

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
PUC RJ  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TRANSTORNOS ALIMENTARES  
CCE-PUC-Rio

**OS LIMITES DA CLÍNICA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES**

**POR**

**ANA MARIA CORTES DE FIGUEIREDO MURTA**

**Rio de Janeiro**

**Março-2019**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
PUC RJ  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TRANSTORNOS ALIMENTARES  
CCE – PUC-Rio

**ANA MARIA CORTES DE FIGUEIREDO MURTA**

# **OS LIMITES DA CLÍNICA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares do CCE-PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Transtornos Alimentares.

Orientadora: Márcia Maria dos Anjos Azevedo

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho à Mariana, minha filha pelo incentivo, carinho e parceria, aos meus colegas de turma pelo apoio e à minha família pela compreensão mais do que especial durante todo esse período e sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha filha Mariana por estar sempre ao meu lado e ser meu principal incentivo na busca pela evolução diária como ser humano.

Agradeço à professora Dirce de Sá Freire, pela dedicação como professora e pela sua generosidade e incentivo.

Agradeço à professora Marcia Azevedo pelo seu inestimável apoio, dedicação e paciência na orientação que tornaram possível a conclusão desta monografia.

Agradeço à turma pelo convívio e parceria durante o decorrer do curso.

Agradeço a todos os professores que muito contribuíram para esta pesquisa e desenvolvimento desta monografia

*“Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.”*

*Clarice Lispector*

**RESUMO**

Nesse trabalho propusemos uma articulação em um caso clínico atendido no SPA Serviço de Psicologia Aplicada da PUC como requisito do curso de Especialização de Transtornos Alimentares na qual foi estabelecida uma importante relação no campo transferencial. A partir deste foi possível observar a amplitude dos limites nessa modalidade clínica. Esse caso encontra-se ainda em curso e tornou-se emblemático para os objetivos deste trabalho. Nesse estudo foi possível observar que existem diversos aspectos clínicos a serem considerados antes de haver a legitimação da indicação de uma cirurgia bariátrica para um sujeito obeso.

**Palavras-chave:** Transtorno alimentar, compulsao , obesidade

## SUMÁRIO

<i>Introdução</i>	6
<b>1. Capítulo 1</b>	<b>9</b>
1.1. Sobre os primórdios da relação mãe-bebê	9
1.2. Caso clínico: caracterização da situação clínica 22222	10
1.3. A família	13
<b>2. Capítulo 2</b>	<b>17</b>
2.1. A comida como objeto que aplaca a angústia	17
2.2. Sobre o desamparo e os primórdios da vida	19
<b>3. Capítulo 3</b>	<b>25</b>
3.1. O papel do campo transferencial e os limites da clínica	25
3.2. Sobre a cultura – o Outro social	26
3.3. A historicidade pessoal que começa a ser contada pela paciente	27
<b>4. Conclusão</b>	<b>29</b>
<b>5. Referências bibliográficas</b>	<b>31</b>

## Introdução

O presente trabalho abrange um amplo campo de pesquisa tanto no plano teórico quanto clínico, dentro de uma visão psicanalítica. A problemática dos transtornos alimentares, sobre a qual se debruça esta análise, vem ganhando espaço clínico e teórico, além de amplo interesse no campo da psicanálise nas últimas décadas. Parte-se do pressuposto de que é de fundamental importância na compreensão de sua etiologia, das falhas na constituição do psiquismo no encontro da relação primordial com o Outro, a figura da mãe. De acordo com essa visão, os estudos dos transtornos alimentares vão apoiar-se, principalmente, na delimitação de fronteiras interna e externa do aparelho psíquico que se constrói nos primórdios da vida do bebê.

Sabemos, desde o contributo teórico de Freud, que os sintomas psíquicos não são desligados do que ocorre no mundo. Em função disso, é necessário que profissionais da área de saúde reconheçam um sintoma característico de uma determinada época. O cenário contemporâneo, com as múltiplas atividades diárias, a saída da figura feminina do lar para trabalhar, a nova condição familiar dos filhos, dentre outras mudanças impostas, trazem novos desafios não só às pessoas, como também a quem lida com saúde física e mental.

Fundamentamo-nos nas contribuições de Freud, assim como na de outros autores que vieram enriquecer o estudo das “novas” patologias, aprofundando a noção da alteridade na formação do sujeito. O conceito de pulsão original de Freud comporta a presença de outro espaço fronteiro entre o corpo e o psíquico.

Os aspectos clínicos relativos a essas patologias podem ser encontrados no percurso freudiano em textos tais como “Sobre o narcisismo: uma introdução” (Freud 1914) e também nos textos relativos à Segunda Tópica. Nesses últimos, há uma aproximação maior com a problemática dos estados narcísicos, a noção de clivagem e a problemática do agir.

Em suas considerações, Freud descreve o autoerotismo e o narcisismo como etapas lógicas do desenvolvimento humano. O primeiro é posterior ao nascimento, enquanto o segundo, uma nova ação psíquica com esboço de unificação que se dá no lugar do Eu, como subsequente a ele. Todo o humano se constrói passando por essas etapas e as marcas de todas elas constituirão nossas histórias, escolhas e preferências.



O corpo do bebê é vivido em seus primórdios de forma fragmentada. Algo precisa acontecer, ser acrescentado ao autoerotismo, para que se forme o narcisismo. Assim começa a se esboçar o Eu, com movimento de unificação que se dá a partir da imagem de si. Lacan, em sua releitura de Freud, trabalha o conceito redefinindo-o a partir do estágio do espelho.

Sabemos, através dos estudos sobre o mecanismo humano que tal conceito está presente em nossa cultura, na qual o sujeito se liga à própria imagem, vivendo em função dela. Todo foco contemporâneo está efetivamente, no olhar o “ver e ser visto”.

De acordo com essa complexidade de questões envolvidas na constituição do Eu e na sua relação com o outro foi feita a opção neste estudo por discutir aspectos dos transtornos alimentares a partir de um caso clínico. Tomando o caso como um ponto de partida, foi possível construir algumas articulações sobre o modo como o outro interfere na organização dos limites próprios do Eu.

Basta compreender o estágio do espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzindo no sujeito quando ele assume sua imagem.

No primeiro capítulo será feita uma abordagem teórica usando autores-base: Freud, além de outros importantes como Winnicott, Lacan e Fernandes, sobre o tema dos primórdios da relação mãe-bebê e a fundação da instância do Eu. Posteriormente faremos um percurso descritivo do caso caracterizando a situação clínica como também o contexto familiar da paciente.

