a libido faz ao percorre-las, seguindo com as fases oral, anal, fálica e genital. Com isto, podemos perceber que a sexualidade tem início no nascimento da criança e vai evoluindo conforme ela cresce.

Freud, na conferência XXII (1916-17/1996), comenta novamente sobre o desenvolvimento da libido, e aponta que existem variações inerentes aos processos biológicos das quais não podemos escapar. Ou seja, nem todas as fases pelas quais a libido passa podem ser superadas ou atravessadas completamente. Caso isto ocorra, pode acontecer o que Freud nomeou de fixação, onde uma parte da libido fica presa nas fases iniciais, pré genitais.

Laplanche e Pontalis nos trazem uma definição de fixação:

O fato da libido se ligar fortemente a pessoas ou imagens, de reproduzir determinado modo de satisfação e permanecer organizada segundo a estrutura característica de uma de suas fases evolutivas. A fixação pode ser manifesta e real ou constituir uma virtualidade prevalecente que abre ao sujeito o caminho de uma regressão. A noção de fixação é geralmente compreendida no quadro de uma concepção genética que implica uma progressão ordenada da libido (fixação numa fase). Podemos considerá-la [...] como designando o modo de inscrição de certos conteúdos representativos (experiências, imagens, fantasmas) que persistem no inconsciente de forma inalterada e a que a pulsão permanece ligada. (2001, pg.190).

Podemos esclarecer que o indivíduo que permanece fixado em um determinado ponto do desenvolvimento, obteve um prazer muito grande porque houve gratificação excessiva, ou por que estes impulsos não tiveram uma satisfação adequada; ou seja, a fixação ocorre porque quer-se retornar ao prazer sentido naquele estágio, ou o contrário, na tentativa de poder reaver esta satisfação que não foi obtida.

Além da fixação em uma das fases, outro risco que pode ocorrer neste percurso, é que a libido que já havia evoluído para uma fase posterior, acabe retornando para uma fase anterior. Este movimento da libido em voltar a uma fase do desenvolvimento Freud vai nomear de “regressão”.

Vejamos uma citação em que Freud elucida a noção de regressão:

O que até agora tratamos como regressão [...] significou exclusivamente um retorno da libido a anteriores pontos de interrupção de seu desenvolvimento – isto é algo inteiramente diferente, em sua natureza, da repressão, e inteiramente independente desta. E não podemos chamar de regressão da libido um processo puramente psíquico, nem podemos dizer onde deveríamos localizá-lo no aparelho mental. E, embora seja verdade que ele exerce a mais poderosa influência sobre a vida mental, o fator mais importante nele é o fator orgânico. (1917/2014, pg. 455)

Segundo Freud, a libido regride porque o objetivo final da função libidinal, que é a obtenção de prazer, durante o processo evolutivo das fases, encontra obstáculos para se satisfazer. Cabe aqui dizer que o adoecer psíquico pode ser atribuído à frustração e a não satisfação desta energia libidinal; porém, isto não quer dizer que toda frustração cause adoecimento.

2.4 O novo dualismo pulsional: pulsões de vida X pulsões de morte

Em 1920, Freud promove um reagrupamento das pulsões no segundo dualismo pulsional: “tanto as pulsões sexuais como as pulsões de auto conservação, são consideradas pulsões de vida”. As pulsões de vida (Eros), são representadas pelas ligações amorosas que estabelecemos com o mundo, com as outras pessoas e com nós mesmos, elas se opõem as pulsões de morte (Thanatos) que seriam manifestadas pela agressividade e pelo seu poder destrutivo.

Os conceitos de pulsão de vida e pulsão de morte são propostos por Freud após o primeiro dualismo pulsional (pulsões de auto conservação e pulsão sexual); mas para chegar neste ponto, passou por uma série de impasses ao longo da década de 10.

