

PUC
RIO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Lia Cristina Mello Pellini Vieira

Obesidade: Uma perspectiva psicossomática

TESE DE DOUTORADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Rio de Janeiro, 2002

CTCH

Centro de Teologia e de Ciências Humanas



LIA CRISTINA MELLO PELLINI VIEIRA

OBESIDADE – UMA PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA

Tese de Doutorado

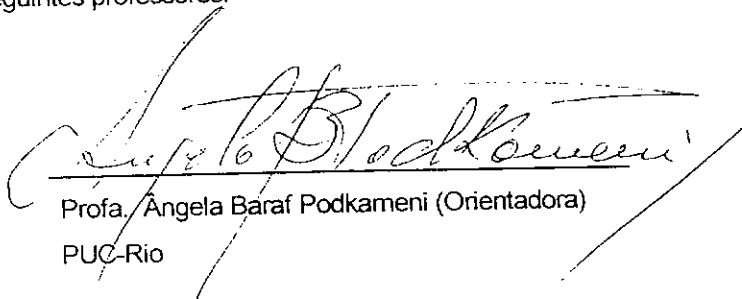
Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

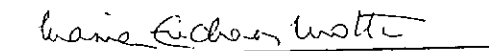
Orientador: Angela Baraf Podkameni

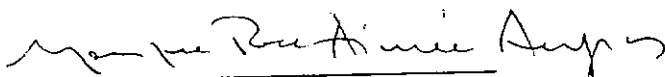
Volume I

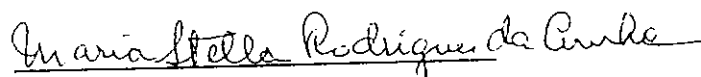
Rio de Janeiro
Dezembro de 2002

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna intitulada Lia Cristina de Mello Pellini, intitulada "Obesidade – Uma perspectiva psicossomática", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:


Profa. Angela Baraf Podkameni (Orientadora)
PUC-Rio


Profa. Maria Euchares de Senna Motta
PUC-Rio


Prof. Monique Rose Aimée Augras
PUC-Rio

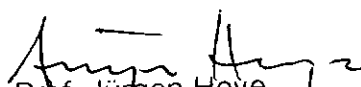

Profa. Maria Stella Rodrigues da Cunha
UFJF


Prof. Francisco Ramos de Farias
Faculdade Maria Teresa

Rio de Janeiro,

Visto e permitido a impressão

28/01/2003.


Prof. Jürgen Heye
Coordenador Setorial de Pós-Graduação

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Professora Angela Baraf Podkameni pelo suporte, compreensão e estímulo na realização deste trabalho.

Ao CNPq, à CAPES e à PUC-Rio pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

A minha professora Monique Augras da PUC-Rio pela importante contribuição e apoio.

A minha professora Marilia Aisenstein da Sociedade Psicanalítica de Paris e do IPSO pelo acompanhamento cuidadoso de meu estudo na França.

Aos meus colegas da PUC-Rio.

Aos professores e funcionários do Departamento de Psicologia pelos ensinamentos e ajuda.

Aos professores que participaram da Comissão examinadora.

Ao meu marido, principalmente ele, e aos amigos e familiares que muito me ajudaram e estimularam na superação das dificuldades encontradas,

RESUMO

Este estudo teve por objetivo compreender a qualidade do funcionamento mental do paciente obeso segundo a perspectiva psicossomática psicanalítica.

Um grupo de 9 mulheres adultas e 3 meninas, oriundas de comunidades carentes de Teresópolis, com idades variando entre 17 e 48 anos e 7 e 8 anos respectivamente, consideradas grandes obesas desde a primeira infância, foi escolhido para estudo, tendo em vista, a premissa teórica de que a obesidade de desenvolvimento tem origem numa época primitiva do desenvolvimento psíquico denunciando falhas no mecanismo de pára-excitação do paciente.

A obesidade não é considerada um tipo de transtorno alimentar, embora seja, freqüentemente, conseqüência da hiperfagia e/ou bulimia. A hipótese levantada na pesquisa é que a comida torna-se um procedimento auto-calmante para aqueles que sofrem de tais transtornos alimentares, com o objetivo de reduzir-lhes o nível de excitação psíquica, sem produzir a satisfação procurada.

Além desse aspecto, a obesidade é uma doença somática geralmente associada a outras doenças somáticas crônicas como hipertensão arterial, diabetes, asma, doenças essas que têm amplo estudo na área da psicossomática.

O conjunto de doenças associadas merece ser avaliado para verificar-se se a hierarquização funcional, descrita por Pierre Marty, pode ter no seu ponto de fixação vários funcionamentos somáticos correlacionados. O caso clínico apresentado pretende apontar a confirmação dessa hipótese.

PALAVRAS-CHAVE: obesidade; transtorno alimentar; psicossomática psicanalítica; procedimentos auto-calmantes; pára-excitação.

RÉSUMÉ

Cette étude a eu pour but de comprendre la qualité du fonctionnement mental du patient obèse selon la perspective psychosomatique psychanalytique.

Un groupe de 9 femmes et 3 jeunes filles, originaires des communautés pauvres de Teresópolis, dont l'âge variait entre 17 à 48 ans et 7 et 8 ans respectivement, considérées comme de grandes obèses dès la première enfance, a été choisi pour l'étude, parce qu'elle est basé sur une prémisse théorique qui dit que *l'obésité du développement* a son origine à une époque primitive du développement psychique, et qui révèle les manques du mécanisme de pare-excitation.

L'obésité n'est pas considérée un type de désordre alimentaire, quoique qu'elle soit fréquemment la conséquence de l'hyperphagie et/ou de la boulimie.

L'hypothèse de cette recherche est que la nourriture devient un procédé auto-calmand pour ceux qui souffrent de ce désordre alimentaire. Les patientes veulent réduire le niveau d'excitation psychique, mais elles n'arrivent jamais à la satisfaction.

Au-delà de cet aspect, l'obésité est une maladie somatique liée à d'autres maladies comme l'hypertension artérielle, le diabète, l'asthme, et qui ont fait l'objet de nombreuses études dans la psychosomatique.

L'ensemble de maladies associées doit être étudié pour vérifier si la hiérarchisation fonctionnelle, selon Pierre Marty, peut avoir dans son point de fixation plusieurs de fonctionnements corrélatifs. Le cas clinique présenté veut montrer la confirmation de cette hypothèse.

MOTS-CLEF: obésité; désordre alimentaire; psychosomatique psychanalytique; procédé auto-calmand; pare-excitation.

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO:

. Justificativa do trabalho	1
. Metodologia	5

II – TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE

. Dados gerais	8
. The loneliness eaters	11
. La maladie c'est le regime	16
. Balanço energético, regimes e dietas	19

III – REVISÃO DA LITERATURA PSICANALÍTICA

. Os estudos pioneiros e os contemporâneos	24
. Breve revisão	27
. Uma nova perspectiva da obesidade	29
. Obesidade, identidade e crise	34
. Imagem do corpo	35
. Corpo e afeto	40
. O obeso e a sexualidade	44
. Auto-conceito e obesidade	50
. O aspecto social da obesidade	52

IV – A PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

. A história	57
. A teoria da Escola de Paris	59
. Mentalização	62
. Mentalização e processo de somatização	66

. . Fixação e regressão	69
. O monismo psicossomático	73
. Trauma	77
. Pulsão de morte, masoquismo	85
. O envelope do sofrimento	89
. Escravos da quantidade e procedimentos auto-calmanes	92
. Compulsividade	97
. Algumas histórias incomuns	101

V – CASO CLÍNICO

. Primeira consulta	111
. Segunda consulta	114
. Informações complementares	116
. O "relatório"	119
. Comentários	121

VI – COMENTÁRIOS FINAIS	128
-------------------------	-----

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
----------------------------------	-----

OBESIDADE – UMA PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA

I - INTRODUÇÃO

JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

Este trabalho resume uma investigação psicossomática de pacientes obesos, realizada por cerca de quatro anos, com o objetivo de avaliar que dinamismos psicológicos poderiam estar ligados à obesidade, baseada na perspectiva psicossomática psicanalítica.

Na perspectiva psicanalítica, o movimento de integração mente e corpo começa seu estudo com Freud questionando as vias que levam um conflito psíquico a se manifestar na área somática.

Questões que se ampliaram entre aqueles considerados pioneiros da psicossomática como Georg Groddeck, Félix Deutch, Franz Alexander, e vieram se desenvolvendo até atingir sua expressão maior na década de 50 na França, com a fundação do IPSO, o Instituto de Psicossomática de Paris.

Pierre Marty, Michel Fain, Christian David e Michel de M'Uzan, formadores da Escola de Paris, trouxeram uma nova abordagem para o entendimento dos problemas somáticos, aumentando de maneira importante a teoria psicossomática, introduzindo uma continuidade conceitual e clínica entre a abordagem médica e psicanalítica da sintomatologia.

Os trabalhos clínicos e as pesquisas do Instituto de Psicossomática de Paris, realizados no Hospital Pierre Marty, que tive a oportunidade de conhecer e estagiar, graças a uma "bolsa sanduíche" oferecida pelo CNPq/PUC, continuam trazendo contribuições importantes para as patologias em que se reconhece a participação dos fatores psicoemocionais.

Meu interesse sobre o tema obesidade antecede este estudo e pode ser situado na época da elaboração da minha dissertação de mestrado. Naquela ocasião, eu estudava a percepção leiga, do senso comum, sobre a inveja.

No levantamento teórico do assunto, aparecia freqüentemente associado ao perfil do invejoso a voracidade, a avidez, aspecto no qual não pude me deter e aprofundar, porque este se afastava do limite proposto pelo meu trabalho.

Melanie Klein, em cuja teoria apoiei a dissertação, propunha que o vínculo entre a voracidade e a inveja é tão estreito que nenhuma linha divisória rígida entre elas pode ser traçada.

Na noção kleiniana, a pessoa invejosa é insaciável e nunca consegue estar satisfeita, revelando aí um efeito mútuo entre a voracidade e a inveja.

Ao longo da pesquisa, por imposição do fenômeno estudado, fui dirigindo minha atenção para outros dinamismos psíquicos, especialmente para aqueles apontados por Betty Joseph, no que ela denominou, "vício pela quase morte".

Na organização patológica do vício da quase morte, os pacientes com esse tipo de problema vivem um tipo de autodestruição maligna, se envolvendo em atividades que parecem destruí-los física e mentalmente. Dentre as atividades apontadas por Joseph como expressão desse problema estariam a alimentação deficiente ou a excessiva e escondida quando a necessidade é perder peso, indicando na noção psicanalítica kleiniana, um espaço privilegiado para o estudo dos distúrbios alimentares (1991:316).

Dentre os fenômenos psicológicos ligados aos transtornos alimentares, a voracidade parece se traduzir de maneira mais clara na hiperfagia, nas crises de bulimia, e conseqüentemente na obesidade.

Além da dificuldade de controle da voracidade, outro aspecto que chama a atenção é a condição de os pacientes obesos, de maneira geral, terem como característica o fato de serem polissomatizantes. Isto quer dizer

que, de modo recorrente, a obesidade é uma doença que não se apresenta sozinha e que os distúrbios a ela associados costumam ter alto poder letal.

Ela está, na maior parte das vezes, acompanhada de diabetes, hipertensão, problemas respiratórios, ortopédicos, dermatológicos e outros. O paciente obeso tem risco aumentado em vários tipos de câncer e nas doenças da vesícula biliar. Essa condição polissomática dá ao quadro de saúde do obeso, pode-se dizer, um mórbido peso extra e, evidentemente, afirmam a necessidade de serem tratados numa perspectiva psicossomática.

Desde o início deste trabalho até hoje, vi se multiplicarem reportagens em jornais, revistas e televisão sobre a gravidade do crescimento da obesidade nestes últimos vinte anos. China, Polinésia, França, Estados Unidos, Brasil, África do Sul. Em todas as partes do planeta há uma grande preocupação com esse problema, que vem provocando a morte de um número maior de pessoas do que poderia a princípio estimar.

A causa da obesidade é sempre creditada ao binômio má alimentação e sedentarismo, e sua terapêutica-padrão é regime alimentar e exercício físico.

Não parece que se possa explicar um fenômeno tão complexo, atribuindo sua explosão à combinação dessas duas causas, embora tais motivos possam justificar o aumento de peso numa pessoa. Mas, pelo menos, no caso de obesidades graves e resistentes esse binômio representa as duas pernas do que considero o tripé desencadeador da obesidade.

A terceira perna de apoio que compõe o problema situa em insuficiências precoces vividas pelo bebê e pela criança, no momento da formação e desenvolvimento de seu aparelho psíquico, cuja conseqüência vai se verificar no decorrer da sua vida.

O reconhecimento das necessidades do corpo, e em particular, da necessidade de comer se elabora a partir da interrelação do bebê com seu ambiente. Confundir fome com necessidade de proteção ou afeto, levará a criança a ter a percepção confusa de um modo geral, comprometendo por isso a sua organização psíquica.

Estudos sobre o tema mostram que a obesidade, assim como todos os transtornos alimentares não é uma síndrome uniforme, que se possa explicar por um só mecanismo, como por exemplo, disfunção endócrina. Fatores até recentemente julgados secundários, como o aspecto psicológico dessa patologia somática, já adquiriram a importância devida.

A influência que o ambiente exerce no indivíduo nos primeiros anos de sua vida marcam a personalidade e seus efeitos se fazem sentir na fisiologia, no metabolismo e na anatomia, podendo ser ativadas na idade adulta dificuldades dessa fase precoce.

Jamais como agora as crianças foram tão gordas e sedentárias. O número de crianças obesas triplicou nalguns lugares, quintuplicou em outros, e elas estão 30% mais pesadas que há dez anos atrás.

No tratamento das crianças acima do peso é enfatizada a importância do papel da família como organizadora e suporte do plano dieta-exercícios, mas o que a família deixou escapar até que a criança tenha se tornado obesa e precisasse de tratamento?

O termo prevenção, método mais eficiente no tratamento da obesidade, significa: ato ou efeito de prevenir-se, disposição ou preparo para evitar um problema, modo de ver antecipado. Essa preocupação não parece fazer parte das famílias dos pequenos obesos. Falta nelas, por algum motivo, condição para refletir e observar o fenômeno que se desenvolve diante de seus olhos. A obesidade, afinal, é um distúrbio que não se esconde de ninguém.

Por que está crescendo e se desenvolvendo esta geração de superpesados?

As bombas calóricas como *milk shakes*, sanduíches, frituras, doces e dieta básica dos *fast food*, são mencionados como os inimigos da boa silhueta, mas pouco se fala dos vários motivos que levam uma pessoa a procurar este tipo de alimentação e de resistir tão pouco diante dessa dieta.

Não se discute o fato de que essa geração é a das crianças com maternagem insuficiente, cujas mães precisam retornar rapidamente para

sua vida profissional, com seus bebês criados muitas vezes, em creches tempo integral desde a tenra infância, tratados, entretidos e alimentados de modo operatório.

Não se fala que nas famílias atuais seus membros parentais estão cada vez mais ausentes do relacionamento familiar, que angustiados pedem que as escolas formem valores que só podem ser passados através de vínculos íntimos, domésticos, coisa que as creches e as escolas jamais poderão realizar porque são espaços públicos e, portanto, pergunta-se: como ficam as essas crianças sem eles? Compensando com comida o que lhes falta em afeto?

Não surpreende que nos consultórios atualmente, se apresente reduzido o número de pacientes apresentando neuroses clássicas, enquanto o número de neurose de comportamento cresce na proporção inversa.

As neuroses clássicas são consideradas, na compreensão psicossomática das doenças, organizações mentais ricas e com boa qualidade defensiva contra as doenças somáticas, apesar do sofrimento psíquico que traz aos seus portadores, porque a maior parte dos desequilíbrios vividos pela pessoa são elaborados no nível mental. Ao contrário, as neuroses de comportamento mostram pessoas até bem adaptadas socialmente, mas com qualidade defensiva frágil diante das desorganizações somáticas, por lhes faltar a condição de suportar psiquicamente seu desconforto ou frustração, descarregando através da ação (de comer, por exemplo) o que poderia ser pensado e elaborado psiquicamente.

Essa é a perspectiva que será utilizada neste trabalho para a avaliação do problema das obesidade, onde creio, nem todas as questões levantadas serão respondidas, pois estamos diante de uma situação nova, merecedora de muita reflexão e estudo.

METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa, foi estudado um grupo de nove mulheres adultas com idades variando entre 17 a 48 anos e três meninas de 7 e 8 anos de idade, oriundas de comunidades carentes de Teresópolis, cidade centro-oeste do estado de Rio de Janeiro. Todas elas apresentando uma série de problemas de saúde associadas à obesidade, como diabetes, hipertensão arterial, problemas respiratórios e ortopédicos, precisando emagrecer para melhorar seu estado geral e com grande dificuldade em reduzir seu peso.

Baseada numa pesquisa exploratória iniciada em Abril de 1997, para a realização do projeto de tese de doutorado, acompanhei essas pacientes, que me foram encaminhadas por médicos de diferentes especialidades, no posto de atendimento médico que apóia as atividades de ensino e pesquisa da FESO – Faculdade de Medicina de Teresópolis.

Num primeiro momento pode parecer contradição pensar em investigar a obesidade numa comunidade carente, pois nesses locais espera-se encontrar pessoas muito magras, abaixo do peso, em consequência da desnutrição provocada pela pobreza. No entanto, o número de pessoas obesas nessas comunidades é considerável e, ao longo do trabalho, pude constatar que a obesidade, numa perspectiva psicológica, é espécie de formação reativa contra as carências de todas as ordens, é um sintoma que se desenvolve de forma muito coerente com o desamparo que caracteriza essa população.

As mulheres e meninas constantes deste grupo são consideradas grandes obesas, e foram avaliadas principalmente, quanto à qualidade de sua mentalização, através de entrevistas individuais e da aplicação do teste de Rorschach.

Para selecionar e definir a população com que eu ia trabalhar nesta pesquisa, utilizei um critério baseado no estudo de Hilde Bruch sobre obesidade.

Bruch (1973) subdividiu as pessoas que sofrem dessa doença em três grandes categorias, tomando por base as condições psicológicas e sua possível relação com a obesidade.

No primeiro grupo estariam aqueles que são gordos por características constitucionais, cujo excesso de peso não está relacionado ao funcionamento psicológico anormal. O sobrepeso é determinado por fatores genéticos, identificando grupos raciais de ossatura larga e pesada.

Um segundo grupo incluiria pessoas que desenvolveram a obesidade em idade adulta, sem comprometimento da avaliação de sua própria imagem corporal ou outro problema emocional, correlacionado ao aumento de peso. Nesses casos, geralmente, as pessoas têm um aumento de peso moderado e estável. O sucesso da redução de peso após a dieta costuma ser alto, assim como, a manutenção do novo peso, duradoura. Encontram-se nesse grupo, alguns que readquirem seu peso anterior, determinado pelo estilo de vida, mas não por fatores específicos ligados a obesidade.

O terceiro grupo se compõe dos que apresentam obesidade desde a infância e/ou adolescência, e daqueles cuja obesidade, na idade adulta, é uma reação súbita a um evento traumático. Essas pessoas costumam apresentar distorções na percepção da imagem corporal, dificuldades em estabelecer metas realísticas em relação à redução de peso, dificuldade em se comprometer com um programa prolongado de dieta, e elas têm, de forma inequívoca, problemas psicológicos associados ao problema da obesidade.

Orientei meu trabalho de pesquisa para pacientes caracterizados neste terceiro grupo. A população feminina, definida no trabalho, se organizou, independentemente de qualquer seleção. O encaminhamento se estabeleceu de modo imprevisto, tendo sido solicitado aos médicos de diferentes especialidades, indicação para entrevista psicológicas de pacientes obesos de longa data, dieto-resistentes, com problemas emocionais detectados na anamnese médica.

A exclusividade dessa população feminina acabou resultando num dado que confirma a estatística, mostrando a concentração desse distúrbio

no sexo feminino, na proporção de 1 homem para cada 10 mulheres (Sichieri, 1998).

A paciente escolhida para o relato clínico sofre de obesidade de desenvolvimento (*developmental obesity*), lutando contra a gordura desde a sua infância, com evidentes dificuldades emocionais também desde muito cedo, além de apresentar outras doenças somáticas associadas à obesidade.

As observações das outras pacientes atendidas, estão incluídas como vinhetas clínicas para apoio do argumento teórico-clínico.

A proposta desta pesquisa foi verificar se um estado psíquico determinado, como insuficiências fundamentais e indisponibilidades de representações, que são obstáculos ao trabalho psíquico, podem desenvolver um tipo de doença somática como a obesidade.

A natureza do problema de excesso de peso, o comer compulsivo que leva à obesidade, a deformação física dessas pessoas, encontraram respaldo no estudo do narcisismo de vida e de morte de André Green, no masoquismo erogênico e mortífero de Benno Rosenberg e no extenso trabalho sobre transtornos alimentares de Hilde Bruch.

Para as condições especiais de descarga de excitação nas atividades autocalmantes, que entendo exercerem papéis de relevância nos problemas da obesidade e o dos transtornos alimentares, apoiei-me no trabalho de Gérard Szewc, um dos melhores teóricos da Escola de Paris atualmente.

II - TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE

DADOS GERAIS

A obesidade tornou-se um problema de saúde pública no mundo ocidental afetando países desenvolvidos e em desenvolvimento. Sabe-se que existem hoje no planeta milhões de pessoas acima do peso, e apesar dessas pessoas terem como fato comum a obesidade, esta situação recobre problemas bem diferenciados. Os problemas da superalimentação, os riscos para a saúde, a deficiência social e os desgastes psicológicos aí implicados têm etiologias variadas.

Em termos estatísticos verifica-se atualmente, em nível mundial, concentração da obesidade entre os adultos, com incidência maior na população feminina.

Apesar desta constatação, a preocupação dos profissionais de saúde é com a população infantil e com os adolescentes de ambos os sexos, faixa que tem apresentado um crescimento significativo no curso dos dez últimos anos.

Na França, o Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale – INSERM, revela que a obesidade que atingia crianças de 6 a 12 anos, girava em torno de 6% em 1980. O boletim publicado pelo Instituto em junho de 2000 mostrou que esta cifra pulou para 12%.

Os dados apresentados na I Convenção Latino Americana para Consenso em Obesidade (1998) mostraram que 20% das crianças americanas estão acima do peso e no Brasil, na faixa dos 11 aos 18 anos, esse número triplicou em quinze anos.

Sabe-se hoje, que quanto mais precoce é o aparecimento da doença, mais difícil é seu tratamento. O fator preventivo é, por enquanto, um recurso mais eficiente do que o tratamento terapêutico no combate à doença.

Embora a obesidade não conste do DSM-IV (1994) como uma perturbação do comportamento alimentar, ela está intimamente ligada a alguns deles como a bulimia, anorexia e a hiperfagia bulímica, seja pelo medo-pânico de engordar presente na anorexia e bulimia, seja pela corpulência adquirida com a enorme quantidade de comida ingerida na hiperfagia bulímica. Esses transtornos também estão relacionados entre si pela falha no reconhecimento da fome como fator que impulsiona um indivíduo a comer.

A hiperfagia bulímica é um padrão de comportamento compulsivo, freqüentemente encontrado entre os obesos, principalmente entre os considerados grandes obesos, que são aquelas pessoas cuja corpulência é consensualmente admitida, com seu Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40kg/m, ou para utilizar um outro critério, acima 100% do peso estimado para sua altura.

Estudos epidemiológicos mostram que 50% dos obesos que procuram tratamento para emagrecer apresentam compulsão alimentar em maior ou menor gravidade (Coutinho, 1998).

A compulsão alimentar desencadeadora de aumento de peso é descrita como crise de ingestão alimentar copiosa e descontrolada em geral secretas e rápidas.

O que caracteriza o quadro comportamental da hiperfagia bulímica, também chamada transtorno do comer compulsivo, são as crises recorrentes de bulimia, sem que a pessoa adote os comportamentos compensatórios típicos da bulimia, como provocação de vômitos, ingestão de laxantes ou diuréticos e exercícios físicos excessivos.

O aspecto compartilhado com a bulimia é o comer de forma exagerada e descontrolada até se chegar ao ponto de se sentir incomodamente cheio. Depois do excesso alimentar costuma haver queixa de náusea ou mal-estar ou dores abdominais.

Apesar de não se poder falar de uma estrutura de personalidade que caracterize quem sofre de bulimia ou qualquer outro transtorno alimentar,

pois tais síndromes são multideterminadas e multidimensionais, pode-se acrescentar como sinais do transtorno do comer compulsivo, além das crises de empanturramento, o fato de que geralmente essas pessoas comem pouca quantidade em lugar público, o que é até incongruente com seu aspecto corporal. Elas estão sempre planejando um novo programa de emagrecimento e sua atividade social depende de como o paciente se sente com o seu corpo, o que em geral está diretamente ligado ao fato de ter tido ou não compulsões alimentares.

As mudanças de humor estão vinculadas à conduta alimentar. A autovalorização diretamente ligada ao peso e ao êxito ou fracasso no controle da ingestão de comida. O peso e o corpo são eixos para organização da vida.

Alguns comportamentos são recorrentes e o conhecimento dessas características ajuda a construção de um diagnóstico, assim como a prever algumas dificuldades a serem enfrentadas.

Baixa auto-estima e inadequação, já apontados por Bruch, são confirmados por outros autores (Herscovici e Bay, 1997). Dificuldade no funcionamento social e grande necessidade de aprovação externa revelam as características citadas. Comparadas à população sadia, essas pessoas costumam mostrar maior ansiedade, baixa tolerância à frustração, mais impulsividade e suscetibilidade interpessoal.

Aparece também com freqüência associado ao comportamento bulímico, dependência química com abuso de medicamentos, álcool e cigarro.

É típico que o paciente constitua um problema para a família, não somente por causa dos conflitos em torno da alimentação, mas pelas mentiras, transgressões como roubos menores, manejo caótico do tempo e do dinheiro, dificuldade em começar um trabalho de forma estável e responsável.

É desconcertante o fato de que o paciente exija e se alimente à mesa com comida de dieta, embora seu peso e aparência não combinem com a

dieta reclamada. Se são pedidas explicações sobre essa contradição, as respostas de modo geral, são evasivas, enganosas, provocando irritação e inquietação, porque se percebe claramente que há encobrimento da verdade revelada pelo paciente.

THE LONELINESS EATERS

Em 1959, Stunkard afirmou que era impossível definir características psicológicas específicas para os obesos. Suas observações realizadas num grupo de pessoas acima do peso, cuja metade lidava com esse problema desde a infância, lhe permitiu descrever duas categorias de comportamento, levando em conta o modo de alimentação e os problemas com a imagem do corpo.

Os modos de alimentação que ele descreveu como patológicos foram a "síndrome dos comedores noturnos" (*night eaters syndrome*) e a "síndrome da orgia alimentar" (*binge eaters syndrome*).

O primeiro fenômeno observado nesse estudo, afetava sobretudo as mulheres, e se caracterizaria por uma anorexia matinal, seguida de hiperfagia noturna e insônia.

A síndrome da orgia alimentar se caracterizaria pela ingestão súbita e compulsiva de grandes quantidades de comida, em curto espaço de tempo, seguida de agitação e sentimento de culpa.

Bruch (1973), comentando a porcentagem desses achados divulgados por Stunkard – 10% do grupo de obesos com *night eaters syndrome* e 5% com *binge eaters* –, mostra a que ponto é difícil dar um quadro preciso sobre a incidência dos problemas psicológicos nessa população.

Entre as centenas de pacientes que observou, ela encontrou apenas dois ou três casos de "comedores noturnos". Em contrapartida, avaliou como incontáveis os casos de *binge* observados e deu exemplos de casos mistos,

juntando partes dos dois fenômenos descritos por Stunkard, nas duas síndromes.

Assim Bruch avaliou que eram inúmeros os adolescentes que chegando em casa, no final do dia, depois da escola, esperando a chegada do resto da família, comiam compulsivamente, sem parar. As outras características dos *night eaters*, como a anorexia matinal e insônia, entretanto, não faziam parte do quadro de hiperfagia noturna desses adolescentes, o que constitui, segundo meu ponto de vista não um quadro misto, mas uma outra categoria diferente da descrita por Stunkard para classificar esses pacientes.

O que chama a atenção nesse tipo de comportamento é o fato do adolescente, por estar sozinho em casa esperando pelos pais, ocupar seu tempo comendo. Aspectos como dependência ou solidão parecem ser mais relevantes como causadores da ansiedade que poderia levar o adolescente a comer, do que a angústia provocada pelo cair da noite.

O sentimento de solidão tal como descrito por Klein (1963), como resultado de uma ânsia onipresente por um estado interno perfeito, inalcançável, me parece mais apropriada para descrever a motivação das pessoas que nunca se sentem preenchidos, criando, talvez, para elas, a categoria dos *"loneliness eaters"*.

Igoïn (1987) num artigo que fala da solidão das mulheres gordas descreve a noção peculiar que suas pacientes têm do seu isolamento. Para a autora, essas mulheres desejariam ser "amadas por elas mesmas", num modo idealizado de pensar o amor, que dispensaria estar revestida de atributos sedutores da mulher desejável. Como se decepcionam constantemente, por não serem desejadas pela sua essência, elas preferem se retirar dignamente de um círculo social que não as compreende. Ser gorda e sozinha é um modo de preservar a própria identidade, uma defesa contra a angústia que surge quando se deseja ser amada.

A baixa resistência dos pacientes obesos para sustentar a angústia também tinha sido observada por Bruch. Todos os seus pacientes tinham conhecido, pelo menos uma vez ou outra, acessos de voracidade - o *binge* - modo incontrolável de se alimentar em reação a menor ofensa sofrida, a menor decepção ou a um momentâneo sentimento de rejeição. Era bastante comum, inclusive, que esses acessos bulímicos incontroláveis associados as contrariedades cotidianas fossem o motivo que levava o paciente a procurar a consulta psiquiátrica.

Os pacientes hiperfágicos, foram considerados por Stunkard (1959) incapazes de seguir qualquer tipo de regime dietético que seja, enquanto seus problemas e conflitos restarem sem solução, ou enquanto permanecerem no ambiente que lhes provoque angústia e reações de violência. Eles poderão sem dificuldade perder peso numa clínica de emagrecimento, num SPA, mas engordarão novamente assim que retornarem ao seu círculo social.

Esta avaliação permanece válida até o momento, por que é grande o número de pessoas que dissociam o aspecto psicológico subjacente à obesidade e que tenta repetidamente emagrecer apenas com regime alimentar, sem se predispor ao tratamento psicoterápico, mudando de médicos e de regimes e não encontrando sucesso em suas tentativas.

Um indicador de prognóstico no tratamento para redução de peso de um indivíduo, está correlacionado a duração da obesidade em sua vida.