No capítulo dois vamos tratar da função do objeto nas perturbações alimentares, e também da obesidade como sintoma sob o ponto de vista da psicanálise. Para este tema selecionamos alguns textos de autores da atualidade, como Freire Fontes, Fernandes, Azevedo e Jeammet. Ao longo da descrição clínica serão feitas algumas pontuações a partir de pesquisas de McDougall e Torok

Finalizamos com o capítulo três, no qual trataremos do papel do campo transferencial e os limites clínicos dos transtornos alimentares. Consideramos os apontamentos de Freud e Winnicott sobre a transferência uma verdadeira oportunidade que o indivíduo tem de reviver de forma inconsciente na presença do analista uma parte importante de sua vida, transferindo para sua análise o personagem do passado, com a chance de refazê-la, elaborá-la e cicatrizar possíveis falhas básicas dessa constituição psíquica. O aspecto da cultura não poderia deixar de comparecer nessa pesquisa, uma

vez que se torna necessário que os analistas reconheçam os sintomas caracterizados de sua determinada época.

Para concluir esse capítulo iremos à história pessoal que começa a ser contada pela própria paciente em seus sistemas de crenças compartilhadas com sua mãe. Usaremos textos teóricos de Kaes e Aulagnier, citados por Azevedo, que contextualizam a história contada e a vida imaginativa necessária à conservação da fantasia.

## 1. Capítulo 1

### 1.1. Sobre os primórdios da relação mãe-bebê

Com Freud aprendemos que o bebê nasce carente e dependente de todos os cuidados, em uma condição de desamparo fundamental, assim necessitando de alguém que lhe dê suporte físico e psíquico. A mãe, ao oferecer esse suporte à criança satisfazendo sua fome e lhe protegendo contra os perigos do mundo externo, torna-se o primeiro objeto de amor.

Diante dessa prematuridade da criança, a mãe ou seu substituto, pela mediação que promove, fornece ao bebê modos de leitura do mundo que lhe chegam por meio de sons, odores, toques, paladar e, por último, imagens. Sua condição de desamparo coloca-o, desde o primeiro momento de vida, em uma dependência absoluta desse Outro materno. Sem garantia de satisfação de suas necessidades, o bebê seria impotente para fazer cessar a tensão interna que sente.

Portanto, o ser da infância não está equipado para dominar as grandes quantidades de excitação, tanto do mundo externo como do interior de seu organismo. Pode-se dizer que o Outro maternal exerce aqui a função de para-excitação, respondendo ao choro do bebê, apaziguando as sensações corporais desagradáveis. No melhor dos casos, para que isso se dê, para que o Outro possa escutar o corpo do bebê e interpretar um corpo que não pertence mais ao seu, ele precisa dar provas de sua capacidade de investir *libidinalmente* nesse corpo. FERNANDES (2011) destaca que, a partir desse movimento da mãe, será possível transformar o corpo biológico em um corpo erógeno.

Nesse mesmo lastro, ainda temos um outro posicionamento, o de Lacan, que afirma ser a função de suporte, exercida pelo grande Outro - a mãe, localizada na fala. Diante dos estímulos endógenos e do choro do bebê, é preciso um Outro encarnado que atribua uma interpretação com uma ação específica capaz de satisfazê-lo. O psicanalista francês também desenvolve mais tarde o ensaio sobre o “estágio do espelho” (1949), em que considera a assunção da imagem especular como fundadora da instância do ego. Winnicott (1975) igualmente afirma que o olhar materno é constitutivo da subjetividade da criança. Sugere que quando olha o rosto da mãe

“(...) normalmente o bebê vê a ele mesmo; a mãe está olhando para o bebê e aquilo com que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali dessa forma, o rosto da mãe funciona como um espelho” (WINICOTT, 1975, p.154)

Tendo em vista esses pressupostos, seria importante pensarmos nessas três situações: o outro, a linguagem e o espelho para que os limites psíquicos ocorram de modo que o sujeito não fique tão ameaçado.

Como vemos, o nascimento psíquico não coincide com o biológico, é um lento processo que apenas se inicia nos primórdios da vida. A importância da configuração psíquica da mãe em se oferecer como suporte, continente, prótese para seu filho é a base de sustentação desse primeiro encontro. Então, o limite psíquico se fundamenta nessa possibilidade.

Quando ocorrem falhas na instauração desse objeto primário, o que temos é uma carência, uma fragilidade na formação dos limites do eu. O nosso corpo, o nosso eu corporal, constrói-se a partir da oferta do projeto narcísico do casal parental, isto é, o que os pais desejam para seu filho. Dessa forma, os tropeços e entraves nessa relação com objeto primário são os verdadeiros causadores dos transtornos alimentares, tema do presente estudo.

## **1.2. Caso clínico: caracterização da situação clínica**

O ponto de partida desta pesquisa é o caso de uma jovem adolescente de 16 anos, designada doravante por B., obesa, pesando 140 kg, estudante cursando o 3º ano do Ensino Médio. A busca pelo atendimento dos serviços no SPA, na Clínica dos Transtornos Alimentares, foi motivada por indicação de vizinhos.

A jovem B. chega acompanhada por sua mãe para primeira entrevista. Ambas simpáticas com uma boa apresentação, embora B. mal coubesse na cadeira de atendimento.

A mãe toma a palavra e conta do processo de ganho de peso de sua filha. Diz que B. “sempre foi gordinha, é da genética, seu pai que também é obeso e ela está com sobrepeso”. Segundo relata, na adolescência, o peso foi paulatinamente aumentando. Foi feita uma consulta com um endocrinologista que recomendou os exames necessários, todos com resultados normais, nada de preocupante. A partir disso iniciou-se o papel do Espelho da Mãe e da Família no desenvolvimento infantil (WINICOTT,

1975, p.154). Apesar de os resultados iniciais terem sido positivos, não houve continuidade, recuperaram-se os quilos perdidos e ganhou-se ainda mais um pouco.

Houve o relato também de um problema de depressão por que B. passou, tendo ficado um ano deprimida, com medo de sair de casa e isolada, conseqüentemente. Atribui-se esse fato a uma mudança de escola feita em função da proximidade do trabalho de seus pais. Nessa instituição, B. passa sofrer *bullying* regularmente, desencadeando sofrimento e tristeza profundos. Diante dessa situação, sente-se apática, chora, não quer mais sair de casa com suas amigas e engorda muito nesse período.