Freud modificou sua primeira teoria das pulsões, inicialmente, a pulsão era diferenciada em pulsão sexual (libido) e pulsão do eu. Freud definiu esses dois modos pulsionais pois Jung, com suas idéias monistas, ameaçava a sua teoria pulsional.

Com a descoberta do narcisismo, a pulsão do eu se confundia com a pulsão sexual pois, na realidade, a pulsão do eu era apenas a pulsão sexual dirigida a si próprio. Freud postulou, então, a existência uma pulsão de morte contra a qual a pulsão de vida atuaria.

Com a introdução do conceito de narcisismo, o eu, até então postulado como instância deslibidinizada, passa agora a ser um objeto de investimento libidinal.

Freud (1911) refere que em determinado momento do desenvolvimento libidinal do indivíduo, seus instintos sexuais, que até então estavam empenhados em atividades auto-eróticas, se reúnem com a finalidade de conseguir um objeto amoroso; inicia tomando a si próprio como objeto amoroso, o ego seria o primeiro objeto da libido narcísica, para depois encontrar um objeto de amor.

Nesse momento, porém, nem toda libido passará do ego para os objetos externos. Posteriormente, a pulsão sexual busca uma pessoa para se satisfazer. Desta forma, as atividades sexuais infantis caminhariam para a escolha de objeto, e seguindo este caminho a libido passa a desinvestir no ego para investir em objetos externos.

O narcisismo também deve ser diferenciado em narcisismo primário e narcisismo secundário. “O narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda sua libido em si mesma. O narcisismo secundário designa um retorno ao ego da libido retirada dos seus investimentos objetais.” (Laplanche e Pontalis , 2001, pg. 290)

Ainda em vistas de esclarecimento sobre as pulsões de morte e pulsões de vida, tomemos um trecho de Laplanche e Pontalis onde conceituam os dois termos respectivamente:

“... Designa uma categoria fundamental de pulsões que se contrapõem às pulsões de vida e que tendem para a redução completa das tensões, isto é, tendem a reconduzir o ser vivo ao estado anorgânico.

Voltadas inicialmente para o interior e tendendo à autodestruição, as pulsões de morte seriam secundariamente dirigidas para o exterior, manifestando-se então sob a forma da pulsão de agressão ou destruição.”(2001, pg. 407)

“As pulsões de vida tendem a constituir unidades cada vez maiores, e a mantê-las. Também designadas pelo termo Eros”, abrangem não apenas as pulsões sexuais propriamente ditas, mas ainda as pulsões de autoconservação.”(2001, pg. 414)

Podemos entender que a pulsão de vida representa tudo aquilo que corresponde aos processos de construção, criação e agregação, os quais procuram sempre se ligar para construção de unidades maiores. Já a pulsão de morte seria o contrário: ela atua de modo destrutivo, desfazendo o que foi construído ou impedindo que algo se construa ou se ligue.

Estas ligações as quais me refiro, seriam a ligação de algo que já existe, como por exemplo em um sistema neuronal onde esta informação

seria repassada para outro grupo de neurônios e estes criariam um novo sistema interpretativo e associativo, seria então uma descarga de energia que escoaria e constrói novas cadeias de representações.

Mas o que isto tem a ver com o nosso problema de pesquisa? Em que isto se relaciona com a obesidade?

Considerando que os obesos mórbidos são sujeitos que comem compulsivamente ao ponto de adoecer, podemos pensar que esses comportamentos auto-destrutivos podem ser a manifestação das pulsões de morte, as quais não deixam o sujeito fazer as ligações necessárias para poder representar, então ele repete. O sujeito repete inúmeras vezes na tentativa de que algo se inscreva e se ligue, que algo se construa para que este conteúdo consiga passar por um processo de elaboração e simbolização.

E como esse comportamento compulsivo do obeso tem relação com a questão do narcisismo que há pouco foi mencionada?