Para aquelas pessoas cuja a obesidade está intrincada em toda sua história de vida desde muito cedo, Bruch qualificou o problema como *obesidade de desenvolvimento*. Aquelas que se tornam obesas, em época mais tardia, a partir da vivência de uma situação traumática, qualificou como *obesidade reacional*.

A obesidade reacional é, portanto, a forma de obesidade mais encontrada entre os adultos. Ela se desenvolve como reação a um trauma emocional, freqüentemente a morte de uma pessoa próxima ao paciente ou quando o paciente sente sua vida ameaçada por acidente ou doença. É

muito comum as pessoas engordarem depois de uma cirurgia ou de um acidente. Nesses casos, apesar de um prognóstico positivo, a obesidade persistirá se tais eventos foram experimentados como choque insuperáveis.

A classificação de Hilde Bruch tem implicações não só no prognóstico, mas também no diagnóstico da personalidade do obeso, que a autora aproxima, nos dois casos, da esquizofrenia.

Talvez nas obesidades de desenvolvimento essa aproximação com a psicose faça mais sentido. De outro modo, parece mais pertinente, pela sua etiologia, correlacionar a obesidade reativa de um quadro de neurose atual.

A neurose atual, núcleo de todas as psiconeuroses, é um tipo de manifestação psíquica que tem sua formação de sintomas na área somática.

O mecanismo da formação de sintomas seria somático por causa da ausência da mediação simbólica que se encontra na formação dos sintomas das psiconeuroses e porque sua origem não está nos conflitos infantis, mas no presente. A neurose atual é objeto de grande interesse da psicossomática psicanalítica.

A obesidade sugere de forma explícita o uso da alimentação como atividade auto calmante, comportamento que aponta para a ausência de mediação simbólica nos conflitos psíquicos. Por falta de representações psíquicas para conter a angústia, o comportamento é o meio para reduzir a excitação que não pode ser elaborada.

Aqueles que reagem com superalimentação, costumam ter consciência de que comem mais quando estão inquietos ou tensos e se sentem menos eficazes e competentes quando tentam se controlar. São qualificados de comedores compulsivos. Eles tem clareza para distinguir a verdadeira fome da necessidade neurótica de comida, entretanto não conseguem evitar comer mesmo sem fome.

Acrescente-se a baixa motilidade da maior parte dos obesos que sugere que tais pessoas tendem a esconder seus problemas pessoais atrás da aparência de constante benevolência, tranquilidade e vagar. Não conseguem expressar raiva diante das situações que lhe provocam

frustrações e contrariedades e com isso contribuem para a falsa idéia, para o estereótipo, de que as pessoas gordas são alegres, satisfeitas e amáveis. Ao invés de exprimir sua ira, elas se recolhem, se entristecem e a superalimentação lhes serve como defesa, calmante contra a ansiedade, escudo contra uma depressão profunda.

Também é nesse grupo que o valor defensivo de suporte e contenção através da comida se torna claramente reconhecido, apesar dos efeitos prejudiciais de uma obesidade de longo curso.

As estatísticas realizadas por companhias de seguro americanas mostram que as pessoas obesas tem taxas mais elevadas de morbidade e mortalidade entre várias doenças, mas a taxa de suicídio é significativamente mais baixa. Essas pessoas reagem com a obesidade à situações que outras pessoas reagiriam com desespero.

A maior parte dos obesos "não-cooperativos", que desencorajam seus médicos porque não apresentam resultados positivos em seus tratamentos, pertencem a este grupo.

Algumas vezes os médicos confrontam seus pacientes com as estatísticas que apontam as altas taxas de mortalidade para aqueles que estão muito acima do peso, a fim de convencê-los do perigo da obesidade. Um procedimento talvez inadequado, pois o controle desses pacientes sobre sua angústia subjacente costuma ser precária, e ao lhe fazer medo, mostrando-lhe seu risco de vida, arrisca-se também a multiplicar-lhes as dificuldades e empurrá-los para um estado de obesidade aumentado ou a uma depressão sem disfarce, que o paciente não tem condição de suportar.

A experiência mostra que quando se força uma pessoa que usa a comida para combater a angústia e a inquietação, a seguir um regime de emagrecimento, a ansiedade aumenta, elas se desorganizam e por fim se deprimem.

Uma jovem paciente, 27 anos, me conta que quando por pressão constante de sua mãe ela concede em seguir uma dieta, restringindo a quantidade de comida,

ingerindo quase exclusivamente comida salgada: carne, legumes e verdura, cortando todos os doces, ela começa a ficar inquieta e irritadiça logo nos primeiros dias. A seguir sente-se desanimada, fraca, desejando ficar confinada no quarto, na cama, sem ir trabalhar. Quando chega nessa fase, a paciente começa a comprar e esconder no armário de roupas, chocolates e biscoitos que come antes de dormir.

Um dia, tendo seguido a dieta o dia todo, ao chegar em casa, verificando que estava sozinha, cozinhou no micro-ondas uma lata de leite condensado e a comeu inteirinha. Depois cozinhou e comeu outra. A terceira lata, ela comeu pura, ao natural, temendo que seus pais chegassem e lhe vissem burlando o regime.

Depois disso sentiu-se mal consigo mesma, culpada, por não conseguir se dominar e controlar o desejo de comer doces, mas, contrariando seu estado de espírito, dormiu bem e acordou muito bem disposta no dia seguinte.

O destaque no relato do caso dessa paciente é o uso da comida como forma defensiva contra a ansiedade e a depressão. Ela convive com o excesso de peso desde muito pequena e sua mãe sempre controlou, nos momentos de regime, de maneira restritiva seu apetite voraz. A vigilância da mãe sobre a sua alimentação é experimentada de forma ambivalente. Às vezes é agradecida pelo seu cuidado, às vezes explode de raiva com ela por se sentir constantemente cerceada.

Comer doces escondida da mãe pode ter várias interpretações, porém entendo que o resultado final de tal atitude, atestado pelo seu humor no dia seguinte, é o alívio de seu desânimo e irritabilidade.

LA MALADIE C'EST LE REGIME

As dietas restritivas merecem atenção especial no que diz respeito a tensão que causa naqueles que a elas se submetem. É sabido que nas clínicas de emagrecimento, que limitam a ingestão de calorias a uma média de 800 calorias por dia, quando a alimentação de uma mulher-padrão gira em torno de 2200 calorias por dia, dispara um comportamento de avidez pelos

alimentos tidos como proibidos, fazendo com que as pessoas fujam das clínicas para comer e mantenham escondida uma reserva de doces e chocolates para apaziguar a fome.

Fora o aspecto da contenção da ansiedade por não se poder comer, as reduções drásticas de peso, rápidas e de curta duração, provocadas por restrição alimentar costumam ter conseqüências funestas para a saúde dos pacientes. Dietas hipocalóricas devem ser recomendadas com moderação para não provocar desorganizações metabólicas difíceis de controlar posteriormente.

Deve-se levar em conta a variação ponderal entre as pessoas, que vai da obesidade moderada, pouco grave —onde se encontra a maior concentração de pessoas nas estatísticas - até as obesidades mórbidas, que impedem as pessoas de se locomoverem, trabalharem, cuidarem de si mesmas, cujo tratamento requer avaliações muito cuidadosas por arriscarem a vida do paciente durante o tratamento.

No caso de sobrepeso discreto, é difícil medir com precisão se o que a pessoa tem como excesso de gordura representa realmente um risco para a saúde. É a condição que sugere um tratamento diferenciado, na dieta, programação de exercícios e mesmo de indicações de cirurgias, dos grandes obesos.

Há pessoas que, geralmente sem prestar atenção especial em sua alimentação, ingerindo apenas o que o apetite solicita, mantém o peso estável durante anos. Isto se deve ao fato de que o organismo tende a manter um peso fisiologicamente determinado. É o que constitui o "peso assinalado" ou "*set point*". O organismo adapta seu gasto calórico e provavelmente regula o apetite de acordo com esse princípio.

A teoria do "ponto fixo" de peso (*set point*) estima que cada indivíduo tem um peso ditado pelo próprio organismo, a partir do qual as dietas começam a não produzir maior efeito de emagrecimento, e tentar forçar esse limite é comprometer o equilíbrio orgânico de um modo geral.

Quando um organismo é submetido a dietas hipocalóricas, conserva as calorias de que precisa, melhorando sua eficiência nessa conservação. Quanto mais tempo submetido à dieta, mais o organismo resiste a perder peso. Quando se repetem os ciclos dieta/não-dieta, o organismo se vê mais afetado e a cada vez que se retorna a um regime, o gasto energético baixa rapidamente, tornando cada vez mais difícil obter a redução de peso desejada.

A obesidade, do ponto de vista clínico, não representa apenas a variação da curva normal de peso, trata-se de um problema complexo, em que as características metabólicas próprias devem ser avaliadas para cada indivíduo.

As pessoas muito gordas que procuram médicos, nutricionistas, psicólogos, e que representam, evidentemente, uma população com maior risco de vida, cuja morbidade é muito maior, impulsionam esses profissionais de saúde a buscarem maneiras eficazes de tratamento.

Cada investigador analisa o material que dispõe em função da sua teoria e tenta classificar um tipo psicológico determinado e generalizar suas descobertas, mas elas não são aplicáveis a todos os casos de obesidade.

Deve-se considerar também que as mudanças químico-metabólicas produzidas pela restrição alimentar podem provocar modificações de conduta. As pessoas podem se tornar mais irritáveis, impacientes e mal-humoradas, especialmente antes de comer, que é quando essa tensão se intensifica.

Um estudo clássico a esse respeito foi realizado pela Universidade de Minnesota com um grupo de trinta e seis voluntários, que foram submetidos a uma dieta prolongada de baixas calorias.

Durante o período inicial de seis meses, a ingestão calórica dessas pessoas foi reduzida à metade, e esta, vale lembrar, costuma ser uma prática bastante comum entre as pessoas que querem emagrecer.

Depois de terem perdido cerca de 25% de seu peso, começou-se observar as seguintes mudanças de comportamento no grupo: preocupação

crescente com a comida e o comer, revelada pelo início de coleções de receitas e de livros de cozinha, desenvolvimento de novos hábitos na ingestão de alimentos como demorar-se mais numa refeição, aumento de consumo de chá, café, chicletes e cigarros e utilização de um tempo exagerado no planeamento das refeições.

Alguns faziam estranhas combinações de comida: espinafre com mel ou macarrão com maçã. Outros sonhavam com comidas saborosas.

No período de recuperação de peso, algumas pessoas informaram sentir muita fome, mesmo estando sendo alimentadas no padrão normal. Outras pegavam e escondiam comida com a qual se empanturravam.

Todos os participantes dessa experiência desenvolveram distintos graus de irritabilidade, depressão, indecisão, isolamento social, dificuldade de atenção e concentração, pensamento obsessivo e condutas compulsivas. Observou-se insônia e perda de interesse sexual.

O aspecto valioso desse estudo é que ele mostra que quem quer que se submeta, durante bastante tempo, a uma dieta semelhante pode desenvolver estes sintomas. Como na pesquisa, alguns poderão recuperar-se sem dificuldades, outros poderão apresentar um quadro instalado de transtorno alimentar. Isto se torna mais evidente quando se observa que a restrição alimentar favorece o surgimento de empanturramento.

É por isso que se diz que pode haver uma inversão inesperada no tratamento da obesidade e a doença ser resultado da dieta. A expressão de Gordon (1998) é a que melhor exprime o paradoxo: *"la maladie c'est le regime"*.

BALANÇO ENERGÉTICO, REGIME, DIETA

Deve-se lembrar que o problema da dieta produzindo iatrogenia, está associado as dietas radicais. Alimentação saudável, dietas balanceadas, equilíbrio

na alimentação é modo eficiente de combater a obesidade, principalmente no aspecto preventivo.

Por causa da industrialização dos alimentos, da redução do tempo gasto nas tarefas domésticas e cozinhar é uma delas, da má informação das pessoas sobre equilíbrio alimentar, a obesidade está implicada com o atual estilo de vida, com fatores sociais.

Como problema de saúde pública, ela é de certa forma algo moderno. Recente reportagem no jornal (O Globo, 7/4/2002, p.31) diz que a obesidade nos Estados Unidos "vira uma doença" e, por isso, os gastos com o tratamento poderão ser incluídos nos abatimentos das despesas médicas, do imposto de renda. Isenção fiscal para quem faz dieta é evidentemente um eficiente plano de política pública americano, apenas assumido agora, embora lá o crescimento da obesidade fosse verificado década após década desde os anos 50.

A demora em reconhecer a obesidade como doença se justifica por que entender como ela ocorre não é tarefa fácil. A resposta: desequilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético indicando que sempre que o consumo é maior que o gasto formam-se excedentes de gordura e conseqüentemente obesidade, é uma explicação muito simples para situações muito complexas.

O organismo humano apresenta variações metabólicas individuais, que combinadas com a idade, sexo, atividade profissional, estilo de vida e condição emocional, produzem combinações infinitas.

A definição da quantidade de gordura no corpo caracterizando o excesso representa uma dificuldade. A densitometria, que é a medida escolhida para a avaliação de gordura, mede a gordura total pela variação do peso dentro e fora da água. Porém, o que interessa para saúde física do indivíduo não é o total de gordura no seu corpo e sim o percentual dela no organismo. É a esse percentual que estão sistematicamente associadas as doenças cardiovasculares, diabetes e outras. É sabido, entretanto, para complicar um pouco a regra, que as mulheres têm maior percentual de gordura e menor risco de doenças associadas à obesidade, como por exemplo as doenças cardíacas, o que faz com que essa medida precise ser relativizada no seu uso.

A solução possível adotada, para que se possa ter uma noção comum, tanto pela facilidade da medida quanto pela sua difusão é o IMC – índice de massa corporal – obtido pelo cálculo da divisão do peso do indivíduo pela sua altura elevada ao quadrado.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1995, definiu como sobrepeso os resultados acima de 25kg/m. Aqueles que obtêm quocientes que variam até 35kg/m têm, o que se considera, obesidade leve; de 35 a 40kg/m obesidade moderada e acima de 40kg/m obesidade mórbida.

Os dois vetores importantes articulados na constituição da obesidade e no seu tratamento: a presença de atividade física e a quantidade de comida ingerida, quando são estudados nos grupos de obesos trazem à tona um comportamento diferenciado nos obesos quando comparados a um grupo de pessoas de peso saudável.

Alguns estudos mostram que os obesos tendem a subestimar a ingestão de alimentos de um modo muito mais acentuado, assim como tendem a superestimar a exigência de sua atividade física.

Lichtman (1992), verificando uma amostra de pacientes obesos resistentes ao emagrecimento num regime VLCD (*very low calorie diet* = 1200 Kcal/dia), observou que estes subestimavam a quantidade de comida, controlada durante duas semanas, em 47% e superestimavam o nível da atividade física em 51%.

Grilo (1992) acredita que esse tipo de achado explica, em parte, a dificuldade de se obter bons resultados de emagrecimento para um certo grupo de pacientes que ele denomina "veteranos do regime". Sua impressão clínica é que embora essas pessoas pareçam bem informadas sobre a qualidade da dieta a que se submetem, elas estão substancialmente erradas na estimativa da porção de comida que se servem, assim como avaliam mal o volume calórico ingerido.

Nos pacientes obesos de longa data, a distorção da percepção é uma característica marcante que aparece com clareza na avaliação de imagem corporal.

Apesar das evidentes implicações psicológicas na obesidade não se pode descartar a importância da influência genética. Contudo, assim como em outras

doenças crônicas, a carga genética modula a suscetibilidade, mas não é condição inevitável para a ocorrência da doença.

Vários genes já foram associados à obesidade e muitos outros, ainda a serem descobertos, também serão. Há inclusive uma teoria bem conhecida que é a do "genótipo poupador" (*thrifty genotype*), que avalia que determinadas populações, outrora subjugadas a períodos de escassez de alimentos, teriam desenvolvido genes que condicionam menor gasto energético, numa tentativa biológica de preservar e adaptar aqueles indivíduos frente à situação adversa.

Atualmente, os mesmos genes que um dia trouxeram benefícios a seus portadores, trazem risco de vida, por conferirem acúmulo de tecido adiposo no organismo, com a sobrecarga e o mal potencial implicados nesta condição.

Certamente, deve-se ter em mente que qualquer tipo de teoria genética, precisa considerar o ambiente em que esses genes se expressarão, pois este é um dado fundamental que marca o resultado e a diferença da expressão obtida.

Em torno da qualidade de comida que determina a obesidade também há discussões. Alguns acham que as altas concentrações de gordura na dieta ou o excesso de carboidratos simples levariam à obesidade. Outros dizem que o que conta para a indução da obesidade é o número de calorias ingeridas pela pessoa.

Sichieri (1998) avalia que transportar esses dados de pesquisa para o nível populacional e tentar entender, de acordo com esses padrões de qualidade e quantidade de alimentação, como uma população se torna obesa, é ainda uma tarefa impossível. O Brasil é um exemplo de população-mosaico, onde convivem altas prevalências de anemia e hipovitaminose sub-clínica, com altas prevalências de obesidade.

O Rio de Janeiro se caracteriza por extremas contradições sociais e pode representar as cidades brasileiras que convivem com ampla desigualdade e exclusão social.

Numa das pesquisas que a autora conduziu sobre a obesidade, no Município do Rio, ela avaliou uma população de 4560 pessoas entre adolescentes, adultos e idosos, de diferentes classes sociais. Sua conclusão foi que, nessa amostra, a ingestão de alimentos, chamada "consumo de energia", está acima do

nível estabelecido para a população feminina.

As mulheres consomem em média 2500 Kcal/dia quando o trabalho é sedentário.

Os homens consomem em média 3000 Kcal/dia quando o trabalho é sedentário e entre 2500 e 3000 Kcal/dia quando o trabalho é moderado.

Esse é o nível mínimo necessário para o tratamento da obesidade.

(Brasil, 1989) para a população feminina.

2500 Kcal/dia e 2800 Kcal/dia, para homens e mulheres, respectivamente, e 1900 a 2200 Kcal/dia para crianças.

Para o trabalho sedentário, a energia mencionada, embora com o mesmo nível médio masculino varia de 2300 a 2900 Kcal/dia para homens e de 1900 a 2500 Kcal/dia para mulheres.

Para o trabalho moderado, a energia necessária para a prevenção e o tratamento da obesidade é de 2300 a 2900 Kcal/dia para homens e de 1900 a 2500 Kcal/dia para mulheres.

Dr. Carlos J. S.

III - REVISÃO DA LITERATURA PSICANALÍTICA

OS ESTUDOS PIONEIROS E OS CONTEMPORÂNEOS

O aumento progressivo da obesidade, assim como dos transtornos alimentares, anorexia e bulimia, acontece próximo a segunda metade do século XX, época em que Hilde Bruch, reconhecida autoridade no assunto, começa a desenvolver sua pesquisa nesta área.

A história do trabalho que Bruch produziu por mais de 45 anos, ilustra a necessidade de uma compreensão complexificada, imposição trazida pela própria característica da doença.

Em 1940, num artigo escrito com Grace Touraine, a pediatra-endocrinologista alemã refugiada nos Estados Unidos por causa da Guerra, relaciona a obesidade de uma criança à reação materna frente ao filho não desejado.

Impossibilitada pelo conflito de dar afeto ao filho, a mãe descrita no artigo, substituía o carinho pela comida, superprotegendo a criança, mantendo-a imobilizada bem próxima de si, atitude justificada pelo medo de que o filho se machucasse brincando com outras crianças.

O artigo demonstrava que as dificuldades emocionais de uma mãe em relação ao seu filho determinavam a superalimentação e a inibição da sua atividade motora e provocavam, conseqüentemente, a obesidade.

O artigo "*Obesity in childhood: the family frame of obese children*", é considerado um dos primeiros nesse assunto, relacionando um distúrbio psíquico a uma doença física, incluindo a consideração do ambiente familiar em que a criança se desenvolvia.

Em 1941 animada pelo reconhecimento da importância dos fatores emocionais e intrafamiliares na etiologia e tratamento das doenças, Bruch resolve fazer residência em psiquiatria com Adolf Meyer, um dos pioneiros na

medicina psicossomática nos Estados Unidos e posteriormente formação psicanalítica - tendo se analisado com Frieda Fromm-Reichmann.

Seu trabalho realizado, na época da residência, com crianças esquizofrênicas, a levou a modificar algumas técnicas psicanalíticas para se adequar às necessidades desses pacientes e a desenvolver a perseverança no tratamento, fatores que muito lhe ajudaram pouco tempo depois no tratamento dos pacientes com distúrbios alimentares.

Por volta dos anos 70, quando a anorexia nervosa e a obesidade começaram a alcançar a proporção de epidemia, Bruch já tinha desenvolvido muito o conhecimento sobre as características de personalidade e os problemas de desenvolvimento dessas pacientes.

Bruch considerava que essas pessoas tinham vivido sob condições familiares que as levavam a uma grande dificuldade em reconhecer, de interpretar e a confundir os sinais de suas sensações e necessidades corporais.

Bruch não levou adiante essa avaliação, mas alguns estudos na área da psicossomática, mostraram que havia um tipo de paciente cujo desconhecimento das suas sensações corporais estava acompanhado também do desconhecimento de seus afetos. Para a psicossomática psicanalítica, esse tipo de funcionamento levou o nome, dado por Marty (1963) de "pensamento operatório".

Seu princípio era simples: as atividades fantasmáticas e oníricas permitem integrar as tensões pulsionais e protegem assim a saúde física de um indivíduo; o pensamento operatório que evidencia a carência funcional dessas atividades, vai naturalmente acompanhar as perturbações somáticas. O pensamento operatório pode ser considerado uma modalidade do processo secundário pela sua orientação para a realidade sensível, a preocupação de causalidade, de lógica, de continuidade. Ligado a coisas e não a conceitos abstratos, produtos da imaginação ou a expressões simbólicas, sugere precariedade da conexão com as palavras como um processo de investimento de nível arcaico.

Na mesma linha de interesse, McDougall (1982) discutindo a alexitimia, sob o ponto de vista da psicanálise, diz que o termo alexitimia cunhado por Sifneos (1974) para designar a dificuldade de uma pessoa em identificar seus afetos e exprimi-los com palavras, é uma defesa maciça contra vários perigos psicológicos como: ansiedades psicóticas (medo de fragmentação física ou mental); perda do sentimento de identidade; profunda perturbação da auto-imagem narcísica; e formação patológica da estrutura do superego. McDougall desenvolve um pouco mais a idéia de Sifneos e sobre ela acrescenta que: "*The psychic image of the body itself is made by words and enslaved by words*" (1982:89).

Acredita-se que um problema dessa ordem do desconhecimento da sensações corporais e afetivas, acontece com aqueles que fazem da comida uma resposta para resolver todas as dificuldades. Há uma confusão entre a necessidade física e o desconforto afetivo, que leva algumas pessoas tentarem pelo meio material e operatório da alimentação o alívio para suas tensões internas.

Kreisler (1990) diz que o "núcleo psicossomático originário da obesidade" designa características físico e psicopatológicas inscritas precocemente no psiquismo, sob a influência de desvios interativos específicos em torno da sobrecarga alimentar, cujas conseqüências são a polifagia e a bulimia. A resposta através da comida a todos os desconfortos ou a busca afetiva do bebê, induzirá a criança a responder de forma inadequada diante de um mal-estar ou de um conflito pela via da alimentação no lugar de saber negociar essas necessidades pela via da elaboração mental.

Os sentimentos de inadequação, de baixa auto-estima profundos desses pacientes, eram e parecem continuar sendo, a dificuldade maior para se transpor, considerando que esse tratamento exige persistência para percorrer o longo caminho de aprendizagem e desenvolvimento do autoconhecimento.

BREVE REVISÃO

Na constituição dos transtornos alimentares, encontra-se freqüentemente uma deficiência funcional, não-orgânica portanto, que toca os mecanismos de percepção e reconhecimento da necessidade de comer. Isto quer dizer que a função alimentar não é totalmente inata, e que de acordo com a influência ambiental ela pode se tornar mal adaptada, desviada de sua finalidade principal.

Há algum tempo, psiquiatras, psicólogos e psicanalistas reconhecem a existência de tais dificuldades nos numerosos casos de obesidade acompanhados de importantes perturbações da personalidade.

Inicialmente o esforço desses especialistas, principalmente dos psicanalistas, se concentrava em revelar a significação simbólica subjacente à regulação distorcida da ingestão de alimentos. Por isso, a obesidade hiperfágica recebeu inúmeras interpretações tendo sido vista como uma compensação, no plano simbólico, de um desejo inconsciente insatisfeito, ou como um meio de exprimir a agressividade recalcada.

Também foi entendida como substituta de relações sexuais não-vivenciadas ou uma defesa contra a sedução, indicando a rejeição da sexualidade.

Algumas outras perspectivas mostravam que a hiperfagia e a perda progressiva do contorno do corpo, traduzia o desejo de uma mulher se tornar homem, indício de uma confusão de gênero e às vezes manifestava também a inveja do pênis.

Outros trabalhos relacionavam a obesidade e a gravidez, entendendo que tornar-se obesa assinalava o desejo inconsciente de ter um bebê ou, ao contrário, por formação reativa, indicavam o medo da gravidez.

Corpulência e superalimentação, já foram apontadas como sinal de um sentimento ilusório de poder, indicador de megalomania, e em outros casos, defesa contra as responsabilidades da idade adulta.

Quando a alimentação torna-se uma preocupação obsessiva para um adolescente, por exemplo, ela pode ser um sintoma de agressividade em relação aos pais e também sinal de apego e dependência infantis.

Há interpretações que falam sobre os casos de obesidade como decorrentes de relações simbióticas, de regressão ao estágio oral pré-ambivalente, modo de incorporação da mãe para se sentir com ela unificada, objeto transicional destinado a impedir a angústia de separação, disfunção narcísica, etc.

Sua causa está relacionada a um vínculo ora com uma mãe que oferece amor demais, ora com uma mãe que não oferece à criança amor suficiente. Mães controladoras, frias, rejeitadoras, deprimidas, invasoras, insensíveis, ansiosas e apavoradas, são os tipos mais recorrentes.

Mães motivadas algumas vezes pela culpa, tentam compensar no excessivo cuidado com alimentação o fato de não desejarem aquela criança, como apontou Hilde Bruch.

Outras vezes, pela ansiedade em não permitir qualquer vivência de desconforto de seu bebê, as mães respondem com o seio e mamadeira a menor reação dele, formulando desse modo, com o seu comportamento, as condições para criar uma pessoa desadaptada, provavelmente um futuro obeso.

Embora menos estudado, o pai também tem sua contribuição na definição de um obeso. Seu papel, segundo algumas observações realizadas, é de um indivíduo freqüentemente fraco, omissos (Bernfeld e Plazanet, 1977). É um homem freqüentemente descrito como passivo, imaturo, com grande dificuldade de sustentar a família, ou ele é, de modo contrário, exigente, perfeccionista e crítico de forma extremada.

A obesidade está freqüentemente associada à hiperfagia, que por sua vez costuma ser vinculada com condições emocionais específicas. Pesquisas com pacientes acima do peso mostram quatro tipos diferentes de vivências emocionais que desencadeiam a hiperfagia.

Um grupo se superalimenta por reação às tensões emocionais de caráter difuso como solidão, angústia ou tédio. Outro reage com superalimentação nos momentos de tensão crônica e frustração, servindo a comida de substituto de prazer às situações desagradáveis e intoleráveis de suas vidas. Num terceiro grupo, a hiperfagia é o sintoma de um desajuste emocional subjacente, freqüentemente a depressão. No quarto grupo, a alimentação é um hábito prazeroso, caracterizado por um apetite devorador, intenso e compulsivo, mas que aparentemente não está ligado a situações exteriores ou problemas emocionais

UMA NOVA PERSPECTIVA DA OBESIDADE

Os problemas psíquicos dos obesos, longe de serem uniformes, podem ser associados a qualquer tipo de problema psíquico concebido. Histeria, neurose, obsessivo-compulsivo, problemas de caráter, psicopatia, esquizofrenia e depressão são os problemas psíquicos descritos e expressos por quem estuda a obesidade.

Esta multiplicidade de avaliações não deve ser entendida como uma trama de labirintos do qual é difícil sair. Muitos desses estudos citados, acompanharam o progresso de conhecimento até que se pudesse chegar hoje numa concepção da obesidade como fenômeno psicossomático.

Rosine Debray (1995) esclarece as dúvidas que se levantam sobre a grande variedade de tipos psicológicos encontrada entre os pacientes psicossomáticos e apresenta a avaliação da Escola de Paris sobre o problema.

A propósito de uma pesquisa com pacientes diabéticos, encontrou na população avaliada, impressionante diversidade nos tipos de organização de personalidade dessa particular economia psicossomática que a diabetes vem representar.

No todo, o conjunto de sujeitos participantes de sua pesquisa variavam ao longo de um contínuo que ia das fronteiras da neurose às das psicoses. Apesar dessas variações tinham em comum o fato de apresentarem uma estrutura mental peculiar, que Debray descreve assim:

"Se descrevemos a variedade dos tipos de organização mental apresentados por nossos vinte e um sujeitos, variedade atestada pelas particularidades de sua economia psicossomática, devemos salientar que em nenhum deles, aparentemente, trata-se de uma organização francamente neurótica, redutível a um quadro nosológico definido: neurose obsessiva, neurose histérica, histeria de angústia. A sintomatologia mental positiva com coloração obsessiva, histérica ou fóbica, como é identificável em bom número de nossos casos, não parece se apresentar como suficientemente sólida e organizada para permitir a constituição de uma neurose mental franca. Juntam-se a tudo isso, em proporções variadas, de acordo com os sujeitos e as situações de momento, defesas no âmbito do caráter, ou mesmo da conduta. Não se encontra mais, contudo, uma organização que possa ser referida à estruturação psicótica da personalidade: se existem elementos psicóticos, eles se mostram, via de regra, frágeis e esparsos, não conseguindo construir um tipo de arranjo preciso, que entre no quadro nosológico clássico da paranóia, da esquizofrenia ou da psicose maníaco-depressiva" (p.31).

Essa avaliação corresponde ao que se verifica na clínica de um bom número de psicanalistas, que vêm reduzir o lugar reservado às neuroses clássicas em detrimento de estados mistos, com sintomatologia polimorfa, onde as defesas de tipo caracterológico se tornam cada vez mais preponderante.

O paciente psicossomático para ser avaliado exige uma nova categorização nosológica, que é o que Marty e seus colaboradores vão

propor a partir dos conceitos de pensamento operatório, depressão essencial e desorganização progressiva.

Para a apreciação da doença somática deve-se acrescentar a avaliação de sua qualidade mental, uma apreciação geral do sujeito doente, levando em conta os três pontos de vista: tópico, dinâmico e econômico da teoria freudiana.