A esse respeito, a mãe diz: “Já disse a ela que é linda”. Apesar de ela ser uma mulher bonita e bem cuidada, de fato, não demonstra grandes preocupações com o tamanho da filha. Ouvindo somente falarem sobre ela, B. fica em silêncio, até que lhe pergunto se gostaria de conversar a sós comigo. Ela concorda e sua mãe nos deixa, para aguardar o atendimento de B. na sala de espera.

Os pais de B. são comerciantes donos de uma loja de material de construção. A paciente passou a maior parte de sua infância com sua avó materna que mora num apartamento no andar superior do estabelecimento. Enquanto seus pais trabalhavam, ficava com sua avó e achava tranquilo, muito embora diga que avó reclama muito, é sensível e um pouco dramática. Posteriormente, reconhece em si mesma um traço da avó “às vezes dramática e muito sensível”.

As sessões subsequentes de B. giram em torno de relatos de sua infância e insatisfações atuais. Da infância, fala de sua solidão, do trabalho de seus pais e sua insatisfação em estar sempre sozinha, porque sempre sentia um imenso vazio. Nessa ocasião, já estava acima do peso e comia muito doce nessas horas de angústia. Reconhece que até hoje come doce pela carência emocional.

Ao falar de seu período de depressão aos 13 anos, julga que isso já acontecia desde criança, porque já sentia essa tristeza enorme. Ela afirma que só pode ser muita carência mesmo. Nas palavras dela, “Já tentei algumas vezes fazer dieta, mas acabo desistindo pois acho muito difícil, engordou tudo e mais um pouco...”

Diante da afirmação de que ela se sente, por vezes, uma pessoa egoísta, pergunto o motivo. Ela reflete que se sente desconfortável em dividir qualquer coisa com os pais e cita como exemplo: “Quando estou comendo e eles me pedem uma prova ou para dividir, fico muito irritada, com muita raiva achando mesmo um desrespeito, um absurdo! Sim, fico com medo de depois sentir muita fome. Mas isso não acontece com minhas amigas, só com meus pais”.

Nota-se, portanto, que o sentimento é paradoxal entre a proteção contra a invasão e o medo do desamparo. A paciente demonstra seus afetos ambivalentes em relação ao outro, principalmente na relação com a mãe, em sua tentativa de uma diferenciação (em dizer não) e o impedimento pela ameaça de desamparo.

Nos atendimentos, uma temática constante são seus medos e sua dependência da mãe. Relata que, quando era pequena, a mãe precisava ficar com ela até adormecer ou dormia em um colchonete no quarto de seus pais. Sentia medo de bichos, tinha até visões, temendo que entrassem na casa. Atualmente, sente-se muito insegura em sair sozinha, pois podem rir dela e se sente desamparada, sem saber o que fazer ao passar um constrangimento. Queixa-se também de suas indecisões e inseguranças em coisas simples do dia a dia, como escolher a cor de um vestido ou na compra de uma roupa, por exemplo. Fica insegura porque não quer se arrepender, não quer se sentir culpada pela sua escolha. Com a estratégia de pedir a opinião de sua mãe, ela entende que não foi ela que escolheu errado.

Nas sessões seguintes, fala de sua dificuldade em se concentrar nos estudos, é seu ano de vestibular, mas não consegue desgrudar do celular, das redes sociais (WhatsApp e séries). Passa as tardes deitadas sem ânimo, sem vontade alguma de cumprir suas tarefas. Segundo ela, “minha mãe reclama que nem o meu quarto eu arrumo. Não fui habituada a fazer as coisas em casa, acho que fui superprotegida.”

Sobre seus finais de semana, ela diz que a única programação é ir ao shopping almoçar e à igreja aos domingos, pois sua mãe é evangélica e quer que ela sempre a acompanhe. “Não gosto nem um pouco e agora digo que prefiro ficar em casa sozinha” e “Não sou obrigada a seguir essa religião”. “Me sinto presa, não posso fazer nada com alguma amiga, só sair com eles para os mesmos lugares que não gosto. Minha mãe tem medo que eu saia sozinha e seja sequestrada. Diz que existem muitos sequestros de criança”. Diante de todas essas restrições, ela resume: “Meus dias são entediantes, tenho vontade de estudar em outro estado, fazer faculdade fora pois só assim vou ter liberdade.”

Ao ser indagada sobre de que sequestro se trata, diz ser um medo de sua mãe pois houve um tempo de muitas crianças sequestradas, porém logo percebe que hoje não teria muito sentido e sorri com essa história, porém o seu medo em sair sozinha se mantém. Pode-se questionar que uma mãe superprotetora talvez já tenha exercido seu poder sobre o processo de subjetivação da filha, sequestrando então sua autonomia. Contudo isso é apontado na direção do mundo.

A vivência de abandono e desamparo é grande. Ela não consegue conter sua angústia denotando dessa forma os efeitos nefastos da mãe de extremos, intrusiva e ao mesmo tempo ausente.

A partir daí, em suas sessões, passa-se para temática da escolha da profissão. A esse respeito, ela diz querer estudar relações internacionais, mas não sabe muito bem o porquê dessa escolha, mas sabe que quer ficar longe de casa. Nessa época, B. procura se informar com uma professora de sua escola sobre a possibilidade de estudar em outro estado, assim segue com essa ideia de que poderia prestar vestibular em Santo André e morar no campus da faculdade. Analisando possibilidades, B. decide mudar de curso para Administração, mas fica apreensiva quando seus pais dizem que ela vai ter que trabalhar e estudar, pois não estão em condições de bancar esse projeto. Então, B. começa a duvidar de sua capacidade de viver sozinha, numa cidade estranha se nem se locomove com facilidade em sua cidade.

Diante dessas inquietações, voltamos a lidar com a questão da ameaça de desamparo em contrapartida ao desejo de autonomia. A paciente vive as oscilações afetivas ligadas às angústias básicas de perda e fusão com objeto materno: “Fique colada, por perto, ou “nada” para eles: “eles esquecem sempre de mim, não sou prioridade!”, afirma. Percebe-se que a mãe não aceita seus anseios de autonomia e diferenciação longe dela. Com isso, o sentimento de identidade, autonomia e sua capacidade de pensar são prejudicados no processo de apropriação de si mesma.

### **1.3. A família**

Diante da proposta de um encontro com seus pais para tratarmos da questão frequente da falta de liberdade em sua vida, ela concorda de imediato, mas pede para não estar presente. Nesse encontro, os pais falam da posição da filha em casa. O pai principalmente queixa-se de que ela não colabora com nada, a mãe faz tudo por ela: “até dormir conosco ela dormia. Não vejo como ela quer ir morar fora se vive nessa dependência permanente, grudada na mãe”. E ainda continua, “chegou um momento em que fiquei muito bravo, pois não podia ter nem intimidade com minha mulher”.