Uma vez que a pulsão de vida trabalha a favor da fusão e a pulsão de morte em prol da defusão pulsional, rompendo as ligações na luta com Eros, como resultado deste rompimento ou desta defusão, acontece uma dessexualização da libido, ou seja, uma retirada da libido investida nos objetos e subsequentemente um retorno desta libido ao ego. O sujeito então passa investir a libido novamente em si (a libido seria então retirada dos seus investimentos objetais e estaria em um retorno para o próprio ego).

3. Elementos para compreender a obesidade como sintoma

Considerando que podemos representar no corpo um adoecer psíquico, Freud em “Inibições, Sintomas e Angústia” (1926) interpretou o sintoma como sendo uma manifestação substitutiva de algo conseqüente de uma repressão. Desde o início da Psicanálise, o sintoma é considerado como satisfação disfarçada de desejos reprimidos.

Em uma Conferência introdutória sobre psicanálise (1916-1917), Freud fala 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” (1916/1996, pg. 141). Ele comenta que a satisfação que foi sentida na primeira infância pode, mais tarde, aparecer como sintoma. Esta satisfação no entanto é deformada por meio da censura e geralmente vem acompanhada por uma sensação de sofrimento.

Como outras manifestações do inconsciente, o sintoma constitui-se onde o recalque falha, regressando sob a forma de retorno do recalcado. Então, o sintoma surge como uma formação do inconsciente: por um lado, satisfaz parcialmente o desejo reprimido; por outro, satisfaz as exigências defensivas.

Na Conferência XXIII “Os caminhos da formação dos sintomas”, Freud (1917/2014) esclarece que: “Através do rodeio pelo inconsciente e pelas antigas fixações, a libido consegue enfim avançar rumo a uma satisfação real, no entanto, é extremamente limitada e já quase irreconhecível” (pg.478)

Portanto, os sintomas aparecem como adversidade e contraditoriamente também como satisfação, acarretando uma parcela de prazer e outra de desprazer, concomitantemente. Assinala Freud: “Surge assim o sintoma, como derivado bastante desfigurado da realização de desejo inconsciente libidinal, uma ambigüidade engenhosamente escolhida, com dois significados mutualmente contraditórios”. (1917/2014, pg. 478)

A partir dessas considerações sobre o sintoma, podemos pensar então na obesidade como um sintoma refletido no corpo? Sim, o obeso pode estar

se utilizando da comida como objeto da satisfação procurada pela pulsão e como uma maneira de aliviar o sofrimento, tendo na comida o objeto possível de conter a angústia. Por outro lado, o próprio sintoma gera sofrimento.

Podemos tentar fazer uma articulação com os primeiros anos de vida e o sentimento de desamparo que lhe é próprio. Podemos pensar então que este sujeito está tendo sintomas psíquicos, sintomas que podem remeter a uma experiência que ele já vivenciou (como por exemplo o desejo de ser alimentado/suprido).

Estamos apontando que os sintomas psíquicos estão relacionados com um desejo inconsciente que, por não ser suportável à consciência, faz com que o sujeito defenda-se por meio do recalçamento. O sintoma então funciona como o substituto, como uma formação de compromisso, ou seja uma realização disfarçada de desejos reprimidos.

Segundo Garcia Roza (2014) “O recalçamento é um dos destinos que a pulsão segue quando encontra algum tipo de barreira que impede a sua ação, no entanto não se trata da pulsão propriamente dita e sim dos seus representantes.” (pg.53). Neste caso estamos falando do representante ideativo, já que não se pode recalcar um afeto; o que pode ocorrer é o recalque de uma idéia que esteja ligada a um afeto. Outra situação possível é que este afeto pode ligar-se a outra idéia e produzir uma falsa associação.

Caso este recalque fracasse, o conteúdo que estava recalçado pode retornar, o que vai exigir da pessoa mecanismos complementares para a sua defesa. Podemos considerar que é neste ponto que o sintoma se instala. O material que foi recalçado não volta à consciência na sua forma primordial, acaba aparecendo, então, de uma maneira deformada.