O ponto de vista tópico buscará circundar o lugar reservado à doença, no jogo das instâncias psíquicas do sujeito doente. O dinâmico procurará apreciar a qualidade das forças presentes: forças de vida, como possibilidade de contra-investir o movimento de desorganização ligado à doença; e o ponto de vista econômico avaliando a qualidade do compromisso psicossomático que o sujeito pode realizar contando com os dados atuais que constituem sua vida.

“É evidente que o funcionamento mental de um sujeito, identificável em um determinado momento de sua vida, com o que isso comporta de hipóteses de funcionamento anterior e de cálculos sobre o futuro, não poderia reduzir-se a uma etiqueta diagnóstica, mesmo sendo supostamente a mais nuançada possível. Poderia-se dizer novamente, como fizemos a propósito do diagnóstico médico, que sempre conviria ajuntar-lhe o tríplice ponto de vista tópico, dinâmico e econômico, único que permite reintroduzir a espessura da psique, por meio da apreciação dos movimentos conflituais que a fundamentam” (Debray, 1995:31).

Gabrielle Rubin (1997), trabalhando com pacientes obesos, verificou que estes apresentavam estruturas de personalidades diferentes que variavam desde a neurose às organizações limites. Entretanto, eles tinham em comum um tipo de mal-estar difuso, onde a sobrecarga ponderal não constituía forçosamente o centro de suas preocupações. Sem apresentar o conjunto de sinais que caracterizam os bulímicos: ataques à geladeira,

vômitos, períodos de anorexia, mostravam apenas uma atitude incoercível de superalimentação, rebelde a todas as tentativas de regime alimentar.

Rubin descobriu nesses pacientes a existência de um "hóspede" com os quais os pacientes obesos mantêm relações pouco ou nada mentalizadas, que ela denominará "canibalismo psíquico".

Quando esses pacientes se esforçam para perder peso, se desenvolve neles angústias que em suas vidas oníricas e associações livres tomam a forma de fantasias que mostram que eles temem transformarem-se em assassinos: magros, porém homicidas. A tese principal de Rubin nesses casos, é que o "canibalismo psíquico" traz em si motivações complexas que presidem o "canibalismo verdadeiro" e notadamente a problemática do luto do objeto.

Tanto num tipo de canibalismo quanto no outro, o corpo é convocado para, no lugar do psíquico, realizar um luto impossível.

A concretude do hóspede exige alimentação efetiva no lugar de pensamentos, lembranças comentadas, preces, comemorações. A dimensão traumática desse luto é ignorada ou negligenciada por esses pacientes, e não é senão após um bom tempo de terapia que esse luto fará sentido e, inicialmente, apenas para o terapeuta.

A fantasia inconsciente é que o morto ou o desaparecido ou o desqualificado, encontrou um abrigo que o mantém vivo no corpo do sujeito. A expulsão desse abrigo é fantasiada como uma catástrofe, não somente para o hóspede e para aquele que o abriga, mas também para uma terceira pessoa, real e exterior, que geralmente faz parte dos primeiros objetos de investimento edipiano do obeso.

A dificuldade de trabalho terapêutico com esses pacientes decorre da extrema condensação do material somato-psíquico e da evidência da importância do negativo, do não-pensado, no sintoma que apresentam. Mesmo os fatos brutos não são acessíveis de início, exigindo um certo tempo para a apreensão do fator traumático desencadeador do problema.

Numa linha próxima a esta abordagem de Rubin, embora com uma construção interpretativa original, está a idéia de Joyce McDougall (1991) de "um corpo para dois".

McDougall vai desenvolver, a partir da exploração das fantasias de pacientes polissomatizantes que só muito lentamente verbalizam as fantasias depois de anos de análise, a hipótese de que esses pacientes viveram de maneira intensa a impossibilidade e até a proibição de se individualizar, de deixar o corpo-mãe, criando assim um corpo combinado no lugar do próprio corpo.

McDougall fala também da motivação oculta para que alguns filhos estejam destinados a encarnar personagens do passado dos pais, correndo o risco de serem desinvestidos se deixarem de representar esse papel narcísico. Determinadas crianças só existem se representam o papel predestinado que muitas vezes é o de alguém que morreu. Um corpo para dois, tanto pode ser usado para abrigar a mãe, cujo afastamento individualizador não pode ser vivido, ou para abrigar representantes dos interesses afetivos paternos. Em qualquer um dos casos a ausência de reconhecimento de sua própria identidade é o caminho para uma história incoerente. Essas crianças são prisioneiras dos temores e dos desejos inconscientes dos pais, e nem todos os prisioneiros desejam fugir. A criança quer acreditar que é o objeto destinado a preencher a mãe.

O desmoronamento tardio de suas ilusões precipita nela a cristalização de seu roteiro, com os objetos já prontos para serem privilegiados como causa do seu interesse. Sem saída, ela cria para si mesma uma mitologia privativa para seu uso exclusivo e cujas leis, diferentes das do mito edipiano, ela própria estabelecerá. Ao discurso insensato, uma tentativa de sentido.

OBESIDADE, IDENTIDADE E CRISE

Na idade madura a obesidade se desenvolve freqüentemente em função de uma fase de grande tensão psicológica. O aumento de peso não costuma acontecer como geralmente se supõe, de forma progressiva, lenta e insidiosa. Ele surge de forma súbita em resposta as situações angustiantes, seguido na maior parte das vezes, de muitos esforços vãos para emagrecer.

As situações de vida que provocam o aumento de peso nessa faixa de idade, atingindo preferencialmente as mulheres são, por exemplo, a independência dos filhos adolescentes, provocando nas mães sentimentos de inutilidade e solidão; o afastamento do marido mais envolvido em problemas profissionais do que familiares, fazendo com que a mulher se sinta rejeitada e preterida; a proximidade da menopausa que provoca sentimentos de envelhecimento e de perda da feminilidade.

A gravidez - antes e depois do nascimento do bebê - também é um momento em que é comum deflagrar a obesidade. É típico que o aumento de peso esteja atrelado a cada gravidez, ou se desenvolva em torno de uma gravidez específica. A psicopatologia fomentadora da obesidade nesses casos gira em torno das decepções sofridas no casamento, na quebra da idealização sobre a maternidade ou sobre como um bebê deve ser para sua mãe, ressentimentos e irritações provocadas pelas exigências que um bebê faz.

É bem conhecida a idéia de que a obesidade exprimiria o desejo de estar grávida, do mesmo modo que a anorexia revelaria o temor da gravidez. É certo que as adolescentes e mulheres obesas têm fantasias sobre a gravidez, assim como as mulheres de maneira geral também têm. A fantasia de fecundação oral parece ser uma fantasia comum para todas as crianças. A questão é saber se tal fantasia tem alguma função organizadora particular no caso da obesidade.

Bruch (1973) afirma que jamais verificou que a superalimentação de uma obesa satisfazia suas fantasias de gravidez. O desejo de transformar

seu corpo, de obter algo mágico na vida através do comer ou do recusar-se a comer, é muito comum tanto em homens quanto em mulheres, mas não o desejo especial da gravidez através da absorção de alimentos.

Entretanto, a avaliação que o obeso faz da transformação de seu corpo e a relação com essa imagem é de boa utilidade clínica e permite inferir algumas particularidades que dizem respeito a esse grupo de pessoas.

IMAGEM DO CORPO

Schilder (1994) introduziu a noção psicanalítica da imagem do corpo e explorou esse fenômeno em relação ao comportamento normal e anormal.

Para ele, a imagem do corpo é, simplesmente, a imagem que formamos em nossa mente do nosso próprio corpo, ou seja, é o modo como o corpo se apresenta para nós.

Todavia, a construção dessa imagem é complexa porque dependemos da visão de partes da superfície do corpo, das impressões táteis, térmicas e da dor. Sensações musculares e viscerais também se incluem nesse processo, até que se possa viver a experiência da unidade do corpo, podendo levar em conta a posição do corpo e seu modelo postural.

Essas percepções são formadas tendo como base a motilidade e os impulsos do corpo. Responde-se às percepções com ações ou com tendência para as ações. A motilidade tem um papel essencial na percepção do mundo, porque dela depende a definição das fronteiras do eu e porque dela depende a diferenciação entre o ego e o ambiente.

A inatividade tão característica das pessoas obesas, as suas deficiências no âmbito da motilidade, podem servir de indicador do conceito perturbado que elas têm de seu corpo.

É sabido que as crianças obesas, com o tipo de obesidade de desenvolvimento, se caracterizam por uma inatividade marcante, que são claramente superalimentadas, são muito imaturas e dependentes de suas

mães. A atividade reduzida conduz à uma baixa dispensa de energia e contribui para o desenvolvimento e manutenção da obesidade. Se examinado o problema bem de perto, vai-se verificar que as causas dessa inatividade estão, muitas vezes, ligadas a um forte sentimento de insegurança, medo dos contatos sociais e graves distúrbios no comportamento dos pais.

No desenvolvimento de uma criança, a percepção de si mesma vai se modificando e se estendendo progressivamente. A atitude que os outros têm sobre seu corpo e partes dele ajuda a construir a percepção que a criança faz de si. Como disse Schilder: "*as crianças descobrem seus corpos através das palavras e observações dos outros*" (p.196).

A criança pode, dependendo da avaliação, desenvolver um conceito de corpo agradável e satisfatório, como pode ver seu corpo como uma coisa desagradável, suja, vergonhosa e repugnante.

Em condições ideais não deve haver qualquer contradição entre estrutura do corpo, imagem do corpo e aceitação social.

As pessoas obesas vivem sob a pressão de uma avaliação social desaprovadora, o que conduz a uma fissura entre a estrutura do corpo e a imagem desejada e aceita pela sociedade. Vivida como ofensa permanente à personalidade física do indivíduo, essa fissura pode ser fator desencadeador de psicoses, por causa dessas contradições.

Bruch desenvolveu uma conceituação de imagem do corpo um pouco diferente da de Schilder, no que diz respeito a fatores que, no entender da autora, devem estar incluídos no autoconceito de corpo e identidade corporal. A interpretação correta ou incorreta dos estímulos enteroceptivos, o sentido de domínio e propriedade do corpo são dados necessários para se avaliar como a pessoa percebe a si mesma.

O estudo com pacientes anoréxicos e obesos mostra de maneira notável a que ponto as atitudes sociais em relação ao corpo, o conceito de beleza da nossa sociedade e a preocupação com a aparência física, tem influência sobre a pessoa.

A obsessão pela magreza, a condenação daqueles que têm peso em excesso, percebidos como indesejáveis e feios, pode ser considerada como distorção do conceito social de corpo. Mas o fato é, que essa é a noção que domina o dia a dia da nossa sociedade.

Uma paciente, superobesa, me conta numa consulta, "*o verdadeiro sentimento de uma pessoa gorda como eu*".

Na rua, ela me diz, as pessoas riem ou chamam a atenção dos acompanhantes para olharem para ela.

"*Ouvir crítica, já cansei. Me xingam de: Ai Meu Deus que horror! Olha a baleia! Isso dói, sabe?*"

Uma pessoa jovem, cuja estrutura do corpo não obedece a imagem aceita pela sociedade em razão da sua constituição física, se encontra diante de uma pressão enorme e a críticas constantes. Para compreender os problemas da imagem do corpo de um paciente com essa corpulência desviante, é necessário levar em conta a interação constante das forças biológicas, psíquicas e sociais.

A corpulência desviante é o resultado, entre outros fatores, da ausência de reconhecimento da sensação de fome e de outras sensações corporais. No plano terapêutico é importante ajudar a pessoa obesa a discutir os conceitos e sentimentos que ela experimenta em relação a seu corpo e mostrar-lhe como esses sentimentos estão ligados a outros aspectos da consciência de si mesmo. A deformação de seu conceito de corpo também se traduz na deformação da percepção que ela tem de suas experiências e interações com aqueles que são importantes na sua vida.

Obsecados pelo desejo de comer ou ao contrário, de não comer, esses pacientes utilizam a função alimentar como se ela fosse capaz de resolver seus problemas emocionais, e o que aparece como comportamento comum, é a impossibilidade de reconhecer a necessidade de comer e a diferenciar de outras carências fisiológicas e demandas afetivas.

Sobre essa falha talvez repouse a explicação para a tão conhecida falta de força de vontade, que o desprezo popular atribui ao obeso. Diante da

dificuldade em discriminar suas sensações físicas, como exercer controle sobre um impulso que ele mesmo não reconhece e confunde com outras necessidades?

O mais conhecido distúrbio de consciência do corpo é a negação anoréxica da própria magreza, onde as pacientes nunca se vêem como exageradamente magras e sim normais. A negação total de sua aparência famélica é patognomônico da verdadeira anorexia mental.

Diferentemente, os indivíduos gordos variam muito na maneira como percebem seu corpo. As pessoas que se tornam obesas na idade adulta têm uma percepção mais realista do próprio corpo se comparadas com aquelas que são gordas desde a infância.

A falha de percepção da obesidade na infância é extensiva à mãe da criança. Essa é uma afirmação de Hilde Bruch que pude confirmar entre os meus pacientes.

Indicada pela orientação pedagógica do colégio onde estuda a procurar um psicólogo, a mãe de uma menina de 10 anos, comparece sozinha à primeira entrevista se queixando da dificuldade que sua filha enfrenta na escola. Uma menina meiga e doce que não sabe reagir ao deboche maldoso dos colegas. O maior problema é na aula de educação física, onde até mesmo a professora discrimina sua filha, dizendo que ela não consegue correr muito tempo e que por isso fica fora dos jogos rapidamente, não participando das atividades até o fim.

Perguntei se a menina estava acima do peso para sua altura e idade, e a mãe me respondeu que não. Disse que a filha era alta, bem desenvolvida, talvez mais alta que as colegas da turma, mas era proporcional e bem construída fisicamente.

Marcamos a próxima entrevista, desta vez com a participação da menina. Nela pude verificar que a menina era evidentemente obesa, fato aliás também não reconhecido pela pequena paciente que se auto-referia como "grande".

Outra distorção na percepção corporal diz respeito àqueles que foram grandes obesos durante um longo período de tempo. Eles não conseguem

se perceber mais magros mesmo perdendo peso em proporções consideráveis. Tal fenômeno foi estudado no Instituto Rockefeller (1973) entre um grupo de pacientes superobesos que fizeram tratamento para emagrecer.

Esses pacientes se inquietavam com a mudança produzida no seu corpo e descreviam sensações onde experimentavam aumento de permeabilidade dos limites do ego, transportando consigo a imagem de uma corpulência passada. Assim, ficavam surpresos, por exemplo, ao verificarem que alguém se sentava, com naturalidade, ao seu lado no ônibus, ao invés de evitar sentar no que sobrava do reduzido assento, fato que antes acontecia sempre.

Por trás do que costumam dizer os obesos ao ver comida em abundância: "*só de olhar já engordei três quilos*", pode haver uma ponta de verdade. Sabe-se que um problema metabólico pode predispor à obesidade, mas o que geralmente está implícito nesta afirmação é a incapacidade do obeso de julgar corretamente a quantidade de comida que ele absorve. Para um grande obeso, qualquer que seja a quantidade, há sempre lugar para comer mais.

Alguns dissociam completamente sua obesidade daquilo que comem. Agem e falam como se eles e seus corpos fossem entidades separadas e como se a comida que eles comem escondidos não fossem lhes deixar gordos. Aliás, um padrão comum de comportamento entre essas pessoas, é comer moderadamente socialmente e vorazmente sozinhos.

Há outras funções físicas tratadas de modo especial pelos obesos. A avaliação e acompanhamento de crianças gordas mostra que a acumulação de gordura, o aumento do tamanho do corpo, não é apenas consequência passiva, resultante de uma ingestão calórica excessiva sem a participação da criança. Tal resultado espelha, algumas vezes, aquilo que a criança deseja ser. Seu peso elevado lhe proporciona sentimentos de força e segurança. As espessas camadas de gordura formam um muro protetor atrás do qual a criança se preserva das ameaças do mundo exterior.

Esses pequenos não costumam ser abertamente agressivos. O fato de comer bastante parece satisfazer seus impulsos agressivos e sua corpulência é uma forma de auto-afirmação. Alguns demonstram o medo de se tornarem pequenos e fracos com o emagrecimento e, embora não se sintam felizes por serem gordos demais, eles encontram nessa condição segurança.

A menina de 10 anos cujos colegas rejeitavam por ser desajeitada, lenta e pesada, tinha o sonho de liderar toda a turma de meninas numa dança de apresentação de uma comemoração do colégio. Ela encarava o fato de ser grande seu maior trunfo para merecer a escolha.

O temor dos jovens obesos em tornarem-se magros é compartilhado com suas mães, que de forma dissimulada lhes dão de comer, quando por causa do regime imposto pelo médico começam a emagrecer.

As mulheres obesas que guardam sua beleza raramente explicitarão o medo que têm de emagrecer. Entretanto, queixa de fraqueza, tensão insuportável ou depressão durante o regime, é sua maneira indireta de demonstrar a resistência ao emagrecimento, como no caso da minha paciente que comeu três latas de leite condensado.

CORPO E AFETO

Para falar da composição corpo e afeto em psicanálise deve-se estabelecer primeiro, como sugere Birman (1999), distinção entre os conceitos de corpo e organismo, pois a superposição desses conceitos provoca mal-entendidos e confusões. Como demarcação de territórios epistemológicos, o corpo-organismo foi dominado pela medicina e o psiquismo descarnado ocupado pela psicanálise.

O organismo é de ordem biológica, sem dúvida, e o corpo é de ordem sexual e pulsional.

A inovação freudiana foi pensar novas relações entre organismo e psiquismo mediadas pela problemática do corpo. Nessa condição o corpo é tecido de forma a se constituir como função aberta para o orgânico e para a alteridade.

O corpo da histeria é um corpo libidinal, representado, imaginado, registro da pulsão, que é a fronteira entre o somático e o psíquico.

A fonte da pulsão pode ser biológica, mas a pulsão, enquanto tal, não é. Daí a razão pela qual a psicanálise vai se interessar não pelo estudo da fonte da pulsão, mas sim pelo seu destino.

A teoria freudiana enumera quatro destinos da força pulsional no psiquismo: passagem da atividade para a passividade, retorno sobre a própria pessoa, o recalque e a sublimação. Destinos que se repetiriam num processo sempre recomeçado, pressupondo um alvo para que se complete o circuito pulsional.

Tal circuito se processaria com a força pulsional buscando uma descarga. Na medida que há um Outro que acolhe esse movimento, nomeia-o e oferece-se como um continente possível, a força pulsional assim ligada volta para o organismo. O retorno estabeleceria uma marca originária, um traço, ao mesmo tempo corporal e psíquico.

O recalque originário transformaria o amontoado de traços num conjunto-sistema, psíquico e corporal, de equivalências simbólicas. Num processo posterior, com a sublimação, a força pulsional poderia buscar novas ligações e novos objetos de investimento.

As pulsões se exprimem nos registros dos afetos e das representações, sendo o afeto a expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e suas variações. Em sua expressão qualitativa o afeto é experimentado como sentimento presente na consciência e seu registro é tópico. Como quantidade seu registro é econômico e essas versões, tópica e econômica, são complementares.

A experiência originária é puro afeto, pois não há sentido ainda constituído, mas ela coloca o psiquismo em movimento. O trabalho de

domínio e simbolização do afeto torna possível a constituição do corpo e do sujeito. Aquele que não se faz corpo-sujeito ficaria colado no que Birman (1999) chamou de “trauma da afetação” e seria precipitado impiedosamente no masoquismo mortífero.

A vida se tornaria impossível de ser regulada. A viabilidade do organismo depende do Outro, na e para a organização do psiquismo.

“Se o organismo não passar pela mediação do Outro ele estará condenado ao trauma mortífero e a uma hemorragia contínua das forças pulsionais, que toma a via fatal da descarga contínua” (p.37).

Os impasses colocados pelas psicoses, pelas perversões, pelos estados-limites e pela psicossomática obrigaram a psicanálise a rever a questão do corpo e do afeto e a situar-se de uma nova maneira.

No início da obra freudiana, a clínica se concentrava na avaliação do psiquismo dos neuróticos. Nele, as forças pulsionais estão ligadas a um campo de representações e a objetos de satisfação. A diferença sexual se não está bem definida, está pelo menos sinalizada. O Édipo está estruturado e presente. A psicanálise como prática do deciframento da neurose estava assim bem fundamentada.

Entretanto, outros fenômenos psíquicos como a psicose e a perversão se colocavam para o entendimento. A feminilidade e as perturbações do corpo também formavam uma realidade clínica que para se tornarem inteligíveis precisaram da suposição de outros circuitos pulsionais, da suposição de experiências traumáticas severas em momentos muito primitivos da vida do indivíduo e na suposição de organizações narcísicas frágeis.

No que diz respeito à feminilidade, um exemplo oportuno é a preocupação com a aparência do corpo nas mulheres, que a compreensão psicanalítica precisou encontrar para abordagens diferentes a fim de tratar do assunto. Para este, Freud e Melanie Klein propõem duas causalidades psíquicas diversas.

Para Freud, a busca da beleza vem como reparação ao “defeito” ou “falha” genital na mulher. Baseado na polêmica concepção de que uma mulher não é mais que um homem a quem falta algo e que o desenvolvimento das meninas é marcado pela penosa desfeita que experimenta quando percebe que não tem pênis, o corpo para a mulher torna-se o substituto do falo, na tentativa de compensar a ausência deste.

Klein por sua vez, interessada em apresentar uma descrição psicanalítica do desenvolvimento da feminilidade, concentrou-se na percepção que a menina tem de seu espaço corporal interno e do potencial criador de vida de seu corpo. Essa noção de seu espaço corporal é acompanhada de diversas ansiedades, à medida que passa através das muitas contorções e voltas do desenvolvimento pulsional, especialmente nas fases pré-genitais.

A preocupação da menina com o interior do corpo da mãe, os ataques dirigidos a ele criam um relacionamento intensamente problemático, que resulta em uma necessidade semelhante a do menino no conflito aterrorizante da ansiedade de castração. Esse processo, que no menino leva ao amadurecimento e também à amnésia infantil tem seu equivalente na garotinha.

Para a menina, o conflito com a mãe a conduz a uma longa elaboração de seus sentimentos hostis para com ela e também à amnésia desse período mais sofrido. Aí estão as sementes para as ansiedades das mulheres adultas a respeito de sua beleza e atração física, ou a falta delas, e das devastações do processo de envelhecimento.

A procura pela beleza nas mulheres, segundo a ótica kleiniana, diz respeito à reparação e superação de ansiedades dessa fase de ataques ao corpo materno e o temor de retaliação.

O OBESO E A SEXUALIDADE

É comum supor que os pacientes muito obesos apresentam dificuldades na esfera sexual. A obesidade é vista, geralmente, como impedimento para conquistas amorosas e entrave na satisfação com o próprio corpo, produzindo inibições na exposição de sua nudez.

A avaliação dos problemas sexuais que possam porventura aparecer como queixa do paciente obeso, merecem cuidados especiais, evitando-se generalizações precipitadas, uma vez que muito desse campo resta obscuro.

Entre as mulheres adultas, as grandes obesas, observadas para este trabalho de pesquisa, o problema em relação à sexualidade se apresentou de forma atenuada ou pelo menos não revelada conscientemente. Com exceção de uma paciente, todas tinham vida sexual ativa. Todas sem exceção tinham filhos, algumas delas viviam relacionamentos extra-conjugais. Nenhuma apresentou, durante as entrevistas, queixa de distúrbio nessa área.

Houve quem relatasse falta de interesse sexual pelo parceiro com quem vivia, atribuída a decepções e desilusões conjugais. Porém, nessas mesmas mulheres, o entusiasmo sexual nas relações extra-conjugais levava a pensar que a dificuldade sexual com o companheiro era resultado das diferenças interpessoais.

A sexualidade dessas pacientes é, sem dúvida, um tema que precisa ser estudado, pois suscita mais interrogações do que certezas. Herscovici (1997) diz que é comum observar que quando as pacientes com bulimia nervosa controlam sua conduta alimentar, descontrolam-se sexualmente. De outro modo, é comum que obesos com transtorno do comer compulsivo percam o interesse pela atividade sexual, quando aumentam de peso.

Pacientes recuperadas de anorexia nervosa têm melhor desenvolvimento psicosssexual do que aquelas que têm a doença crônica.

Há, no entanto, enorme incidência estatística de ocorrência dos transtornos alimentares na população feminina, fato que leva a seguinte

pergunta: o que liga no inconsciente a bulimia, a anorexia e outros transtornos alimentares e a sexualidade feminina?

Como todas as condutas sintomáticas, as patologias em questão têm dupla face: sofrimento e gozo, afirmando o papel da sexualidade nestas condutas.

Lembra Jacques André (1995) que na bulimia pode-se falar de "orgasmo alimentar" e na anorexia em "orgasmo da fome". Para ele, bulimia e anorexia são momentos da sexualidade feminina, em que o registro oral dominante convida a interrogar as disfunções próprias a essa organização libidinal.

As respostas são freqüentemente procuradas nas perturbações das relações precoces mãe-bebê. As representações inconscientes maternas que dizem respeito a filiação da feminilidade – ligadas à sua filha e à sua própria mãe – têm um papel decisivo. As angústias de separação, de abandono são centrais e na fase comum da anorexia do bebê, esta pode ser considerada como um modo de contê-las.

A anorexia observada no segundo e terceiro semestre de vida coincide com a separação mãe-seio. Esse "desmame" faz com que a criança busque o pai como novo objeto relacional, inaugurando o que Klein denominou a entrada da criança na fase da feminilidade. A ambivalência da incorporação oral do objeto: incorporar, amar-fazer-seu e também devorar-destruir, estão ativadas pelo momento vivido e dela decorrem algumas conseqüências, como assinala André:

"D'une manière général, c'est l'ensemble des mécanismes d'intériorisation, de mise au dedans, qui semblent tenus en échec par leur trop grande proximité avec des actes, des représentations d'intrusion-effraction du psychosoma" (p.153).

Duas vias de interpretação se apresentam para a compreensão de tal fracasso. Uma coloca o acento nas dificuldades ligadas à identidade sexual e a recusa da feminilidade.

A coincidência entre a irrupção da puberdade e o desencadeamento da anorexia ou da bulimia sugerem isto. A puberdade para uma menina é o corpo que se abre e sangra convocando de maneira viva as defesas narcísicas contra uma ferida assim vivida.

A outra via de interpretação, prevalente, aponta para os conflitos arcaicos, sobre a problemática narcísica em relação a qual o vínculo entre a patologia e a feminilidade não seria senão secundária.

Nas duas vias de interpretação, a afirmação da feminilidade implicaria em um momento de fragilidade narcísica, que se for superada, pode produzir condições de força para o desenvolvimento psíquico ou, caso contrário, a temida fixação no narcisismo negativo. O primeiro caso refere-se ao narcisismo como volta da libido para o ego, num ato de amor a si mesmo, e no segundo caso à descrição de um estado interno de destrutividade do ego para consigo mesmo.

Jeammet (1978) assinala que para as pacientes bulímicas e anoréxicas, a amplidão dos movimentos regressivos, o nível das fixações infantis não permitem que a diferença dos sexos possa representar um papel organizador.

E é Joyce McDougall (1994) quem explica com clareza o que refere Jeammet.

A aquisição da identidade subjetiva, assim como a do sentimento de identidade sexual, exige, em ambos os casos, a vivência de um luto que implica o reinvestimento que se é obrigado a renunciar: no primeiro caso, o desejo primitivo de fusão com a mãe-universo, em conflito com o desejo de separação e de individuação. No segundo, o desejo de ser e ter os dois sexos em conflito com a necessidade de assumir a identidade sexuada e, mais tarde, a identidade e papel sexual.

A alteridade e a monossexualidade são as duas principais feridas narcísicas que a criança, de qualquer sexo, deve enfrentar.

A história pessoal, assim como as primeiras interações mãe-bebê, podem facilitar ou enterrar essa capacidade. A função materna de pára-excitação em toda a primeira infância, depois a transmissão pelo discurso familiar do direito à identidade de sujeito separado estruturam a capacidade de na vida adulta obter prazer, tanto libidinal quanto narcísico, na vida.

Para McDougall o que impressiona em alguns pacientes são seus padrões de ação fora da análise, os quais denominou atos-sintomas, que é a força do inconsciente parental, podendo tornar custosa, senão impossível a tarefa de acesso a essas realizações de adulto.

Os atos-sintomas visam a rápida dispersão da dor psíquica, impede o trabalho de elaboração mental necessário para a criação de um sintoma psicológico. São tentativas de autocura, soluções encontradas por uma criança para sobreviver psiquicamente a um sofrimento de outro modo inelaborável. São soluções, mas mantidas à custa do bem estar psíquico e mesmo do bem estar somático.

As soluções via ação remetem a uma falha na capacidade de elaborar mentalmente o impacto de certas vivências conflitivas. Em seu lugar encontram-se as diversas formas de atos-sintomas como a adicção, a compulsão e a perversão.

A conexão perversão e distúrbios alimentares parece merecer um estudo especial pela curiosa relação que pode haver entre eles. Dentre os numerosos pacientes obesos que Hilde Bruch acompanhou, ao longo de seu trabalho, jamais encontrou qualquer exemplo de transexualismo, desejo de mudar de sexo, nem fantasias de pertencer ao outro sexo. A porcentagem de homossexualidade nessa população é baixa, e Bruch deparou-se, ao longo dos anos de trabalho, apenas com um caso de travestismo. Por outro lado, o masoquismo parece ocupar um lugar privilegiado nessa síndrome, como mostrará este trabalho um pouco mais à frente.

Embora Bruch não tenha relatado casos de homossexualismo ou travestismo entre os obesos ela verificou que havia a particularidade de confusão de gênero, especialmente entre as crianças. Para ela, uma das prováveis explicações é que a gordura deixa as formas físicas tanto dos meninos quanto das meninas mais indefinidas, reforçando a grande dificuldade que têm essas crianças em lidar com a imagem do corpo.

Utilizando o teste de Rorschach para avaliar crianças obesas, Bruch percebeu que havia um problema relacionado à corpulência: uma confusão de gênero precisa e evidente, onde os pacientes tendiam a interpretar as silhuetas simétricas como “*um homem e uma mulher*”, ou “*uma menina e um rapaz*”, respostas que não são comuns em outro tipo de população.

Utilizando um outro meio de avaliação sobre imagem corporal, me deparei com o mesmo problema:

Uma menina de 7 anos que acompanhei durante três meses, extremamente obesa, foi encaminhada à consulta psicológica porque sua mãe estava assustada com a quantidade de comida que a menina ingeria.

Depois da escola, a menina ia para casa onde ficava boa parte da tarde sozinha, até chegar um de seus dois irmãos mais velhos vindos do colégio. Nesses momentos Camile comia tudo que estivesse disponível na cozinha. Segundo a mãe, numa ocasião a menina comeu, depois do almoço, um frango inteiro que tinha sido preparado para o jantar da família de cinco pessoas.