Após vários relatos de inúmeras limitações por causa de B. e para ela mesma, falo da importância de darem um crédito a esse desejo da filha. Ressalto que esse desejo de morar sozinha se tratava de uma vontade de independência e que talvez até ela mesma não conseguisse cumprir. Ainda assim, seria importante para ela perceber que

eles acreditavam na própria filha. Conversamos, ainda, sobre a possibilidade de ela ter um pouco mais de liberdade, sair por perto com amigas e passar a colaborar nas tarefas de casa. Nesse momento, a mãe reage dizendo que de hoje em diante ela ia colaborar sim, que tinha que aprender a se virar, arrumar seu quarto, lavar a própria roupa e a louça que usasse, pretendendo dispensar a diarista inclusive. Diz que está cuidando mais da alimentação da casa, mas o pai acrescenta que não adianta porque “ela só come o que não pode, diz que não gosta e pronto, não se esforça”.

Nos encontros subsequentes, a paciente fala que a situação melhorou um pouco em casa, pois eles estão conversando um pouco mais. Quando todos estão em casa, quase não conversamos, assiste-se à tv, mas sempre sem afeto, tudo bem distante. Com esse e outros relatos da paciente, fica claro que B. não se sente como prioridade para seus pais. Para exemplificar essa situação, narra que eles, com frequência, deixam-na esperando na saída da escola. Em suas palavras, “Fico desesperada, começo a telefonar repetidas vezes, e sempre a mesma desculpa, atrasou no trabalho. Mas sempre esquecem de mim...”. Várias falas da paciente revelam que ela não se sente amada por seus pais.

Sentimentos que revelam invasão e desamparo são postos à mesa e descritos em sua fala, em que seus limites internos são de caráter precário e pouco operativo na sua função de território de trânsito, objeto é insubstituível e ameaçador, tanto por sua ausência quanto por sua presença, objeto único ameaçador.

Passa a trazer para suas sessões a preocupação com a própria alimentação e diz que está com vontade de reiniciar a dieta. Sugiro que faça um diário de sua alimentação e o que sente quando surgem a vontade e a compulsão. Aceita a proposta, ela passa a observar como se comporta nessa relação e conta ter se dado conta de que ela não pensa quando come, age. Pela primeira vez antes de comer um brownie, ela se perguntou: “eu preciso mesmo desse doce?”. Isso a fez recuar imediatamente nesse ato.

Aconteceu uma situação inesperada na sessão anterior a essa. Durante o nosso atendimento, recebo uma ligação de minha filha que mora em São Paulo e pedi licença para atender para avisá-la que não poderia falar naquele momento. Diante da situação, B. disse: “atenda sua filha!”. Falei rapidamente que ligaria em seguida pois estava em atendimento. Ao desligar, naturalmente disse: agora ela não é minha prioridade e sim o nosso trabalho e B. sorri. A partir dessa sessão, para de se queixar e começa lentamente a refletir sobre suas reclamações, no que está fazendo para melhorar sua condição e não ficar com medo de passar por *bullying*. Repensa, nesse contexto, sobre o quanto fica



desconfiada de tudo que suas amigas falam entre elas e que nem sempre estão falando dela.

Essa situação externa ao atendimento revela à paciente que a analista, a qual também é mãe, demonstra que ser mãe não significa estar disponível integralmente para o filho. O limite entre o eu e o outro será dado pela possibilidade de diferenciação, a começar pela relação mãe e filha quando essa condição é suportada por ambas. E sendo assim vê-se nessa pontuação a colocação de um limite sem ameaça de abandono ou perda de amor.

Chega um dia muito feliz, contando que sua mãe a deixaria ir a uma festa com amigos. Apesar da condição de um horário de volta, ela conseguiu chegar mais tarde e nada aconteceu. Achou que a mãe julgou ser bom para ela relaxar antes da prova. Há uma percepção de B. de que não adianta de nada a mãe prendê-la e restringir atividades, com medo de que ela beba, namore etc. Na verdade, a paciente tem consciência de que usa a mentira como recurso e a mãe pode até nem saber.

A importância da mentira como recurso de garantir um mínimo de privacidade, um limite à onipotência da mãe, reduz o poder do outro sobre ela como o primeiro golpe na onipotência parental. O direito ao segredo deve ser conquistado, partindo de um desejo de autonomia da criança *versus* presença da mãe. As atitudes de B. revelam um distanciamento, visando a um pouco mais de independência.

Passa-se, então, a tratar de vestibular, estudo, medos diante de provas, dentre outras inseguranças. Diante do enfrentamento delas, resolve se dedicar mais aos estudos e a esse desejo de ter uma profissão e autonomia. Um dos principais temas de interesse para B. é a escolha profissional e de que faculdade cursar, longe ou perto de seus pais. Em meio ao processo de acompanhamento, decide estudar administração e gestão, já que tem um negócio da família para trabalhar.

Ao se referir à mãe, diz que não consegue entender por que ela não confia na própria filha. Diante do questionamento quanto a um convite a refletir sobre suas próprias atitudes em casa reforçarem essa não confiança da mãe, ela fica em silêncio pensativa. Afinal, reconhece que tem atitudes de dependência, não cuida das próprias coisas, nem mesmo do seu quarto. Diante de tudo isso, indaga-se: “Como é que ela pode achar que eu cresci?”.

Nota-se que ela própria precisa introjetar a possibilidade de crescimento, de abrir mão da dependência materna. Reconhece, aos poucos, a possibilidade de crescimento, a partir de seus próprios recursos já introjetados, como demonstrado em sua reflexão:

“como ela poderia achar que eu cresci?). Assim, vislumbra uma saída para sua autonomia e certo apaziguamento de sua angústia de desamparo.

Chegamos ao fim do ano e ao tempo das festas. B viaja com sua família e está muito contente com as férias e o futuro ingresso na faculdade. Em seu retorno, pede para espessar as sessões a fim de curtir um pouco o tempo livre. Retomamos os encontros em fevereiro, falando de sua preocupação com sua nova fase de vida. Conforme registra, “Sinto que estou fazendo uma passagem”. Então, pede para voltar antes de começarem as aulas.