Freud nos diz que o corpo se faz presente em diversas expressões, e quando existe falha de representação também existe grande possibilidade de um sintoma vir a se manifestar no corpo. Desde seus estudos iniciais sobre a histeria, o corpo aparece como passível de manifestar sintomas psiconeuróticos. Seria possível pensar a obesidade como um sintoma psíquico? Se sim, de que tipo? Esta é uma questão muito complexa, que não temos condições de responder aqui; além disso, considerando que a obesidade pode ser um sintoma decorrente de dinâmicas e funcionamentos

muito diversos (em última instância, singulares...), seria arriscado tentar qualquer tipo de generalização.

Considerando que o assunto deste trabalho envolve o comer compulsivo, mais especificamente pacientes obesos que comem compulsivamente e mesmo após intervenção cirúrgica, voltam a engordar (ou substituem a sua compulsão), faz-se necessário esclarecer um pouco mais sobre a oralidade. Vimos que Freud, em “Os três ensaios sobre a sexualidade”, discorre sobre as fases do desenvolvimento infantil e a fase da oralidade se compõe como sendo uma delas.

Inicialmente lembremos o que são zonas erógenas para Freud: “Trata-se de uma parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa de determinada qualidade.” (1905/1996, pg.172)

Novamente citando o exemplo que Freud nos traz sobre o chuchar da criança, que se dá em decorrência da atividade de mamar: a criança ainda não consegue realizar suas funções de nutrição sozinha (pois o bebê é imaturo tanto fisicamente quando psiquicamente) e depende inteiramente de um adulto para sobreviver. Como este bebê não possui capacidade de dominar o mundo que se apresenta em sua volta, ele aprende que pode satisfazer-se e obter prazer em si mesmo (como já vimos ao falar do autoerotismo).

Esta fase também é marcada pelo desamparo e dependência inicial da criança. Neste momento ela incorpora os demais objetos, bem como acha que ela e sua mãe são um ser único; esta característica de incorporação dos objetos pode ser vista como sendo o objetivo do pulsional.

No momento em que a mãe alimenta este bebê, ele sente um prazer muito grande, tanto pela ingestão do alimento quanto pela excitação bucal de modo geral; toda esta parte que é estimulada, a boca, a língua e os lábios passam a se comportar então como uma zona erógena.

Aqui podemos perceber que existe uma correlação entre a necessidade de alimento e a vivência de prazer; ou seja, mesmo quando a fome já foi aplacada, podemos continuar a ingerir alimentos na busca pelo prazer de tipo oral.

Quando o bebê entra no autoerotismo, pode desenvolver um prazer muito intenso em uma zona erógena e, assim, fixar-se nela. A boca e a ingestão de alimentos podem passar a ser o meio preferencial de obter satisfação.

Aqui vemos uma citação em que Freud faz esta articulação a este prazer autoerótico:

A propriedade erógena pode ligar-se de maneira mais marcante a certas partes do corpo. Existem zonas erógenas predestinadas, como mostra o exemplo do chuchar. Mas esse exemplo ensina também que qualquer outro ponto da pele ou da mucosa pode tomar a seu encargo as funções de uma zona erógena, devendo, portanto, ter certa aptidão para isso. Assim a qualidade do estímulo, mais do que a natureza das partes do corpo, é que tem a ver com a produção de sensação prazerosa. (1905/1996, pg 173)

Podemos nos perguntar aqui: os sujeitos compulsivos por comida podem ter desenvolvido algum tipo de fixação ao passar pela fase oral?

