

SIGMUND FREUD ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA
FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE

FABIANA ALVES PEREIRA

A HISTERIA E A OBESIDADE

Diferentes papéis: espectador ou protagonista no espetáculo da vida?

PORTO ALEGRE

2015

FABIANA ALVES PEREIRA

A HISTERIA E A OBESIDADE

Diferentes papéis: espectador ou protagonista no espetáculo da vida?

Trabalho apresentado como requisito para aprovação no primeiro ano de Formação em Psicanálise, na Sigmund Freud Associação Psicanalítica.

PORTO ALEGRE

2015

“Adoecer é não ter como dizer”.

Celso Gutfrein

APRESENTAÇÃO

A partir das discussões e estudos realizados no Seminário de Formação Psicanalítica, na Sigmund Freud Associação Psicanalítica (SIG), onde o tema proposto para nossos encontros era a psicopatologia da Histeria, surgiu o interesse em aprofundar o estudo e a apreciação da obesidade a partir do viés psicanalítico e a interlocução possível entre estas duas patologias. Alguns questionamentos foram surgindo, tais como: Teria a Histeria influência sob esta condição orgânica da contemporaneidade (obesidade)? Bem como pensar de que forma as contribuições da psicanálise nos auxiliam no atendimento e escuta das especificidades destes casos.

1 Introdução

Sempre tive muito interesse pelo sofrimento humano, de como as pessoas eram afetadas e atingidas por suas dores e como faziam para livrarem-se dela, de seus males e das limitações impostas. Minha primeira formação e profissão foram na área da enfermagem, onde presenciei muitas feridas, muitos sofrimentos e marcas: físicas e psíquicas; submetendo este sujeito a diagnósticos e tratamentos, alguns longos e penosos, onde eu era parte ativa deste cuidado, desta presença; uma presença que eu via como necessária, cuidadosa, mas “distante”. Distante daquele sujeito psíquico que sofre que sente e que pensa algo, mas que naquele ambiente, naquele momento nenhum daqueles profissionais da equipe (médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem) poderiam ou estavam disponíveis a ouvi-lo. Sua vida poderia ser posta em risco, caso tudo não saísse perfeitamente correto, sequencial e rápido. Agora, no lugar de psicanalista em formação, deparei-me na clínica com muitos pacientes que buscavam solução e entendimento frente à incapacidade de lidar com a obesidade, uma condição física que predispõe a muitas limitações, doenças secundárias e também a morte.

Na singularidade de cada sujeito ia escutando histórias e percebendo que havia algo em comum entre estes pacientes. Independente das condições de cada um, eles compartilhavam de uma eterna insatisfação. Não importava a condição que ocupavam na vida, a profissão que tinham alcançado; a família que tinham construído, os amigos que mantinham, sempre havia algo que os tornavam insatisfeitos. Nada os “saciava”, e mesmo determinados a mudarem de vida e de peso havia algo que os impedia de alcançarem seus objetivos; ou se por ventura conseguiam chegar onde desejavam, lá não conseguiam se manter por muito tempo.

2 Histeria: Um corpo que encena ou um corpo em cena?

Onde a obesidade encontra a Histeria? Ou vice-versa, perguntei-me.

Em meados do final do século XIX, ilustres clínicos da época foram tomados pelo desafio de desvendar o enigma proposto por uma doença que acometia o corpo e não indicava nenhuma alteração ou lesão aparente, que justificasse um diagnóstico ou seus sintomas. Dentre os médicos envolvidos nestes estudos o mais ilustre deles foi Charcot, que propôs organizar e classificar o conjunto das enfermidades neurológicas. Utilizava a hipnose como método de pesquisa e tratamento, com isso ganhou reconhecimento e reputação internacional,

contudo seus esforços foram limitados ao se deparar com a Histeria. Isso não diminuiu a curiosidade científica que buscava respostas na tentativa de aliviar as dores dos enfermos. Em 1885 Freud mudou-se para Paris a fim de aprofundar seu saber médico com o mestre Charcot, assim experimentou o atendimento e cuidado das histéricas sob o manejo da hipnose, mas isso o levou a uma compreensão diferente, onde a solução dos sintomas era procurada com base na ausência de lesões orgânicas, neurológicas e não associada à sexualidade. No texto sobre a Metapsicologia, Birman (2014) aponta, ainda: “... os cadáveres de histéricos evidenciavam corpos mudos, marcados pelo silêncio das lesões”.

