

Obesidade mórbida, com-pulsão: quando a vida é sensorial¹

Marina Trench de Oliveira ²
Yvogmar Godoy Rossilho Palauro ³

“[...] estados primordiais da mente [...] Nestes estados prevalecem sensações corporais no lugar de fantasias e emoções”.
Korbivcher, C. F. Transformações Autísticas

Resumo: Observando-se o material dos pacientes obesos que procuram pela cirurgia bariátrica verificou-se a existência de um funcionamento mental extremamente primitivo, em que a ingestão constante de alimentos é usada como defesa contra sensações de um *terror inominável*. O levantamento dos trabalhos dos autores que privilegiaram o estudo das etapas iniciais do desenvolvimento e a correlação de seus achados com os dados observados evidenciaram que as *sensações*: de mastigação, movimentos da língua e dos maxilares, textura, sabor dos alimentos e sons produzidos, são utilizadas por eles como defesas autistas, sensoriais, frente ao terror da perda de partes do self. Obesos grau II privilegiam o uso das defesas da posição esquizo-paranóide, Obesos grau III o das defesas sensoriais. Inveja e voracidade são fatores-chave dessas personalidades, determinando a forma como ocorre o relacionamento com alimentos, profissionais e cirurgia. Levando-se em conta sua primitividade, são propostas algumas adaptações da técnica no trabalho psicoterápico.

Palavras-chave: Adaptação da técnica. Defesas autistas. Depressão. Inveja. Obesidade. Obesidade mórbida. Voracidade.

1 Um primeiro trabalho foi apresentado em reunião científica *Um Estudo das Questões Mentais no Quadro Clínico da Obesidade Mórbida*, na SBPSP, em 01/09/2007.

2 Membro Efetivo da SBPSP.

3 Psicóloga Clínica, integrante da Equipe Multidisciplinar da Clínica de Cirurgia Bariátrica de Piracicaba, de 1995 a 2007.

À guisa de introdução

Por 12 anos uma das autoras fez parte da Equipe Multidisciplinar da Clínica de Cirurgia Bariátrica de Piracicaba, fazendo contato com o universo mental das pessoas que procuram por essa cirurgia, indicada em casos extremos de obesidade. Como não há controle para a ingestão de alimentos, este é obtido através da drástica redução do estômago e parte do intestino; instala-se um controle externo, realizado pelo cirurgião.

Participar da Equipe Multidisciplinar da Clínica de Cirurgia Bariátrica remetia ao desconhecido e a se estar lidando com uma população de alto risco; curiosas, e para fazer frente a esses desafios, as autoras decidiram unir-se, mantendo um contato regular, debruçando-se sobre o material levantado nas entrevistas psicológicas iniciais, nas observações realizadas pelos profissionais da equipe - levadas às reuniões clínicas, e no acompanhamento psicoterápico de muitos destes pacientes.

Nossas primeiras conclusões foram apresentadas em reunião científica em 2007, na SBPSP, as discussões servindo de estímulo para que continuássemos nossas investigações; posteriormente, o trabalho psicoterápico com muitos desses pacientes permitiu uma visão mais apurada dos fenômenos em jogo e novos desdobramentos.

Informações preliminares

A obesidade é uma doença crônica, caracterizada por acúmulo excessivo da gordura corporal que pode chegar a graus altíssimos, 200-300 kg. Segundo a OMS, considera-se

Obesidade grau I	IMC = 30,0 a 34,9	Obesidade
Obesidade grau II	IMC = 35 a 39,9	Obesidade severa
Obesidade grau III	IMC > = 40	Obesidade mórbida.

Considerada epidêmica, a obesidade ainda demanda muita investigação.

A maioria dos que buscam a cirurgia bariátrica são pessoas comuns, geralmente com uma vida familiar, social e de trabalho organizadas; têm uma doença desencadeada por múltiplos fatores inter-relacionados: hormonais, hereditários, psíquicos, nutricionais e sociais; o aumento desmedido da gordura propicia que surjam várias doenças associadas, levando ao risco de morte.

Com os órgãos, envoltos por uma espessa capa de gordura, sob pressão constante, estas pessoas vivem num extremo desconforto: grande dificuldade para respirar, locomover-se, realizar as atividades de vida diária; qualquer movimento requer um esforço enorme. Conforme aumentam de peso e volume, perdem

a autonomia, ficando impedidos de se vestir e fazer a própria higiene, transformando-se em bebês gigantes, totalmente dependentes de receber cuidados básicos. Eles são lentos, não conseguem subir degraus, precisam se apoiar num corrimão mesmo utilizando rampas, e parar para se refazer de tanto esforço; tudo isto exige das outras pessoas uma tolerância nem sempre possível. Ocupam todo o espaço disponível, física e mentalmente, *derramando-se* sobre o balcão de atendimento, sobre os móveis, atravancando as áreas de circulação, reclamando e fazendo exigências, não respeitando regras, pessoas, espaços, provocando muita irritação em quem tem contato com eles.

Para estas pessoas, todas as tentativas de perder peso e ganhar saúde fracassaram. Após obterem um diagnóstico de doença associada e o esclarecimento: *precisam, sim, diminuir radicalmente de peso* e aperceberem-se em risco, vivendo num extremo desconforto, *em um momento* de contato com a realidade, podem buscar pelo cirurgião; ainda assim, a consulta com os profissionais clínicos: endocrinologista, psicóloga, nutricionista, educadora física, não faz nenhum sentido, sendo vista apenas como mais uma exigência do cirurgião, que, se acatada, poderá levar à cirurgia almejada.

Método de investigação

Como método de investigação, as autoras basearam-se em sua experiência clínica, desenvolvendo *capacidade negativa* (BION, 1970) e aguardando até que algo se configurasse e uma imagem ou ideia surgisse, dando forma às experiências vividas.

Inicialmente, chamava a atenção se estar lidando com pessoas muito pouco colaboradoras, que esperavam do cirurgião uma ação mágica que atenderia ao seu desejo: tornarem-se magros. Após alguns anos, as características mentais comuns a esses pacientes começaram a tomar forma, sobrepondo-se ao que dizia respeito à individualidade de cada um. Um funcionamento extremamente primitivo remetia as autoras às crianças com quadros de autismo e pós-autismo com que haviam tido contato, levando-as a se debruçar sobre os primórdios da formação do psiquismo.