Para melhor contextualizar, cito Freud:

O alvo sexual da pulsão infantil consiste em provocar a satisfação mediante a estimulação apropriada da zona erógena que de algum modo foi escolhida. Essa satisfação deve ter sido vivenciada antes para que reste daí uma necessidade de repeti-la, e é lícito esperarmos que a natureza tenha tomado medidas seguras para que essa vivência não fique entregue ao acaso. Já tomamos conhecimento do que é que promove a satisfação dessa finalidade no caso da zona labial: é a ligação simultânea dessa parte do corpo com a alimentação. (1905/1996, pg. 173)

Além disso, como acontece no chuchar, outras partes do corpo podem ser providas de excitabilidade e serem sentidas como zonas erógenas. Importante salientar que a qualidade e quantidade de investimento libidinal é o que vai proporcionar a formação destas zonas.

Mas no caso dessa monografia, nosso maior interesse seria pela oralidade e pela boca como a principal zona erógena relacionada com o distúrbio da obesidade.

Com base nestas informações, podemos retomar um outro ponto importante ligado às ações orais e à libidinização desta parte do corpo: a instituição das relações de objeto. Esta é uma das principais características da oralidade: seriam nestas relações objetais, que a criança começa a fazer a separação entre o que é dela e o que é de fora, o que é do mundo externo e o que é do seu mundo interno.

Freud acrescenta sobre a organização sexual oral:

“Chamemos pré-genitais às organizações da vida sexual em que as zonas genitais ainda não assumiram seu papel preponderante... A primeira dessas organizações sexuais pré-genitais é a oral, se preferirmos, canibalesca. Nela, a atividade sexual ainda não se separou da nutrição, nem tampouco se diferenciaram correntes opostas sem seu interior. O objeto de uma atividade é também o da outra, e o alvo sexual consiste na incorporação do objeto – modelo do que mais tarde irá desempenhar, sob forma de identificação, um papel tão importante. Como resíduo dessa hipotética fase de organização que nos foi imposta pela patologia podemos ver o chuchar, no qual a atividade sexual, desligada da atividade de alimentação, renunciou ao objeto alheio em troca de um objeto situado do próprio corpo. (1905/1996, pg. 186)

Freud argumenta que o prazer está ligado á excitação das mucosas labiais e á ingestão de alimentos, ou seja o objetivo sexual está na incorporação do objeto; esta é maneira do bebê relacionar-se com o mundo. E isto se apresenta como modelo para identificações futuras.

De acordo com Freud o adoecimento pode estar relacionado com estes primeiros momentos da vida. É a partir da amamentação e deste prazer inicial que se aprenderá amar e desenvolver os vínculos afetivos que são estruturantes da psique humana. Porém, como vimos, a obesidade pode estar relacionada a vários fatores constituintes deste sujeito que acaba desenvolvendo uma relação doentia com a comida, seja por estar em busca de satisfação ou por projetar neste objeto o amor maternal.

O comer se torna a principal fonte possível de prazer para esses sujeitos. O apaziguamento da angústia só acontece no momento em que é colocado alimento na boca; e na busca da então sensação prazerosa, repetem incansavelmente o comportamento do comer compulsivo.

Assim, de modo geral, creio que é possível associar o comer compulsivo e a obesidade mórbida a algum tipo de fixação na fase oral. Mas os caminhos da libido são singulares em cada paciente, de maneira que temos que ter cautela nas generalizações.

3.1 O caráter repetitivo do sintoma

Por um outro viés psicanalítico de compreensão do sintoma, podemos entender a obesidade como o resultado de um comportamento de repetição realizado pelo sujeito, como um processo pulsional mais primitivo, de um grande excesso, daquilo que se repete para poder ser elaborado e para poder ser passível de simbolização.

Uma das principais características do comportamento do obeso é que ele se comporta de maneira compulsiva com a comida, repete os seus hábitos alimentares que não são saudáveis por um longo período de tempo, o que o leva à obesidade mórbida. Mesmo após realizar a cirurgia bariátrica, muitos deles voltam a agir como antes, e o resultado é um novo quadro de obesidade.