Nada se podia ver ou escutar através dos exames, assim a Histeria desacomodava os clínicos. O que estaria acontecendo com aquelas mulheres? Sendo que, a bibliografia existente dá conta de que poucos eram os homens acometidos por esta patologia.

Em 1896, no texto A Etiologia da Histeria, Freud deixou de lado a “visibilidade” da dor e passou a se interessar pelos mecanismos que a provocavam, através da escuta destas pacientes. Concluiu juntamente com Josef Breuer, seu mestre e amigo de muitos anos que: “o estado histérico é um efeito tardio e duradouro de uma emoção vivida no passado” (FREUD, 1896).

O desenvolvimento da pesquisa clínica e teórica foi definindo a Histeria como uma doença psíquica, de caráter sexual traumatizante, sugerindo que o doente histérico havia sofrido um trauma de origem sexual, ainda no período da infância. A criança imatura pega desprevenida e vítima da sedução de um adulto, sem poder compreender o que havia acontecido e sem experimentar a angústia, era tomada por um excesso de afeto gerando uma tensão incapaz de ser elaborada; esta situação era denominada experiência traumática. Este afeto gerava um desajuste interno e passava a produzir sintomas histéricos (NASIO, 1991).

Este conceito transformou-se posteriormente em 1905 no texto Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade, onde Freud apontou que as fantasias sexuais infantis passam a ser o que está na base dos sintomas neuróticos, privilegiado nos sintomas histéricos. “Não acredito mais em minha neurótica”, diz na carta 69 a Fliess, de 21 de setembro de 1897, referindo-se ao fato de que as cenas de sedução relatadas pelas pacientes não tinham ocorrido (1924, p.33). O trauma que a criança sofre, até então tido como real não é uma agressão externa propriamente dita, mas sim um acontecimento psíquico carregado de afeto; o sujeito tomado por uma angústia que contém o valor exato de um trauma, sem ter que sofrer a experiência traumática real. É um sujeito impresso por marcas que traduzem em seu corpo, na superfície do seu eu, o impacto sofrido, em tenra idade e que deve ser considerada a fonte dos sintomas histéricos.

Entendo ser importante este breve retorno a história e etiologia da Histeria para compreender de que forma os sintomas histéricos podem estar expressos no corpo; hoje, nas questões do sobrepeso e obesidade. Poderia a obesidade traduzir um desses sintomas?

3 Corpo e sintomas: O corpo como palco

Ao considerar, tanto a obesidade quanto a Histeria, refiro-me ao corpo e ao uso que é feito dele. No desenvolvimento do conceito psicanalítico da Histeria as manifestações corporais sempre tomaram um caráter central, onde os sintomas são mais notórios e frequentes. Surge então o termo “conversão”, que de acordo com Laplanche (2008) foi introduzido por Freud nas primeiras investigações sobre a Histeria, entre 1893 e 1896 e seu sentido primordial é econômico, ou seja, a energia libidinal se transforma, “converte-se”. No campo das neuroses, além da Histeria, encontram-se sintomas corporais que possuem uma relação simbólica com as fantasias inconscientes do sujeito, portanto a conversão deve ser concebida como um mecanismo fundamental na formação dos sintomas, podendo ser encontrado em diversos graus e em diferentes categorias, no entanto o sintoma de conversão histérica tem uma relação simbólica mais concreta com a história do sujeito.

Alonso (2004) faz um apanhado histórico apontando que desde a Grécia antiga existe o corpo objeto de observação e investigação. Era utilizado em dissecações, “cortado de cima para baixo”, construído a partir das observações e investigações médicas. Mas esse não é o único corpo existente. Ao longo dos tempos as concepções médicas foram mudando e continuam a mudar, apoiadas numa progressão de descobertas sem limites.

Salienta ainda que há o corpo que será adquirido ao longo do processo de construção do próprio eu; um corpo atravessado pelo simbólico, histórico, erógeno, sexual que se constitui como um grande quebra-cabeça montado cada qual a sua história e a sua singularidade. E é neste corpo, ainda desconhecido, que a Histeria estrutura seus sintomas.

Freud em Estudos sobre a Histeria (1895) afirmou que as histéricas sofriam de reminiscências que não tinham sido elaboradas. Alonso (2004) complementa que esses sintomas são marcas deixadas no corpo por fragmentos de um passado parcialmente esquecido, de uma história escrita pela metade, formada de lembranças dolorosas e enlutadas de um período de conflitos afetivos que atravessaram.