Marcadamente nas falas aparece a radicalidade materna, que, ao mesmo tempo, superprotege ou passa a exigir que a filha arque com comportamentos nunca antes solicitados. Nitidamente se mostra afetada pelo fato de o desejo da filha inviabilizar essa experiência com ameaça de desamparo. McDougall *apud* Fernandes (2011) insiste que, nesses casos, aparece uma constelação edípica específica, instalada em uma organização bem mais primitiva. Tal texto registra que a criança não pode contar com a possibilidade de apoiar-se no suporte paterno para administrar a ligação ambivalente de amor e ódio com a mãe, ficando então aprisionada a uma imago materna ideal e onipotente. Assim, a dificuldade de diferenciação da figura materna ameaça de dentro a integridade do eu, solicitando estratégias psicopatológicas para garantir a sobrevivência psíquica. (...) Desvela-se aqui uma carência na elaboração psíquica e uma falha de simbolização, as quais são compensadas por um agir de qualidade compulsiva, visando assim reduzir pelo caminho mais curto a dor psíquica. (McDOUGALL *apud* FERNANDES, 2011, p.162)

## 2. Capítulo 2

### 2.1. *A comida como objeto que aplaca a angústia*

Podemos entender a função do alimento como uma forma de afeto. Por conta disso, na obesidade, o sujeito tenta preencher o vazio interno com o alimento, num movimento para aplacar a angústia, em vez de atravessá-la. Esses vazios deixados pela sua relação com objeto onde a falta de investimento libidinal se fazem presentes e o sujeito se vê na necessidade de preenchê-los como medida de proteção.

Desse modo, as perturbações alimentares podem ser interpretadas e identificadas, como visto anteriormente, no primeiro vínculo com a mãe, sua principal fonte de amor. O alimento se transforma para os homens em objetos carregados de significado simbólicos e afetivos. Ele oferece, assim, proteção de estados emotivos e anteparos defensivos para fraquezas e frustrações humanas. Segundo Freud, a relação mãe-bebê se dá inicialmente de uma forma simbólica, forma original de laço afetivo entre sujeito e objeto. Em seu texto, “Os três ensaios sobre a sexualidade” de 1905, afirma que o objeto da fase oral é o seio. O bebê se satisfaz pela incorporação do objeto, enquanto representante da figura materna e este adquire importância fundamental como objeto da satisfação para criança. Nesse sentido, é importante aproximarmos a relação entre sujeito e o objeto e não somente o sujeito e o alimento, isso acontece de maneira particular e singular para cada um.

Podemos dizer que a obesidade, enquanto um sintoma, seria uma forma em que o sujeito encontrou para satisfazer a pulsão oral suportável para consciência. Assim, a fome do objeto é pulsional e o entendimento da obesidade como sintoma só é possível na articulação entre o corpo e a satisfação. O corpo se faz presente em diversas formas de expressão tais como: somatizações, adições, compulsões alimentares e outros. Na obesidade como sintoma, traços afetivos da organização infantil precoce aparecem na carência e no sentimento de que é preciso comer, incorporar, pois o recebido não basta, não é suficiente.

De acordo com a Psicanálise, a obesidade se classifica como sintoma na medida em que incomoda o sujeito. Não há classificações ou padrões, nem se estabelecem modelos, mas trata de que o sujeito tome contato, identifique-se e esteja de acordo com seus próprios desejos, estejam eles gordos ou magros.

Na contemporaneidade, o que se verifica são novas formas de patologias que surgem em maior frequência de acordo com cada cultura. Observa-se um crescimento de patologias do ato ou do narcisismo, em que os transtornos alimentares e de obesidade comparecem com força se impondo aos indivíduos. Constata-se uma permanente insatisfação, visando a um “demasiado cheio”, completo e pleno de satisfações.

Em busca de maiores esclarecimentos a esse respeito, recorreremos a Jeammet (2008, p. 38), em seu texto sobre a abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. Ele aborda o comportamento alimentar como representante substituto objetal, cuja perda poderia mergulhar esses pacientes em uma situação de desfazimento. Mas é preciso compreender que esse risco, representado pelo o abandono ao objeto, encontra-se no plano interno nas próprias modalidades de seu funcionamento psíquico. Com efeito, nesses casos, seria necessário confrontar-se inevitavelmente com o risco depressivo. O trabalho terapêutico permite levá-los a entrar em contato com suas necessidades, com suas emoções reprimidas de forma cautelosa, de modo a aceitarem entrar em contato com essas emoções sem se sentirem desorganizados. Contudo, parece que é essa ameaça de desorganizar-se que o transtorno do comportamento alimentar se esforça para controlar, desenvolvendo a relação de domínio e de substituição de uma relação humana por uma com objetos materiais que a princípio parecem mais fáceis de serem controlados, mas dos quais serão, com efeito, mais dependentes. (JEAMMET, 2008, p. 40)

Uma outra abordagem destacada pelo mesmo autor está centrada na relação com a alimentação. Constata-se, em sua clínica, uma propensão com que esse tipo de pacientes somente pode se conceder prazeres e satisfações às escondidas, por trás e a despeito de seu entorno. É preciso, no entanto, ver nisso a consequência em se autorizar a ter o próprio espaço.

O único meio de escapar ao domínio do olhar materno é, com efeito, realizar seus prazeres escondido, mentir, omitir. É o medo desse objeto, e mais ainda da necessidade que elas podem ter desse objeto, que as leva, muitas vezes, a buscarem uma terapêutica em grupos que as dispensem de uma relação de investimento para com o outro. (p 37) por suas particularidades do funcionamento mental e da dinâmica específica das modalidades de regulação narcísica e objetal, tema a ser aprofundado em trabalhos futuros.

## **2.2. Sobre o desamparo e os primórdios da vida**

Freud nos mostra que o trauma do nascimento seria a primeira experiência dos sentimentos de ansiedade e desprazer. O prazer primário é conquistado quando o bebê descobre o alimento no seio da sua mãe, sendo essa a primeira experiência de prazer, devido ao sentimento de autopreservação. Todos os demais prazeres são derivados dos prazeres primários, assim tentaremos repeti-los e encontraremos substitutos diversos que sempre serão incompletos. Vivemos inúmeras frustrações por não conseguirmos produzir o prazer primário, havendo em consequência um sentimento de insatisfação e a verbalização de sentimentos de vazio.