Para nos aproximar do tema “repetição”, temos que retornar a um texto de Freud escrito em 1914, chamado “Repetir, Recordar e Elaborar”,

Em sua clínica, Freud percebe que, enquanto seus pacientes estão em tratamento, repetem conteúdos sem se dar conta de que o fizeram. Para que

esta repetição, que se dá de modo inconsciente, seja trabalhada, é necessário que os conteúdos reprimidos se tornem conscientes.

Para Freud o material trazido pelo paciente deve poder ser elaborado por meio da transferência. Nesta época (1914), a repetição está identificada à resistência, e se opõe à lembrança. Acreditava que o trabalho analítico pudesse ajudar na superação das resistências com a interpretação do conteúdo inconsciente.

Segundo Freud sobre a resistência e o recordar:

Devemos estar preparados, portanto, para o fato de que o analisando se entrega à compulsão de repetir, que então substitui o impulso à recordação... Também a participação da resistência não é difícil de reconhecer. Quanto maior a resistência, tanto mais o recordar será substituído pelo atuar (repetir). (2010, pg. 201)

Sendo assim, quanto maior a atuação, maior a resistência e menor a recordação. Então a repetição pode ser pensada como algo que faz oposição ao saber consciente, sendo ela da ordem da ação.

Assim, para Freud, em 1914, os conceitos de repetição e resistência na transferência são indissociáveis; ou seja, a abordagem da repetição se dá por um viés mais clínico.

Seis anos mais tarde, Freud escreve "Além do Princípio de Prazer" (1920), onde formula o conceito de pulsão de morte. Aqui a repetição é abordada de outra forma; a ênfase se desloca do campo clínico e transferencial para sua abordagem através de uma série de fenômenos (ex: repetição de sonhos com situações traumáticas, o brincar da criança, etc), de modo que a repetição irá aparecer como uma característica do funcionamento pulsional.

Freud começa a notar, em 1920, que existem fenômenos que transcendem o princípio do prazer e não obedecem ao objetivo do aparelho psíquico em abaixar as tensões que causam desprazer. É pelo exame das experiências que não obedecem esse objetivo que o autor iniciará sua investigação.

Antes disso, é preciso ver como ele define outro princípio, que vem a chamar de princípio da constância. Em “Além do princípio do prazer” (1920), Freud elucida que o princípio do prazer decorre do princípio da constância, que seria o movimento que o psiquismo faz para obter estabilidade, mantendo a energia constante e no menor nível possível. Ou seja, o surgimento de uma excitação gera tensão; o acúmulo de tensão é sentido como desprazer. Isso tira o psiquismo da homeostase, e para estabilizá-lo novamente teria que ocorrer uma diminuição da tensão. Para isso, o psiquismo tem que buscar meios de escoar essa energia.

Vejamos uma citação em Freud articula sobre o princípio da realidade e o princípio da constância:

“O princípio do prazer decorre do princípio da constância; na realidade, esse último princípio foi inferido dos fatos que nos forçam a adotar o princípio do prazer. Além disso, um exame mais pormenorizado mostrará que a tendência que assim atribuímos ao aparelho mental, subordina-se como um caso especial, ao princípio de Fechner da ‘tendência no sentido da estabilidade’, com a qual ele colocou em relação os sentimentos de prazer e desprazer” (1920/2006, pg.18)

É neste contexto em que a dominância do princípio do prazer no aparelho psíquico passa a ser repensada por Freud, pois existem eventos que contradizem esta tendência ao princípio do prazer (como os sonhos traumáticos dos soldados de guerra, que se repetem durante toda a vida, ou ainda, a brincadeira do Fort-Da, na qual a criança encena a ausência da mãe por meio de um jogo de carretel).

Vejamos que Freud nas citações a seguir, considera os sonhos uma forma de levar os pacientes a reviverem algo que foi traumático, ou seja a repetição de um evento não agradável por meio dos sonhos. Para articular temos também o exemplo da brincadeira infantil do Fort Da, onde a criança também repete experiências que lhe foram desagradáveis.