Mente primitiva e nossas observações

Tustin (1972), estudando os quadros de autismo psicogênico infantil, chegou à descrição dos primórdios do desenvolvimento mental, numa etapa tão remota que os fenômenos físicos e psíquicos ainda não se distinguem uns dos outros.

Em seu trabalho clínico, ela observou ainda que muitos pacientes comuns se utilizavam de defesas semelhantes às das crianças autistas como forma de se proteger de angústias primitivas; geralmente eram pessoas moderadamente neuróticas, inteligentes, bem-sucedidas social e profissionalmente, cordiais e simpáticas, mas que mantinham áreas da personalidade isoladas que não podiam se desenvolver, levando a uma terrível sensação de vazio. Elas se utilizavam de *defesas centradas em sensações físicas*, que visam evitar o terror a predadores, próprio da época pré e peri-natal, de origem filogenética (TUSTIN, 1986). O que encontramos na maioria dos obesos que procuram a cirurgia bariátrica foram essas características: pessoas que tinham uma vida comum, trabalhavam, constituíam família, mas eram dominadas pela necessidade de comer compulsivamente e assim obter a sensação física tranqüilizante.

No início da vida pós-natal, as sensações de desamparo do bebê são amenizadas pelos cuidados e atenção maternos. Uma intensa troca afetiva pode ocorrer quando a mãe desenvolve um quadro mental próprio que permite a ela estar de acordo com as necessidades do seu bebê, e que Winnicott (1956) chamou *Preocupação materna primária*. Esta condição mental permite que mãe e bebê formem uma unidade simbiótica; um estado essencial para que, posteriormente, a individuação possa vir a ocorrer e o bebê e a mãe existirem separadamente.

Nesta condição, a mãe está apta a receber as comunicações, via identificação projetiva realista (BION, 1962), que seu bebê faz, e de responder a ele pela mesma via, uma comunicação não verbal através do tom de voz, tônus muscular, postura, olhar, e expressão facial. É uma experiência baseada nas sensações físicas, uma forma muito primitiva de comunicação empática, que possibilita ao bebê ter a ilusão de estar fundido à mãe, protegendo-o da percepção intolerável por remeter à sua inermidade, de ter existência própria. Será a partir destas vivências iniciais que irá se formar o núcleo do self do bebê, permitindo que o desenvolvimento venha a ocorrer.

No processo de projeção-introjeção entre o bebê e sua mãe, ele introjeta também a própria função alfa materna, sua capacidade de receber sensações assustadoras e de *digeri-las*, passando a ter a possibilidade de desenvolver a capacidade de tolerar a frustração e vir a pensar (BION, 1962). A mãe, ao cuidar do bebê, atendendo às suas necessidades físicas e ao ampará-lo em suas angústias o auxilia a sentir que sua “matéria corporal amorfa, agora contida por ela, pode adquirir forma” (TUSTIN, 1972, p. 70); ele começa a ter algum contorno. No entanto, muitas vezes isto não ocorre, havendo somente a incorporação do alimento, e não a introjeção da experiência da contenção, mantendo-se o estado de indiferenciação.

Para o bebê, a espera excessiva por quem cuida dele leva à quebra da sensação de fusão; como nesta época não há pensamento, pois o espaço mental ainda não se desenvolveu, estas vivências são experimentadas de forma concreta; a separação é sentida como algo físico, como ter algo quebrado ou enterrado no corpo; em consequência, a criança permanece presa a um mundo informe, sem contornos ou significados; presa a um mundo de sensações, não haverá o desenvolvimento da capacidade de sonhar e criar um mundo de fantasia (TUSTIN, 1972).

A função de conter o bebê (Função-Mãe) será possível de ser realizada se alguém exercer o papel complementar (Função-Pai), contendo as angústias de morte que ameaçam a díade, caso contrário, mãe e bebê serão invadidos por elas (COLUCCI, 1984).

Em Korbivcher (2008), aludindo a uma revisão de sua teoria, Tustin afirma que um sentido de fusão e não diferenciação entre mãe e criança é anormal: as mães das crianças autistas precisam senti-las como parte do seu corpo, e estas aceitam o conluio tamponando o *buraco* da sua mãe deprimida; numa relação por identificação adesiva (BICK, 1967; MELTZER, 1986), não há espaço para os objetos internos se formarem.

Mães deprimidas, que não contam com quem as ampare, não têm libido disponível para se ligar ao seu bebê; podem oferecer cuidados físicos formais, mas não contato afetivo. Para o desenvolvimento é fundamental a capacidade da mãe de, tomando o bebê como objeto, libidinizá-lo, chamando-o ao contato, atraindo-o a um relacionamento que substituirá a autossensorialidade. Nishikawa, citando Bleichmar, refere que quando a criança não pode ingressar na *cadeia de significante materna*, a *narcisização* primária fracassará, estando na origem psicogênica do autismo. Haveria uma complementaridade entre os conceitos de reverie de Bion, quando a mãe pode sonhar o sonho do bebê dando-lhe significado, e sua atitude ativa de *narcisar* o bebê, “[...] a cadeia de significante materna seria o próprio sonho e desejo da mãe em relação ao filho, criando uma via de mão dupla onde o bebê alcança o sonho da mãe e a mãe o sonho do bebê; isto irá permitir a criação de um mundo de significados” (NISHIKAWA, 2007, p. 14).

Será o processo de *narcisar* o bebê que irá tornar possível a ele, tomando a mãe como objeto e identificando-se com ela, vir a tomar-se como objeto e, posteriormente, a cuidar da própria saúde, aparência e desenvolvimento. No entanto, em geral, os obesos mórbidos não podem olhar para si e muito menos olhar-se de forma amorosa. Vestem-se sem cuidado, expressando a desvalorização; as roupas, jogadas sobre o corpo, não são vistas como algo que poderia auxiliá-los a amenizar e melhorar a aparência. Não têm percepção do seu estado, *captam sensorialmente* o asco e a rejeição que provocam, a deformação é

sentida, mas não *percebida*, apontando para um estar preso à autossensorialidade anterior ao narcisismo.

Na Clínica, antes da entrevista psicológica, os candidatos à cirurgia recebem todas as informações sobre seu estado de saúde, que procedimentos serão realizados, como será o período anterior e posterior à cirurgia e nos meses subsequentes, mas a maioria deles não chega a assimilar estas informações; elas não fazem o menor sentido.

Maria... o Nada

Maria chega para a entrevista com a psicóloga auxiliada pelo marido, está com 45 anos, 140 kg, 1,70m, IMC 48 e tem comorbidades: diabetes e pressão alta.