São várias tentativas, mesmo que simbólicas, de procurar algo que traga a lembrança da satisfação primária. Esse funcionamento demonstra qualquer dependência e uma possível voracidade alimentar teria como objetivo saciar o vazio. Com a função de redescobrir a satisfação do prazer primário, esse ato jamais chegará à percepção da saciedade. No momento em que a pessoa se depara com a falsa sensação de ter encontrado um substituto para o prazer primário, entrega-se a uma relação de dependência, exatamente por estar à procura de uma satisfação inalcançável. Esses afetos de prazer e sofrimento primário, durante e logo após o nascimento, permanecem estabelecidos no psiquismo do indivíduo ao longo de sua existência, podendo se revelar com maior ou menor intensidade na estória de vida de cada um.

Aqui nos cabe fazer um contorno sobre o que pode ser chamada, segundo Azevedo (2012), de uma situação paradoxal entre a tentativa de separação e a necessidade “desesperada” de manutenção do vínculo familiar e do sentimento de pertencimento. Tal situação pode levar o sujeito a criar mecanismos primitivos para impedir-se de separar, uma vez que o horror do vazio, relacionado à possibilidade de perda dos vínculos primários, faz com que se busquem diversas formas para manter-se aprisionado ou indiferenciado. Assim, em sua fantasia, vivida como real, o preço da diferenciação a ser pago seria a concretização de uma exclusão, de um sentimento de desamparo que, de acordo com detalhes sensíveis de seu discurso, já existia em sua história. Nesse contexto, vivia em uma profunda solidão e demonstrava uma dor de quem só possui o que não possui.

Esses afetos primários estão interligados à primeira experiência alimentar, assim como o amor e o ódio estão vinculados aos primeiros registros nutricionais, deixando marcas que levamos para uma vida inteira. O ser da primeira infância não está, de fato,

equipado para dominar psiquicamente a grande quantidade de excitação que chega do exterior e do interior do seu organismo. Em consequência disso, essa excitação precisa passar pelo Outro maternal para que possa ser controlada pelo bebê, em que a mãe exerce a função de para-excitação (FREUD, 1926).

Como o Outro está sempre na origem do sujeito psíquico, Freud nos chama a atenção para que o movimento inicial da força pulsional estaria orientado para descarga, expulsão da excitação interna do organismo. À medida em que há um Outro que, em sua função de prótese, pode acolher esse movimento originário voltado para a descarga nomeando e oferecendo-lhe um campo possível de objetividade, a força pulsional poderá estabelecer uma ligação e, então, retornar para o organismo.

Esse trabalho de escuta e interpretação da mãe só é possível quando existe o investimento por parte dela no corpo da criança. Sendo assim, em sua função continente, precisa dar prova de uma capacidade de investimento libidinal nesse corpo que não pertence mais ao seu. Esse processo supõe uma mãe capaz de transformar esse corpo de sensações em um corpo falado. Nesse sentido, “o sujeito se constitui com base em uma posição de radical passividade diante do Outro, diante da alteridade do Outro. Esse encontro é, portanto, ao mesmo tempo traumático e constitutivo”. Freud, em *O Ego e o Id*, assinala que o ego é, antes de tudo, um ego corporal e, além disso, “O ego é a projeção mental da superfície do corpo” (FREUD, 1923).

Nesta pesquisa, as manifestações corporais não puderam ser deixadas de lado, pois

entre o corpo, que pode ser visto como uma fronteira entre o Eu e o Outro, e a história em que está inserido é que se estabelece a dimensão espaço-temporal. Relação em que se vinculam o tempo, como o registro em que esta se inscreve, e o contexto afetivo, social, histórico e cultural no qual a existência do sujeito ganha sentido. Pode-se atribuir, ainda, ao contexto histórico duas dimensões. A primeira delas é a da história contada em que são trazidos elementos que servirão de referências identificatórias constituintes dos ideais do sujeito, que organizam sua mitologia individual. A segunda é a história sentida que se passa sem que o sujeito perceba que está tomado por ela ou identificado por ela. Em ambas, o “corpo”, com sua sensorialidade, será o veículo receptor de diversas informações verbais ou não, cuja codificação ou decodificação possível será realizada pelo habitante deste corpo, conhecido como o “Eu”. Contudo, diante da ausência de palavra para efetivar esta codificação, e sua posterior interpretação, há a manifestação de recursos primitivos, suscitados e disponibilizados pelo corpo. (AZEVEDO, 2006: p.67)

A partir dessa noção, trouxemos para o centro do nosso debate clínico o que Winnicott nos leva a pensar sobre a construção do ego corporal, sendo essa a condição

para que se dê o nascimento psíquico. No nosso caso, em particular, parece que o que se evidencia é da ordem da necessidade, antes da construção de um ego corporal, momento em que o eu não estabelecera ainda recursos suficientes para garantir uma diferenciação.

No caso estudado, a paciente apresenta um quadro de obesidade e pode ser observado, na conceitualização de alguns teóricos, que na falta de um envelope corpóreo-psíquico o indivíduo lança mão, por exemplo, de um envelope de gordura. Com isso, ele garante uma segunda pele protetiva, prótese de uma pele psíquica não adquirida (FONTES, 2017: p. 54).

Já no segundo tempo do ego corporal seria o desenvolvimento da constituição do auto-erotismo, que supõe a existência de identificações primárias ao objeto materno – constitui-se em resposta à perda do objeto da satisfação. É o primeiro tempo de recuo da relação de prazer do bebê com o mundo.

Uma primeira hipótese, elaborada por Maria Helena Fernandez (2011) em seu texto sobre transtornos alimentares, aponta dificuldades de percepção observadas na sua clínica com essas patologias. Essas colocam em evidência as vicissitudes da constituição do corpo libidinal, denunciando os percalços do auto-erotismo.

É como se o registro da necessidade, não tendo sido superado, não pudesse constituir a organização libidinal auto-erótica como no caso da anorexia, por exemplo. Se a mãe não tem as condições psíquicas necessárias para perceber as necessidades do bebê, interpretando como suas próprias necessidades, a criança se desenvolve presa na impotência e na dependência desse objeto primário. Quando essas funções se dão a contento, a criança fará naturalmente a substituição da função para-excitação materna pela sua introjeção. Com essa introjeção, irá assegurar, na ausência da mãe, a possibilidade de um apaziguamento, através de um objeto interno capaz de garantir o enfrentamento de suas dificuldades ao longo do crescimento.