Camile ainda fazia xixi na cama com assiduidade, ia muito mal na escola, pois não conseguia se alfabetizar e o problema que a trouxe à terapia, não era exatamente a obesidade e sim a voracidade, que comprometia com o gasto com comida o orçamento de uma família bem pobre.

Os desenhos que Camile fazia durante as consultas tinham o tema recorrente de paisagens inóspitas, sem árvores, florezinhas e bichinhos comuns em meninas dessa idade. Eram dezenas de montanhas marrons, pequenas nuvens azuis e passáros pretos. Indagada sobre os desenhos, não explicava o que representavam esses elementos, apenas nomeava o que tinha desenhado.

Em uma ocasião, querendo verificar a noção de Camile sobre seu próprio corpo, sugeri-lhe o desenho de uma pessoa, e ela desenhou “um mascarado do

carneval que tinha tido setenta mortes". Perguntei se o mascarado era homem ou mulher e Camile não sabia dizer. Pedi então que ela desenhasse uma menina e Camile com grande dificuldade e aborrecimento, apagando o desenho a toda hora, tentou fazer, mas desistiu e o deixou incompleto.

Sua mãe depois me telefonou para me contar que Camile tinha pedido a ela para desenhar uma menina, que Camile ia entregar para mim dizendo que ela mesma tinha feito.

Utilizei os desenhos para avaliação das pacientes crianças e o teste de Rorschach para avaliação de pacientes adultas. No último grupo, nove mulheres foram testadas.

O motivo para escolher o teste de Rorschach como apoio para a pesquisa foi que eu buscava avaliar, no início do meu trabalho, se havia um tipo de personalidade para a grande obesidade. Depois, como argumento adicional no projeto de pesquisa, havia o fato do Rorschach também ter sido utilizado em pesquisas exploratórias no IPSO. Por isso pensei em replicar o método na pesquisa aqui no Brasil, projeto que não conclui.

O resultado da testagem não apontou para perfil algum, porém mostrou alguns dados interessantes.

Observei a predominância em todos os testes de respostas de animais, mesmo nas pranchas que sugerem figuras humanas.

"Macaquinhos", "ursinhos", peixes e borboletas apareciam como respostas para as pranchas III e VII.

A interpretação de Anzieu (1979) sobre essa ocorrência é que tais pessoas:

[...] "fogem das oportunidades de tomar consciência de si mesmas, preferem não conhecer sua atitude mais profunda perante o outro, sobretudo perante as figuras parentais e se sentem atemorizadas quando estes sentimentos vêm à tona" (p.90).

As respostas H, que qualificam as percepções de figuras humanas, são as mais reveladoras dos aspectos individuais da percepção de si mesmo. O número elevado de respostas de conteúdo animal (A%) sugere

dificuldade de adaptação, repressão e contração das emoções. O humor depressivo também aumenta o percentual de respostas A.

A dificuldade de identificação das minhas pacientes com a figura feminina, recorrente nos testes, não se restringia a questão do gênero. A dificuldade se situava, em todos os casos, na identificação com a figura feminina adulta (a correlação com a imaturidade é alta). O desenvolvimento da personalidade delas, nesse aspecto, apareceu impedida. A confusão no modelo feminino se expressava com as pacientes revelando fantasias de mulher-fálica, próprias nas crianças, mas não em mulheres adultas.

Os nove protocolos indicaram imaturidade afetiva. A fase genital, insuficientemente desenvolvida, revelou imperfeições das organizações edípicas, sugerindo paralisia dos aspectos psicosexuais.

Ansiedade e impulsividade também foram fatores de destaque nos protocolos dos testes. Tanto um fator quanto o outro apareceram como traços marcantes das pacientes, variando nelas suas respectivas intensidades.

Em apenas um teste ficou indicada a possibilidade de insatisfação com o próprio corpo, mas evidenciada pela dificuldade reconhecimento da própria feminilidade.

AUTOCONCEITO E OBESIDADE

Alguns problemas da imagem do corpo são vividos, no plano afetivo, de modo bem consciente pelos pacientes obesos. Nosso ambiente social dá tal valor à magreza, não surpreendendo que os grandes obesos sofram quase todos de desgosto e de raiva deles mesmos por serem gordos.

Principalmente os adolescentes e aqueles que convivem com a obesidade desde a infância falam com angústia da sua gordura e da raiva que sentem por se sentirem feios e repulsivos.

O estigma social e o sentimento de pertencer a uma minoria desprezada concorrem para que se pense que essas são as causas principais dos problemas psicológicos dos obesos e da pouca auto-estima que eles têm por si mesmos. O fato de ser gordo é percebido socialmente como a manifestação pública de transgressão. Atestado de auto-indulgência, falta de controle sobre si mesmo, ausência de força de vontade.

Mas o desprezo e a raiva de si mesmo por ser gordo não é determinado somente pelas atitudes sociais. Esses sentimentos estão intrincados, misturados às experiências psicológicas e pessoais da primeira infância.

Ao longo do contato com os pacientes torna-se claro que o desgosto por ser gordo não é apenas uma reação de superfície; a corpulência é o símbolo concreto de tudo que é detestado em si mesmo. A vergonha mais profunda é acreditar que eles são mal-feitos e feios no interior deles mesmos.

Stunkard e Mendelson (1967) realizaram um estudo sistemático das atitudes emocionais dos obesos em relação a seus corpos. No grupo de pesquisa, realizado com jovens adultos, quase a metade dos participantes tinham se tornado obesos um pouco antes, ou por ocasião da puberdade. O trabalho mostrou que esses pacientes que engordaram no início da adolescência, tinham conceitos da auto-imagem fortemente distorcidos, acompanhados de sérios problemas no âmbito dos relacionamentos interpessoais e dificuldades na afirmação da heterossexualidade.

Entre os pacientes que se tornaram obesos adultos, de modo inesperado, nenhum deles apresentava problemas graves nesse nível.

Quanto mais perturbadas forem as relações interpessoais primitivas, maiores são as conseqüências na organização da personalidade na entrada da adolescência e daí para a frente.

O ASPECTO SOCIAL DA OBESIDADE

A alta taxa de obesidade parece ser endêmica, correlativa ao processo de industrialização mundial. Ela é atribuída a um conjunto de fatores como a relativa abundância de alimentos, oferta de comida rica em gordura e açúcar e vida mais sedentária.

Quando uma sociedade enriquece, paradoxalmente, a obesidade atinge a classe social mais baixa. Na sociedade rica a magreza é símbolo de status, enquanto a obesidade é a marca dos menos afortunados. Ainda hoje, nas sociedades mais pobres, onde a fome está presente, ser gordo significa ser rico e privilegiado.

Não foi sempre assim. A civilização passou ao longo de sua história e ainda passa, em algumas regiões, por momentos dramáticos à procura de alimento.

O Antigo Testamento faz numerosas alusões à fome e à escassez de alimentos periódicos. Os documentos antigos ensinam que essas condições eram causadas por péssimas colheitas que se seguiam às enchentes, às secas ou ao frio prolongado.

Todas as religiões antigas estabelecem para seus seguidores, momentos de jejum para lembrar o temor desses dias e como meio para purificação do corpo. O catolicismo, por exemplo, exortava seus fiéis a combater através do jejum as ameaças que representavam os apetites do corpo.

As sociedades contemporâneas criaram um equivalente profano, e a ele deram o nome de regime.

Despido do vocabulário moral, as sociedades contemporâneas projetaram a idéia de bem e mal na aparência de nossos corpos. A idéia do bem, da pureza e da bondade, está contida na imagem da magreza, maneira civilizada de dominar os apetites.

A idéia do mal, representando a corrupção do apetite, preguiça, gula e cupidez, é personalizada pela obesidade. O estereótipo moral do obeso lhe imputa a indolência, o relaxamento e a voracidade.

Para combater a praga da obesidade há a indústria dietética, diversificada e espalhada por o mundo ocidental. Tratamentos emagrecedores, clínicas de emagrecimento, medicações, alimentos dietéticos, movem parte de uma economia nada desprezível.

Os regimes recomendados pela literatura popular fazem parte também da indústria da moda, e aparecem e desaparecem como estilos de vestuário.

Gordon (1990) fala de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, onde foram levantados os cinquenta programas de emagrecimento mais conhecidos no país, muitos dos quais conhecidos também aqui no Brasil. Existe neles sempre uma idéia sedutora agregada motivando as pessoas a se vincularem a esses programas. Alguns estão associados aos lugares prediletos das pessoas ricas e célebres, como a dieta de Beverly Hills, o regime metabólico do Hilton, ou a dieta de Palm Beach.

Outros ganham títulos que os relacionam ao sucesso, à competição, ao futurismo: "a dieta de um campeão", "a novidade explosiva para comer e emagrecer", ou "o regime do século XXI".

Há também aqueles que são assegurados por uma autoridade com uma proposta científica lhes dando respaldo: "a dieta do Dr. A" ou da "Dra. C".

Em todos os regimes transparece a mentalidade de que é possível perder os quilos que excedem rapidamente, replicando o método: "como perder três quilos em uma semana".

Essas publicações que atendem os anseios de uma cultura obcecada pelo problema de peso, representam uma influência negativa, porque apontam para soluções mágicas, quando se sabe que facilidade e rapidez no emagrecimento saudável e permanente é o que menos se encontra.

Preocupa especialmente o efeito dessas publicações junto aos adolescentes, altamente vulneráveis à propaganda, que impelidos pelas

exigências de aceitação em seus grupos sociais, sem informações confiáveis e sem orientação especializada, tentam por conta própria atingir os limites propostos por esta literatura.

Mais grave, entretanto, para a saúde dos jovens, é o incentivo ao uso, sem controle de laxantes e diuréticos, utilizados como coadjuvantes no tratamento de emagrecimento. É conhecida a utilização de laxantes e diuréticos como método de purga entre os anoréxicos e bulímicos, método que cria dependência, sinal de um comportamento autodestrutivo. Esses medicamentos tomados isoladamente ou associados podem levar à morte por parada cardíaca e desidratação.

A maior parte dos especialistas em obesidade reconhecem que é possível perder grande quantidade de peso com qualquer um desses regimes conhecidos, mas também sabem que esse peso perdido será recuperado assim que se parar a dieta.

O ciclo perda de peso - retomada de peso conhecido como "efeito iô-iô" não é apenas perigoso do ponto de vista médico, mas torna também qualquer tentativa posterior de regime mais difícil de produzir resultados, porque o organismo para manter um mínimo de equilíbrio funcional começa a oferecer resistência ao ciclo privação de comida - empanturramento.

O abuso dos regimes provoca nas pessoas um mecanismo de contra-regulação da ingestão alimentar. O controle normal da alimentação, geralmente efetuada a partir das sensações fisiológicas da fome, fica desregulada pelo efeito crônico do regime. Deve-se também considerar o efeito psicológico comum que atinge as pessoas continuamente submetidas ao regime quando circunstancialmente rompem com a dieta: "*já que eu saí da dieta comendo isso, eu aproveito e como logo tudo o que eu quero de uma vez*". Essa é a lógica do "tudo ou nada". O pensamento que precede o acesso de hiperfagia, dá lugar logo após ao sentimento de que não há como se ter controle sobre o impulso de comer, a menos que a pessoa imponha a si mesma restrição total. Tal forma de controlar o desejo de comer induz

comportamentos patológicos em relação à comida e faz com que se submeta o organismo a oscilações metabólicas consideráveis.

Na instalação da obesidade se reconhece duas fases. Uma ativa ou dinâmica, durante a qual o peso aumenta progressivamente e uma fase estacionária ou estável, que é o grau de corpulência alcançado.

Se o peso da pessoa é estável por um longo período de tempo, se ela está se sentindo bem consigo mesma e se seu organismo está funcionando adequadamente, existem poucos ganhos a se obter tentando convencê-la a reduzir seu peso, mesmo quando este está acima do recomendável.

Com uma motivação válida o prognóstico para o emagrecimento durável é bom. Sem motivação consistente o resultado é nulo. A estabilidade ou instabilidade do peso é um bom indicador para medir o tipo de dificuldade que se pode encontrar no tratamento de um obeso.

O tratamento dos transtornos da conduta alimentar pode parecer simples inicialmente por causa do caráter estereotipado da sua expressão, mas esconde uma grande diversidade e complexidade. Geralmente os problemas de conduta alimentar ocorrem em situações de mudança de posição existencial, incidindo predominantemente, por exemplo, na adolescência - cruzamento entre a infância e a idade adulta.

Essa posição de cruzamento revela a provável ligação entre os transtornos e os processos de mudança. Assim, a obesidade também costuma se manifestar em torno da gravidez e no início da meia idade. Mudanças físicas, sócio-culturais, de ganho ou perda de autonomia, que vão exigir um tanto de elaboração psíquica nem sempre possível, principalmente no caso dos pacientes psicossomáticos que se caracterizam pela dificuldade de reconhecer e lidar com seus afetos. A impossibilidade de uma expressão puramente psíquica e representacional dessas dificuldades encontram o escoamento da excitação pela atuação no comportamento e pela inscrição corporal.

O transtorno alimentar para os obesos é, em determinado momento de sua evolução, a expressão das dificuldades psíquicas que encontram. Assinalam o sofrimento do ego, seu transbordamento e desorganização, mas também suas tentativas de rearranjo.

A relação com a alimentação torna-se o protótipo do conjunto de uma luta ativa contra um desejo de se apropriar daquilo que lhes falta, um desejo de preencher sem restrições. Conhece-se a propensão que esse tipo de paciente tem para se conceder prazeres e satisfações às escondidas e a despeito do seu em torno. Pode-se compreender a facilidade que eles têm de roubar alimentos e de realizarem seus ataques bulímicos secretamente.

A relação não é vivida sob um modo de troca, mas sob o modo de roubo recíproco. O único meio de escapar do olhar materno é realizar seus prazeres escondido. É esse medo do objeto e da necessidade que podem ter dele o que leva o paciente obeso a preferir uma relação com as terapêuticas que dispensem uma relação de investimento para com o outro, como autoterapias, auto-ajuda, ou as terapêuticas de grupo do tipo comedores compulsivos anônimos e vigilantes do peso, que evitam a relações de inveja e os fenômenos de apetência objetal.

IV - A PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

A HISTÓRIA

A história da psicossomática como unidade integradora das doenças físicas e psíquicas remonta ao século XIX quando um psiquiatra alemão, Heinroth, utiliza esse termo para designar uma forma de insônia.

No final do mesmo século, Freud descobre o sistema de funcionamento do inconsciente e cria a psicanálise. Ao estabelecer princípios econômicos e psicodinâmicos para esse novo conhecimento, organiza a unidade psicossomática de um indivíduo.

Em seu artigo "Esboço de Psicanálise" (1937), Freud diz como funciona essa integração:

"É o estudo da evolução dos indivíduos que nos permitiu conhecer o aparelho psíquico. À mais antiga destas localidades ou áreas de ação psíquica damos o nome de Id, cujo conteúdo tudo o que o ser humano traz ao nascer, tudo que foi constitucionalmente determinado, acima de tudo, portanto, as pulsões que se originam da organização somática e que no Id encontram um primeiro modo de expressão psíquica." (p.169).

A teoria freudiana discute a sintomatologia somática através de dois modelos neuróticos: a conversão histérica e a neurose atual.

A conversão histérica onde o conflito psíquico vem a se simbolizar em sintomas corporais, os mais diversos, representam conflitos sexuais infantis. Seu caráter simbólico torna o sintoma passível de interpretação, desaparecendo o sintoma quando o conflito tem acesso à consciência.

Na neurose atual, a sintomatologia funcional encontrada está associada a uma angústia difusa. Esses sintomas não possuem sentido

simbólico nem têm relação com conflitos sexuais infantis. São reações à estase libidinal, à impossibilidade de descarga de excitações do presente que se acumulam em função do bloqueio libidinal.

O sintoma somático possui a função econômica de gestão das excitações e da angústia, e na gênese dos sintomas neuróticos atuais, assim como nos sintomas psicossomáticos, tem lugar não só a inadequação da satisfação sexual como também a repressão da agressividade.

Freud não se interessou propriamente pelo campo de psicossomática, mas provém das suas investigações o incentivo para outros psicanalistas estudarem o assunto. Criou os modelos que viriam a constituir o ponto de partida para o trabalho dos psicanalistas americanos e europeus, respectivamente, fundadores da Escola de Chicago e da Escola Psicossomática de Paris.

Em 1930, as concepções freudianas de neurose são retomadas pelos psicanalistas da Escola de Chicago, onde foram conduzidas as primeiras pesquisas sistemáticas na área da psicossomática, na qual Franz Alexander, médico, neuro-psiquiatra e psicanalista húngaro que emigra para os Estados Unidos em 1929 vem a ser a figura central.

Os esforços nessa época, são para estabelecer a correspondência entre a doença e a personalidade, entre as respostas psicológicas às emoções e as respostas concomitantes do sistema nervoso central e vegetativo.

As manifestações mais primitivas do psiquismo eram entendidas como inscritas na fisiologia das funções viscerais correspondentes às necessidades vitais. Isso levava os pesquisadores da escola a pensarem que em alguns casos o sintoma físico tinha um sentido simbólico especial e a considerarem a doença como uma neurose de órgão e que o sintoma era uma resposta dos órgãos viscerais aos estados emocionais, onde desaparecendo a emoção persistente, desapareceria também o sintoma.

Para Alexander a experiência mostrava que os sintomas orgânicos, nos quais fatores emocionais são importantes, tinham uma história similar à

formação de um sintoma neurótico. Os conflitos emocionais que o paciente não conseguia resolver influíam perturbando as funções vegetativas.

Nessa perspectiva psicogênica, a doença tornaria-se produto de um certo número de fatores, cuja reação emocional criaria angústia e agressividade e as atitudes afetivas que elas acarretam. Estas últimas, por sua vez, têm o caráter conflitivo, mantendo uma tensão crônica e tornando-se patogênicas por excesso de excitação visceral, criando um círculo vicioso psicossomático.

O desenvolvimento do estudo da psicossomática na França se deu bem mais tarde, e somente em 1947 é que um trabalho científico nessa área inaugura a Escola Psicossomática de Paris.

A TEORIA DA ESCOLA DE PARIS

Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David e Michel Fain são os autores dos trabalhos apresentados XXII Congresso de Psicanalistas de Língua Romana, onde eles vão falar dos novos conceitos que estão desenvolvendo sobre um tipo particular de pensamento, verificado em pacientes que sofrem de enxaquecas, que é o pensamento operatório e sobre a qualidade especial da vida onírica dessas pessoas consideradas como portadoras de sintomas psicossomáticos.

Em 1963, Marty, David e M'Uzan tentam sistematizar o que vinha sendo produzido pela Escola de Paris, no livro *L'investigation Psychosomatique*.

Eles apresentam sete casos clínicos diferentes, sete patologias somáticas diferentes, com a proposta de associar tão extensamente quanto possível o somático à mesma dinâmica que rege a vida mental dos neuróticos.

Os pacientes apresentados foram submetidos a entrevistas do tipo anamnese associativa, ao longo da qual os autores destacam as

manifestações inconscientes contidas naquilo que os pacientes dizem e igualmente através do que não dizem, mas sugerem por gestos e mímicas. Os terapeutas incentivam o paciente a verbalizar o que tentava expressar pelos gestos e mímicas, pois, segundo os autores, aí estaria uma atividade fantasmática subjacente, importante de ser explorada.

As entrevistas mostravam algumas condições peculiares que poderiam predispor um indivíduo a somatizar. O protótipo de tais pacientes indicava uma pessoa bem adaptada socialmente, onde tudo em sua vida parecia normal, apesar das dificuldades e dramas que revelava em sua história. Sua vida mental consciente, independentemente de seu nível intelectual, parecia isolada das fontes inconscientes, reduzida ao factual, ao momento recente, com um pensamento prático que os autores chamaram de pensamento operatório.

Esse tipo de pensamento, pobre em associações, parecia estar numa relação imediata com a sensório-motricidade e sua ausência de recuo em relação às vivências do passado se traduzia na perda de liberdade do pensamento e no enfraquecimento da vida onírica.

O pensamento operatório não é necessariamente rudimentar, diziam os autores, mas mesmo quando ele é complexo lhe falta a referência a um objeto interno vivaz.

O caráter superegóico desse pensamento parecia evidente, mas a investigação mostrava que ele não ultrapassava o nível do conformismo, onde a pessoa só era capaz de realizar identificações superficiais, com um superego esquemático, aparentemente não integrado.

O pensamento operatório é um pensamento consciente, sem ligação com movimentos fantasmáticos apreciáveis. Ele duplica e ilustra a ação, precedendo-a ou sucedendo-a num campo temporal limitado. Esvaziado de um valor libidinal apreciável, sem permitir a exteriorização da agressividade, inapto para sustentar a dramatização sado-masoquista. Sua orientação é para a realidade sensível, para as causalidades, para a lógica e para a continuidade. Ligando-se esse pensamento a coisas e não a conceitos

abstratos, a produtos da imaginação ou a expressões simbólicas, indicando a precariedade da conexão com as palavras e sugerindo assim um processo de investimento de nível arcaico.

Rosine Debray (1998), colaboradora de muitos anos de Marty, comenta que ele se interessou em investigar os pacientes a partir da primeira tópica porque as falhas constatadas no nível da segunda tópica, notadamente no nível superegóico, assim como no funcionamento do ego, limitavam muito o trabalho interpretativo. O fato o induziu a verificar a qualidade do funcionamento da primeira tópica, especialmente do sistema pré-consciente.

O trabalho de Marty e seus colaboradores foi de procurar as distinções específicas que separam o funcionamento mental dos pacientes com sintomas neuróticos daqueles que somatizam. O que, segundo Déjours (1991), faz com que se sinta falta de uma metapsicologia para as psicoses, para que se possa comparar também o sintoma psicossomático com o sintoma psicótico. Seu comentário se prende à dificuldade que ele vê em encontrar sentido para o sintoma somático.

A conhecida formulação de M'Uzan de que "*o sintoma somático não tem sentido, é burro*" persiste na falta de sentido do ponto de vista dinâmico, do conflito, cedendo lugar para o ponto de vista econômico. Há falta de sentido no sintoma somático, porque ele significa o fracasso do trabalho elaborativo do ego num sujeito que nega sua própria originalidade.

Embora não exista significação identificável no sintoma, pode-se reconhecer no paciente os deslocamentos de equilíbrio e as reformulações econômicas. Se o sintoma somático não é decifrável como um sintoma neurótico, isto não significa que a somatização não tenha nenhum sentido, e sim que é preciso buscá-la em outro lugar que não na sexualidade psíquica, não no conflito edipiano e nem na culpa neurótica. É preciso buscá-lo num outro registro. A somatização não é burra. Ela só pode se manifestar no corpo, no órgão, na função ou na regulação fisiológica.

MENTALIZAÇÃO

Desde o início da vida, na relação que mantém com mundo, o ser humano está submetido a um certo número de excitações provenientes de seus instintos e pulsões. Os dois impulsos dinâmicos, instintos e pulsões, têm sua origem em uma excitação corporal – sexual, no sentido freudiano.

Segundo o ponto de vista econômico dos processos psíquicos, essas excitações buscam uma via de escoamento e descarga para restabelecer o equilíbrio homeostático do organismo.

As vias possíveis de escoamento e descarga são o trabalho mental das excitações experimentadas e os comportamentos motores e sensoriais diferentemente ligados, ou não, ao trabalho mental.

Em qualquer fase da vida, as funções mentais, as motoras ou as sensoriais, isoladas umas das outras ou organizadas entre si, não podem integrar senão uma quantidade limitada de excitações. Quando essa quantidade se mantém dentro do limite, os impulsos dinâmicos em jogo contribuem para a organização progressiva do desenvolvimento individual, através de agrupamentos e hierarquizações funcionais sucessivas e para as ligações interfuncionais necessárias ao equilíbrio homeostático – coordenações somáticas, psicossomáticas e psíquicas.

Quando as excitações persistem em quantidade demasiado grande, a função ou os sistemas funcionais excessivamente excitados se desorganizam (isolamento e anarquização funcional). Sem escoamento ou descarga adequados, elas se acumulam e atingem o aparelho somático de maneira patológica.

No estudo das manifestações psicossomáticas, Marty (1991) vai se interessar, inicialmente, pela dinâmica do aparelho psíquico como via de escoamento na sua tarefa permanente de elaborar as excitações.

Para isso ele vai desenvolver o conceito de mentalização. Baseando-se na noção da primeira tópica e no modelo econômico freudiano, Marty

aprofunda o conhecimento das dimensões do aparelho mental no que concerne à quantidade e qualidade das representações psíquicas, instalação e funcionamento delas no pré-consciente.

Para situar o conceito de mentalização é preciso recordar a definição de elaboração psíquica, tal como Freud a definiu, porque dela provém seu desenvolvimento na psicossomática.

O termo elaboração psíquica designa, na psicanálise, a transformação da quantidade de energia que afeta o aparelho psíquico. Utilizado inicialmente no estudo da histeria, Freud mostrou que o efeito traumatizante de um acontecimento, ou é liquidado por ab-reação ou pela integração "num grande complexo de associações" que exerce assim uma ação corretiva.

Nos histéricos, a lembrança traumática permanece no estado de "grupo psíquico separado", e o tratamento é eficaz se ele estabelece vínculos associativos que permitem a extinção progressiva do trauma.

Um pouco mais tarde, na teoria das neuroses atuais, o termo elaboração é igualmente utilizado para apontar a ausência de elaboração psíquica da tensão sexual somática, cuja derivação direta é o sintoma. O mecanismo se parece com o da histeria, mas na neurose atual, a falha da elaboração é mais radical. A ausência ou a insuficiência de elaboração psíquica provocaria uma estase libidinal, princípio das neuroses e psicoses.

Comparando o uso que Freud faz da noção de elaboração psíquica na teoria da histeria e na teoria das neuroses atuais, pode-se distinguir dois aspectos: a transformação da quantidade psíquica em qualidade psíquica; o estabelecimento de vias associativas que supõem como condição básica essa transformação. Freud vai, além disso, colocar para todas as psiconeuroses um núcleo de neurose atual, pois nelas se encontram sempre os dois tempos sucessivos: estase libidinal e elaboração psíquica.

A noção de elaboração estabelece uma transição entre o registro econômico e o registro simbólico na teoria freudiana.

Os primeiros modelos teóricos de elaboração psíquica destinados a descrever as psiconeuroses se centraram na distinção de quantum de afeto

e na sua representação (pensamentos, imagens, recordações ligadas a uma pulsão).

Assim, na neurose obsessiva, por exemplo, o quantum de afeto é deslocado da representação patogênica ligada ao acontecimento traumatizante para outra representação considerada insignificante. Na histeria, o quantum de afeto é convertido em energia somática e a representação recalçada é simbolizada numa parte do corpo. Os destinos diferentes levam a processos diferentes: a representação é recalçada e o afeto é reprimido.

A representação psíquica se distingue entre representação de coisas e representação de palavras. Essa distinção estabelecida por Freud tem alcance metapsicológico, pois a ligação entre representação de coisa e representação de palavra correspondente vai caracterizar o sistema pré-consciente/consciente, ao contrário do sistema inconsciente que apenas compreende as representação de coisas.

As representações de coisas lembram realidades vividas, de ordem sensorio-perceptivas. Delas derivam as associações sensoriais e perceptivas, assim como as associações de comportamento (fazer as coisas numa determinada ordem, por exemplo). Elas podem estar ligadas aos afetos, mas não se prestam sozinhas às associações de idéias e são pouco mobilizáveis pelo aparelho psíquico.

A representação de palavra se produz a partir da percepção da linguagem do outro, desde a mais elementar à mais complexa. Inicialmente de ordem sensorial as representações de palavras são ainda representações de coisas. Elas deixam progressivamente a condição de representação de coisa ao longo do desenvolvimento individual. Elas nascem das comunicações com a mãe, depois se afirmam e se organizam com os outros indivíduos, permitindo aos poucos as comunicações consigo mesmo: as reflexões interiores.

As representações de palavras constituem a base essencial para as associações de idéias. Unidas às representações de coisas formam, como já

foi dito, o sistema pré-consciente, cuja qualidade reside ao mesmo tempo na disponibilidade de suas evocações; na possibilidade de vínculos com outras representações de uma mesma época, ou de épocas diferentes, cujo conjunto oferece ricas associações; e na permanência das disponibilidades precedentes. Essa permanência está sujeita a interrupções provisórias ou a graves comprometimento por evitações ou repressões de representações adquiridas, mostrando a desorganização do sistema pré-consciente.

Quando há desorganizações do pré-consciente de maneira patológica, as representações de palavras podem se reduzir a representações de coisas, perdendo a maior parte dos componentes afetivos, simbólicos e metafóricos que foram adquiridos durante o desenvolvimento.

O pré-consciente figura um mundo de entrecruzamentos variáveis de diversas dimensões psíquicas, elas mesmas variáveis, diz Marty.

Topicamente suas camadas mais profundas estão em estreita relação com o inconsciente, o soma, os instintos e pulsões e suas camadas superiores atingem o consciente.

Cronologicamente ele se constitui de aquisições mentais sucessivas no decorrer do desenvolvimento. É um reservatório de representações de diferentes épocas, mais ou menos ligadas entre si e mais ou menos prestes a atingir a consciência. As insuficiências das representações podem encontrar sua origem no começo do desenvolvimento do sujeito. Elas podem ser provenientes:

- . de uma insuficiência congênita ou acidental das funções sensório-motoras da criança, funções que constituem as bases perceptivas das representações;

- . de deficiências funcionais da mãe, da mesma ordem da precedente;

- . de forma mais comum, de excesso, de carência ou desarmonia do acompanhamento afetivo da mãe em relação ao bebê. Se encontram aqui os múltiplos problemas apresentados por mães doentes somaticamente, por mães deprimidas ou excitadas ou manipuladoras ou indiferentes, assim como

os problemas apresentados por mães com prole numerosa, nas quais elas não podem exercer totalmente para cada filho sua difícil função.

Em todos os casos, nos diferentes níveis de organização progressiva do bebê e depois da criança se instituem faltas, falhas, insuficiências na aquisição de representações de palavras ligadas aos valores afetivos e simbólicos. São insuficiências difíceis de se recuperarem espontaneamente, e se afirmam também muito difíceis de reparar ao longo de psicoterapia.

MENTALIZAÇÃO E PROCESSO DE SOMATIZAÇÃO

Marty criou uma classificação psicossomática para apreciação diagnóstica da organização mental e das particularidades psíquicas dos pacientes numa investigação psicossomática, buscando correlacionar sua condição psíquica e seu processo de somatização. Buscava com isso, avaliar a organização psicossomática individual, na sua condição profunda e imóvel na idade adulta.

Considerando a mentalização, Marty dividiu sua grade de classificação em neuroses mentais, neuroses bem mentalizadas, neuroses mal-mentalizadas, neuroses de comportamento e neuroses de mentalização incerta.