O sintoma é sobredeterminado; aponta Israel (1995). É a consequência da existência do recalque, mas também efeito do seu fracasso e uma forma parcial, de realização do desejo.

Satisfaz a pulsão, realiza o desejo, ambos parcialmente. E entre a defesa e o desejo, existe o corpo que ocupa o território onde é travado o conflito entre ambos.

Nas histéricas, muitos são os sintomas característicos, tais como a feminilidade exacerbada e superinvestida. Na escuta dos pacientes obesos, me interrogo justamente sobre o contrário. O contrário desta supermulher que usa adereços e que parece encenar e/ou “encarnar” um personagem estereotipado, seria aquela que não tem interesse pela estética, que se desinteressa por sua aparência e que, muitas vezes, nem percebe sua forma? Assim se apresenta o paciente obeso: afirmando estar alheio à sua imagem, sua identidade, seus desejos. Nasio (1991) cita a “representação intolerável”, afirmando que a imagem corporal que surge da criança sobre a qual incidiu o impacto, se organiza como um corpo imaginário, uma verdadeira caricatura do corpo anatômico. Assim, poderíamos supor que o eu histérico é composto de um corpo semelhante a um “traje de arlequim” onde cada losango da roupa corresponde a uma imagem deformada de um membro, orifício ou qualquer outra parte anatômica.

Acredito que a Histeria tenha tomado novos caminhos, mas sem abandonar a estrutura da constante indiferença e insatisfação, como se o teatro encenado fosse de outra ordem, com novos personagens, mas com o mesmo enredo.

No caso do obeso, tanto comer quanto não comer são fontes de insatisfação, uma vez que não sabe exatamente o que deseja e teme desejar. Assim, ele desempenha o papel de vítima infeliz e constantemente insatisfeita. Outro aspecto é a força e a intensidade pulsional que levam o sujeito à repetição.

São muitas faces, muitos discursos que encobrem o sujeito na tentativa de encontrar sua verdadeira forma. Assim lembro-me de uma “personagem” citado por Israel (1995), onde ele assegura que: “a mulher”, aquela estereotipada, equivale a dizer que se ela tem a necessidade de representar é porque ela não tem a certeza de ser, daí a exacerbção dos critérios femininos; que reforça a sexualidade e sedução, para outras pode enfatizar a tendência unissex. A hiperfeminilidade é a forma mais comum, mais clássica das histéricas, mas é justamente com o singular, com o que surge no incomum e porque não afirmar na atualidade, mas não necessariamente menos característico, que me pergunto: Quais são as outras formas de tradução da Histeria, no que se refere a obesidade e suas formas de atuação no corpo?

Estes corpos obesos também denunciam a “sobrecarga” de detalhes.

4 Obesidade - corpos (des)cobertos

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), a população brasileira é de cerca de 18 milhões de pessoas, sendo que em torno de 51%, acima dos 18 anos, está acima do peso. A obesidade nem sempre foi considerada um problema relacionado à saúde, mas hoje atinge mais da metade da população brasileira e sua prevalência vem aumentando a ponto de ser considerada uma epidemia mundial (Nunes, 2006). Em 1991, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a obesidade como uma Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT) e consagrou os critérios do IMC para o cálculo da obesidade. A cronicidade da doença é determinada por sua incidência ser acima de seis meses e por vezes não ter cura.

Sob o ponto de vista médico há muitas definições para o termo “obesidade”. Dentre algumas estudadas, Cohen (2004) define a obesidade como um estado físico onde a pessoa tem peso acima do que se espera para sua constituição musculoesquelética e seu sexo, apresentando quantidade de gordura superior a considerada normal, já ressaltando a questão do excesso impresso no corpo.

Esta doença é um fator de risco para uma série de doenças tais como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão, neoplasias, entre outras; causando forte impacto no bem-estar, na saúde física e psicológica. Sua causa é multifatorial e está relacionada a diversos fatores atuando em conjunto; podemos citar: fatores genéticos, maus hábitos alimentares, disfunções endócrinas e metabólicas, sedentarismo, dentre outros. Suas manifestações vão desde a preocupação excessiva com o corpo, ganho excessivo de peso e fatores emocionais. Estes e outros fatores são relevantes para a compreensão da obesidade; por esse motivo e por não ter a pretensão de aprofundar os fatores médicos relacionados, este estudo se propõe a analisar de que forma esta patologia e seus sintomas podem ser escutados e reconhecidos a partir do viés psicanalítico dentro de um trabalho multidisciplinar.