Sobe a rampa com dificuldade, a respiração é ofegante e para de quando em quando para descansar apoiada ao corrimão; levantar uma perna significa levantar cerca de 60 kg, cada passo, carregar 200. As roupas, jogadas por sobre o corpo, apontam para sua falta de forma. Entra devagar; o olhar vaga pela sala sem se fixar; senta-se, suspira. Ao ser inquirida sobre suas condições de saúde, e sobre o que entendeu das informações do cirurgião, não sabe o que dizer, nem porque resolveu procurar a cirurgia.

Refere: - *Não sei... acho que está tudo bem... não sei... os exames? Acho que estão bons... Acho que vai ser bom... meu marido apoia... minha filha falou que é bom...* - O Doutor orientou como você vai ter que fazer, antes e depois da cirurgia, para obter sucesso na perda de peso? - *Ah... não sei... acho que minha filha vai ver...* - Como é o seu dia, o que costuma comer? - *Ah!...eu como lanche... coca... refrigerante... porcaria ...* - O que faz? - *Trabalhava no treiller... com meu marido, mas... agora fico em casa; não agüento fazer o serviço..., tenho que sentar... fico cansada...* - Como se sente com isso? - *Cansada... Quero deitar...* - Você lembra quando isso começou? - *Ah! Eu acho que sempre fui., mas quando fiquei mocinha acho... e quando casei...*

Para Maria tudo é vago, impreciso, sem referências, como numa neblina. Da mesma forma como não sabe informar sobre seu dia a dia, a não ser que cansa e não agüenta fazer nada, ignora a gravidade do seu estado de saúde, como será a cirurgia, o período posterior e como irá lidar com tudo isto; só percebe seu enorme desconforto. Não pode tomar decisões, *alguém* diz que é bom operar, marido, filha, cirurgião, mas ao se dar conta de que a cirurgia poderá *tirar* seu desconforto, aceita a sugestão.

As experiências da necessidade e do prazer da sucção e o conter o bico do seio na boca e na língua fornecem o primeiro modelo de contensão e fusão;

estas zonas são o centro das vivências do recém-nascido, o bebê está centrado na região bucal.

Tustin (1972) nos lembra que a língua é o primeiro grande explorador e será a sensação de tê-la dentro da boca que permitirá vivenciar a noção de espaço e de um interior. *Dentro da boca* é a primeira experiência, sem isto a vida interior não tem como se desenvolver, e mais, o sentimento de corporalidade e ocupar lugar no espaço são inseparáveis, assim como a sensação de *dentro e fora*; quando estas primeiras experiências não são vivenciadas de forma adequada, não há como desenvolver vida interior, restando uma impressão de vazio e de coisas vagas encontradas nas crianças autistas e nos pacientes neuróticos que utilizam defesas autistas.

Encontramos estas características nos pacientes que desenvolveram o quadro de obesidade mórbida. Como não construíram uma boa noção de *si mesmo* não sabem o corpo que têm, alucinam que são magros; *literalmente*, não sabem o espaço que ocupam. Nas entrevistas médicas após a cirurgia, é freqüente obesos mórbidos que já emagreceram significativamente (20% do peso em 3 meses), perguntarem incomodados se os móveis da sala foram trocados, ou porque sua cadeira está colocada tão distante da mesa de consultas, não se apercebendo que as cadeiras especiais para obesos, e sua distância da mesa, são as mesmas e que eles é que diminuíram de volume.

No estado fusional, a ansiedade se deve ao terror de que a limitação da superfície de si mesmo desapareça e de se cair num espaço infinito e informe; ao terror de queda incorporam-se outros: ser derrubado, cair infinitamente, liquefazer-se, derramar-se, dissolver-se (TUSTIN, 1972).

Em Brunch (1974) temos o relato feito por um jovem de 14 anos, com 225 lbs (180 kg), do seu medo de derramar-se perdendo a gordura que o sustentava.

Tenho medo de me machucar, pensei que meu corpo era como uma fina camada de pele sobre um monte de gelatina, se me machucasse a gelatina sairia pra fora. [...] veria uma poça de geleia ou sopa de ervilhas e um balão de pele solta em volta dos meus ossos e músculos [...] pensei que tudo iria fluir pra fora e eu ficaria vazio. Tinha tanto medo desse vazio que isso levou a me empanturrar de verdade (tradução livre) (p. 91).

Em praticamente todas as entrevistas pré-cirúrgicas, realizadas em 12 anos de trabalho, encontramos referência à sensação de derramamento e de terror descritos.

As impressões sensoriais constituem uma vivência primária normal, e a construção de um self rudimentar se fará no ritmo das sensações sobre a pele e as mucosas, pela contiguidade sensorial. Quando a percepção precoce de individuação surge antes que um “senso seguro de continuar a ser” (TUSTIN, 1986, p. 26) tenha se estabelecido, a criança se protege, procurando alguma segurança principalmente nas *sensações superficiais da pele e das mucosas*, na tentativa de manter alguma integração. Para alcançar algum senso de definição, busca se aderir às superfícies, ser contínua a elas; busca sensações que permitam vivências tranquilizadoras em substâncias macias tanto do próprio corpo como externas a ele, e, através de substâncias e objetos duros, a de ter uma concha protetora. Assim, fica presa a atividades sensoriais quase constantes para se proteger de algo insuportável, perceber-se separada, frágil, quebrada; são ações como morder a língua ou a bochecha e que, geralmente, passam despercebidas aos adultos (Formas e objetos autistas, TUSTIN, 1972, 1986).

Em nossas observações, encontramos pessoas com áreas da personalidade fixadas nos primeiros estágios do desenvolvimento, presas a um mundo sensorial, sendo, as sensações oferecidas pela boca, fonte de segurança. Para evitar sentir que perderam partes de si mesmo, partes da boca, procuram mantê-la sempre cheia e em movimento; a mastigação, deglutição e movimentos da língua e dos maxilares, assim como os sons produzidos, garantem por alguns instantes a volta à sensação de inteireza. É uma tentativa desesperada de reencontrar a fusão, de tamponar a boca *estragada*, mas a cada deglutição as angústias retornam, obrigando a reiniciar todo o processo, num comer sem fim, que tem como consequência o quadro de obesidade mórbida.