Uma leitura de Torok (*apud* FERNANDES, 2006, p.221) sobre patologias alimentares revela que a identificação primária fica prejudicada e presa na incorporação – seu protótipo corporal, reforçando a dependência e a ligação ao objeto. Isso denuncia uma lacuna no psiquismo, uma falta de lugar preciso em que a introjeção deveria ter ocorrido. “A passagem da boca plena de seio à boca plena de palavrasse efetua através das experiências de boca vazia. Aprender a preencher de palavras o vazio da boca, eis aí o primeiro paradigma da introjeção.” (TOROK, *apud* FERNANDES, 2006) A precariedade da função de para-excitação materna introjetada pelo bebê perturba a sua percepção e representação da experiência interna do seu próprio corpo. Sendo assim, o

processo de diferenciação ficará comprometido, pois dependerá também das condições psíquicas da mãe, de suas próprias representações de maternidade, acolhendo as necessidades fusionais do seu filho como seus anseios de diferenciação, questão tratada mais profundamente por McDougall em seu texto “um corpo para dois” (FERNANDES, 2006, p.222).

No início da vida, tudo que a criança precisa é ter a presença da mãe e a ilusão de serem ambas uma só pessoa, e nesse sentido é que Fernandes nos apresenta a expressão um “corpo para dois”, garantindo o ritmo e continuidade às primeiras experiências. Nesse mesmo texto, a autora vai nos falar sobre a mãe de extremos a qual produzirá efeitos nefastos no processo de apropriação de si mesmo ao longo do primeiro ano da vida do bebê, seja ela uma mãe intrusiva ou ausente, mas de qualquer maneira uma mãe de extremos, seja ela intrusiva ou ausente, uma mãe de extremos. Por seu caráter excessivo ou de privação-falta, o que se revela nessas patologias é justamente a precariedade de fronteiras mais eficazes, incidindo na relação eu/outro.

Fernandes (2006) afirma ainda que a mãe intrusiva, com sua excessiva proximidade, dificulta a experiência de vazio que daria lugar ao pensamento. Essa ausência é necessária ao processo de simbolização da criança. Seria nessa tensão entre presença e ausência que aparece a capacidade de a mãe produzir intervalos de tempo entre a necessidade de seu bebê e sua resposta. Sendo possível dar esse ritmo a esse processo, a atividade auto-erótica se constitui e, com ela, a possibilidade para a solidão e o pensamento.

Com bases narcísicas suficientes, o processo identificatório e o futuro desenvolvimento da própria individualidade estarão assegurados. O que ocorre quando isso não acontece, então, é uma constante oscilação de modo que esse outro ora é lançado violentamente para bem longe, ora é percebido como retornando de forma maciça, invadindo completamente o eu e dele se apoderando. Isso recoloca o sujeito em um estágio de profundo desamparo, repetindo na compulsão a experiência traumática de passividade radical originalmente vivida (REZENDE, 2004, p. 68). Na situação da paciente em questão, segundo Azevedo (2012)

A gordura que a envolvia, em fantasia, a protegia, pela criação, inconsciente, de um espaço entre seu corpo e o corpo da mãe. Paradoxalmente ela tentava reter seus vínculos, mantendo-se alienada no outro, mas, também, destruía os elos possíveis, porque se tornavam ameaçadores, mas se aproximar dessa verdade era da ordem do insuportável. (AZEVEDO, 2012, p.27)



Nesse momento estamos nos ocupando do modo como se apropria de sua história. Sobre isso Tisseron (2002) afirma que a capacidade de simbolizar e de criar representações mentais possibilita ao sujeito libertar-se do espaço e do tempo presentes. Tal processo depende de três modos de criação representacional. O primeiro deles é sobre o registro corporal que se utiliza de recursos sensorial, emocional e motor. O segundo é sobre o registro de imagens que se vale do modo visual-sensorial e do imaginado e, por fim, sobre o modo verbal, também dependente do aspecto sensorial.

Apesar de estarem dispostos separadamente, observa-se que os três registros dependem do aspecto sensorial, inclusive o imaginado. Isso depende não só dos registros que o sujeito possui na memória, mas, também, da possibilidade de quem lhe relata algo, de criar imagens através de sua capacidade de figurar e de contextualizar a situação.

Assim, a capacidade de figurar e de pensar, associadas à sensorialidade, criam uma base que favoreça a possibilidade de fantasiar, que se apresenta como um dos recursos fundamentais para o sentimento de liberdade e autonomia do sujeito humano. Em última instância, é o outro, em sua condição de alteridade, que estabelece uma diferença necessária à constituição psíquica, mas, paradoxalmente, é, também, a alteridade radical enquistada que aprisiona e aliena. A partir daí, não seria mais o corpo a referência identificatória, mas o que o outro representa.

Na adolescência, os jovens se tornam muito dependentes do olhar dos outros em detrimento dos próprios investimentos, particularmente de seus recursos auto-eróticos. Esse fato é revelador da problemática dessa dependência do objeto primário, dificuldade do sentimento de continuidade, auto estima e identidade. Nessa fase a relação não se dá mais com os pais e sim com o mundo e suas exigências ampliadas e inéditas.

A psicanálise defende que a origem e a evolução das patologias têm profundas relações no desenvolvimento psíquico como também sofre a influência da sociedade e da família. Os sintomas expressam formas de lidar com o mal-estar, apontando para além do prazer momentâneo e causam danos e sofrimento.

Sobre o sintoma da obesidade, Recalcati (2002) sugere que temos uma verdadeira devastação da imagem. Em seu excesso, a imagem parece caracterizar o convívio contemporâneo em que a fome manifesta o real da pulsão com seu gozo mortífero. Diz, ainda, o autor que sujeitos obesos apresentam dificuldade em metabolizar o simbólico.

Esse conteúdo teórico os serviu bem para o caso que este sentido trabalhado aqui. A paciente em questão em sua manifestação dissemina não ofereceu a possibilidade de experimentar no campo transferível a associação de sua maior capacidade simbólica. No próximo capítulo apresentaremos um aprofundamento dessa reflexão.

### 3. Capítulo 3

#### 3.1. *O papel do campo transferencial e os limites da clínica*

Podemos compreender com Winnicott (2000) que o campo transferencial se oferece com espaço transicional nessa dupla entre o paciente e o analista. A transferência construiria uma base para a ampliação do espectro vivencial do eu, é o recurso principal da psicanálise no manejo e condução do tratamento de pacientes de transtornos alimentares. Vimos, anteriormente, que alguns pacientes, inclusive, correm o risco de reviver uma depressão dos primórdios e, assim, desorganizar-se.

O trabalho terapêutico, através da transferência, terá por tarefa recriar essas vivências, com o devido cuidado e atenção à ameaça de intrusão objetal que poderá irromper. Essa manifestação pode explicar os episódios de despersonalização cujo transtorno alimentar se esforça para controlar devido a suas ameaças afetivas profundas.