“O estudo dos sonhos pode ser considerado o método mais digno de confiança na investigação dos processos mentais profundos. Ora, os sonhos que ocorrem nas neuroses traumáticas possuem a característica de repetidamente trazer o paciente de volta à situação de

seu acidente, numa situação da qual acorda em outro susto” (1920/2006, pg. 19)

“Conhecemos outras crianças que gostavam de expressar impulsos hostis semelhantes lançando longe de si objetos, em vez de pessoas. Assim, ficamos em dúvida quanto a saber se o impulso para elaborar na mente alguma experiência de dominação, de modo a tornar-se senhor dela, pode encontrar expressão como um evento primário e independente do princípio do prazer. Isso porque, no caso que acabamos de estudar, a criança, afinal das contas, só foi capaz de repetir sua experiência desagradável na brincadeira porque a repetição trazia consigo uma produção de prazer de outro tipo, uma produção mais direta” (1920/2006, pg. 24)

As crianças repetem no brincar situações que lhe acontecem no dia a dia; por exemplo, quando a mãe sai de casa, a criança encena de forma lúdica este acontecimento; porém, quando ela brinca, coloca-se como o sujeito ativo da situação: é ela quem “determina” quando a mãe sai e volta, repetidamente. Ou seja, agora quem está no comando da situação é a própria criança.

Nesta citação, podemos ver o que Freud comenta sobre a repetição da criança ao brincar e a passagem da passividade para atividade.

É claro que em suas brincadeiras as crianças repetem tudo que lhes causou uma grande impressão na vida real, e assim procedendo, abrem a intensidade da impressão, tornando-se, por assim dizer, senhoras da situação. Por outro lado, porém, é óbvio que todas as suas brincadeiras são influenciadas por um desejo que as domina o tempo todo: o desejo de crescer e poder fazer o que as pessoas crescidas fazem. Pode-se também observar que a natureza desagradável de uma experiência nem sempre a torna inapropriada para a brincadeira. (1920/2006, pg. 27)

Aqui a repetição possibilita uma elaboração da situação vivida como desprazerosa pela criança. Portanto, o princípio do prazer é posto em xeque

pela compulsão à repetição, dando início à construção do conceito de pulsão de morte.

A descoberta de Freud, foi então, que o objetivo principal de uma pulsão não era apenas de satisfazer-se, obter prazer, mas de retornar a um estado anterior, um estado inicial, um estado inorgânico, este sim seria o princípio de qualquer pulsão. Podemos perceber aqui que a pulsão de morte está no cerne da repetição, pois ela trabalha a favor de uma constante repetição, de nos levar novamente ao que um dia fomos, a retornar ao estado inanimado; ou seja a pulsão de morte conduz o ser à morte, ao estado zero de tensão vital.

Sendo assim, nesta nova visão de Freud, a repetição não está apenas ligada à resistência; caracteriza o funcionamento ou a tendência básica do pulsional. A repetição acontece como uma tentativa de escoar os excessos pulsionais. Portanto, o material inconsciente não estaria resistindo em aparecer, mas sim o contrário, estaria fazendo um intenso trabalho na tentativa de se ligar, de se inscrever no aparelho psíquico.

A partir dessa concepção se abre uma outra maneira de se conceber as compulsões, podendo incluir aqui as compulsões alimentares. Porém não é possível neste primeiro momento desenvolver no escopo deste trabalho tal assunto, pois não teria como avançar e articular tantos outros conceitos que envolvem esta problemática. Podendo ser desenvolvida e confeccionada em um momento adiante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em questão não teve a pretensão de esclarecer os motivos pelos quais os obesos mórbidos, submetidos a cirurgia bariátrica, apresentarem no seguimento, retorno ao IMC igual ou maior do que antes da cirurgia. Apenas propusemos algumas reflexões com base na teoria psicanalítica de Freud, de pensar a compulsão à repetição aqui encenada com o objeto-comida, como sendo da ordem do mais primitivo do pulsional, daquilo que tenta se inscrever para ser simbolizado e elaborado. Por outro viés, seria possível entender a obesidade como sintoma, como aquilo que se satisfaz de modo disfarçado, da angustia expressada através das camadas de gordura que impedem este sujeito de poder ter uma vida com melhores condições de saúde.