No primeiro grupo de boa mentalização estariam tanto as neuroses mentais clássicas descritas por Freud, quanto as neuroses bem mentalizadas descritas por Marty, cuja sintomatologia, menos organizada e menos sustentada que nas neuroses mentais, mais frágil também, se mostra polimorfa, associando sintomas (obsessivos ou de ordem anal ou fóbicas ou de ordem oral).

A qualidade mental do paciente aparece claramente durante uma entrevista, porque nela o indivíduo demonstra o que tem, de forma permanente, à sua disposição em quantidade de representações psíquicas, se elas estão vinculadas entre si (associações de idéias) e se foram

enriquecidas ao longo do desenvolvimento de múltiplos valores afetivos e simbólicos.

Os conflitos, oposições de exigências ou de tendências contraditórias, no interior do aparelho mental sinalizam a boa mentalização própria do grupo mencionado.

As representações das pulsões que não podem ser mantidas na consciência, são freqüentemente recalcadas, dirigidas do pré-consciente para o inconsciente. Se recalçamento torna menos consciente o conflito, por outro lado deixa aparecer os sintomas entre os quais figuram em primeiro plano as "angústias sinal de alarme", que desencadeiam as operações de defesa psíquica, para evitar que o organismo seja inundado pelo afluxo de excitações.

Nos sujeitos bem mentalizados, as perdas dolorosas de um ente querido, de uma função física ou profissional, acarretam uma depressão sintomática, uma recrudescência de sintomas mentais habituais, aumento da angústia e eventualmente o aparecimento de manifestações psíquicas inéditas.

Se alguns sintomas somáticos aparecem, eles geralmente permanecem na ordem das patologias espontaneamente reversíveis e conhecidas pelas pessoas.

No grupo das neuroses mal-mentalizadas, as pessoas assim limitadas na sua aptidão de pensar não tem outro recurso senão a ação do comportamento para exprimir suas diversas excitações exógenas e endógenas. As neuroses de comportamento diferem das neuroses mal mentalizadas, porque apresentam um pouco mais de riqueza na qualidade e na quantidade das representações, mas mesmo assim revelam insuficiências no desenvolvimento, bem como desorganizações do sistema pré-consciente.

A quase ausência de trabalho mental indica que as excitações eróticas ou agressivas banais podem dar lugar às expressões diretas e rápidas de comportamentos sexuais ou de violência corporal que esgotam imediatamente as excitações. Porém, riscos já experimentados

anteriormente, proibições sociais ou parentais podem fazer com que um indivíduo se abstenha dessas ações. Na melhor das hipóteses, pode ser ativado o sistema de comportamento mais sublimado, como a atividade física ou artística, que auxilia na obtenção do equilíbrio.

Quando se trata de uma situação emocional mais grave, como uma perda afetiva importante, o indivíduo não conta com a possibilidade do trabalho de luto, trabalho psíquico que vem progressivamente compensar a perda e a dor. Na ausência do funcionamento pré-consciente, as excitações não expressas e não descarregadas persistem, se acumulam, dando lugar a uma depressão essencial.

As excitações seguem seu caminho destrutivo causando uma desorganização progressiva do aparelho somático.

Entre o conjunto formado pelas neuroses mal-mentalizadas de um lado e neuroses bem mentalizadas de outro, figura um terceiro grupo, que por sua importância numérica merece maior atenção. É o grupo formado pelas neuroses de mentalização incerta.

Tanto apresentam riqueza de representação e de pensamento em alguns momentos, quanto apresentam uma pobreza desoladora de pensamento e de representação em outros. A incertitude da mentalização provém tanto da variação quantitativa das representações, que podem ser observadas diretamente numa consulta ou entrevista, quanto da variação de sentimentos, que pode ser extrema, durante a história de vida da pessoa (períodos de depressão essencial ou de repressão de sentimentos assinalada por comportamentos).

Os conflitos psíquicos, muitas vezes latentes, despertam por ocasião de acontecimentos novos que suscitam excitações. Nas neuroses de mentalização incerta, que é essencialmente caracterizada pela irregularidade do funcionamento psíquico, algumas vezes a desorganização somática aparece bruscamente e de forma fulgurante, sem possibilidade de ser contida pelos mecanismos defensivos de regressão e fixação.

FIXAÇÃO E REGRESSÃO

No curso do desenvolvimento individual, certas funções de ordem somática fundamental, de ordem somática relacional – com a mãe, sobretudo, no que concerne à alimentação e excreção – e de ordem psíquica, tornam-se objetos de marcações particulares chamadas fixações. Dessas marcações provém dificuldades diversas, as quais na ocasião que aconteceram, retardaram a participação das funções implicadas na evolução geral do indivíduo.

As fixações funcionais, que se revelarão a seguir sob a forma de regressão, possuem um duplo valor: um valor negativo porque as funções fixadas, aparentemente mais frágeis que outras, serão objeto de patologias ulteriores e um valor positivo porque serão reservas de energia vital providas de uma faculdade de resistência maior diante dos movimentos de desorganização somática.

Para Aisenstein (1994), o conceito de regressão é um ponto de articulação indispensável entre a atemporalidade do inconsciente e a inscrição temporal dos processos secundários; ele funda a idéia de viagem no tempo, e de mudança.

Esse conceito na obra freudiana impôs alguma dificuldade para o seu criador, porque segundo ele: *“a regressão não pode ser situada topicamente no aparelho psíquico, é uma noção puramente descritiva”* (1917; XXII Conferência).

Definida nesse momento como uma noção puramente descritiva, a regressão já tinha sido qualificada em outra ocasião em três formas diferentes: tópica, temporal e formal. Tal confusão mereceu de Lacan no seminário de 2 de março de 1955, o comentário de que Freud está *“tão embaraçado com a regressão como um peixe com uma maçã”*.

Na opinião de Aisenstein as dificuldades de Freud estão ligadas à sua referência à primeira teoria das pulsões e à primeira tópica. Somente a partir

de 1920, em "Além do princípio do prazer" e sobretudo em "O problema econômico do masoquismo", quando ele dá pleno sentido à pulsão de morte e à participação fundadora do masoquismo primário na intrincação pulsional, a noção de regressão se articulou perfeitamente ao movimento psíquico.

Essa construção teórica fez do masoquismo erogênico primário um ponto de fixação da libido. A satisfação passiva se tornou desde então um movimento "regrediente" em direção ao masoquismo primário.

A importância colocada na contribuição do masoquismo primário para a elaboração das tendências e das satisfações passivas dá um sentido mais rico à noção de fixação e permite discernir nas regressões intrapulsionais o que está ligado à desintrincação pulsional.

"Se assistimos a uma regressão do recurso ao conceito de regressão na obra de Freud, é porque, a partir de 1920, os movimentos regredientes são considerados na perspectiva da pulsão de morte, a regressão tornando-se de certa maneira a fundadora da pulsão. A libido aparece como vetorizada de maneira progressiva, logo historicizante e conservadora, diferenciando-se cada vez mais do instinto" (Aisenstein, 1994:104).

A regressão teria, a partir da segunda teoria das pulsões, uma dupla valência: de um lado as capacidades regressivas, a disposição estrutural do aparelho psíquico à regressão; de outro a regressão associada à desintrincação pulsional, que para Marília Aisenstein são *"regressões sem patamares, viagens intermináveis ou mortais"* (p.105).

Na teoria psicossomática psicanalítica, esse complexo conceito freudiano é retomado e colocado em destaque para explicar o processo de desorganização mental e conseqüentemente desorganizações somáticas. Para Marty a vida de um indivíduo, desde sua existência embrionária, evolui por muito tempo de maneira contínua, embora cheia de vicissitudes, se estabilizando relativamente a partir de determinada época, sob a forma de

equilíbrios homeostáticos e menos sujeita a modificações profundas até a velhice.

As manifestações somáticas da infância e da idade adulta constituiriam acontecimentos legíveis e bem conhecidos para a maioria das pessoas. As manifestações mentais extremas também. Fenômenos de ordem geral, submetidos à individualidade – organizações, fixações, regressões, desorganizações, reorganizações, por exemplo – regeriam os movimentos de vida e de morte definindo a ordem psicossomática de cada um.

No caso de traumatismo(s) desorganizador(es) do aparelho mental, pode instalar-se a desorganização progressiva, conceituada por Marty, como destruição da organização libidinal de um indivíduo em um dado momento. A ela corresponde, em parte, o conceito freudiano de desintrincação, e o qualificativo “progressivo” que coloca em evidência o movimento retrógrado jamais bloqueado por um sistema regressivo válido. A desorganização atuaria de forma contrária àquela da organização evolutiva, e poder-se-ia constatar o desaparecimento da hierarquia funcional e dispersão de funções anteriormente associadas. A confusão e a desordem prosseguiriam, evocando uma anarquia funcional.

“Nenhum patamar regressivo de densidade suficiente cessa essa desorganização, o que lhe confere um aspecto progressivo...Sobrevêm enfim as desorganizações somáticas cada vez mais arcaicas no plano evolutivo, cada vez mais fundamentais no plano vital. O processo pode, deste modo, se desenvolver, até a destruição dos equilíbrios primários da vida individual” (Marty, 1976:132).

De outro modo, as regressões que representam um retorno parcial de um sujeito às fixações funcionais não tão profundas, mesmo que se revelem sob forma patológica, protegem de fato a economia geral vital do sujeito.

Nesses casos os movimentos regressivos costumam se encadear no seguinte esquema:

- . excitações excessivas no nível psico-afetivo
- . leve desorganização mental que manifesta uma depressão marcada por sintomas da regressão psíquica
- . regressão psíquica (aumento da angústia, aparecimento de sintomas mentais fóbicos, por exemplo) e o aparecimento de eventuais sintomas caracteriais ou de comportamento
- . desorganização somática, freqüentemente discreta clinicamente
- . aparição de uma afecção somática que põe fim ao movimento de desorganização.

Numerosas afecções somáticas são suscetíveis de responder a esse tipo de regressão: asma, eczema, enxaqueca, gastrite, úlcera, cefaléia e outras. Todas têm em comum o fato de se apresentarem como doença de crise, funcionalmente localizadas.

A terapêutica médica, às vezes necessária, ajuda na eliminação da crise. As psicoterapias visam o reforçamento das defesas mentais, que se não provocam a erradicação das afecções, diminuem a importância e a freqüência das crises.

As afecções somáticas do tipo regressivo são mais comuns nos indivíduos bem mentalizados.

Elas se dão de modo bem diferente no processo de desorganização progressiva que aparece eletivamente nos sujeitos mal mentalizados, cujos patamares de fixação se localizam em funções muito primitivas e insuficientemente organizadas. Nesses casos, o encadeamento é o seguinte:

- . acumulação permanente ou repetida de excitação no nível psico-afetivo, sem possibilidade de elaboração mental e com a possibilidade reduzida de escoamento pelo comportamento
- . desorganização mental mais ou menos rápida, de acordo com a precariedade do funcionamento do pré-consciente do indivíduo

. ausência de regressões psíquicas sintomáticas. Aparição eventual de angústia difusa que revela o estado de desamparo psicossomático do sujeito

. desorganizações somáticas freqüentemente notadas. Às vezes aparece uma sucessão de doenças diversas, atípicas tanto na sua forma quanto na sua evolução, se comparadas às mesmas doenças num tipo regressivo. As doenças em crise, habituais para o sujeito, podem constituir, em razão de uma desorganização mental imprevista, o primeiro sintoma somático de uma desorganização progressiva

. aparecimento de uma doença grave, evolutiva. As afecções que respondem às desorganizações progressivas são as doenças cardiovasculares, as doenças auto-imunes e o câncer.

A terapêutica médica se afirma indispensável nesses casos. As psicoterapias são destinadas a restabelecer o melhor funcionamento mental possível para o indivíduo e, no caso de falhas profundas de mentalização, visa a estabelecer o melhor funcionamento econômico possível, mental e comportamental. A experiência mostra que quando há melhora no nível do comportamento vai-se encontrar uma melhora no nível das defesas biológicas individuais.

O MONISMO PSICOSSOMÁTICO

Para Marty (1976), é o princípio evolucionista que constitui um guia permanente da organização do mundo vivo e sua hierarquia funcional. De acordo com esse princípio, a complexificação secundária das situações que se vive resulta de combinações de elementos primários ou dinamismos elementares. O vestígio dos dinamismos elementares devem ser encontrados em todos os momentos e em todos os níveis das combinações secundárias - que podem se apresentar numa diversidade ilimitada.

" L'organisation, la hiérarchisation, comme la reproduction et l'association qui leur serve de base, la croissance, les constructions progressivement plus complexes et tout ce qui constitue l'Évolution, semblent être animés par une qualité, mystérieuse quant à son origine comme quant à son état, qu'il est convenu d'appeler "Instincts de Vie", formule pleine de sens et d'espoir" (p.11).

O mundo vivo não é somente objeto de organização, de hierarquização, de crescimento e evolução. Ele é também objeto de destruições. A morte é paralela à vida.

O instinto de morte é o duplo do instinto de vida na visão de Marty, que postula que existe sempre a presença de uma das formas dos instintos sobre a outra, pois existe sempre organização ou desorganização no nível de um conjunto funcional.

"Le démarrage individuel est ordinairement caractérisé par une affirmation remarquable des Instincts de vie. Les avatars qui surviennent alors dans la continuité des constructions fonctionnelles et qui résultent, dans de conditions déterminées [...] de préseances passagères, répétées et inevitables des Instincts de mort, vont marquer l'ontogenèse de manière caractéristique. Un système de fixations fonctionnelles, parfaitement personnel, se constituera qui deviendra rapidement et pour toute la vie, à travers certains remaniements ultérieurs, un système de référence, de repli et de défense. Ainsi, malgré les moments plus ou moins répétés de leur préséance pendant la période de croissance, les Instincts de mort participent-ils en général davantage à la spécification structurale individuelle qu'à la désorganisation profonde de l'individu" (p.15).

O processo de desorganização que resulta da precedência dos instintos de morte se efetua no sentido contra-evolutivo. Depois de atingir as organizações mais evoluídas do momento, a desorganização progride

gradualmente. Ela se manifesta no nível de grupos funcionais muito arcaicos, não sendo detida senão por mecanismos de defesa regressivos.

Na construção da metapsicologia psicossomática, Marty afirma que no lugar dos termos instintos de morte e instintos de vida ele poderia empregar os termos pulsões de morte e de vida indistintamente, mas ele prefere o termo instintos porque algumas vezes se refere a fixações hereditárias ou genéticas que o termo instinto parece alcançar melhor.

Marty (1980) retoma a noção freudiana de um núcleo inconsciente herdado da filogênese que comportaria os princípios do funcionamento biológico: *"...se existe no homem formações psíquicas hereditárias, qualquer coisa ao instinto dos animais, é aí que se constitui o núcleo do inconsciente"* (Freud, 1915:195).

Não é na pulsão que Freud vê essas equivalências, mas naqueles *"esquemas filogenéticos hereditários"* que são as profantasias. Não só Marty retoma essa noção, como vai além, dizendo que o inconsciente originário seria, no nascimento como todas as outras funções corporais, parcial.

Um núcleo do inconsciente que funcionaria segundo dois modos, dois princípios. O princípio da automação e o princípio da programação. O princípio da automação asseguraria o funcionamento das energias ligadas às necessidades vitais. O da programação abriria a via do desenvolvimento assegurando as associações funcionais, a hierarquização, a sexualização, os movimentos da ordem do desejo.

Na perspectiva evolutiva, a automação precede a programação. No curso de uma vida operatória, onde se tem que falar de uma regressão de nível inconsciente, os níveis da ordem do desejo precedentemente investidos segundo o princípio da programação desapareceriam, embora possam estar mantidos os níveis da ordem da necessidade (Kamieniecki, 1994).

Marty construiu a teoria psicossomática a partir dos conceitos freudianos, mas apesar de basear-se na psicanálise vai discordar da noção de pulsão de morte, parte do dualismo pulsional que fere sua idéia de

integração psique-soma. Ele não concebe o instinto de morte como um potencial energético autônomo, independente da carga inversa do Instinto de vida, que ao instinto de morte corresponde, no nível funcional considerado.

Para ele, os dois instintos são ao mesmo tempo fundamentais e fundamentalmente ligados em sua indissolúvel oposição. A característica da evolução individual é que o estado primeiro é sempre um sistema organizado trazendo o selo do privilégio vital.

A questão sobre o monismo ou dualismo de Freud e do pensamento psicanalítico em geral permanece sempre atual.

Afirma-se que Freud tinha uma atração especial pelo dualismo, mesmo quando introduziu o holismo da libido em 1914, falando do narcisismo.

Atribui-se um pensamento monista a Pierre Marty, ao que Nicos Nicolaïdis (1995) responde que sim no sentido de que todo psicossomatista deve ser monista, já que se propõe a estudar "a unidade fundamental do ser humano". O dualismo é um pensamento ou um conceito que admite dois princípios opostos desde a origem como corpo e alma, matéria e espírito.

Marty preferia usar instinto no lugar de pulsão de morte para qualificar o processo de autodestruição ou das desorganizações contra-evolutivas (doenças somáticas irreversíveis), numa tentativa de superar o impasse provocado pelo termo pulsão que coloca irremediavelmente a questão monismo-dualismo.

A pulsão, ou mesmo a representação da pulsão, tem um componente psíquico marcado e extensivamente relacional, diferentemente do instinto que é uma tendência inata, que tem um componente biológico mais marcado que a pulsão.

Nicolaïdis acredita que Marty não é monista nem dualista, ele é pluri ou polidimensional na sua concepção evolucionista que tende para a unidade fundamental do ser humano.

Na teoria martiniana, a condição do nascimento (*status nascendi*) do aparelho psíquico não começa nem por uma pulsão nem por duas pulsões

em contradição ou antagonismo. Tudo começa antes do id, com o mosaico primário, sistema prematuro e parcial, que no momento de nascimento, tem muito mais a necessidade de uma "gerência" pela função materna do que uma unificação ou uma dualidade. Daí se seguirão a automação, a programação, a hierarquização. É a gerência ou a função materna que apronta o sistema de pára-excitação que acompanhará o bebê no seu procedimento evolutivo.

A instauração do pré-consciente, na qualidade de lugar e função psíquica, ou melhor, na instalação da primeira tópica, assegurará o sistema de vinculações e de desvinculações necessárias entre as representações mentais.

Para Nicolaïdis é através da função "ligante e gerenciadora" do pré-consciente, instância que Marty privilegiou ao longo de sua obra, que se pode perceber o unicismo de seu pensamento.

TRAUMA

Em 1966, o termo "depressão essencial" foi criado por Marty e se referia a um tipo específico de depressão, onde se verificava o rebaixamento do nível do tônus libidinal sem contrapartida econômica positiva no plano mental. A depressão essencial se estabeleceria quando acontecimentos traumáticos desorganizando um certo número de funções psíquicas, ultrapassava a capacidade de elaboração mental do indivíduo para lidar com esses acontecimentos.

Para identificá-la, por causa do baixo nível do tônus libidinal, se deveria buscar nas manifestações negativas sua expressão. Esse aspecto silente da depressão essencial a tornava conseqüentemente pouco perceptível para a pessoa que vivia essa condição. Dizendo de outro modo, o próprio indivíduo não identificava seu mal-estar, as pessoas em volta é que notavam e apontavam uma diferença.

"Angústias difusas freqüentemente precedem a DE. Automáticas no sentido clássico, importunas... traduzem a aflição profunda do indivíduo, aflição provocada pelo afluxo de movimentos instintuais não dominados. O Ego submerso mostra assim sua desorganização. A angústia não representa ou não representa mais o sinal de alarme... Ela é o alarme... Automáticas, essas angústias difusas reproduzem um estado arcaico de transbordamento..."

Nota-se o apagamento funcional dos dois sistemas tópicos freudianos. Em vão se procura por desejos; não se encontra senão interesses maquinais... Sem dúvida, o desaparecimento dos sentimentos inconscientes de culpabilidade constitui um dos sinais principais da DE..." (Marty, 1993:19).

Os traumatismos desorganizadores do aparelho mental, implicando a eventualidade de desorganizações somáticas, podem ser, por exemplo, a perda objetal pura e um luto não elaborado. Tais situações podem causar a destruição da organização libidinal de um indivíduo em determinado momento, e a permanência longa nessa condição geralmente adquire um caráter patológico, caracterizando o que Marty denominou "desorganização progressiva".

A noção de traumatismo em psicossomática se expressa pela quantidade de desorganização que produz no nível mental e não pela qualidade do acontecimento ou da situação que a desencadeia. A idéia evidencia o aspecto econômico destacado na compreensão do trauma para a psicossomática.

A concepção de Marty está rigorosamente calcada na definição do trauma freudiano que no *Vocabulaire de la psychanalyse* (1998), é descrito como algo que diz respeito a um acontecimento na vida de um indivíduo que marca pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o indivíduo para lhe responder de forma adequada, pelos transtornos e pelos efeitos patogênicos duradouros que provocam na organização psíquica.

Se caracteriza por um afluxo excessivo de excitações difícil de tolerar e acima da capacidade do sujeito de dominar e elaborar essas excitações.

Esse conceito evoluiu de forma notável ao longo da construção da teoria psicanalítica e é ilustrativo acompanhar sua evolução.

No começo da psicanálise, entre 1890 e 1897, Freud atribuiu a etiologia das neuroses às experiências traumáticas vividas pelos pacientes no passado. No quadro da primeira tópica, o traumatismo se referia ao sexual e conseqüentemente ligado à teoria da sedução. A partir de sua clínica, ele atribuiu às lembranças de cenas reais de sedução de uma criança por um adulto um papel determinante na etiologia das psiconeuroses.

Nesse momento, ele insistiu sobre o aspecto econômico do processo da sedução, cuja conseqüência tem por efeito principal a incapacidade do aparelho psíquico de poder liquidar as excitações psíquicas segundo o princípio da constância. Para ele, as patologias, nas quais os sintomas do adulto são o reflexo, deveriam ser entendidas como a expressão simbólica dos conflitos infantis.

Uma mudança radical de enfoque se apresentou em 1920. O aspecto econômico do trauma, presente desde o início de sua obra, assume então um lugar central a partir de suas reflexões sobre as neurose de guerra, e o traumatismo passa a ser entendido como uma efração, um esgarçamento, o arrombamento do sistema de pára-excitação.

No artigo "*Para além do princípio do prazer*", Freud se interroga sobre os fatores que facilitarão a organização ulterior de uma neurose traumática, a saber, a existência anterior de um conflito dentro do ego, que as estratégias defensivas neuróticas não permitem, no momento do trauma, conter o afluxo de excitação a ele ligado.

Assim, os pacientes mostravam com os sonhos traumáticos que em sua expressão repetitiva procuravam ligar as tensões excessivas na tentativa de ab-reação. A repetição permitiria ligar as tensões que irrompem e ameaçam a integridade do ego.

Como se sabe, existem dois tipos de repetição: a que visa a extinção e obedece compulsivamente a Tanatos; e a que associada a Eros se esforça por atingir o controle por simbolização.

Na neurose traumática, a função do sonho fracassa e através da repetição trata de fazer reaparecer a angústia que faltou na ocasião do evento traumático.

Um pouco mais à frente, em "*Inibição, Sintoma e Angústia*", 1926, Freud não encarou mais o traumatismo sob o ângulo da teoria da sedução ou da neurose traumática, mas sob o ângulo da perda do objeto, melhor dizendo, da ausência dele. Foi quando apareceu a distinção entre angústia automática e angústia sinal de alarme, onde a segunda, mesmo sendo uma resposta espontânea do organismo a uma situação traumática definida, é sinal do perigo. Para evitar ser ultrapassado pelo surgimento da angústia automática, que define a situação de desamparo diante do qual o ego está sempre sem recursos, este último dispara o sinal da angústia.

Para Freud, o desamparo do bebê, formado pela perda ou separação, torna-se o protótipo da situação traumática e o sinal de angústia é ao mesmo tempo "espera" e "repetição atenuada do trauma".

Em 1938, examinando a constituição e as vicissitudes do complexo de Édipo para o menino, Freud disse que se os efeitos da ameaça de castração são algumas vezes temíveis, os efeitos desse traumatismo podem ser estruturantes. Passado o primeiro terror, a ameaça se torna simbolizável, portanto representada e pensada, e poderá se integrar às teorias sexuais infantis que ela permite remanejar. Esse trauma tem valor benéfico porque tem uma ação reorganizadora, desde que a condição de uma realidade traumática não venha fixar com toda a sua carga excitante uma ferida narcísica.

Para desenvolver daí a noção de traumatismo agregada à problemática do narcisismo e sua constituição demorou apenas um ano. No artigo de 1939, "*Moisés e o monoteísmo*", Freud definiu:

"Denominamos traumas aquelas impressões, cedo experimentadas e mais tarde esquecidas, a que concedemos tão grande importância na etiologia das neuroses [...] Quanto a isso porém dois pontos devem ser enfatizados. Em primeiro lugar, a gênese da neurose invariavelmente remonta a impressões muito primitivas da infância. Em segundo, é verdade que existem casos que se distinguem como traumáticos porque seus efeitos remontam inequivocamente a uma ou mais impressões poderosas nessas épocas primitivas" (p.91).

Ele sublinhou a importância do fator quantitativo do traumatismo e as suas relações de força com o ego, insistindo no fato de que as experiências traumáticas se situam no período da amnésia infantil.

O destino do traumatismo no psiquismo é duplo. Um deles organizador, permitindo o funcionamento: repetição, rememoração, elaboração. Resume-se esses esforços sob o nome de fixações no trauma e compulsão de repetição.

O outro destino são as reações defensivas, constituídas por evitações, inibições e fobias. Essas reações negativas efetuam contribuições poderosas para a cunhagem do caráter e criam um território encravado no psiquismo, *"um Estado dentro de um Estado"* (p.94), que impede as atividades organizadoras. Se isso acontece acarreta uma dominação por parte de uma realidade psíquica interna sobre a realidade do mundo externo, e está aberto o caminho para a psicose.

O trauma assim cumpre e executa uma obra destruidora.

Não se pode deixar de mencionar a grande contribuição de Ferenczi (1933) à teoria psicanalítica do trauma. Para ele o trauma, como o traumático, encontra sua origem nos avatares de um certo tipo de destino libidinal ligado à ação excessiva e violenta de uma excitação sexual prematura, que sob certas circunstâncias adquire o aspecto de uma "violação psíquica" – violação do pensamento e do afeto. Tal efração tem como

conseqüência a aniquilação do ego, assim como a asfixia e até mesmo a agonia da vida psíquica.

A desqualificação do afeto, a negação do reconhecimento do afeto e o sofrimento provocado pelo objeto é o que conduz à criação de um trauma por uma "confusão de línguas", confusão no meio de a linguagem de ternura da criança confrontada com a linguagem passional do adulto.

Como resumiu Souza (2001), para Ferenczi o essencial não era o aspecto energético-representacional, mas principalmente a qualidade das trocas interpessoais entre a criança e os adultos que formavam seu meio sócio-familiar. As coisas se tornavam difíceis e traumáticas quando o recalque levado a cabo pelo adulto de sua própria sexualidade o levava a "desmentir" o que a criança lhe dizia a respeito de situações potencialmente traumáticas para ela.

O trauma, na noção ferencziana, deve ser considerado como resultado da ausência de resposta do objeto face a uma situação de desamparo. Essa ausência mutila o ego para sempre, mantendo um sofrimento psíquico em relação à interiorização de um objeto primário "ausente" e acarreta uma sensação de desamparo primário (*Hilflosigkeit*) que durante toda a vida se reativa a menor ocasião.

Atualmente, traumatismo é utilizado quando se deseja designar uma perda seja objetal, seja narcísica, cujo luto não foi possível, não foi feito. Os pacientes então falam de "rupturas", de "decepções", de "abandono".

A questão do "tempo do traumático", para repetir a expressão de Bokanowski (1999), é importante precisar, pois o tempo, o momento de vida em que ocorreram os traumas, influenciam na qualidade do desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Seguindo a teoria de autores como Winnicott (1949), pensa-se de imediato, que os mais graves são os traumatismos precoces provocados por falhas ambientais. A insuficiência de investimento materno, em razão, por exemplo, de uma depressão ou fobia de contato, viria a estragar, a enterrar a constituição do narcisismo do bebê por falta de estimulação psíquica ou de

pára-excitação. Isto o conduziria a fugir para uma sexualidade prematura, que teria a função de lhe servir de meio de controle e de descarga: a ferida narcísica se transformaria em excitação sexual potencialmente apta à descarga, conservando a auto-estima por triunfo vingativo, ou mesmo por uma sexualidade adictiva que seria destinada a preencher o buraco da ferida narcísica fundamental provocada pela insuficiência de investimento maternal.

A fuga para uma sexualidade prematura parece se encaixar perfeitamente nas observações de Hilde Bruch (1973) sobre um dado particular próprio de crianças obesas fazendo supor que traumas primitivos são os fatores desencadeadores do aumento de peso nelas.

Foi constatado que dentre as crianças de seu grupo de estudo, a maior parte delas estava adiantada tanto no crescimento quanto no desenvolvimento biológico. Eram crianças notavelmente grandes se comparadas à outras de mesma idade e a puberdade entre elas se manifestava antes da idade normal (p.135).

Evidentemente tais crianças, e isso fica claro na leitura do texto, não apresentavam qualquer doença endócrina que justificasse a precocidade. A reflexão sobre o assunto mostra que a superalimentação poderia produzir maior crescimento e desenvolvimento na criança, mas sugere também, uma aceleração defensiva à condição adulta uma vez que a infância, marcada pela dependência e passividade, talvez seja vivida de forma dolorosa devido a carga de dificuldade no relacionamento do obeso com a mãe e, quanto mais rápido sair dela, melhores serão as alternativas de afastamento do conflito e maior a tranquilidade.

A insuficiência de investimento materno adequado cria também como falha de desenvolvimento a impossibilidade na criança de poder mobilizar suas defesas maníacas, produzindo mais tarde, pacientes que apresentam uma clínica do vazio. São os pacientes "desafetados" de Joyce McDougall (1992), ou apresentam o que André Green (1983) descreve como psicose branca, que traz no seu conceito a idéia de uma espera desiludida por parte

do bebê que engendra um trauma negativo e a morte do objeto por ausência de satisfação, substituindo a realização alucinatória do desejo.

Por outro lado, se a mãe é boa demais, superprotetora, superestimulante, ela pode não permitir a elaboração da satisfação alucinatória do desejo, a instalação da posição depressiva e da desilusão.

A superproteção e a superestimulação podem conduzir a uma falha nas representações e uma escolha anaclítica impossível. Uma mãe ausente ou ambivalente ou não-confiável, deixa a criança entregue a uma violência pulsional pouco contida, com descargas de auto-erotismo primário que favorecem a falta ou a negação do objeto e o risco de psicotização.