O prazer associado à satisfação da fome, com os correlatos de satisfação olfativa, gustativa e visual, de se sentir saciado, com o interior preenchido, associado a uma imagem materna afetiva, é perdido ou não se desenvolveu. No comer compulsivo, os alimentos são utilizados como objetos e formas autistas (TUSTIN, 1972, 1986), alimentos duros e crocantes oferecendo a sensação física do duro e a ilusão de uma concha protetora; alimentos macios e cremosos, de conforto e bem-estar.

Sendo a busca exclusivamente por sensações tranquilizadoras, não podem permanecer dentro das quantidades alimentares adequadas. Para manter a sensação de existência, empanturram-se, visando alcançar a experiência concreta da presença do estômago. Como a capacidade de discriminação não se desenvolveu, ou foi atacada, não podem levar em conta a realidade: *o estômago tem tal capacidade para receber alimentos, ou gordura demais põe a vida em risco*. Vivem como se limitações não houvessem, ingerem quantidades inacreditáveis de alimento,

criando distorções em seu corpo semelhantes às do seu mundo mental, gerando quadros clínicos cada vez mais graves. Para se protegerem dos seus terrores, correm o risco de vir a morrer.

Cláudio, centrado em si mesmo

Cláudio está sempre mastigando, mesmo quando vai para as consultas: bolacha, batatinha, sanduíche, chicletes. Embora converse bem, trabalhe, tenha família, está sempre centrado em si mesmo. Na ocasião da entrevista estava com 56 anos, 1,75m de altura, 135 kg, IMC 44.

Mostra-se sempre irritado, queixando-se dos profissionais.

_ Não sei para que tudo isso! Tanto exame! Vir aqui... e agora o doutor disse que vou ter que emagrecer mais! A cirurgia não é para isso?! Que saco! A Dra X quer que eu pare de comer batatinha! Só se eu morrer! A Dra Y quer que eu faça mais exercício, como se eu pudesse...

Numa das ocasiões em que foi à clínica, dirigiu-se ao elevador, sendo visto pela psicóloga que aguardava na fila. Ele não a vê, assim como não vê as outras pessoas ou a fila. Passa direto, vai até a porta fechada do elevador e, quando este chega, fica ali parado, *tamponando* a porta com todo o seu corpo, de tal maneira que ninguém pode sair.

Cláudio olha perplexo, sem saber o que está acontecendo, o que aquelas pessoas fazem ali; também não percebe que se não se afastar, ninguém vai poder deixar o elevador e liberá-lo para que entre. O elevador deveria estar esperando por ele; não tem noção do que é uma fila, nem de que, se aquele está cheio, será necessário esperar que esvazie para poder entrar; também não há registro de um estômago que precisa ser esvaziado para poder receber mais alimento; existe a necessidade de mastigação, mas não a percepção de um estômago com uma determinada capacidade. Não tendo construído os conceitos de *ocupar lugar no espaço, dentro e fora, continente-contido*, não há noção de um interior físico ou mental, vive num mundo bidimensional, a tridimensionalidade não tendo sido ainda alcançada (MELTZER et al.; 1975).

Obesos mórbidos comem sem parar, procurando desesperadamente tamponar o que está quebrado, e retornar a um tempo em que as necessidades eram automaticamente atendidas pelo organismo materno. Para isso, freqüentemente se utilizam também da televisão e da internet, que se prestam a envolvê-los num mundo de sons e imagens sem significado; *comendo* com a boca, os olhos, os ouvidos, procuram desesperadamente regredir a um universo de sensações que os envolve como uma *bolha de segurança*, evitando o terror de perder a pele que

mantêm unidas as partes do corpo e do self, do sentir derramar-se. Posteriormente, a capa de gordura, decorrente da alimentação desenfreada, passa a ter a função de *segunda pele* (BICK, 1967), pois, quando a primeira é sentida como muito frágil, será necessário reforçá-la, construir um escudo protetor. Como vimos, a quantidade de gordura atinge tais proporções que os obesos mórbidos ficam praticamente *engessados* por ela.

Ao buscar a cirurgia bariátrica, eles procuram obter concretamente o controle alimentar através de um agente externo; estando presos num universo onde a ingestão de alimentos é uma proteção sensorial contra um estado indescritível de terror, é extremamente difícil para eles cooperarem com a equipe. O que se pretende, *que eles diminuam drasticamente o que ingerem*, é tudo o que não podem fazer, a sensação de impotência é absoluta; são ainda assolados por sentimentos de ódio pelos que se propõem a auxiliá-los a conseguir realizar esta *missão impossível*.

Quando funcionando num registro esquizo-paranóide, os pacientes obesos veem os profissionais da equipe como críticos frente ao seu estado; projetam neles um superego sádico, acreditando que julgam seu comportamento vergonhoso, que não emagrecem por que não se esforçam e não porque não são capazes. O cirurgião fica com a parte idealizada, vai salvá-los com sua cirurgia restauradora, instalando o controle e a discriminação que lhes falta, tamponando o que está estragado, levando à sensação de inteireza.

Com sua atitude auto-centrada, hostil a qualquer realidade, estas pessoas provocam reações de agressividade, via identificação projetiva, em todos os que têm contato com eles; nos casos mais graves, a violência das manifestações protomentais determina nos profissionais reações de evasão contra estes estados desorganizadores. Isto faz com que este seja um trabalho penoso, que poucos suportam realizar; para entender estes mecanismos e não se deixar levar por atuações contratransferenciais, a equipe necessita do auxílio do psicólogo.

Klein (1957) descreveu a *inveja* como o grande fator constitucional que leva às dificuldades emocionais, e que surge já no início da vida. Existe sempre em algum grau como um sentimento de ira por outra pessoa possuir ou desfrutar algo; o impulso é tirar do outro o que é invejado e inutilizá-lo, e, principalmente, “destruir a criatividade da mãe” (p. 212), sua possibilidade de gerar vida; no caso, a capacidade da equipe. É uma manifestação dos impulsos destrutivos, e quando excessiva dificulta a formação do bom objeto já que este é imediatamente atacado e destruído tornando-se mau. Assim, a pessoa está sempre insatisfeita, seus objetos tornam-se *instáveis e indiscriminados*, e ela, impedida de confiar nos profissionais, que passam de parceiros a perseguidores.