De que maneira fomos infectados pela obesidade? Seria muito audacioso desejar responder a todas estas questões, mas tomei como desafio pensar as formas que a Histeria pode “caracterizar-se”, “disfarçar-se” através do peso excessivo.

Tanto a Histeria quanto a obesidade tem seus sintomas impressos no corpo. No texto Psicoterapia da Histeria, Freud (1895) compara a Histeria a uma doença infecciosa, assim como fizemos em relação à obesidade, salientando o fato de que há um período de “incubação” até que os sintomas se manifestem. A doença, por sua vez, não pode ser interrompida de súbito, sendo necessário que siga o seu curso. Durante este período, cabe ao

médico tornar a situação do paciente favorável e estar preparado para descobrir que os sintomas eliminados serão prontamente substituídos por outros.

Ambas são patologias há tempo descobertas e intrínsecas ao ser humano. São pessoas reféns de seus próprios corpos, sem se reconhecerem, sem saberem exatamente quem são e o que desejam. Ao decidirem enfrentar o desafio que é a obesidade, buscam retomar o controle de suas vidas. No decorrer do tratamento analítico muitos são os desafios e as conquistas que acompanham o sujeito, o qual retoma a alegria e o entusiasmo de viver.

Vejo na intervenção psicanalítica a possibilidade de (re)pensar as escolhas no sentido de se permitir desejar e usar uma nova roupagem capaz de lhe assegurar a descoberta de novos prazeres; antes capturados à comida. Claro que não é tão simples assim. O tratamento é permeado por resistências e ambivalências, que ambos: analista e analisando têm de enfrentar juntos. Alonso (2004) afirma que não se trata de uma parte do corpo ou um órgão eleito, mas sim o corpo todo, paralisado, alterado. O sensorial do todo capturado. O sintoma é a anestesia, é remédio, mas é também a enfermidade. E para poder escutar estes excessos é necessário estar preparado e dispostos a ir além das soluções mágicas e rápidas, dos tratamentos convencionais por vezes medicamentosos, demandados pelos pacientes.

5 Considerações finais

São muitas as considerações necessárias ao entendimento e tratamento da obesidade. As questões levantadas evidenciam a importância da escuta transferencial, empática e singular da história de cada sujeito. É possível o paciente se beneficiar do tratamento analítico; capaz de contemplar e propiciar espaço para novas subjetivações, reconciliação com o irreconciliável, a fim de disseminar os excessos, (re)construir novos sentidos e destinos. Levando em consideração que o mesmo sintoma pode aparecer em diferentes estruturas, não podemos afirmar que a obesidade seja exclusivamente um sintoma histórico, no entanto pode estar a serviço de uma estrutura histórica, escondendo um sujeito singular.

Sujeito que ao trocar de papel, no teatro da vida, experimenta sair do lugar de espectador para ocupar o lugar de protagonista de sua própria história. Sair da ficção, “descobrir-se” e encantar-se com a vida real é poder desejar e responsabilizar-se pela “dor e a delícia de ser o que é” (Caetano Veloso).

Este estudo talvez não tenha nos proporcionado muitas respostas, mas suscitou muitas perguntas. E no lugar de psicanalista em formação compreendo que é justamente nos

questionamentos e na inquietação que reside à possibilidade de construção e reedição de novos caminhos.

Referências

- Alonso; Fuks. (2004). *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Birman, J. (2014). *Pulsões e seus Destinos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cohen, R. (2004). *A Obesidade*. São Paulo: Publifolha.
- Freud, S. (1895). *Estudos sobre a Histeria*. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1986, Vol. II.
- Freud, S. (1895). *Psicoterapia da Histeria*. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1986, Vol. II.
- Freud, S. (1896). *A Etiologia da Histeria*. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1986, Vol. III.
- Israel, L. (1995). *A Histórica, o Sexo e o Médico*. São Paulo: Escuta.
- Laplanche; Pontalis. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Ministério da Saúde. (2015). Obesidade atinge mais da metade da população brasileira. Brasília, Brasil. Retrieved from: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/08/obesidade-atinge-mais-da-metade-da-populacao-brasileira-aponta-estudo>
- Nasio, J. D. (1991). *A Histeria: teoria e Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.
- Nunes, M. A. (2006). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. São Paulo: ARTMED.