Desde o início de seu trabalho, Bruch reconheceu nos sinais do comportamento alimentar do obeso que havia uma estreita conexão entre eles e as profundas dificuldades de relacionamento do obeso com a mãe e por extensão com a família. A significação dos fatores de perturbação ficavam claros na avaliação retrospectiva. Um intenso grau de angústia e desentendimento reinava entre as pessoas que formavam o grupo familiar, impedindo a criança de evoluir para a independência. Uma condição tão traumática que levou Bruch a formular a tese de que a obesidade se estrutura de forma análoga a esquizofrenia, como uma espécie de psicose que se manifesta na monstruosidade do aspecto, no descontrole alimentar, na distorção da percepção da imagem do corpo, etc.

Nos casos de obesidade mais tardia, alguns exemplos de acontecimentos traumáticos precisos, em geral a morte de alguém da família, apareciam com freqüência como fator ligado a um brusco aumento de peso. Nesses casos quanto mais tardia a vivência traumática se apresentasse melhores seriam as chances de recuperação de um peso normal.

PULSÃO DE MORTE E O MASOQUISMO

Ao se preocupar em investigar os pacientes a partir do ponto de vista econômico, onde os processos psíquicos consistem em circulação e repartição de uma energia quantificável – energia pulsional –, suscetível a aumento, diminuição e equivalência, a psicossomática vai colocar em destaque o que Freud entendeu por economia libidinal, que é precisamente a circulação de valor que se opera no interior do aparelho psíquico, freqüentemente dentro de um desconhecimento, que impede o indivíduo de perceber a satisfação sexual no sofrimento do sintoma.

Como só se conhece a energia pulsional através de seu representante psíquico, Freud postulou ao longo de seu trabalho uma dupla pulsional que funcionaria integrada, dando sentido aos comportamentos organizados e desorganizados dos seres humanos.

A função sexual e sua manifestação, a libido, é representante de Eros – pulsões de amor, de vida. Mas deve-se compreender, como assinala Green (1998), que essa função de representante não possui todas as propriedades de Eros, pois libido tem qualidade econômica, designando a energia das pulsões sexuais.

No que concerne ao seu par complementar – a pulsão de morte – não se pode atribuir com a mesma precisão uma função correspondente à da sexualidade com relação à pulsão de vida. O que se sabe de mais certo é sua possível aliança com a pulsão sexual no sadomasoquismo.

Conhece-se, entretanto, modos de destruição que não comportam essa qualidade de intrincação entre as pulsões. As formas graves de depressão, o suicídio e as psicoses que revelam desintegração do ego. Outras formas não tão extremas de destrutividade não-intrincada se verifica na clínica contemporânea, como as neuroses graves, as neuroses de caráter, as estruturas narcisistas e os casos limite, por exemplo.

Em todas essas configurações, o mecanismo freqüentemente invocado é o luto insuperável e as reações defensivas que ele suscita. Ao

lado das angústias em suas formas bem conhecidas, identificam-se angústias impensáveis, temores de aniquilamento, sentimento de futilidade, de desvitalização, de morte psíquica, sensações de abismo e precipício. A reflexão que Green nos oferece sobre estas formas de expressão de sofrimento é que:

“Podemos nos perguntar, com todo o direito, se essas manifestações não poderiam ser vinculadas em parte ou na totalidade ao que Freud designou como masoquismo primário, cuja localização era para ele endopsíquica, prévia a qualquer exteriorização.” (1998: 62).

Freud estende a noção de masoquismo para além da perversão, reconhecendo, por um lado, elementos de numerosos comportamentos sexuais e rudimentos da sexualidade infantil e, por outro, descrevendo formas que dele derivam, designadamente o masoquismo moral no qual, por culpa inconsciente, o indivíduo procura a posição de vítima diante do outro, sem que o prazer sexual esteja diretamente implicado no fato.

Duas categorias clássicas do masoquismo são as do masoquismo primário e do masoquismo secundário. Na primeira noção é descrito um estado onde a pulsão de morte está ainda dirigida para o próprio ser, mas ligada pela libido e unida a ela. Esse masoquismo é dito primário porque não se segue a um momento em que a agressividade estaria voltada para o exterior, e também porque ele se opõe ao masoquismo secundário. Esse último se define pelo retorno do sadismo contra a própria pessoa quando então se junta ao masoquismo primário.

Betty Joseph (1991) descreve um tipo de destrutividade muito maligna que denomina de vício da quase-morte, para apontar para um poderoso masoquismo em ação que aparece na análise e envolve o analista provocando-lhe atitudes rudes, críticas e sadismo com o paciente num nível verbal.

O quadro que esses pacientes apresentam é familiar. Em suas vidas eles absorvem-se cada vez mais em desesperança, envolvendo-se em atividades que parecem destruí-los física e mentalmente como trabalhar excessivamente, quase não dormir, alimentar-se de forma deficiente ou excessiva e escondida quando a necessidade é perder peso, beber cada vez mais e até, eventualmente, isolarem-se cortando todos os relacionamentos interpessoais.

Esse tipo de paciente traz material para a análise de um modo particular. Seu modo de falar parece calculado para comunicar ou criar desespero. O que eles apresentam é uma intensa e silenciosa reação terapêutica negativa. Essa reação é apenas parte de um quadro muito mais amplo e insidioso. A atração pelo desespero e pela morte não é anseio de paz e liberação do esforço: morrer apenas, embora atraente, não teria nada de bom. O que sente o paciente é a necessidade de conhecer a sensação e de ter a satisfação de ver-se sendo destruído.

Freud (1924), examinando a operação da pulsão de morte no masoquismo, estabelece uma distinção entre a natureza do conflito interno na reação terapêutica negativa e a que se observa no masoquismo moral. Ao final da análise ele acrescenta que "*nem mesmo a autodestruição do sujeito pode ocorrer sem satisfação libidinal*".

Para os pacientes aos quais Joseph se refere, a quase destruição do self ocorre com considerável satisfação libidinal, por maior que seja a dor concomitante.

Neles, como já foi descrito por outros autores kleinianos, uma parte de seu self domina e escraviza outra parte e não os deixa escapar. Esse processo, denominado organização patológica, lembra o que Freud descreveu como "um Estado dentro do Estado". Há uma parte agressiva que é ativamente sádica em relação à outra parte do self que é masoquisticamente capturada nesse processo e isso se torna um vício por causa do seu caráter irreprímível, compulsivo.

“Nenhum dos pacientes que tenho em mente como estando particularmente incluído neste grupo viciado tem uma história de infância muito ruim, embora psicologicamente, num certo sentido, eles certamente a tiveram – como por exemplo a falta de contato caloroso e de compreensão verdadeira, e algumas vezes um progenitor muito violento. [...] Fiquei com a impressão, a partir da dificuldade que estes pacientes sentem em esperar e tomar consciência de descontinuidades ou mesmo suportar o tipo mais simples de culpa, que eles sentiram estas experiências potencialmente depressivas na tenra infância como uma dor terrível que se transformava em tormento, e que tentaram evitá-la assumindo eles próprios o tormento, infligindo dor mental em si mesmos e edificando-a num mundo de excitação perversa” (p.327).

Joseph interessou-se de perto pela perversão no relacionamento transferencial, pela forma de perversidade que se acha estreitamente ligada com a reação terapêutica negativa. Esta é uma das grandes dificuldades a superar tendo em vista a baixa adesividade desses pacientes aos seus tratamentos e, por isso, o assunto interessa mais particularmente àqueles que lidam com transtornos alimentares e obesidade.

A reação terapêutica negativa é um fenômeno encontrado em certos tratamentos psicanalíticos definido como um tipo de resistência à cura difícil de superar, como se certos sujeitos preferissem o sofrimento à recuperação da saúde. É um fenômeno associado, na visão psicanalítica, a um sentimento de culpa inconsciente inerente a certas estruturas masoquistas.

Rosenberg (2000) faz uma revisão da primeira e segunda teoria das pulsões para poder pensar num tipo de autodestrutividade que ataca a vida psíquica e também o corpo. Se na primeira teoria das pulsões, o guardião da vida era o princípio do prazer, como explicar o prazer que se confunde com o desprazer e como pode o desprazer vir a ser objetivo de vida? Sua resposta é o reconhecimento de um masoquismo erogênico primário, cuja existência até então era recusada.

O masoquismo erogênico torna-se o guardião e a garantia de vida porque ele é o resíduo da aliança entre as duas pulsões – libido e pulsão de morte. É a idéia da intrincação pulsional fundamental.

Ele é o guardião da vida não apenas por ligar primariamente a destrutividade, mas porque ele pode ser também uma tentativa de cura. As condutas autodestrutivas e automutilantes poderiam ser entendidas como paliativo para acalmar, atenuar, aliviar momentaneamente um mal, diante da falta (fraqueza ou supressão) do núcleo masoquista inicial.

Uma teoria tão original da constituição do psiquismo, fundado por um núcleo originário organizador da satisfação-alucinação do desejo e da temporalidade, não poderia deixar de esclarecer sobre duas derivações pulsionais, que são a doença e a passagem ao ato perverso.

A Escola de Paris aproxima-se da hipótese de que nas doenças há um fracasso do masoquismo na sua dimensão existencial do psiquismo e na dimensão do masoquismo guardião da vida. Este, fundado sobre uma falha do masoquismo erogênico primário. A tentativa da Escola de Paris é entender a função do masoquismo na expressão psicossomática.

O masoquismo é o investimento erotizado do sofrimento, onde a dor é o paradigma, visto que ela está sempre enviando o indivíduo ao modelo do corpo.

Quando o masoquismo fracassa aparece a doença somática ou psíquica. Não é o masoquismo que produz a doença, mas a pulsão de morte, quando o masoquismo não consegue ligá-la ou intrincá-la.

O ENVELOPE DO SOFRIMENTO

A dor física, se vivida como dor intensa e durável, desorganiza o aparelho psíquico, ameaça a integração do psiquismo no corpo, afeta a capacidade de desejar e a atividade de pensar. A dor não é o contrário ou o inverso do prazer: sua relação é assimétrica. A satisfação é uma experiência,

o sofrimento uma provação. O prazer indica a liberação de uma tensão, o restabelecimento do equilíbrio econômico, que tanto deixa o ego intacto em suas funções, como aumenta seus limites de contato com o objeto.

A dor força a rede das barreiras de contato, destrói a facilitação que canaliza a circulação da excitação, suspende as diferenciações, abaixa os desnivelamentos entre os sistemas psíquicos e tende a se espalhar em todas as direções.

A dor psíquica, estudada por Joseph (1981), também afeta o equilíbrio econômico do indivíduo. Para ela, certos pacientes ficam atolados entre a posição esquizoparanóide e a posição depressiva, e aí tentam manter um equilíbrio precário.

Se, por qualquer motivo, ocorre um movimento para fora deste frágil equilíbrio, surge *“um sofrimento extremo, de um tipo incompreensível, com uma grande aflição que o paciente com freqüência tenta silenciar concretamente por meio de drogas ou do álcool, acreditando não existir outra maneira de lidar com ele”* (p.98).

Ele é amiúde experienciado fisicamente, sofrimento localizado no corpo, mas também de modo bastante definido, sentido como sofrimento psíquico. Esse sofrimento possui qualidades específicas, descritas por Hinshelwood (1992): (a) incompreensibilidade; (b) situa-se na linha fronteira entre o físico e o mental; (c) deriva do surgimento do delicado equilíbrio mental no sentido da posição depressiva, não sustentada evidentemente, pode-se acrescentar.

Para certos pacientes, os dois tipos de dores, física e psíquica, estão tão estreitamente ligados que é impossível distingui-los. No caso freqüente dos obesos polissomatizantes, essas dores só podem ser tratadas dentro da compreensão de uma unidade trazida pela psicossomática.

Anzieu (1998) situa essa noção, argumentando que a dor provoca uma perturbação tópica, e por uma reação circular, a consciência de um apagar das distinções fundamentais e estruturantes entre o Eu psíquico e o Eu corporal, entre id, ego e superego tornando o estado mais doloroso ainda.

A dor não se partilha, exceto quando erotizada de forma perversa numa relação sadomasoquista.

A dor física, se não se consegue curá-la e/ou erotizá-la, ameaça destruir a própria estrutura do Eu-pele, isto é, destruir a separação entre sua face externa e sua face interna, assim como a diferença entre sua função de pára-excitação e a de inscrição de traços significantes.

E é o tipo de sofrimento do bebê o mais geralmente e o mais exatamente percebido pela mãe, mesmo que ela seja desatenta ou erre em localizar e decifrar os sinais das outras qualidades sensíveis. Não apenas a mãe toma a iniciativa do cuidado, mas também ela segura nos braços a criança que grita, chora, perde a respiração. Ela a aperta no seu corpo, a aquece, a embala, fala com ela, lhe sorri e a tranqüiliza. A mãe, nesse momento, maximiza as funções de pele mantenedora e continente, para que a criança a reintrojete suficientemente como objeto de suporte, reforce sua pára-excitação, tolere a dor trazida a um grau suportável e tenha esperança na possibilidade de cura. O que é compartilhável não é a dor, é a defesa contra a dor.

Se a mãe, por indiferença, ignorância, depressão, não se comunica habitualmente com a criança, a dor pode ser a última chance da qual a criança se utiliza para chamar sua atenção, para ser envolvida em seus cuidados e nas manifestações de amor.

Para Anzieu, essas pessoas tão logo submetidas a um tratamento psicanalítico desencadeiam uma litania de queixas hipocondríacas ou põem-se a sentir com grande acuidade toda uma série de males corporais. A relação entre o corpo e o objeto real se faz pelo sofrimento.

O paciente é apenas um corpo de necessidade, e de uma necessidade mal conduzida. Ele busca no outro o menor sinal de reconhecimento, com risco de usar para obtê-lo as vias da violência e da escravidão. Daí os cenários perversos masoquistas na sua vida sexual. As marcas da violência exercida sobre seu corpo lhe provocam não só um gozo seguro, mas também o sentimento de apropriação de si mesmo.

O masoquismo secundário lhe permite realimentar seu corpo pela experiência de um sofrimento próprio que ele pode gozar e fazer gozar um parceiro, investir seu corpo dolorido em libido de objeto. Mas o masoquismo primário subjacente persiste: acidentes graves, cirurgias praticadas de emergência, deixam seqüelas dolorosas e cicatrizes visíveis. O paciente se apropria da dor e de suas marcas e faz delas um emblema narcísico. Aqui o investimento doloroso consiste em libido narcísica.

ESCRAVOS DA QUANTIDADE E PROCEDIMENTOS AUTOCALMANTES

Existe um grupo de pessoas que traduz com sua doença a falha do masoquismo erogênico e a desintração da pulsão de morte. Nesse grupo estão incluídas algumas mulheres que expressam através da obesidade, dos distúrbios do comportamento alimentar, o mesmo que Szewc (1998) definiu com a expressão "*galériens volontaires*" as pessoas que se vêem presas a uma compulsão de repetição mortífera, na tentativa vã de apaziguar a excitação psíquica que excede suas defesas, recorrendo a uma outra excitação.

A definição de Szewc foi desenvolvida a partir do trabalho de Michel de M'Uzan(1972) com um masoquista perverso cujas práticas ultrapassavam, e muito, o limite do imaginável.

O paciente de M'Uzan não conseguia modificar em nada suas condutas singulares que modelavam uma parte essencial de sua existência e afirmava, paradoxalmente, a aniquilação total de sua vontade.

A repetição compulsiva do comportamento do paciente, que estava em jogo, nesse caso, M'Uzan chamou de "repetição do idêntico", repetição desprovida da função elaborativa, apresentando um caráter estereotipado, cuja origem era um traumatismo muito precoce na vida do indivíduo. A fonte de excitação permanecia estritamente no nível econômico, visto sua

condição de irrepresentabilidade, e formaria um tipo de neurose traumática, onde o sujeito não conseguia nem elaborar a situação-trauma, nem descarregá-la. *"La quantité c'est le destin quand elle se constitue en trauma véritable"* (1994:159).

O ponto de vista econômico e a segunda teoria das pulsões são o referencial teórico para avaliar aqueles que se valem das atitudes autocalmantes, prática dos *"galériens"* de Szwec, na tentativa de alívio de fortes pressões internas. A teoria psicossomática de Pierre Marty representa um eixo de referência para avaliar esses comportamentos, mesmo quando há alguma diferença de ponto de vista, como, por exemplo, a concepção da pulsão de morte.

Os procedimentos autocalmantes são aqueles que visam restabelecer a calma através de uma busca repetitiva de excitação. Os que o utilizam procuram relaxar por vias de comportamentos motores e perceptivos que podem curiosamente incluir uma parte de sofrimento psíquico e que podem mesmo ir justamente na busca de traumatismos. A calma é esperada como esgotamento do corpo. Assim, pode-se entender por que a atitude compulsiva de comer só é freada quando o corpo, não suportando mais o empanturramento, dá sinais de que está no seu limite.

De um modo geral, aqueles que buscam atividades autocalmantes procuram a calma, não o aprazimento. Esse é um sistema repetitivo que nunca satisfaz. Ele sidera a vida mental tanto quanto bloqueia os efeitos permanentes do acontecimento traumático, que o indivíduo busca esquecer.

Para Szwec, o recurso aos procedimentos autocalmantes provém da necessidade de evitar a ressurgência do acontecimento que produziu esses efeitos traumáticos.

"La répétition du trauma réalisée dans et par les procédés autocalmants n'est pas une représentation de celui-ci à la suite d'un refoulement mais une nouvelle présentation dans la réalité extérieure de la

perception restée traumatique. A mon avis, le procédé réalise un retour au trauma, et un retour volontaire et conscient. J'insiste sur le fait qu'il y a une intentionnalité dans le procédé autocalmant, et qu'elle n'est pas inconsciente. Elle consiste à retrouver l'état de détresse d'alors pour – si ce n'est tenter une décharge différée – au moins se prouver qu'on survit à cette détresse, et qu'aucune situation n'est désespérée, parce qu'on trouvera, in extremis., l'énergie de faire le geste que permet de survivre. [...] Autrement dit, il s'agit de soigner le mal par la mal" (p.65).

A abordagem desse problema partiu da clínica de crianças. Os fenômenos em questão se relacionam a situações precocemente ansiogênicas, não dominadas pelo recalçamento e escapando de serem colocadas em latência durante o período de mesmo nome.

O fracasso do recalçamento pode conduzir a pessoa a procurar recursos nas atividades submetidas à compulsão de repetição para reconduzir a tensão ao nível zero. A compulsão à repetição em obra nos procedimentos autocalmantes obriga o sujeito a "jogar com o perigo".

Esquemmatizando, esses procedimentos de jogar com o perigo é o que leva os adultos a praticarem esportes extremos, no gelo, no deserto, no oceano, nas maratonas, onde o esgotamento é total. Na vida cotidiana, o apaziguamento é procurado numa excitação de repetição incessante de um comportamento motor – correr, caminhar, remar, nadar, comer – ou perceptivo, como a prática de tocar um instrumento de modo mecânico, por exemplo.

Encontra-se comportamento análogo nas crianças que tentam se acalmar pelo auto-embalamento. Este pode tomar uma forma autodestruidora como mostrou Fain (1992), ou pelo desenvolvimento de certos comportamentos perigosos e automutiladores, como nas crianças freqüentemente sujeitas a acidentes corporais, algumas vezes provocados de modo evidente, ou como nas crianças que recusam o contato com a mãe, ou com atividades como a de bater com a cabeça quando excitadas.

Fain diz que existe uma diferença entre o modo de embalar um bebê, em cuja excitação específica tem como objetivo o nível mais baixo de excitação, e o adormecimento do bebê tentado por ele mesmo através de gestos de bater com a própria cabeça, numa forma de dor física que se engata, sem dúvida, a uma forma de masoquismo primário.

É a qualidade desse adormecimento que foi interiorizado que dá aos procedimentos autocalmantes seu aspecto mais ou menos operatório. Existiria um vínculo pessoal a essa condição de adormecimento, que traz a marca da mãe, ou preferencialmente ao afastamento da mãe, não apenas no desligamento provisório, noturno, mas no momento em que ela se desliga parcialmente do filho e retorna à sua condição de mulher sexuada, amante.

É o afastamento que determina a existência de movimentos de regressão que dão lugar a uma atividade de pensar, em oposição a uma regressão estritamente comportamental que se exprime nos níveis das percepções e motricidade.

A mãe, adormecendo seu filho, transmite o que vai no sentido da vida, do erótico e das pulsões de autoconservação, ao mesmo tempo transmite o que vai no sentido das manifestações do instinto de morte.

Doce ou violenta, a procura da morte é um composto à procura do "*grand sommeil*", como disse Fain, para designar um ideal de sono operatório obtido pelo modo de adormecimento operatório.

É uma dimensão que está presente em bom número de procedimentos autocalmantes, e é por isso que essa referência ao ninar se torna tão importante. De uma parte, porque tais procedimentos autocalmantes parecem aí realizar uma prolongação ou uma substituição. De outra parte, porque a dupla mensagem trazida pelo embalo materno, mensagem erótica e manifestação da pulsão de morte, está no centro desse procedimento.

A interiorização da qualidade do ninar materno ilustra o impacto do que é transmitido. O modelo de adormecimento permite compreender como cada bebê se constitui, nas trocas com sua mãe, criando uma espécie de

Fain diz que existe uma diferença entre o modo de embalar um bebê, em cuja excitação específica tem como objetivo o nível mais baixo de excitação, e o adormecimento do bebê tentado por ele mesmo através de gestos de bater com a própria cabeça, numa forma de dor física que se engata, sem dúvida, a uma forma de masoquismo primário.

É a qualidade desse adormecimento que foi interiorizado que dá aos procedimentos autocalmantes seu aspecto mais ou menos operatório. Existiria um vínculo pessoal a essa condição de adormecimento, que traz a marca da mãe, ou preferencialmente ao afastamento da mãe, não apenas no desligamento provisório, noturno, mas no momento em que ela se desliga parcialmente do filho e retorna à sua condição de mulher sexuada, amante.

É o afastamento que determina a existência de movimentos de regressão que dão lugar a uma atividade de pensar, em oposição a uma regressão estritamente comportamental que se exprime nos níveis das percepções e motricidade.

A mãe, adormecendo seu filho, transmite o que vai no sentido da vida, do erótico e das pulsões de autoconservação, ao mesmo tempo transmite o que vai no sentido das manifestações do instinto de morte.

Doce ou violenta, a procura da morte é um composto à procura do "*grand sommeil*", como disse Fain, para designar um ideal de sono operatório obtido pelo modo de adormecimento operatório.

É uma dimensão que está presente em bom número de procedimentos autocalmantes, e é por isso que essa referência ao ninar se torna tão importante. De uma parte, porque tais procedimentos autocalmantes parecem aí realizar uma prolongação ou uma substituição. De outra parte, porque a dupla mensagem trazida pelo embalo materno, mensagem erótica e manifestação da pulsão de morte, está no centro desse procedimento.

A interiorização da qualidade do ninar materno ilustra o impacto do que é transmitido. O modelo de adormecimento permite compreender como cada bebê se constitui, nas trocas com sua mãe, criando uma espécie de

código sensório-motor pessoal. Essa seleção define a impressão dos comportamentos que são potencialmente procedimentos autocalmantes e que serão utilizados em caso de necessidade, se a regressão mental falhar.

Acalmar-se é fazer o papel de mãe e de criança consigo mesmo. Como se pudesse explicar a idéia de acordo com a formulação: a mãe em si embala a criança em si e diz a ela que está tudo bem. O procedimento autocalmante, espécie de autoninar praticado, é utilizado quando há fracasso ou insuficiência na fantasia de uma mãe calmante.

Enquanto as duas partes da dupla mensagem materna do adormecer estão intrincadas no pensamento calmante, elas estão desintrincadas no ato autocalmante. Por causa da falha de uma ligação psíquica realizada pela fantasia, o procedimento autocalmante tenta restabelecer a ligação, mas no nível do comportamento dessa vez, entre os aspectos eróticos e mortíferos.

Szwec faz alguns comentários sobre a relação dos procedimentos autocalmantes e o auto-erotismo e mostra como distingui-los um do outro.

Os auto-erotismos são a continuação dos cuidados maternos, inscrevendo-se como um trabalho sobre os limites internos e externos, sobre a diferenciação do eu e do objeto. Eles trabalham para garantir um sentimento de continuidade, apesar da descontinuidade dos cuidados maternos na sua presença ou na sua ausência. Eles constituem parte do sistema de pára-excitação e permitem o funcionamento do contra-vestimento.

Nos procedimentos autocalmantes, o indivíduo busca reencontrar psiquicamente, corporalmente, na realidade material, com a ajuda da percepção e da motricidade, o "*bercement*" maternal que não deu lugar a uma introjeção psíquica de qualidade suficiente. Os procedimentos autocalmantes, substituindo o auto-erotismo, realizam uma forma de apego ao objeto externo, pois o objeto interno não consegue ser representado. Eles mantêm, então, a percepção do objeto externo no lugar da representação.

Quando a falta de interiorização desse objeto que permanece real demais é tal que os diversos meios de colocá-lo à distância fracassam, um

comportamento de auto-sabotagem pode ser utilizado. A puberdade exacerba os problemas ligados a colocar-se à distância do objeto, porque torna-se fisicamente possível realizar os desejos incestuosos. Há nesse momento urgência de encontrar meios de gerenciar “uma boa distância” nas relações. Se a criança sai da infância sem ter à sua disposição possibilidades de intrincação da libido erótica e da pulsão de morte, a adolescência torna-se uma situação bem mais difícil ainda. Daí os riscos de um aumento de procedimentos autocalmantes, utilizados como substitutos do masoquismo erogênico. Aparecem então nessa fase, os comportamentos destrutivos da anorexia, da bulimia, da toxicomania.

Como uma forma de adicção, de dependência, a pessoa não consegue abrir mão de tais procedimentos. O que permite aproximar o ato autocalmante traumatofílico do ato toxicômano, é que essas duas técnicas correspondem a uma regressão comportamental, e **acalmam todas duas sem trazer satisfação.**

COMPULSIVIDADE

Há alguns anos, o termo adicção recobre não só as condutas de toxicomania, como também todas aquelas que dizem respeito a uma dependência com ou sem tóxico. Assim, se é adicto ao jogo, ao trabalho, às compras, à comida.

A adicção ficou associada a qualquer tipo de comportamento destrutivo, onde a pessoa que apresenta esse comportamento não tem controle sobre ele. Pode-se assim descrever a anorexia como adicção à fome, “adicção ao nada”, como diz Pirlot (1997), ao objeto de amor ou ao próprio sentimento de culpa.

O termo compulsividade, introduzido em 1945 por Otto Fenichel, se definiu a partir das distinções que Fenichel estabeleceu para perversão e impulsividade neurótica.

Fazendo um resumo do assunto segundo o autor, as perversões ocorrem mais freqüentemente em combinação com as neuroses compulsivas e com as psicoses, por causa das fixações pré-genitais. Nas perversões, os sintomas são ou prometem ser prazerosos. O tratamento psicanalítico não ameaça apenas reacender o conflito que o paciente evita com o significado de sua doença, mas também ameaça destruir o prazer, o único prazer sexual que ele conhece.

Outras ações impulsivas, que são ego sintônicas, apesar de não-sexual no sentido estrito do termo, igualmente servem ao propósito de se evitar um perigo, de negar ou garantir-se contra um perigo.

Nessa formulação, a depressão está sempre incluída entre os perigos. Os impulsos são experimentados como compulsões. Eles são ego sintônicos porque não são estranhos ao ego. Eles denunciam uma característica de irresistibilidade, que é diferente do impulso instintual normal. Irresistibilidade significa que os pacientes são intolerantes à tensão. O que quer que eles precisem, precisam atender imediatamente. Eles executam movimentos ordenados em ações e agem ao invés de pensar. Por isso os perversos e os neuróticos impulsivos são, às vezes, não chamados de neuróticos, mas de psicopatas.

O objetivo não é o prazer, mas a descontinuidade da dor. Qualquer tensão é sentida como a fome é sentida pelo bebê, como ameaça à própria existência.

Eles fazem de seus objetos os responsáveis por não proporcionar-lhes o relaxamento necessário e sentem-se culpados pela agressividade com que provocam seus objetos.

Seus atos impulsivos podem então significar esforçar-se por um objetivo que simultaneamente tentam evitar porque têm medo dele.

Estando fixados na fase oral, tendem a reagir às frustrações com violência. Seu principal conflito é entre essa tendência a reagir às frustrações com violência e a tentar reprimir toda a agressividade pelo medo de perda do

amor, isto é, medo de receber ainda menos no futuro. Objetos não são ainda pessoas, eles são entregadores de suprimentos e por isso substituíveis.

A formulação simples apresentada por Freud nas Conferências Introdutórias diz que as pessoas que reagem à frustração sexual com uma regressão à sexualidade infantil são perversas. Aquelas que reagem com outras defesas ou que empregam outras defesas antes da regressão são neuróticas.

Atualmente não se vê as coisas de modo são tão simples. É verdade que há estados patológicos que representam apenas "regressões à sexualidade infantil", mas eles não são a perversão típica. Os atos perversos, tais como as pessoas, são polimorfos. A ênfase principal de sua vida sexual é deslocada para outros prazeres e não é fácil saber onde a estimulação termina e onde a gratificação começa.

O fato de imputar ao objeto a culpa da própria infelicidade fez com Fenichel estabelecesse conexões desse comportamento com o masoquismo e o exibicionismo.

Para ele, o caráter masoquista obtém prazer exibindo seu sofrimento. O "exibicionismo de feiúra", representado o exibicionismo da inferioridade e das características negativas, está relacionado ao masoquismo. O exemplo citado por Fenichel é o da jovem paciente que, com medo das experiências sexuais, fez de si mesma feia para tornar-se sem atrativos para um homem.

Na mesma categoria estaria a "psicologia do ascetismo". No ascetismo que luta para a mortificar a carne, o próprio ato de mortificação torna-se a expressão distorcida da sexualidade bloqueada e dá um prazer masoquista.

Do ponto de vista psicanalítico, o termo adicção fez sua aparição oficial em 1932 num artigo de Glover que apresentou a adicção como fator associado aos estados-limites, mas empregado num sentido restrito da toxicomania e do hábito no uso de um produto, enquanto que nos nossos dias, a adicção é reconhecida como uma maneira de se drogar com, mas

também sem um produto, no sentido em que a adicção está ligada à questão do desejo.

Para Andre Green, as estruturas psicopáticas, toxicômanas e aquelas sujeitas a patologias somáticas crônicas, pertencem, devido a massividade de seus *actings*, a um grupo que se caracteriza pelas carências econômicas e pela carência da vida fantasmática.

Opinião partilhada também por Sifneos (1998), que verifica nos pacientes que sofrem de problemas psicossomáticos dificuldades em identificar sentimentos e em utilizar a linguagem para descrevê-los; empobrecimento da imaginação e dos sonhos; incapacidade de diferenciar as emoções das sensações corporais.

Os problemas alexitímicos, para Sifneos, não se encontram apenas em associação com as doenças psicossomáticas. Eles se encontram igualmente nos pacientes que sofrem de uma síndrome de stress pós-traumático (PTSD), de dependência às drogas, de alcoolismo crônico, de anorexia e bulimia nervosa e de sociopatia.