Muitos pacientes ouvem as orientações aparentando aceitar e conhecer o que devem fazer para que a cirurgia tenha sucesso, mas não têm nenhuma intenção de colaborar. Sabendo que sem a avaliação da equipe multidisciplinar a cirurgia não será realizada, simulam uma aceitação que de fato não têm. Acreditam que existe uma mágica que lhes dará o que desejam, um corpo magro, sem que precisem fazer nada para isso; basta desejar e atender ao desejo do cirurgião. A equipe é vista como aquela que deteria o poder sobre esta *mágica*, e suas orientações, uma forma de exercer um poder perverso e dificultar a vida de quem depende dela.

Os mais invejosos são francamente hostis, denigrem os profissionais, afirmando que tudo o que lhes é oferecido não presta, que já fizeram tudo o que lhes é recomendado sem resultados. Procuram jogar uns contra os outros, e principalmente a equipe contra o cirurgião, atacando qualquer possibilidade de fazer vínculo e trabalhar em dupla. Atacam o casal parental, que cria vida.

Ana, o triunfo.

Ana deseja muito ser magra embora considere muito difícil seguir as recomendações da nutricionista e realizar o que a educadora física propõe. Acredita que com a cirurgia sua vida estaria resolvida. Estava com 49 anos, 89 kg, 1,63 de altura, IMC 34, sem comorbidades; não havendo indicação cirúrgica, deveria prosseguir com o tratamento clínico. Após 2 anos retornou com IMC 36 e diabetes.

Chega mostrando-se exigente, reclamando: - *Não chega falar com o médico e fazer um monte de exames, ainda tenho que vir aqui, falar com a nutricionista, com a educadora física, com você! Arre! Não sei pra que tudo isso. Da outra vez fiz tudo isso e não quiseram me operar. Disseram que não precisava, que era só fazer o regime e exercício. Não adiantou nada! Agora estou com diabetes e resolveram operar. O que a gente tem que passar. Saco! Eu queria fazer a cirurgia e pronto, emagrecia.*

Após a cirurgia, ficou-se sabendo que a paciente havia ingerido uma bandeja de cocadas antes de realizar o exame para avaliação glicêmica, provocando um falso positivo. Triunfante por ter enganado a equipe e obtido a satisfação do seu desejo, a *cirurgia salvadora*, vangloriava-se diante dos familiares. O reconhecimento de haver critérios para indicação cirúrgica ou o cuidado com a saúde eram inexistentes; importante era a satisfação do desejo, e, melhor ainda, triunfar sobre os *opositores*, vencê-los, humilhá-los, vingar-se dos objetos internos maus.

Características mentais dos obesos I, II e III - semelhanças e diferenças

Todos os pacientes entrevistados responsabilizaram os remédios, que tomaram para perder peso, pelo fato de voltarem a engordar após a interrupção do tratamento.

Como não se dão conta da interrupção ter sido feita por conta própria, sem orientação médica ou nutricional, de não terem seguido a dieta prescrita, nem a orientação para desenvolver atividade física, pouco podem fazer por si. Associam à ansiedade o ganho peso, mas não consideram significativa a quantidade de alimento que ingerem quando estão ansiosos, seja por cisão, negação ou falta de discriminação.

Nos adultos com áreas da mente desenvolvidas, mas com núcleos autistas encapsulados, os terrores perinatais são revividos sempre que há uma expectativa muito elevada não alcançada; pode ocorrer após a lua de mel, quando nasce um filho, na meia-idade, etc. Por sentirem ter partes danificadas, ao entrar em contato com a realidade das limitações “a experiência de desilusão destruidora é reeditada” (TUSTIN, 1986, p. 28). Encontramos que a maioria dos obesos relaciona o ganho excessivo de peso com situações de marcada mudança, em que há passagem de uma fase da vida para outra. Existem nuances diferentes conforme a época em que a obesidade se desenvolveu, mas está sempre relacionada a uma crise de identidade.

As épocas de passagem: entrada para o ensino fundamental, adolescência, casamento, filhos, envelhecimento, são de desequilíbrio psíquico; quando o ego não está bem estruturado podem ocorrer rupturas e o surgimento de ansiedades perinatais, a regressão levando ao uso de defesas muito primitivas. Com a perda da identidade adulta retorna-se a um estado de indiferenciação, posteriormente, o peso excessivo estende isto para o corpo físico: a pessoa perde as formas, torna-se física e mentalmente amorfa. Embora tenham aspectos desenvolvidos, vivem sob a imposição de atender a essas demandas sensoriais que lhes oferecem proteção. Quando entram em contato consigo e com a realidade, apresentam uma insatisfação constante, um desconforto físico e mental, sentindo muita vergonha e raiva por estarem nessa condição.

Nos três grupos de obesos, grau I, II e III (embora com características diferentes), a depressão está sempre presente, assim como a dificuldade em discriminar, o que leva a uma redução da sensibilidade para os sinais que indicam saciedade, mas, existem diferenças significativas quanto aos fatores mentais atuantes. Quanto mais primitivas as defesas privilegiadas, mais grave o quadro clínico, maior o grau de obesidade; somente para os que já nasceram obesos, tendo um ou ambos os pais e familiares obesos, o fator genético é mais significativo do que os mentais.

Importância do contexto familiar

Deparamos-nos frequentemente com uma dinâmica familiar onde o obeso mórbido tem a função de oferecer a ilusão de ser um bebê necessitando de cuidados constantes, revivendo a situação de fusão e de tamponamento do *buraco* da família deprimida. Repete-se a falha na capacidade familiar para receber, conter e nomear as angústias do bebê, hoje obeso mórbido, permanece a dificuldade em discriminar necessidade e desejo e aceitar diferenciação e individuação, a patologia familiar levando ao desenvolvimento e manutenção do quadro clínico e ao boicote do tratamento.

Obesos grau III (IMC > 40) não fazem a discriminação eu-outro, pois vivem a ilusão de fusão; conseqüentemente, é a própria capacidade de discriminar que é atacada ou não se desenvolveu; possuem áreas do funcionamento mental onde a noção de objeto e de um interior não foram alcançadas, assim, a questão mais importante não é a voracidade e as ansiedades persecutórias decorrentes, mas o terror de perder partes de si mesmo e o uso de defesas autistas privilegiando as sensações ligadas à superfície das mucosas, e sons produzidos; sua sensação é de coisas vagas e não de um vazio interno. Nestes casos, estamos diante da depressão psicótica (JUSTIN, 1972), por quebra da ilusão de fusão, com perda de partes do self, e não da depressão por perda ou destruição do objeto, própria de etapas mais evoluídas, que nos remeteria às questões do luto.