Ficam aqui várias questões ainda a serem discutidas. Por exemplo a relação do sujeito com a oralidade – muitas vezes pode-se observar comportamentos orais que se manifestam de maneira acentuada. O comer compulsivo é um dentre tantos outros comportamentos que estão as voltas com as questões da oralidade. A ingestão exagerada de bebidas, o consumo de drogas, entre outros, são exemplos de adições que se dão nesta relação de objeto-boca. Por apresentarem tais comportamentos, podemos pensar que esses sujeitos podem, por algum motivo, terem ficado fixados na fase oral? Será que podemos discernir algo em comum em todos os pacientes: para alguns o prazer da fase oral e para outros a satisfação disfarçada de desejos orais?

Ou será algo anterior a isso, da ordem daquilo que está tentando se inscrever na psique, daquilo que repete pra ser simbolizado e elaborado? Este trabalho foi desenvolvido levantando questões que permeiam a teoria das pulsões, o percurso da libido, e a obesidade como sintoma. Mas ainda poderíamos ter enveredado por outros caminhos, articulando questões sobre o reganho de peso como um ganho secundário, sobre os distúrbios alimentares, ou até mesmo sob a ótica da psicossomática.

Considerando que cada sujeito é único, não temos como afirmar se que o ocorre com os obesos bariátricos com reganho de peso é da ordem de

uma fixação, de um traumático que retorna como sintoma, ou do mais primitivo do pulsional. Apenas começamos a articular alguns dos conceitos freudianos com alguns dos possíveis sentidos para este adoecimento que se manifesta no corpo.

Referências Bibliográficas

- FANDINO, Julia; BENCHIMOL, Alexander K; COUTINHO, Walmir ; APPOLINÁRIO, José C. Cirurgia Bariátrica: Aspectos clínico-cirúrgicos e Psiquiátricos. R. Psiquiatria. RS, 26 (1): 47-51, 2004.
- FREUD, Sigmund. "Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade" (1905). IN: Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. "Recordar, Repetir e Elaborar" (1914). IN: Obras Completas de Sigmund Freud, Vol 12. São Paulo: Companhia das letras, 2013.
- _____. "Os Instintos e seus destinos" (1915). IN: Obras Completas de Sigmund Freud, Vol 12. São Paulo: Companhia das letras, 2013.
- _____. "Considerações sobre Desenvolvimento e regressão. Etiologia" (1917). IN: Obras Completas de Sigmund Freud, Vol 13. São Paulo: Companhia das letras, 2014.
- _____. "O Sentido dos Sintomas" (1917). IN: Obras Completas de Sigmund Freud, Vol 13. São Paulo: Companhia das letras. 2014.
- _____. "Além do Princípio de Prazer" (1920). IN: Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol 18. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
-
- _____. "Inibição, Sintoma e Angústia" (1926). IN: Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol 17. São Paulo: Companhia das letras, 2014.
- GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

- _____. *Acaso e Repetição em Psicanálise: Uma Introdução à teoria das Pulsões*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

- Kolotkin, RL; Binks, M; Crosby, DR; Ostbye, T; Gress, ER and Adams, TD. Obesity and Sexual Quality of Life. 14(3): 472-479, 2006.

- LAPLANCHE Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

- Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2012 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

- National Institute Of Health (USA). *Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report*. National Institutes of Health. *Obs Res*, 1998.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – 10. revisão (CID-10)*. São Paulo: EDUSP, 1996.