A adicção recobre, pelo menos em parte, o que os psicanalistas da Escola de Paris chamam hoje de procedimentos autocalmantes e as neo-necessidades (*néo-besoin*)¹, é o grupo dos também chamados escravos da quantidade.

Na descrição dos critérios para avaliação da dependência a substância psicoativa, constata-se que a maior parte dos critérios dizem respeito ao comportamento. Perda de controle, preocupação com a obtenção e utilização da substância, persistência da adicção apesar das conseqüências nefastas para o indivíduo. Estes comportamentos podem indicar uma teoria geral da dependência, incluindo todas as condutas que não implicam forçosamente o uso de uma droga, abarcando aquelas que

¹ «Neo-besoin est un besoin faux dans son essence, car organisé à l'avance il a pour mission de se changer de la même impérativité que les besoins vitaux dominés par les instincts de conservation. L'exemple le plus simple est celui qui consiste à donner le sein à un enfant à la moindre manifestation attribuée au déplaisir, c'est dire repeter l'expérience de satisfaction, du moins dans son apparence. Ce neo-besoin s'inscrit sous la forme d'une dépendence à l'égard de l'objet». (Ody, 2000:57)

produzem os mesmos efeitos psicopatológicos e mesmo bioquímicos, como a bulimia, há muito denominada "toxicomania sem droga"

ALGUMAS HISTÓRIAS INCOMUNS

Fora das considerações estatísticas, existe um grupo de pessoas tão gordas e pesadas quanto raras, que atraem a atenção como extravagância da natureza, mas que não devem deixar de ser mencionadas pelo aspecto paroxístico que essa doença pode mostrar.

Elas têm um destino trágico, e fora o primeiro caso relatado, onde não é possível saber muito sobre a história do sujeito, todos morreram prematuramente, antes que a velhice se aproximasse.

Esses casos também fazem pensar numa maneira especial de conduzir a vida que muito interessam à psicossomática psicanalítica. São as situações que sugerem a implicação de uma pessoa na chamada neurose de destino ou então na neurose de fracasso.

A primeira define uma forma de existência caracterizada pelo retorno periódico a acontecimentos infelizes, construído de modo que as experiências repetidas, apesar do seu caráter desagradável, surgem como uma fatalidade externa de que o indivíduo se sente vítima, e que conforme a psicanálise convém procurar as causas na compulsão à repetição.

O indivíduo não tem acesso ao seu desejo inconsciente de sofrimento, pois seu infortúnio lhe parece vir do exterior, dando a impressão de um destino desastroso. Freud (1920) descreve a situação como o caso daquelas pessoas que *"dão a impressão de um destino que as persegue, de uma orientação demoníaca da sua existência."*

A segunda, a neurose de fracasso, designa um tipo de desequilíbrio neurótico em que os indivíduos parecem ser artífices da sua própria infelicidade, de modo que não podem suportar obterem precisamente aquilo que mais ardentemente parecem desejar.

O caso mais famoso, repetido em alguns livros sobre o tema, é o caso de um homem que o gastrônomo francês, Brillat-Savarin, encontrou e descreveu por ocasião de uma viagem realizada em 1795 ao Novo Mundo.

Esse homem, visto na América, medindo 1,92m de altura e mais de 2,40m de circunferência, foi descrito como o mais extraordinário exemplo de obesidade monstruosa. Suas pernas poderiam sustentar uma igreja, seus dedos eram como os do imperador romano a quem os colares de sua esposa serviam de anéis. Os braços e as pernas eram da grossura de um homem de meia estatura e seus pés era como os dos elefantes.

O autor, muito impressionado com o que viu, refletiu que, se o que ele viu não era o resultado de uma doença, era no mínimo uma péssima indisposição de caráter, na qual a pessoa recai no pecado da gula quase sempre pela própria culpa.

Edouard, este era o nome do obeso, passava sua vida sentado numa enorme poltrona perto de uma janela baixa que dava para a rua, e chamava a atenção de todos os passantes. Quando observado com muita insistência por alguém, relata Brillat-Savarin, dizia uma série de impropérios ao curioso com o intuito de afastá-lo dali.

Tendo conversado um pouco com esse homem, Brillat-Savarin conta que Edouard lhe assegurou que ele não se aborrecia, nem se entediava com sua condição e que se a morte não viesse subitamente atrapalhar que ele esperaria de boa vontade assim pelo fim do mundo.

Seu conselho aos leitores no capítulo do livro dedicado ao tratamento preventivo da obesidade foi claro:

"Il y a longtemps que l'intempérance a fixé les regards des observateurs. Les philosophes ont vanté la tempérance; les princes ont des lois somptuaires, la religion a moralisé la gourmandise; hélas! On n'en a pas mangé une bouchée de moins, et l'art de trop manger devient chaque jour plus florissant.

Je serai peut-être plus heureux en prenant une route nouvelle, j'exposerai les inconvénients physiques de l'obésité; le soin de soi-même (self preservation)

sera peut-être plus influent que la morale, plus persuasif que les sermons, plus puissant que les lois, et je crois le beau sexe tout disposé à ouvrir les yeux à la lumière.

[...]Il en résulte encore que tous doivent désirer de s'en préserver quand ils n'y sont pas parvenus, ou d'en sortir quand ils sont arrivés" (1982:222).

Brillat-Savarin atribuiu à obesidade de Edouard um defeito na esfera da força de vontade, uma indisposição de caráter recriminável, imaginando como possível para o obeso livrar-se dessa situação apenas pelo desejo consciente de se modificar. Como alguns médicos de nosso tempo, ele pretendia orientar essas pessoas lembrando-lhes que o aumento de peso diminui o poder de locomoção, atrapalha a respiração e torna impossível um trabalho que exija esforço prolongado da força muscular. A obesidade, lembrava ele, arruína a harmonia das proporções preenchendo cavidades que a natureza destinou a fazer sombra. Ela predispõe a doenças como apoplexia, hidropsia, úlceras nas pernas e faz com que todas as afecções se tornem difíceis de curar.

Na mesma cidade de Nova York onde Brillat-Savarin encontrou o "*plus extraordinaire*" obeso que ele viu, também vivia o homem mais pesado do mundo. Michael Hebranko, 43 anos, casado, um filho. Foi, pode-se dizer assim, descoberto em 1996, quando precisou de tratamento médico e internação hospitalar por causa da gangrena que afetava a parte inferior de suas pernas.

Pesando cerca de 500 quilos, Hebranko não se locomovia mais da cadeira onde vivia, sentado e coberto por lençóis, já que não havia roupa para vestir com o seu tamanho. Suas pernas por falta de circulação sanguínea adequada estavam necrosando.

Em 1990, ele fez um regime e conseguiu perder mais de 300 quilos, que logo recuperou por ter cometido o "erro", segundo sua declaração, de não tratar de seus problemas psicológicos, que no entender do próprio Hebranko, foi o que disparou seu aumento de peso. "*Quando começo a comer não consigo mais parar*".

Michael Hebranko disse que se escondia das pessoas porque queria ser tratado com dignidade, o que não acontecia mais desde que se tornou um super obeso.

Interessante mostrar que o título da matéria do jornal que conta sua história é: *A gula pode ter trauma emocional como causa* (entrevista publicada no Jornal do Brasil em 18/05/1996).

Parece implícito nesse cabeçalho a concepção de que a causa do tamanho descomunal de Hebranko foi o pecado cometido por ele, a gula, mesmo que por trás dela esteja apontada uma justificativa de trauma emocional. Talvez por ser a idéia de pecado, para o senso comum, menos obscura que a noção de sofrimento psíquico como desencadeador da obesidade.

Essa idéia de pecado, remete novamente a Brillat-Savarin lembrando que Mirabeau dizia de um homem excessivamente gordo, que Deus não o havia criado senão para mostrar a que ponto a pele humana podia se esticar sem se romper. Essa pele, "barreira de contato" com o mundo exterior tem na verdade algumas propriedades extraordinárias: ela é retentora de quantidade, é plástica e maleável, se restabelece e retém a energia, mas... sua resistência tem um limite. Ultrapassado o limite rompe-se. Rompe-se o que Freud chamou, a propósito da noção de barreira de contato, de pára-quantidades. Aquilo que Anzieu diz que à semelhança da membrana celulósica dos vegetais, o couro ou a capa de pêlo dos animais serve de proteção para o corpo, o eu-pele.

Hebranko esgotou sua própria possibilidade de criar camadas de proteção contra o mundo exterior, ultrapassou o limite de criar gordura e pele, e apesar de socorrido não resistiu por muito tempo.

Também em 1996, o Guinness – livro dos recordes, apontou Joselina da Silva, nascida em Itaperuna, Rio de Janeiro, a mulher mais gorda do Brasil.

O Jornal do Brasil de 14 de Setembro de 1996 publicou, na seção de óbitos a história dessa mulher imensa que aos 37 anos, havia falecido, no dia anterior, de parada respiratória.

Seu problema de aumento exagerado de peso tinha começado aos 15 anos, quando soube que era filha adotiva.

Em 1993, um SPA não identificado pelo jornal, atendendo ao apelo público de ajuda da família, ofereceu-lhe tratamento de emagrecimento. A paciente submeteu-se, então a um regime rigoroso, de 400 calorias por dia, e sofreu algumas cirurgias plásticas.

Emagreceu com o tratamento 250 quilos e, por causa de uma briga com os médicos da clínica, abandonou o SPA.

Em seis meses recuperou 100 quilos e ainda estava aumentando de peso na ocasião de seu falecimento.

Enquanto estava internada no SPA fazendo tratamento, Joselina da Silva tinha o objetivo de vir a pesar 75 quilos, que considerava bom para sua altura de 1,60m.

Esse caso, do modo como foi descrito, deixa uma série de questões sem respostas. O jornal não sabia mais do que o que foi apurado, e talvez não se justificasse, para a finalidade da reportagem, uma avaliação mais profunda da vida dessa mulher incomum, mas deixou, entre outras, uma curiosidade sobre os aspectos afetivos de Joselina ligados à sua doença.

Sua obesidade crescente foi deflagrada pela notícia de que não era filha legítima de seus pais. O que faz levantar a hipótese de que essa revelação de efeito traumático desencadeou em Joselina tal vivência de desamparo e solidão, que a levou a procurar na alimentação um amparo já vivido (de modo insuficiente) anteriormente, criando através de camadas de gordura no corpo – um escudo, simulacro de mecanismo de pára-excitação - proteção contra as ameaças de aniquilação suscitadas pelo afastamento de sua mãe biológica.

Ou talvez, a retomada de suas vivências edípicas no início da adolescência associadas à notícia da adoção, tenham exigido dela medidas extremas contra sedução, hipótese que também parece de acordo com o sintoma apresentado. Para confirmar essa idéia, há a sugestão de houberam fortes ataques aos vínculos transferenciais com os médicos que cuidavam de Joselina, culminando com uma briga que a faz abandonar a clínica e o tratamento de aparente êxito.

À despeito das histórias singulares, que as pacientes bulímicas apresentam, a descrição que, muitas vezes, elas fazem de sua infância é de uma infância fácil, tranqüila, límpida. A puberdade vem contradizer esse pseudo-paraíso, onde as confusões causadas pelas primeiras emoções sexuais, vão provocar sensações de pânico insustentáveis que desencadeiam as crises de empanturramento. Elas são confrontadas com as suas próprias sensações corporais intoleráveis por que são condenadas imediatamente. Essa culpa é ativada pela grande proximidade de fantasias edípicas, dentro da qual, o incesto insuficientemente recalcado faz seu retorno num cenário masoquista.

Assim se organiza a convicção de ter seduzido ativamente o pai (ou a mãe), desencadeando nos pacientes uma violência inesperada, transbordante. Assim também, num movimento defensivo, se determina a necessidade de aniquilar toda a manifestação, todo o signo de feminilidade suscetível de excitar um outro.

A ingestão massiva de comida vem então mortificar um corpo que se constitui como fonte de desejos reprováveis, corpo regularmente violentado e maltratado, repetição mortífera e humilhante, que vai constituir um comportamento regido por um masoquismo mortal.

Dentre as pacientes que entrevistei na fase inicial do meu trabalho de pesquisa, atendi uma mulher de 52 anos, casada, com três filhos, que pesava cerca de 250 quilos.

Mariane passava o dia todo deitada na cama. Impossibilitada de andar devido ao enorme peso de seu corpo, tinha também como agravante, diabetes e úlceras varicosas nos membros inferiores. Ela dizia que não andava porque tinha muito medo de bater com as pernas em algum lugar e piorar a situação delas.

Precisando de internação para tratamento das pernas e por necessitar de maior controle de dieta para compensação glicêmica, teve que ser retirada de casa pelo Corpo de Bombeiros e colocada em uma ambulância sem maca, para que pudesse ser acomodada lá dentro. Foi um momento de grande constrangimento para ela e para a família porque tal operação chamou a atenção da vizinhança inteira e quem não a via paciente há algum tempo ficava estarecido com o tamanho do seu corpo.

Essa situação intensificou seus problemas familiares, principalmente com sua filha mais nova que tinha muita raiva da mãe porque a julgava displicente com a saúde e sem

nenhuma força de vontade para emagrecer. Mariane ficava muito ressentida com o que considerava incompreensão da sua família.

Já tinha feito vários tratamentos emagrecedores em clínicas especializadas. Conseguia reduzir seu peso enquanto estava na clínica, mas o recuperava na volta para casa. Não conseguia aceitar comer uma comida diferente da que era feita para a família, e dizia que não resistia aos doces. Explicava-me que seu organismo precisava de açúcar, senão se sentia mal.

Tinha sido uma menina gordinha, mas segundo ela, isso nunca lhe trouxe problemas. Passou a engordar violentamente após a morte de sua mãe que ocorreu na mesma época do nascimento do primeiro filho. Ficou tão deprimida que sua irmã mais velha, solteira, sem filhos e, vale dizer, sem problemas de obesidade, acabou tomando conta do seu bebê, um menino, pois ela não se interessava por mais nada. A partir daí, engordou progressivamente. Duas novas gravidezes, novos ganhos de peso, sem retorno ao peso anterior. As duas meninas conseguiu, diferentemente do filho, criar sem a ajuda da irmã, descrevendo sua vida pessoal e familiar como normal. Seu único problema era a obesidade.

Considerava-se feliz no casamento, pois seu marido compreendia a sua "situação de saúde", dizia ela, desde o início do casamento e não era muito exigente.

Sempre foi absorvido pelo trabalho de comerciante, quase não parava em casa, mesmo nos fins de semana. Era um homem calmo, pacífico, trabalhador. Tinha sido empregado do pai de Mariane, que também era comerciante, e o casamento se realizou com grande satisfação para a família dela.

Seu marido dormia na sala, há dois anos, numa cama improvisada, desde que apareceram as úlceras nas pernas da esposa, para que ela pudesse ter um conforto maior.

A piora do estado de saúde da paciente aconteceu na ocasião do nascimento do primeiro neto, filho do filho mais velho. Apareceram as úlceras nas pernas, a depressão retornou de forma mais branda do que na época do falecimento da mãe e ela não se sentia bem em casa. Mariane não via qualquer correlação entre o nascimento de seu próprio filho e a depressão, e o nascimento do neto e a depressão.

Durante o período que permaneceu acamada, praticamente imóvel, Mariane só se sentiu segura quando foi internada no hospital para tratar das úlceras das pernas e não queria voltar para casa. Me disse que piorara ao voltar e que tinha sido um erro do médico e da família liberá-la do hospital tão cedo. Esteve internada por quase quatro meses, e

sentiu-se muito bem tratada. O único problema era a comida do hospital da qual não gostava, mas alguém da família sempre levava de casa para ela o almoço.

A família resolveu procurar um atendimento psicoterápico para Mariane, aconselhada pelo endocrinologista que a acompanhava. Na primeira visita que fiz à paciente, sua filha mais nova me disse que a mãe era rebelde, não se tratava direito, não fazia dieta, se queixava o tempo todo de dores, mal-estares, que a família não tinha mais paciência com ela, e que esperava que a terapia apontasse um caminho para a recuperação da mãe.

Conseguimos, eu e a paciente, estabelecer um bom relacionamento terapêutico, e após um curto período de tempo, incluiu-se um fisioterapeuta no tratamento para ajudar Mariane voltar a andar. Pouco depois, Mariane estava conseguindo ir até a sala e ficar lá sentada por umas poucas horas.

Neste momento sua filha me comunicou que o tratamento precisaria ser suspenso porque a família ia se mudar para uma outra casa e precisariam encaixotar muita coisa, desmontar armários e estantes, que depois que passasse essa fase a terapia recomeçaria. A interrupção durou cerca de três meses.

A família decidiu se transferir para uma casa sem escada, para facilitar a locomoção de Mariane. Toda a preparação e acomodação no novo lugar ocorreu com a participação distante dela, que me dizia que aquela não era sua casa, era a casa da filha. Seu quadro depressivo aumentou após a mudança de residência. Mariane voltou a ficar acamada durante todo o dia, chorava muito e nosso relacionamento, na nova casa, era marcado pelo seu desespero. Pedi a família o acompanhamento de um psiquiatra, mas não houve tempo de atenderem o meu pedido.

Mariane veio a falecer, de modo súbito, de falência de múltiplos órgãos.

A perda de seu papel de mãe no momento da morte da própria mãe, a tentativa malsucedida de recuperação de sua autoridade materna, a própria incapacidade de ser uma boa mãe para si mesma eram os dinamismos mais marcantes de Mariane.

Quando comecei a acompanhar essa paciente, sua vida e o controle da rotina doméstica eram determinados por suas duas filhas, com a participação maior da filha caçula que passava mais tempo em casa. A condição de

passividade e submissão às filhas, embora fosse motivo de conflito e sofrimento permaneceu e se acentuou próximo a morte dela.

Parecia evidente a condição masoquista da paciente diante de suas dificuldades e a contrapartida agressiva do ambiente familiar criava uma condição de desorganização emocional permanente para todos.

A vivência de desamparo relatada pela paciente que seu ambiente familiar não podia conter, encontrou uma provisória contenção na hospitalização.

Creio que as sucessivas retiradas dos apoios externos como a saída do hospital, a suspensão da psicoterapia e da fisioterapia, a mudança para uma nova casa, que não lhe pertencia, desencadeou a aceleração da desorganização psicossomática, já em curso há vários anos, mas que a levou em curto tempo à morte.

Ainda me pergunto sobre vínculo depressivo que suspeitei existir entre os nascimentos de seu filho e de seu neto. É certo que a morte de sua mãe encobria o evento do nascimento do primogênito. Interessante, entretanto, é que a irmã, também enlutada pela perda da mãe, a substituiu no papel materno e pode cuidar do menino sem problema.

A família lidou com a morte de Mariane com o alívio daqueles que acompanham a evolução de uma doença dolorosa e fatal. "Foi melhor assim", me disse uma das filhas.

V- O CASO CLÍNICO

No relato do caso clínico será utilizado o mesmo método de relato de caso utilizado para diagnóstico no Hospital Pierre Marty - IPSO.

As duas primeiras entrevistas realizadas com o paciente são descritas da forma mais detalhada possível, pois nelas são levantados os dados de avaliação da qualidade mental do paciente, o diagnóstico, prognóstico e encaminhamento para tratamento psicoterápico se for o caso.

Este caso clínico teve a supervisão de dois psicossomatistas da Escola de Paris e a opinião desses terapeutas constará do comentário do caso.

Denise tem trinta e seis anos, é branca, casada tem duas filhas. Pesa 132 quilos distribuídos em 1,60m de altura (IMC=52).

Chega ao posto de saúde para a primeira entrevista andando devagar, com muita dificuldade por dores nos joelhos e intensa falta de ar por causa de asma brônquica severa.

Neste mesmo dia, na verificação de sua pressão arterial foi confirmado também um quadro hipertensivo.

Foi indicada para entrevista psicológica por um pneumologista, que me informa sobre o estado de saúde preocupante da paciente. Ele deseja que Denise emagreça bastante para aliviar seu esforço respiratório, melhorar sua condição geral e também, no seu ponto de vista, com isso, conseqüentemente, melhorar sua condição psicológica.

Avalia que trata de uma paciente difícil, muito dependente dele, com um tipo de relação médico-paciente que não lhe agrada pela excessiva intimidade que Denise imprime ao relacionamento, lhe chamando pelo nome no diminutivo, dispensando o uso de doutor no tratamento pessoal, lhe sugerindo estender o relacionamento num nível social.

O tratamento medicamentoso prescrito não tem surtido bons resultados e o pneumologista, desanimado, não consegue encontrar boas explicações para o problema.

Marcada a primeira consulta, Denise chega ao posto de saúde com antecedência, amparada pelo marido e por sua filha mais nova, uma adolescente de 14 anos, também obesa.

Enquanto faz a ficha e a avaliação médica antes da entrevista, permanece de mãos dadas com a filha numa atitude de apego pouco comum entre adultos na sala de espera. Após o atendimento na recepção do posto, a enfermeira comenta a surpresa que provocou o comportamento de Denise que durante a anamnese inicial se apoiava na filha como se fosse uma criança pequena.

A paciente e sua família são pobres. No entanto, vivem com algum conforto numa casa de cinco cômodos nos fundos da oficina mecânica, onde o marido trabalha há alguns anos.

O marido de Denise é um homem miúdo, magro, reservado, posteriormente descrito por ela como mole, deprimido. Ele acompanha Denise em todos os lugares que ela precisa ir fora de casa, pois esta não pode utilizar transporte coletivo devido à sua obesidade. Não passa na roleta e no ônibus ocupa um assento quase inteiro.

PRIMEIRA CONSULTA

Antes de entrar na sala de atendimento confirma se deve entrar sozinha, se dirigindo a mim com voz e modos infantis.

Denise se acomoda e me olha em silêncio, até que lhe pergunto se ela sabia por que tinha sido encaminhada a uma consulta psicológica.

Me responde que é por que está sempre doente, contando sobre suas numerosas internações por causa da asma e da sua necessidade de se aposentar de seu emprego na Prefeitura Municipal de Teresópolis.

Denise é merendeira municipal e diz que o vapor das panelas lhe provoca tosse, falta de ar e a seguir crise de asma. Também tem dificuldade em ficar muito tempo em pé por causa do joelho que dói muito e como já fez "operação de barriga" não pode carregar peso. Suspender as panelas pesadas, cheias de comida, é um sacrifício.

Tinha muita vontade de conseguir uma aposentadoria por invalidez. Pedira afastamento da escola onde trabalhava, e tem renovado sua licença médica há um ano. Acha que está sendo prejudicada pela médica perita da Prefeitura que não gosta dela, que lhe diz que ela não tem nada e tudo vai passar quando recomeçar a trabalhar.

Segundo Denise, a médica não acredita nos laudos que o pneumologista envia para a consulta pericial, resultando disto o impedimento para sua aposentadoria.

Perguntei se ela estava buscando na entrevista comigo um laudo psicológico para ajudar na perícia da aposentadoria. Denise me diz que um laudo meu ajudaria bastante. Esclareci que esta não era a proposta do atendimento e comentei sobre os objetivos do trabalho de pesquisa que pretendia desenvolver, perguntando-lhe se concordaria em ser acompanhada durante um determinado tempo com o objetivo de verificar se essa intervenção ajudaria na recuperação de sua saúde.

Aparentemente a paciente aceitou bem a limitação do seu interesse no atendimento que estava sendo oferecido e disse que tinha problemas nervosos desde pequena, quando desmaiava à toa. Estava sendo acompanhada por um endocrinologista por causa de diabetes e ele havia lhe dito que sua obesidade se devia ao efeito da cortisona que tomava para asma e o fator emocional ligado à expectativa da aposentadoria.

Disse que tinha disritmia, que tomava calmantes, que se parasse com eles teria crise. Era assim desde que assistiu o atropelamento e morte do irmão caçula quando tinha de sete para oito anos e o irmão seis. Ficou sem voz durante um tempo devido ao choque emocional que sofreu e a partir daí passou a ter dores de garganta seguidamente.

Lembrou-se que a asma começou aos doze anos de forma branda, pouco tempo antes da primeira gravidez.

Sobre a gravidez, Denise comenta que, na época, teve muitos problemas familiares, porque engravidou aos treze anos sem muita noção do que estava acontecendo.

Demorou seis meses para convencer-se de que estava grávida. Os exames de urina que fez para confirmação da gravidez, segundo Denise, nunca deram positivo. Perguntei como foi para ela o período de gravidez. Sua resposta foi de que passou muito mal.

No aspecto somático essa fase foi marcada por enjoos e Denise conta que engordou 43kg, passando de 45kg para 88kg. Após o nascimento da filha disse que manteve os 88kg e a asma leve só se manifestava se ficava resfriada. Agora mal consegue andar por causa da falta de ar. Durante a noite precisa fazer duas ou três nebulizações e mal consegue dormir.

Sua principal queixa é o problema pulmonar, que sente agravar-se progressivamente, e o sentimento de angústia por estar constantemente doente.

Reclama da quantidade de remédios que precisa tomar por causa das diferentes doenças somáticas, asma, pressão alta, dor nas pernas, "açúcar no sangue" e diz que passa mais tempo internada no hospital do que em casa.

Combinamos uma série de consultas a serem realizadas semanalmente, com duração de cinquenta minutos, no consultório do posto de saúde, num horário a ser confirmado posteriormente. Denise dependia da disponibilidade de horário do marido, pois precisava dele para vir a consulta.

SEGUNDA CONSULTA

A segunda consulta ocorreu uma semana após a primeira, e começou com o comentário de Denise sobre o calor e a temperatura alta na cidade, na sala de espera, quando fui buscá-la para a entrevista. Entrando no consultório, declara que: "Quanto mais se fica doente mais se tem problemas".

Respondo lhe perguntando se não podia ser exatamente o contrário: "quanto mais se tem problemas mais se fica doente?". Denise hesita um pouco em concordar, e responde mudando de assunto que sua maior preocupação é com o que os outros pensam dela.

A preocupação provinha da época de sua primeira gravidez aos treze anos, quando foi muito criticada, humilhada, xingada, fase que não gosta de lembrar, exceto pelo fato de que por causa disso saiu de casa, que para ela foi melhor do que continuar morando com os pais.

Desde os nove anos de idade se interessava e paquerava o pai de suas filhas, seu marido até hoje. Casou-se com ele depois da filha nascida. O casamento foi exigido pelo pai dela e por determinação da polícia, porque Denise era menor de idade e o futuro marido mais de dezoito anos. Casou sem amor para sair de casa. Assinalo que ela acabara de dizer que paquerava o marido desde nove anos, por que acha que casou sem amor? Num tom de voz mais baixo, como quem faz uma confidência, me responde sorrindo que era muito nova e não sabia o que era amor. Tal comportamento me sugeria a idéia que Denise "conhece o que é o amor", mas não na relação com o marido, conhecimento obtido já na idade adulta. Não fiz nenhum comentário e Denise prossegue a sua história.

Toda a família brigou com ela, principalmente a irmã caçula. Essa irmã, de criação, foi adotada pela família depois da morte do irmão que morreu atropelado. Comenta que o irmão que morreu era o favorito da mãe, que nunca gostou dela. Lembra que quando pequena, sua mãe a deixava sentada na calçada lateral do mercado onde fazia compras. Depois das

compras a mãe voltava para casa esquecendo-se dela na porta do mercado. Algum tempo depois a mãe se dava conta de sua ausência e mandava um dos irmãos buscá-la. Perguntei que idade ela tinha quando isto acontecia. Diz que não se lembra, mas que era bem pequena, talvez uns quatro anos de idade, e que lembrar disso ainda a magoa.

Voltando ao assunto das brigas da família com ela na primeira gravidez, Denise conta que quando a irmã de criação foi morar na casa dela, implicava com a menina de quem não gostava. Depois aos poucos, com o tempo, se afeiçãoou à menina e a adotou como filha, mas essa irmã tem aversão e medo de Denise porque os namorados da irmã acabavam se apaixonando por ela. Perguntei como ela descobria que os namorados da irmã estavam apaixonados por ela. Sorrindo e fazendo uma expressão infantil de quem não tem culpa, me respondeu que eles acabavam se declarando.

Até mesmo sua filha mais velha já tinha reclamado de um antigo namorado que gostava mais de conversar com Denise do que com ela. Perguntei se seu marido não sentia ciúmes e ela respondeu que não.

O marido chega em casa depois do serviço, janta e se joga no sofá e de lá só se levanta para ir para a cama dormir. Não gosta de sair, de ir à casa de parentes, de conversar, de passear. Acha que ele é sem ambição e “não esquenta a cabeça com nada”. É bom marido porque não deixa faltar nada em casa para ela e as filhas, mas não combinam em gênio.

Ela deixa o marido sozinho e vai para o centro (espírita), desce (sai de Teresópolis), vai passear com os amigos lá embaixo, tem sua própria vida.

Denise gosta de sair, vive sendo procurada pelos conhecidos. Gosta de ser assim, de ter muita gente em torno de si. O marido não, é muito isolado.

Essa consulta foi marcada pela impressionante facilidade da paciente de falar em assuntos íntimos, mudando de forma notável a impressão deixada na primeira consulta. Nem uma só queixa somática foi feita nessa entrevista.

A rápida mudança de enfoque dada por Denise à consulta, se afastando das queixas somáticas, entendo hoje como provocada pela minha intervenção inicial, valorizando os aspectos emocionais dos acontecimentos.

Com a rapidez de percepção do que deve fazer para agradar o outro, para facilitar o processo de identificação com o novo objeto que eu representava, comportamento típico do paciente alérgico descrito por Marty, Denise mudou o curso que ela propunha dar à entrevista, pois minha intervenção determinou o caminho a seguir. Além disso, como com o seu médico, ela imprimiu um tom de confiança e relacionamento íntimo comigo, desprezando a condição recente do contato, como se estivéssemos muito além da segunda consulta.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Denise tem quatro irmãos, dois homens e duas mulheres. O relacionamento com eles é conflituoso, com brigas e afastamentos periódicos. Como ela mesma disse, não se lembrava de estar alguma vez de bem com todos os irmãos ao mesmo tempo.

Sua mãe, quando mais moça, trabalhava como empregada doméstica e seu pai como pintor de paredes. Os pais brigavam muito e se separaram com dez anos de casamento. O motivo das brigas era o alcoolismo do pai, que atualmente não bebe mais porque está doente, com cirrose hepática.

Denise diz que dos filhos é a única que dá assistência ao pai de boa vontade e o ajuda financeiramente.

Quando criança, percebendo que o pai chegava bêbado em casa, corria para o quintal com os irmãos para não apanhar e lá ficavam até o pai adormecer. Hoje, diferentemente dos irmãos, tem pena dele e por isso o ajuda. Depois da separação dos pais, cansou de ir pegar o pai caído na rua e levá-lo para a casa de uma tia onde o pai morava.