Nos casos mais graves, com **IMC = > 50**, encontramos pessoas que vivem um extremo desconforto e enfrentam muitas restrições sociais e físicas: não cabem em cadeiras ou poltronas nos lugares públicos, não conseguem se vestir, amarrar os sapatos, fazer a própria higiene. Quando é a família que procura pela cirurgia, mas o obeso ainda não se apercebeu de quão desconfortavelmente vive, tem-se que avaliar melhor sua capacidade de colaboração; geralmente estão aquém disto. Já, se eles têm *a experiência concreta do desconforto* e se dão conta de que estão encarcerados dentro da gordura, buscam pela cirurgia. Neste momento, são mais receptivos às orientações, porque necessitam mudar a forma de viver e têm muito medo de não conseguir sair deste quadro ou de retornar a ele; a cirurgia é a única chance de se obter alguma melhora das condições de vida; aceitam ter uma doença crônica e necessitar da colocação concreta de um limite para a ingestão alimentar.

Obesos grau II (IMC 35 — 39,9) podem suportar ter existência própria, mesmo não distinguindo a sensação de fome fisiológica da sensação psíquica de um vazio interno. Desenvolveram a noção de tridimensionalidade e, conseqüentemente, a noção de um interior; sentem a existência de um vazio dificilmente

preenchível que gera grande ansiedade, mas não perderam partes de si mesmos. Apesar de terem núcleos autistas, contam também com o funcionamento próprio da posição esquizo-paranóide. Aqui estamos diante das questões do luto e sua não-elaboração, a obesidade sendo a contrapartida da depressão, a negação levando ao estado maníaco tão frequente entre eles. Neste quadro, a voracidade terá especial importância.

João: voraz e competitivo

João é um comerciante bem-sucedido. Agressivo, ativo, competitivo, quer sempre expandir seus negócios. Tem amigos que realizaram a cirurgia bariátrica e conseguiram emagrecer; ele já chega bem informado. Tem 58 anos, 1,80m de altura, 130 kg, IMC 40.

Na entrevista, mostra-se simpático, mas exigente; quer sempre estar no controle da situação. Entra na sala com desenvoltura. *—Ah! Estou cansado! Já não sou mais o mesmo! Por isso quero a cirurgia. Quero voltar a ser o que era.*

O Dr. X me falou da cirurgia e do pós- imediato, e também como será depois. Vai ser uma barra, mas eu preciso conseguir, tenho que ser vitorioso! Meus amigos conseguiram! Não posso ficar por baixo. ... O que como? Bom, eu sempre prefiro coisas crocantes como batatinha, o tempo todo; é engraçado, tenho amigos que vivem de leite condensado, e para mim é batatinha! (e rindo) Acho que gosto de morder! E carne, muita carne. Este peso eu estou conseguindo porque tenho uma cozinheira que já fez a cirurgia e sabe o que eu posso comer. É como um negócio, para dar certo você precisa ter uma porção de gente para te ajudar. Vai ser difícil, eu sei, eu sempre quero mais e mais em tudo, mas meu orgulho vai me ajudar a vencer.

Seu orgulho e competitividade podem ajudá-lo, difícil será vencer a voracidade, mas ele tem a capacidade de reconhecer seu ponto fraco, a dificuldade de se conter, e pode se associar a pessoas que realmente o auxiliam.

Klein e Riviere (1937) apontam que a voracidade é o desejo da posse de toda bondade que possa ser retirada do objeto, mesmo que isto possa resultar em sua destruição; é um desejo insaciável que ultrapassa as necessidades do sujeito e a vontade ou capacidade de dar do objeto, visando secar e devorar o seio nutridor. Em algum grau, sempre existe no inconsciente; representa o desejo de viver mesclado aos aspectos agressivos e passa a se expressar pelo desejo de se obter diferentes coisas: bens, dinheiro, poder, posição social, comida. O significado inconsciente, porém, é sempre o de incorporar o bom objeto, neutralizando o medo de nos percebermos cheios de maldade; quando a necessidade de ingerir = adquirir todo o bom está associada a uma grande destrutividade, leva à sensação de nunca estar preenchido, pois o que é ingerido é imediatamente destruído.

A obesidade está, portanto, relacionada à agressividade oral; os obesos grau II negam a ausência, perda ou destruição do objeto, procurando superar a depressão através da incorporação repetida do alimento que o “representa” - estamos no campo da equação simbólica (SEGAL, 1981). Procuram introjetar concretamente um objeto bom que preencha o vazio deixado pelas fantasias de destruição (para acalmar a culpa depressiva), para neutralizar a presença de um objeto mau (perseguidor) ou para reforçar um ego frágil; no entanto, como o que é introjetado é atacado a seguir (a própria mastigação levantando essas fantasias), será preciso ingeri-lo = introjetá-lo novamente. No entanto, estas são pessoas que, apesar de toda a ansiedade, mantêm acesa a esperança de readquirir (reparar) o bom objeto, diferentemente das que diante de situações de grande ansiedade não conseguem se alimentar, pois vêem alimento = veneno, por projeção da destrutividade.

Obesos grau I (IMC 30 – 34,9) frequentemente têm um discurso baseado na busca da saúde, mas na realidade se preocupam com a questão estética; não consideram a obesidade uma doença, para eles doentes são os com IMC > 50. Desejam emagrecer porque serão vistos como magros: magro = bonito = bom; a percepção da necessidade da cirurgia como forma de ganhar saúde fica com a equipe.

Com frequência, tal como Ana, obesos que não atingiram as condições para indicação da cirurgia procuram engordar ainda mais visando alcançar seu objetivo, a mágica cirúrgica.

Muitas das pessoas que têm condições para arcar com os custos da cirurgia partiram de condições socioeconômicas difíceis e alcançaram sucesso; sentem que, sendo vencedores, não precisam mais viver dentro de limitações, acreditam que podem comprar tudo o que desejarem, conseguir tudo que almejem. Querem a cirurgia, e, como resultado, a perda de peso, mas como algo que pode ser adquirido imediatamente e não como o primeiro passo de um longo e contínuo esforço. Nestes casos encontramos, com frequência, a inveja como fator significativo.

Fenômenos observados posteriormente à cirurgia

1. Após a cirurgia os pacientes sentem que alcançaram tudo o que desejavam. O fato de não haver queixa quanto a dores pós-cirúrgicas sugere que só percebem mal-estares difusos, não discriminando as sensações.

2. A cirurgia bariátrica possibilita uma vivência de renascimento. Para pessoas que utilizam defesas próprias de etapas perinatais, a dieta líquida, e posteriormente pastosa, confirmam a fantasia inconsciente de ser um bebê que mama. Os que podem usar este momento para transformar suas vivências, apoiados pela equipe multidisciplinar continente, reelaborando conflitos e ampliando as áreas

evoluídas da personalidade, têm uma boa evolução: lutam ao lado da equipe, conseguem se adaptar ao tipo de dieta e às quantidades indicadas; caso contrário, as dificuldades terão início.

3. Para a criança em desenvolvimento, o aparecimento dos dentes leva à possibilidade de realizar ou não as fantasias de agressão oral, mas para a criança autista ou com áreas da personalidade fixadas nestas vivências, dispara fantasias atávicas do tipo predação-predador associadas a toda experiência *não-eu* e à experiência de depressão psicótica (TUSTIN, 1972). Assim, para muitos, as fantasias predatórias tornam impossível a mastigação, dificultando a readaptação à dieta sólida.

4. Após a perda de peso, o obeso mórbido deverá passar por muitas cirurgias reparadoras: abdômen, braços, pernas. A vivência da reparação dos objetos internos é alcançada e concretizada na reparação do corpo, sendo transmitida às outras pessoas, desta forma, mesmo com as marcas das cicatrizes, sentem-se lindos e são vistos como tal. Os que, cheios de inveja, desejam alcançar a perfeição, estarão sempre insatisfeitos, não há reparação possível, tudo está destruído: seus objetos internos, seu corpo, seus relacionamentos. Irão para a cirurgia plástica com o intuito de denegrir o próprio corpo e, frequentemente, o médico que os assiste.

5. Nas consultas após a cirurgia, uma queixa freqüente é a de uma intensa perda dos cabelos; a hipótese médica seria de avitaminose decorrente da dificuldade de absorção dos nutrientes, no entanto, aumentar a ingestão dos mesmos não atenua o quadro. Isto nos leva a pensar: Qual a função de *cabelos* para o psiquismo?

Oliveira (2007) aponta que a função biológica de proteção dos *pelos-cabelos* se estende às questões mentais. Presente no recém-nascido humano, [...] o reflexo de preensão... evidencia um fator filogenético para um 'agarrar-se a uma' 'mãe-pelos', que nos protegeria de um 'cair sem fim'. ... uma pré-concepção quanto a 'cabelos' como defesa contra o 'terror de cair', algo que oferece segurança e continência" (p. 149).

No caso dos obesos, a queda dos cabelos expressa a perda deste objeto contensor primitivo, o paciente sente que está prestes a se liquefazer, a cair. Num funcionamento por identificação adesiva (BICK, 1967; MELTZER, 1986) *a queda dos cabelos é a queda do sujeito*; um primeiro sinal de que está sem defesas, em sério risco.

6. Após cinco anos, muitos obesos estão acima do peso e com doenças associadas. Com o estômago drasticamente reduzido, não podem utilizar a ingestão continuada como defesa, e emagrecendo, perdem a capa de gordura, a segunda pele. Como a retirada das defesas se deu por uma ação concreta, cirúrgica, e não por desenvolvimento do ego, não se constituíram maneiras evoluídas para fazer frente às angústias; muitos deles surtam, ou lançam mão de substitutos sensoriais tornando-se adidos ao álcool, às drogas ou promíscuos. Outros continuam lutando bravamente, mas o sofrimento é de tal ordem, que acabam preferindo a

morte, assim o número de suicídios alguns anos após a cirurgia não é pequeno; com todas estas dificuldades, o número dos que realmente conseguem manter-se organizados acaba não sendo tão alto quanto se desejaria. Com a cirurgia, obtêm alguma sobrevida, mas Tânatos está sempre à espreita.

Considerações sobre o trabalho psicoterápico com obesos mórbidos

Apenas uma minoria dos pacientes operados busca por este auxílio; são os que têm aspectos mais saudáveis e amorosos e capacidade para fazer uma dupla produtiva; mesmo assim, um psiquismo tão primitivo exige do profissional tal disponibilidade, e adaptação do setting, que nem todos estamos dispostos a fazer.

Muitos são como prematuros; precisam ser atendidos sempre que necessitam, sem esperar, pois não toleram a não-fusão, não podendo se adaptar à realidade de um intervalo regular entre as sessões. Para não ter a sensação de estar se liquefazendo, necessitam de um terapeuta disponível, num estado semelhante ao da preocupação materna primária, voltado para eles e que possa atendê-los quando e se solicitarem. Sentem-se facilmente desconsiderados, desfazendo-se, quando tentamos trabalhar com dias e horários fixos, pré-marcados, várias vezes por semana, como consideramos que seria indicado (afinal são casos graves). Para eles o tempo, como o conhecemos, não existe; vivendo na bidimensionalidade, o tempo é oscilante, e na tridimensionalidade, circular, portanto, nunca passa (MELTZER, 1986); assim, para eles, apenas suas necessidades são reais, não havendo possibilidade de realizar adaptações.

Baseando-se nestes dados, a terapeuta que os atendeu se dispôs a realizar a experiência e trabalhar permitindo que os pacientes agendassem seus horários sempre que necessitassem. Estando-se diante de um psiquismo perinatal, decidiu-se respeitar a fusão e a indiscriminação. O terapeuta, proporcionando um ambiente que se adapta ao paciente, ofereceria a possibilidade do mesmo ter a vivência de não ter perturbado seu *sensu de existir*, de *continuar a ser, sem precisar reagir*, como aponta Winnicott (1949), e, talvez assim, alcançar algum desenvolvimento. Estamos propondo que aceitar estas condições não é uma atuação do analista, mas uma adaptação da técnica que se faz necessária diante da impossibilidade destes pacientes se aterem às nossas propostas quanto à forma de trabalho, caso contrário, eles não ficarão conosco, pois estaremos pedindo algo que eles não podem oferecer.

Esta experiência mostrou-se exitosa: muitos têm podido manter o trabalho psicoterápico por muitos anos, assim como a perda de peso, e posteriormente sua estabilização; têm evoluído, conseguido comparecer às sessões, mesmo sendo de outras cidades, chegando a fixar um horário semanal, embora possam

pedir trocas com certa frequência; têm se mantido relativamente integrados, sem fazer uso de objetos autistas (alimento) e da concha protetora da capa de gordura. Nestes casos existe a presença de dois fatores da maior importância: Gratidão, pelos profissionais e amigos que os acompanham, e a possibilidade de fazer aliança com pessoas amorosas que os auxiliam na luta para manterem-se vivos física e mentalmente. Eros está presente.