O relacionamento com a mãe sempre foi difícil e permanece desse modo. Foi ela quem levou Denise para Delegacia Policial para fazer o exame pericial, para obrigar o namorado a casar-se com ela. O exame médico pericial necessário para a confirmação que tinha sido deflorada foi traumático e Denise responsabiliza a mãe por isso.

Casou-se sem amor, mas na época achou que seria bom porque ia morar fora de casa. Diz-se infeliz no casamento e tem um caso amoroso com um amigo de infância, também casado como ela. Faz confidências desse relacionamento e dos problemas conjugais com a filha mais nova que ela julga muito madura para a idade, pois dá a Denise conselhos muito sensatos.

A filha mais velha é professora primária, está noiva, prestes a fazer um casamento que Denise não aprova. Não gosta do noivo da filha porque ele é ciumento e impede o convívio da filha com a família.

A mais nova é uma adolescente obesa que não gosta de sair com os colegas de mesma idade, se interessando mais pelas atividades que faz com Denise. Tem muitas dificuldades escolares e pensa com frequência abandonar os estudos.

Denise também não estudou muito. Acha que poderia ser professora, mas a maternidade aos treze anos lhe impediu de continuar estudando. Quando lhe perguntei por que não recomeçava a estudar, me disse que já estava velha demais para isso.

A obesidade mórbida e a resistência aos regimes demorou para aparecer nas consultas como um problema de saúde que ela precisasse tratar. A hipertensão e a diabetes eram tão raramente mencionados, que às vezes eu mesma esquecia dessas complicações.

Denise justifica sua corpulência como inchaço devido ao uso prolongado de corticóides no tratamento da asma, embora se reconheça como "toda a vida fui gorda" - avaliação que contradiz o que ela me contou nas primeiras entrevistas sobre o início da obesidade, associando-a à gravidez.

Afirma que está constantemente de dieta e diz não compreender porque não emagrece, pois come pouquíssimo e não liga para comida. Essa informação é evidentemente distorcida, pois Denise em muitas ocasiões me contava sobre fartos almoços de fim-de-semana, em suas histórias estava sempre na cozinha. E, uma vez, num contato telefônico, quando fui avisada da ausência de Denise por causa de uma internação, sua filha mais velha me disse que a internação ia ser boa para Denise, pois só assim ela faria uma pequena dieta. *"Ela come muito, Doutora. Ela diz que não come nada, mas come sim"*.

As poucas vezes que tentei confrontar a paciente com suas contradições sobre a quantidade de comida que ela dizia comer, sobre seus relatos em torno do que preparava na cozinha para si mesma ou para a família, e mesmo tentando uma explicação para o seu tamanho enorme, ela obstinadamente negava seu apetite, chegando a argumentar que alguns vezes tomava só água o dia inteiro.

Denise é uma paciente de baixa atividade física e não tem consciência de seu descontrole alimentar. É gorda desde pequena e é considerada grande obesa há mais de vinte anos. Entretanto, se diz obesa devido ao seu tratamento com corticóides que começou há três anos. Ainda assim, quando diante desses argumentos, afirma não entender por que é gorda e acha toda essa situação incompreensível.

As entrevistas de Denise duraram cerca de dez meses de modo regular e freqüente. Denise só faltava à consulta se estivesse hospitalizada, se mantendo aderida ao tratamento até o fim previsto de nosso trabalho.

Por causa da profusão de queixas somáticas da paciente ao longo da terapia, num determinado momento eu tinha perdido a noção da cronologia desses acontecimentos, tendo dificuldade para estabelecer vínculos entre as doenças, acidentes, cirurgias e desmaios e as situações emocionais vividas pela paciente. Comentei com Denise minha dificuldade, o que lhe proporcionou grande prazer, pois ela ria e se divertia com meu embaraço.

Pedi-lhe então que relacionasse por escrito, desde a idade que ela conseguisse lembrar, as doenças e cirurgias ocorridas em sua vida.

Denise atendeu o meu pedido e escreveu o que chamou de "relatório", um manuscrito que reproduzo a seguir mantendo a pontuação e os erros de português feitos por ela. Em anexo ao trabalho, encontra-se a reprodução do manuscrito.

"O RELATÓRIO"

(relatorio)

Quando tinha de 3 a 4 anos eu vivia furando o calcanhar com prego foi umas quatro vezes.

tiive aos 5 anos um pequeno problema nos olhos.

tive também toda minha infancia dores nas pernas que os médicos diziam ser reumáticas.

Quando tinha 7 anos no dia da morte do meu irmão perdi a voz por algumas horas.

Aos 8 anos tive varias crises de garganta

Aos 9 anos fiz uma cirurgia de garganta e nariz fiquei 1 ano tomando vacina. e fiquei mestruada antes dos 9 anos

Tive logo apos cachumba, tive assadura que davão bolhas nas minhas pernas com 10 anos tive sarampo.

Com 12 anos torci meu dedo indicador comecei com um pouco de asma bem leve. Aos 13 anos fiquei grávida tive varios problemas durante a gravides de estomago fiz uma cesariana.

Aos 15 anos torci o tornozelo do pé esquerdo

8 meses apos torci o pulso 3 meses apos torci o dedo polegar

16 anos eu brincando torci outro dedo com 19 anos tive uma pequena crise de nervos perdi os sentidos vistas escuras tonta e com caimbra no corpo e estava com o dedo polegar da outra mão com gesso

Aos 20 anos tive rubella.

Aos 21 anos engravidei novamente uma gravidez de riscos com crise de rins e tomando calmante e outra (cesaria)

Aos 23 anos fiz uma cirurgia de ernia umbilical

aos 24 e meio fiz uma cirurgia de visicula com varios riscos enclusive regeição de ponto etc. e a asma sempre leve eu comecei a tratar

tratei 4 anos com Julio Maria, Maria do Carmo, Euvira era coisa boba só quando ficava resfriada

Durante de 15 anos ate 35 estou tentando emagrecer algumas vezes ate tive sorte

Aos 33 anos começou minha asma fatal e seus sintomas gerados por ela.

e o resto já esta tudo explicado

fora problemas com dentes 2 canais que tive que fazer em 92 e outro 95.

sabe o que eu descobri com tudo isso que sou uma mulher problema.

e espero melhorar rapido tive mais doença do que saúde

e agora estou com dores no pé direito

é mole

Quando me entregou o relatório, Denise quis complementar algumas informações, dizendo que aos três anos era uma criança muito magra, que o pai insistia para ela comer, que lhe dava vitaminas e que a partir daí começou a engordar aos poucos. Sabe dessa história porque o pai comenta sempre isso, mas não se lembra dessa época. Tem uma fotografia que mostra que ela era magra quando bem pequena.

Cinco anos - o irmão mais velho fazia carrinhos de rolimã no quintal e Denise furava os pés nos pregos esquecidos por ele no chão. Comenta que dos cinco irmãos só ela se machucava.

Quanto a febre reumática, Denise se lembra de lavar as pernas com água bem quente e se deitar.

Sete anos – fazia tudo para falar e a voz não saía. As dores de garganta foram tantas que faltava muito ao colégio e acabou tendo que fazer cirurgia.

Dezesseis anos – tinha vício de fazer raio-X de pulmão. De seis em seis meses fazia uma radiografia por medo de ter alguma coisa no pulmão. Explica-me que fumava e tinha medo de ficar tuberculosa.

Li o relatório durante a consulta e perguntei se ainda sentia a dor no pé referida no final. Rindo muito, me disse que não, “aquilo foi só na hora”.

COMENTÁRIOS

Durante o tempo de contato com Denise, nunca a incentivei a participar de nenhum programa de redução de peso, embora soubesse que seu médico pneumologista tinha grande expectativa a esse respeito.

Justifico essa posição em função do conhecimento teórico adquirido, que sugere que não se programe qualquer condição de dieta que não possa ser acompanhada de forma durável e antes que o paciente tenha condições psicológicas mínimas para enfrentar a redução de peso.

A obesidade é entendida por vários autores como uma forma de lidar com a depressão. Para mim, e é esta a contribuição que gostaria de oferecer para a compreensão da obesidade, ela substitui um sistema de pára-excitação insuficiente, fazendo do corpo, através do espessamento das camadas de gordura, uma espécie de escudo protetor contra os ataques do mundo externo, do qual o paciente não deve despir sem que haja outro sistema eficiente para lidar com as agressões, com a perda de objetos importantes ou qualquer outro tipo de excitação psíquica.

A definição de Freud para a pára-excitação diz respeito a um modelo psicofisiológico para designar um certa função e o aparelho que é seu suporte. A função consiste em proteger o organismo contra as excitações provenientes do mundo exterior que, pela sua intensidade, ameaçariam

destruí-lo. O aparelho é concebido como uma camada superficial que envolve o organismo e filtra passivamente as excitações.

Em "Para além do princípio do prazer", Freud, apresentando a teoria do trauma, utilizou a representação de uma vesícula viva, que para subsistir tem de rodear-se de uma camada protetora, que se torna uma barreira para defender a vesícula das excitações exteriores, incomparavelmente mais fortes do que as energias internas do seu sistema.

Assim como a pele é a camada protetora do corpo, a capacidade de suportar o sofrimento dada pelo masoquismo erogênico, a meu ver parte constitutiva do que poderíamos chamar do "complexo da pára-excitação", é a camada protetora da organização psíquica.

O desenvolvimento de mecanismos de pára-excitação num bebê é proporcionado pela mãe que filtra e modula a quantidade de excitação que chega até ele. A capacidade do bebê de lidar com a dor e o sofrimento e desenvolver assim mecanismos de proteção contra o desespero, depende da qualidade do vínculo afetivo deste com sua mãe. Se alguma falha acontece no desenvolvimento desse escudo, situações como as vividas nos procedimentos autocalmantes podem organizar, numa tentativa de buscar, de outro modo, preencher a falta existente.

No paciente obeso, a falha na representação de afetos pode se manifestar através de atos compulsivos de comer, que por sua intensidade e repetição os conduz ao aumento exagerado de peso. Muitas vezes esses pacientes tentam controlar tais impulsos se submetendo a dietas restritivas, mas em vão porque essas tentativas duram pouco tempo, e logo eles retornam ao mesmo hábito de alimentação caótica e retomam o peso anterior, ou até maior.

Denise já tinha se submetido a várias dietas emagrecedoras que demonstrava a condição de repetição do descontrole alimentar, e podia ter criado além disso, no aspecto físico, uma resistência metabólica aos regimes convencionais. Qualquer programa de emagrecimento para Denise tinha que levar em conta tais dificuldades e contar com um serviço de

acompanhamento tanto psicoterápico quanto endocrinológico a pacientes dieto-resistentes, serviço não disponível no sistema de saúde da cidade.

Outro fator foi também levado em consideração para não priorizar a dieta no tratamento da obesidade. A severidade do quadro asmático a impedia de forma muito mais dramática do que a obesidade de levar a vida normal.

Ao longo de nosso relacionamento terapêutico, as internações por causa da asma foram diminuindo e recentemente no acompanhamento feito junto ao pneumologista, soube que há mais de um ano que Denise não precisa de internação hospitalar. A asma está sob controle, tratada com vacinas anti-alérgicas e cortisona aspirada, tratamento bem sucedido desta vez.

Denise permanece uma grande obesa e seu médico me conta que ela afirmou que estava mais magra, coisa que a observação informal não mostrasse ao médico a menor diferença.

Na primeira consulta, Denise mostrou os eventos da asma e da obesidade relacionados em torno da gravidez, sem contudo estabelecer vínculos emocionais entre eles. Tentara me apresentar os fatos organizados cronologicamente, “um pouco antes da gravidez” ou “após o nascimento da minha filha”.

A idéia da própria gravidez ela tem dificuldade em aceitar e a denega por seis meses. O período de gestação passa em branco na entrevista, relatando –me apenas: “passei muito mal”.

Uma apresentação que se diferenciava da correlação que fez entre a morte do irmão e a perda de voz provocada pelo trauma, e dores de garganta que se seguiram. Aí a doença está para ela claramente vinculada a uma vivência emocional.

Transparece no seu relato uma dificuldade de percepção do próprio corpo na recusa em se admitir grávida. O mesmo se dá em sua estimativa de peso durante e depois da gravidez.

Denise afirmou que manteve os 88kg após o parto, o que me provocou uma interrogação, no momento que ela me falava do assunto. Imaginei que ela deveria ter sofrido uma natural redução de peso, talvez perto de 5kg, correspondente ao peso do bebê e da placenta. Sugeri-lhe esse raciocínio perguntando sobre o peso do bebê ao nascer e Denise me responde sem se dar conta da minha intenção: 3.400kg.

O ganho de peso durante a gravidez é percebido por ela como: "Eu engordei muito" que parece distorção na percepção da imagem do corpo, pois essa avaliação é muito suave em vista da brutalidade do aumento de massa corporal que praticamente dobrou.

Sobre esse assunto, o que mais surpreende é o fato de Denise achar que pesava 45kg no início da gravidez. Com esse peso, seu índice de massa corporal é de 17, resultado que indica uma pessoa magra, quando ao longo dos atendimentos ela se reconheceu como tendo sido obesa desde pequena.

A distorção da percepção de sua imagem corporal é uma característica marcante em Denise. Sua avaliação sugere uma confusão entre o ideal e o real. Os enganos cometidos quanto às dietas, as mentiras contadas sobre a quantidade de comida que ingere e as evitações de assuntos que estabeleçam correlações entre fatos e sofrimentos psíquicos, comuns em pacientes obesos, indicam um apego tenaz ao princípio do prazer em detrimento do princípio da realidade.

A distorção perceptiva desses pacientes produz nos médicos e terapeutas uma sensação de grande confusão na avaliação de seus problemas, e comigo não foi diferente.

O volume de suas queixas somáticas e o número de ocorrências médicas relatadas me causaram uma sensação de desorganização na compreensão do que tinha escutado. Um esboço que fosse de diagnóstico me pareceu muito difícil. Trata-se de uma neurose de comportamento? É uma paciente de mentalização incerta?

Influenciada pela leitura que vinha fazendo de Joyce McDougall (1991) a respeito da condição fundamental para um indivíduo construir um

self coeso, imaginei que os problemas de Denise começaram não no início da adolescência, mas muito mais cedo, pois a construção do self coeso se estabelece no vínculo mais antigo do lactente com sua mãe.

Nesse vínculo, a mãe precisa preencher de maneira adequada seu papel de escudo-protetor (pára-excitação), contra os poderosos estímulos externos e ser capaz de decodificar as comunicações que o bebê lhe faz, compreendendo sua necessidade de estímulo e sossego.

Quando por razões inconscientes, uma mãe não consegue proteger o bebê da superestimulação traumática ou quando o expõe à subestimulação também traumática, isto pode levá-lo a uma incapacidade de distinguir a representação de si mesmo da representação do outro. Conseqüentemente a adquirir uma representação corporal arcaica onde os contornos do corpo permanece confusa. Confusão projetada no mundo, nas relações com os outros.

Separação e diferença não são vividas por todos como aquisições que enriquecem à vida pulsional. Podem ser temidas como realidades que diminuem ou esvaziam um indivíduo daquilo que lhe parece vital para a sobrevivência.

A luta contra a divisão primordial que dá origem ao indivíduo pode dar lugar a resoluções variadas como: sexualização do conflito; construção de modelos de personalidades narcísicas ou fronteiriças; soluções adictivas como dependência à medicação, álcool, drogas, bulimia; ou uma divisão profunda entre psiquismo e soma.

Ainda sobre essa consulta, foi marcante a facilidade da paciente em aceitar minha recusa em lhe fornecer um laudo para agilizar sua aposentadoria, comentando imediatamente a seguir sobre "problemas nervosos desde pequena", trocando de assunto como que para me agradar e me oferecer aquilo que interessa a um psicólogo. Seu interesse passou a ser secundário numa manobra, entendida por mim, como sedução para dominar o objeto-terapeuta.

Este era o prenúncio de um funcionamento psíquico, típico do paciente alérgico descrito por Marty (1958), que se mostrou com clareza na segunda consulta.

"Nous allons voir que la grande originalité de la relation d'objet allergique, par rapport aux types de relation d'objet que nous avons l'habitude de rencontrer, consiste en une tentative permanente du sujet de se rapprocher de l'objet. Un hystérique maintient sa relation à l'objet à distance par le mécanisme essentiel de l'évitement. Un obsédé maintient sa relation à l'objet à distance en neutralisant cette relation à travers les mécanismes que nous connaissons. Un allergique n'a qu'un désir, unique et capital: se rapprocher le plus possible de l'objet jusqu'à se confondre avec lui.

[...] Le malade – qui possède en général une très grande intuition – sait très rapidement ce que le médecin désire et lui apporte au mieux pour satisfaire l'ensemble qu'il forme avec lui" (p.6).

Para garantir o contato, diz Marty, um alérgico não demonstrará nem uma leve agressão na relação com seu analista, qualquer que seja o assunto da entrevista. Ele não resistirá, nem discutirá diferenças de opinião, ele se abrirá progressivamente. Nenhuma agressão, nenhuma manifestação da personalidade virá sublinhar a dualidade do sujeito e do objeto.

Há na personalidade alérgica uma inversão dos sinais de segurança e perigo: a familiaridade, ao invés de ser protetora e tranquilizadora, é evitada, e a estranheza, ao invés de ser inquietante, se revela atraente. A mesma reação paradoxal pode-se encontrar nos adictos que evitam o que lhes pode fazer bem e são fascinados pelo nocivo.

Ainda sobre o assunto, gostaria de lembrar a interpretação de Anzieu (1989) sobre a asma que aponta para dados interessantes. Para ele, a asma é uma tentativa de sentir por dentro o envelope constitutivo do eu corporal: *"o doente se infla de ar até sentir de dentro as fronteiras do seu corpo e se assegurar dos limites alargados do seu Self"* (p.121). Trata-se de remediar as

insuficiências do Eu-pele em delimitar uma esfera psíquica interna pelo volume, e serve de sinal de alarme contra ataques inconscientes contra o continente psíquico que destroem a coesão e alteram as funções pela inversão de seus propósitos.

A supervisão deste caso clínico apontou como fator de destaque o momento da "asma fatal" da paciente, que coincidia com a entrada na adolescência de sua filha mais nova, com 11 ou 12 anos, nessa época. A revivência da própria adolescência, por identificação com a filha, teve força para atualizar seus traumas de início de juventude, tão bem descritos nas consultas por Denise. O nível de excitação psíquica de Denise se mantém continuamente alto, durante toda a sua vida. Os objetos persecutórios não lhe dão descanso, exceto em pequenos intervalos, como por exemplo entre os 16 e os 19 anos, e provavelmente, durante o período da terapia.

VI - COMENTÁRIOS FINAIS

O objetivo deste trabalho foi mostrar a compreensão da obesidade através da perspectiva psicossomática psicanalítica, como forma de contribuição para a discussão de um tema considerado importante, tendo em vista o largo crescimento da doença no mundo.

Desde o nascimento o homem estabelece uma relação com a alimentação que excede o aspecto "alimentar-se para viver". Os problemas do comportamento alimentar tomam desde aí uma significação de tal forma complexa que se torna muito difícil apreendê-la de modo unívoco. Hilde Bruch disse, com toda a razão, que: *"If there is a general conclusion, then it is that there are no generalizations"* (1973: 377).

A grande dificuldade encontrada em tratar as perturbações do comportamento alimentar é que as perturbações representam o resultado de esforços encontrados pelo indivíduo para resolver, superar e encobrir problemas arcaicos, profundos.

Nesta pesquisa atribuí à obesidade uma forma de expressão das falhas no mecanismo do "complexo de pára-excitação", mecanismo criado e desenvolvido na relação mais precoce do bebê e sua mãe, que envolve como aspectos fundamentais a gerência da excitação psíquica e a qualidade de representação mental do bebê.

Os pacientes obesos, tanto aqueles que são obesos de longa data, quanto aqueles que apresentam obesidade tardia, revelam com seu sintoma de contraditória, e mesmo caótica, relação com alimentação, na freqüente resistência a todas as formas de regime os aspectos mais visíveis desta falha.

A literatura especializada é unânime em considerar a obesidade como uma doença de difícil tratamento, que recupera apenas uma pequena parte (cerca de 30%) de seus portadores. Muito está por fazer para compreender essa doença.

A batalha terapêutica que se trava em torno da obesidade tem origem nas estatísticas que mostram que a obesidade está associada à altas taxas de morbidade e mortalidade, atribuindo-se, atualmente, a ela um poder letal maior que o do tabaco, e a experiência já acumulada nessa área indica que o tratamento deve considerar tanto o aspecto físico quanto o psíquico.

Uma psicoterapia profunda dos indivíduos obesos, mesmo que ela não seja uma tarefa fácil, aparece como a única via capaz de ajudar de forma duradoura, as pessoas assim perturbadas a terem uma vida mais adequada e criativa.

A opinião comum de que o tratamento psicoterápico é caro e representa uma alternativa indulgente frente à obesidade, não se justifica. Geralmente só se pensa nessa alternativa quando as tentativas de tratamento médico convencional se esgotaram. Um apoio psicológico é necessário a todo regime de emagrecimento. Mesmo sendo a regulação do peso um efeito indireto da psicoterapia. A solução de problemas emocionais subjacentes pode suprimir a causa da superalimentação.

O desenvolvimento do conhecimento aumentou a diversidade das disciplinas científicas. A "ordem psicossomática", renovando as concepções das patologias das doenças somáticas, autorizará uma reavaliação da clínica médica, elaboração de uma nova semiologia, e permitirá compreender os efeitos complementares dos tratamentos psicoterápicos associados aos tratamentos médicos clássicos.

Por não limitar a clínica psicanalítica aos problemas psicológicos, estendendo-a também às desordens psicossomáticas, a teoria psicossomática contribuirá igualmente para alargar a metateoria freudiana, permitindo talvez pensar numa epistemologia que englobe todo o campo da patologia humana.

Situada na interseção da psicanálise e da biologia a psicossomática poderá representar um papel importante na elaboração de uma abordagem integrada da patologia humana e sua prevenção.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, J. Aux Origines Féminines de la Sexualité, Paris, Presses Universitaires de France, 1995
- ANZIEU, D. Os Métodos Projetivos, Rio de Janeiro, Editora Campus, 1979
- _____. O Eu Pele, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1989
- BERNFELD, J.; PLAZANET, M. Le Père de L'enfant Obèse, Revue de Médecine Psychosomatique, #1, 1977
- BRILLAT-SAVARIN. Physiologie du goût, Paris, Flammarion, 1982
- BOKANOWSKI, T. Regards sur le Traumatisme en Psychanalyse: une Perspective Historique, in: Traumatismes, Actualités Psychosomatique, Genève, Georg, #3, 2000
- BRUCH, H. Eating Disorders, New York, Basic Book, 1973
- _____. Conversations with Anorexics, London, Jason Aronson Inc., 1994
- COUTINHO, W.; NUNES, M.A.; APOLINARIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G. Transtornos Alimentares e Obesidade, Porto Alegre, Artes Médicas, 1998
- DEBRAY, R. O Equilíbrio Psicossomático, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995
- _____. Pierre Marty, Paris, Presses Universitaires de France, 1998
- DÉJOURS, C. Repressão e subversão em psicossomática – pesquisa psicanalítica sobre o corpo, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1991
- FAIN, M. La vie opératoire et les potencialités de nevrose traumatique, Revue Française de Psychosomatique, #2, 1992
- FREUD, S., Esboço de Psicanálise (1940), Edição Standard das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969
- _____. Moisés e o monoteísmo: três ensaios (1939), Edição Standard das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969

_____. Esboço de psicanálise (1938), Edição Standard das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969

_____. Inibição, sintoma e angústia (1926), Edição Standard das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969

_____. O problema econômico do masoquismo (1924), Edição Standard das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969

_____. Além do princípio do prazer (1920), Edição Standard das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969

_____. O Inconsciente (1915), Edição Standard das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969

GORDON, R. Anorexie et Boulimie – Anatomie d'une épidémie sociale, Mesnil-sur-l'Estrée, Stock/Laurence Pernoud, 1998

GLOVER, E. Common problems in psychoanalysis and anthropology, drug ritual and addiction, Brit. J. Med. Psychol. 12, 1932

GREEN, A. Discours Vivant, Paris, Presses Universitaires de France, 1973

_____. Narcissisme de vie et Narcissisme de mort, Paris, Editions de Minuit, 1983

GRILO, C.M.; BROWNLL, K.D.; STUNKARD, A.J. Metabolic and Psychological importance of exercise in weight control, In: Stunkard & Wadden (Ed.) Obesity: Theory and Therapy, New York, Raven Press, 1993

HERSCOVICI, C. ; BAY, L. Anorexia Nervosa e Bulimia, Porto Alegre, Artes Médicas, 1997

HERSCOVICI, C. A Escravidão das Dietas, Porto Alegre, Artes Médicas, 1997

HINSHELWOOD, R.D. Dicionário do Pensamento Kleiniano, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992

IGOIN, L. Les Amatrises ou la solitude des "grosses", Nouvelle Revue de Psychanalyse, #36, 1987

JEAMMET, P. Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie, Monographie de la Revue Française De Psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France, 1991

JOSEPH, B. O Vício pela Quase Morte, in: Melanie Klein Hoje, editado por Spillius, Elizabeth, Rio de Janeiro, Imago, 1991

KAMIENIECKI, H., Histoire de la Psychosomatique, Paris, Presses Universitaires de France, 1994

KEYS, A. ; BROZEK, J.; MICHELSEN, O.; TAYLOR, H.L. The biology of human starvation, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1950

KLEIN, M. Sobre o Sentimento de Solidão (1963), In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos, Vol. III Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago, 1985

KREISLER, L., Notations Psychosomatiques sur L'enfant Obèse, Journal de Pédiatrie et de Puériculture, #1, 1990

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. Vocabulaire de la Psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France, 1998

LITCHMAN, S. W ; PISARKA, K ; BERMAN, N. Discrepancy between self-reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects, New Engl. J. Med., #327, 1992

MARTY, P. Mentalisation et psychosomatique, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1996

_____. Les mouvements individuels de vie et de mort, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1976

_____. La relation objectale allergique, Revue Française de Psychanalyse, #1, vol.XXII, 1958

_____. L'Ordre psychosomatique, Payot, Paris, 1980

_____. A Psicossomática do adulto, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993

MARTY, P.; M'UZAN, M. & DAVID, C. L'investigation Psychosomatique, Paris, Presses Universitaires de France, 1963

McDOUGALL, J. Corpo e linguagem: da linguagem do soma às palavras da mente, São Paulo, Revista Bras. de Psicanal., Vol28, #1, 1994

- _____. Teatros do Eu, Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1992
- _____. Teatros do Corpo, São Paulo, Martins Fontes, 1991
- _____. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint, Psychother. Psychosom., 38, 81-90, 1982
- M'UZAN, M. La bouche de l'inconscient, Éditions Gallimard, Paris, 1994
- _____. La sexualité perverse, Paris, Payot, 1972
- NICOLAÏDIS, N. Psychosomatique: un concept limite, in: La psychosomatique, hier et aujourd'hui, Lausanne, Delachaux et Niestle, 1995
- ODY, M. Denise Braunschweig, Paris, Presses Universitaires de France, 2000
- PIRLOT, G. Les Passions du Corps, Paris, Presses Universitaires de France, 1997
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Overweight adults. In: Physical status: the use and interpretation of anthropometry, Geneva, Who Technical Report, 1995
- ROSENBERG, B. Masochisme Mortière et Masochisme Gardian de la Vie, Paris, Presses Universitaires de France, 2000
- SCHILDER, P. A Imagem do Corpo – As energias construtivas da psique, São Paulo, Martins Fontes, 1994
- SICHIERI, R. Epidemiologia da Obesidade, Rio de Janeiro, Editora UERJ, 1998
- SIFNEOS, P.E. Psychosomatique, alexithymie et neurociences, Revue Française de Psychosomatique, 1998
- _____. Reconsideration of psychodynamic mechanisms in psychosomatic symptom formation in view of recent clinical observation, Psychoter. Psychosom., 28, 151-154, 1974
- SOUZA, O. Notas sobre algumas diferenças na valorização dos afetos nas teorias psicanalíticas, in: Corpo, Afeto, Linguagem: a questão do sentido hoje, Bezerra Jr. e Plastino (org.), Rio de Janeiro, Marca d'Água, 2001

(relatório) ^{informando sobre o caso de uma criança com}
síndrome de Down (Trisomia 21) (3 cromosomas 21) ^{em genes}

Quando tinha de 3 a 4 anos eu vivia
pisando o calcanhar com prego dei umas
quatro vezes. ^{Quando tinha calcanhar de prego, eu fiz uns 4 vezes}

Tive aos 5 anos um pequeno problema
nos olhos. ^{Ficou 15 dias sem enxergar direito, "anicieto", mas com o tratamento}

Tive também toda minha infância
dores nos pernas que os médicos diziam
ser reumáticas. ^{Ficava de cama, Saranga de pernas com água quente}

Quando tinha 7 anos no dia da morte
do meu irmão perdi a voz por algumas
horas. ^{Fazia tudo para conseguir falar e não dia de fato, porém.}

aos 8 anos tive vários crises de garganta
aos 9 anos fiz uma cirurgia de garganta
e nariz fiquei 1 ano tomando uma
vacina e fiquei imobilizada antes dos 9 anos.

Tive logo após coqueluche, um assadura
que dava bolhas nas minhas pernas
com 10 anos tive sarampo.

com 12 anos torci meu dedo indicador
comecei com um pouco de asma hem
lex.

Aos 13 anos fiquei grávida tive vários
problemas durante a gravidez de estomago
fiz uma cesariana.

Aos 15 anos torci o tornozelo do pé esquerdo
8 meses após torci o pulso 3 meses após
torci o dedo polegar

16 anos eu brincando torci outro dedo
com 19 anos tive uma pequena crise
de nervos perdi os sentidos vistas escureci

tonta e com calambos no corpo e estava
16 anos de idade torci o... de... de... de...

com o dedo polegar da outra mão com gesso

Aos 20 anos tive rubella.

Aos 21 anos engravidei novamente uma gravidez de riscos com crise de rins e temonudo colmante. e outra (cesaria)

Aos 23 anos fiz uma cirurgia de hernia umbilical.

aos 24 e mais fiz uma cirurgia de vísceras com varios riscos inclusive requicos de pontos etc e a asma sempre leve eu comeci a trotar

trotei 4 anos com Julia maria, maria e barmo, Euvia era coisa bobo só quando ficava respitada

durante de 15 anos até 35 estou tenta emagrecer algumas vezes até tive ser

Aos 33 anos comeca minha asma pto e seus sintomas qrados por ela.

e o resto ja esta tudo explicado

foi problemas com dentes e comais que tive que fazer um em 92 e o outro 95.

sobre o que eu descobri com tudo is que sou uma mulher problema.

e espero melhorar rapido Tive mais doença do que saúde

e agora estou com dor no pé direito é mole