Depois de algum tempo, cerca de dois anos, surgem referências a lembrar do que o terapeuta lhes disse, e aferram-se a essas comunicações para fazer frente aos pensamentos destrutivos do tipo: *não adianta, você não vai conseguir* ou, *vai lá e coma!*; começam a introjetar um objeto contensor amoroso, que não faz retaliações e pode tolerar deslizes. Alguns relatam que, ao serem *atacados pelo desejo de assaltar geladeira*, colocam um tênis e saem para caminhar; com isto afastam-se do alimento = veneno que os seduz, e, fazendo exercício, não somente queimam calorias, como atendem à premente necessidade de estimulação sensorial: não só produzem endorfina, como *sentem* a musculatura trabalhando, o suor escorrendo (e não eles se liquefazendo), o coração acelerando (estão vivos!); essas vivências concretas, sensoriais, levam à integração e afastam o desespero de perder partes de si mesmo.

Mostram-se ainda extremamente aliviados e gratos quando se consegue oferecer a eles a descrição de um estado para o qual não têm imagens ou palavras, e que sentem que ninguém pode compreender; deixam de estar em completa solidão.

O acompanhamento destes pacientes mostra, no entanto, que o equilíbrio alcançado é extremamente delicado, podendo ser rompido por qualquer fato da realidade que os toque. A simples menção de que outro pós-operado voltou a ganhar peso é suficiente para desestruturá-los; identificam-se com o outro a tal ponto que ficam fusionados a ele, já não sabendo mais quem engordou. A frágil rede que conseguiram tecer, e que os contém, rompe-se; a consequência é o voltar a comer desenfreadamente, retornando às defesas autistas.

Sentir-se repleto evita o *sentir-se* cheio de buracos, o que ameaçaria seu *senso de existir*. Nestes momentos não há discriminação entre sensações e sentimentos. Além disso, para manter a identidade, mesmo tendo alcançado algum desenvolvimento, buscam desesperadamente pelo olhar do analista; como bebês que precisam ter a vivência de serem refletidos pelo olhar da mãe para iniciar o processo de formação da identidade (WINNICOTT, 1967), estão na dependência de que o terapeuta seja realmente capaz de vê-los e refletí-los para que este processo seja retomado, e sua frágil pele psíquica restaurada.

Apesar destes pacientes evoluírem, adquirirem consciência do seu estado, lutarem para permanecer organizados física e mentalmente, são presas fáceis de qualquer situação que remeta à possibilidade de viver de forma fusional: pode ser um relacionamento, álcool, drogas, alimento; é algo que se lhes apresenta

com uma atração avassaladora e, por mais que tenham clareza das conseqüências, não podem frear-se. Sofrem demais com isso, lutam contra essa atração, mas, quando expostos a essas situações, podem ser facilmente dragados por esse redemoinho sensorial. Continuam a ser pacientes de risco.

Morbid obesity, compulsion; when life is sensory

Abstract: Observing material from obese patients seeking for bariatric surgery, an extremely primitive mental functioning was seen, where constant food ingestion is used as a defence mechanism against extreme unnamable terror. Investigating works by authors which have focused on studying the initial stages of development and correlating their findings with observed data, show that the *sensations*: chewing, tongue and jaw movements, texture, food flavour, and the sounds produced, are used by them as autistic defences, sensory, when faced with the terror of losing parts of the self. Grade III obese individuals favour functioning from the sensory defense, grade II obese individuals also use defences of the paranoid-schizoid position. Envy and voracity have been seen as key factors of these personalities; the way the relationship occurs with foods, professionals, and surgery, will be determined by these characteristics. Taking into account their primitiveness, some changes in psychotherapy work technique are proposed.

Keyword: Autistics defences. Depression obesity. Envy. Morbid obesity. Technical adaptation. Voracity.

Referências

BICK, E. A experiência da pele em relações de objeto arcaicas. In: **Melanie Klein hoje**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1991. Originalmente publicado em 1967.

BION, W. R. **Aprendiendo de la experiencia**. Barcelona/Buenos Aires: Paidós, 1966. Originalmente publicado em 1962.

_____. **Atenção e interpretação**. Rio de Janeiro: Imago, 1973. Originalmente publicado em 1970.

BRUNCH, H. Body image and self-awareness. In: **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within**. London: Routledge & Kegan Paul, 1974.

COLUCCI, A. M. **Função-pai e função-mãe: continentes de vida e morte**. Apresentado em reunião científica na SBPSP, 1984.

KLEIN, M. Inveja e gratidão. In: **Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963**. Rio de Janeiro: Imago, 1985. Originalmente publicado em 1957.

KLEIN, M.; RIVIERE, J. **Amor ódio e reparação**. São Paulo: Imago, 1975. Originalmente publicado em 1937.

KORBIVCHER, C. F. **Transformações autísticas, o referencial de Bion e os fenômenos autísticos**, Rio de Janeiro: Imago, 2008.

MELTZER, D. Identificação adesiva. **Jornal de Psicanálise**, v. 19, n. 38, p. 40-52, 1986.

_____. et al. **Exploración del autismo**. Buenos Aires: Paidós, 1979. Originalmente publicado em 1975.

NISHIKAWA, E. **Outro olhar: o espelho como projetor**. Apresentado em reunião científica na SBPSP, 2007.

OLIVEIRA, M. T. Cabelos, da etologia ao imaginário. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 41, n. 3, p. 135-151, 2007.

SEGAL, H. Notas sobre a formação de símbolos. In: **A obra de Hanna Segal**. Rio de Janeiro: Imago, 1983. Originalmente publicado em 1981.

TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Originalmente publicado em 1972.

_____. **Barreiras autistas em pacientes neuróticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. Originalmente publicado em 1986.

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psique-soma. In: **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1978. Originalmente publicado em 1949.

_____. Preocupação materna primária. In: **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1978. Originalmente publicado em 1956.

_____. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Originalmente publicado em 1967.

MARINA TRENCH DE OLIVEIRA
Av. Cássio Paschoal Padovani, 3395
13420-355 Piracicaba – São Paulo – Brasil
e-mail: marinatrench@uol.com.br

YVOGMAR GODOY ROSSILHO PALAURO
e-mail: ivogmarrossilho@terra.com.br