Nos nossos últimos encontros, a paciente conta como foi seu primeiro dia na faculdade: “passei o dia tensa com muito medo de ir sozinha, sem saber como ia ser e passar por algum constrangimento”. Para sua surpresa, não aconteceu nada do que estava pensando, foi sozinha de Uber e, chegando lá, conseguiu fazer contato e conversar com algumas pessoas que também estavam aguardando no pátio. Estava apreensiva com medo de não caber na cadeira da sala de aula, o que não aconteceu, deu tudo certo. B. passa a falar, pela primeira vez, em sua relação com a comida.

Nesse mergulho, narra que esteve na endocrinologista e, para o seu espanto, depois de realizar o exame de ecocardiograma, verificou-se um aumento do coração e diz: “agora é sério, um problema de saúde”. Diante do questionamento: “e como era antes nesses últimos anos”, ela responde: “sempre estive bem acima do peso, mas isso não era um problema para mim, percebia ser diferente das minhas amigas, porém não me incomodava quando olhava no espelho”. Na situação clínica apresentada, observamos que isso apareceu em diversos momentos do trabalho. É o outro social que identifica algo inadequado.

Diz a paciente: “A partir do momento em que passei pelo *bullying* na escola, aos 13 anos, é que comecei a sofrer, mas o efeito disso foi de depressão e muito ganho de peso. Acho que eu ignorava o meu tamanho, o meu problema, não queria pensar nisso. Comia, comia muito e acabou tornando-se um hábito não me questionava, ignorava

mesmo!” B. prossegue: “estive pensando também que sempre passo por dificuldades no final do ano para conseguir uma roupa adequada como, por exemplo, para conseguir uma beca do meu tamanho na minha formatura do ano passado. Nada me cabe. Estive conversando com a minha mãe e, a partir de agora, pretendo iniciar uma dieta para valer. Minha meta será para daqui a dois anos não ter mais problemas como encontrar uma beca para formatura. Uma outra novidade é que vou começar a trabalhar meio expediente na loja dos meus pais já que a minha faculdade é a noite. Hoje já comecei a treinar, muito fácil, peguei logo o funcionamento do caixa e vou ganhar um salário.”

Ao finalizar a sessão a paciente me abraça muito e diz “vida nova!. Aqui o movimento terapêutico marcará então uma virada na condução do trabalho.

### **3.2. Sobre a cultura – o Outro social**

Os sintomas não são desligados do que ocorre no mundo, é necessário que psicanalistas reconheçam um sintoma como característico de uma determinada época. As chamadas patologias modernas tais como depressão, compulsão, transtorno de ansiedade e os transtornos alimentares configuram um reflexo da sociedade contemporânea. Vivemos numa cultura muito diferente da época de Freud – início do século XX.

A vida nos grandes centros ganhou velocidade e ritmos frenéticos. A pressa e a busca rápida de satisfação traduzem-se numa procura de alívio imediato à dor, à angústia, ao pânico dos indivíduos. Diferentemente do neurótico freudiano clássico, cuja relação com o ato visa a dar expressão ao conteúdo da fantasia, os novos compulsivos repetem as ações sem um sentido, como repetição de um excesso pulsional. A própria noção do irrepresentável central, nos textos relativos à segunda tópica de Freud, também pelo paciente é correlativa de uma precariedade dos recursos egóicos e da problemática do agir.

Solucionam-se os males numa busca pelo preenchimento do vazio, anestesia da dor, em que a satisfação pelo prazer imediato transforma-se numa prioridade. Desse modo, estamos submetidos aos imperativos narcísicos de uma aparência saudável, corpo esculpido, sujeito sempre presente, conectado e ligado. A despeito de suas dores, todos têm que funcionar.

Encontramos em um texto de A.Quinet (2002) uma citação de Guy Debord, que nos fala de uma sociedade submetida ao “Império do espetáculo”. Além disso, A.

Quinet afirma que, além do espelho, todo foco é no olhar: “o ver e ser visto”. Dessa forma, temos indivíduos atrelados à própria imagem para torná-la cada vez melhor e mais perfeita. Nesse mesmo contexto, encontramos uma cultura lipofóbica, pois quem não atinge aos padrões será rejeitado, excluído e condenado à solidão.

Os transtornos alimentares podem ser vistos como formas reativas de lidar com a cultura e seus excessos. Na obesidade, por exemplo, os excessos em seu corpo revelam e evidenciam o horror e a exclusão aos quais o obeso fica submetido. O paradoxo evidenciado na cultura capitalista é a necessidade de estimular a voracidade, a impulsividade, a rapidez e o automatismo. A própria cultura instiga o exagero ao descometimento e impõe um preço alto aos excessos.

Já na opinião de M. Recalcati (2002), o que prevalece na obesidade seria a impossibilidade de dizer “não”, uma vez que o dizer é sempre “sim”. A angústia surge, então, de um “demasiado cheio”, uma impossibilidade de movimento e de uma presença em excesso do objeto.

### ***3.3. A historicidade pessoal que começa a ser contada pela paciente***

Vimos, neste trabalho, as bases da história pessoal contada pela paciente, a partir de seu próprio sistema de crenças compartilhadas entre ela e sua mãe, de que ambas seriam sequestradas pelo mundo. Esse quadro nos remeteu a Freud (1913) que aponta a importância de um processo de metabolização ou de assimilação com relação à aquisição daquilo que o indivíduo singular adquire ativamente, o que lhe é transmitido pela via da hereditariedade psíquica (FREUD apud AZEVEDO, 2001 p.18).

Há diversos autores que trabalham com a questão da importância da linguagem da narrativa, tal como Lacan. Mas Azevedo (2006) nos apresenta uma contextualização em que Aulagnier (1985) valoriza a situação de que na história contada, em geral, há uma ambientação, há figuração dos personagens.

Nessa narrativa aparecem situações que envolvem perdedores e ganhadores, mas será o conjunto de vozes que participa desta narrativa que vai dar a entonação afetiva possível. Apesar da ausência de evidência, pode-se dizer que a vida imaginativa do ouvinte-espectador vai receber os elementos de linguagem necessários à construção da fantasia. Essa fantasia fica, então, relacionada com a “realidade psíquica”, “dimensão à qual o analisando não pode ter acesso de imediato, mas cuja eficácia no tocante aos

fenômenos neuróticos é determinante”. Laplanche (apud AZEVEDO, 2006, p.67) lembra ainda que, segundo Freud, a realidade psíquica “é uma forma especial de existência, a qual não deve ser confundida com a realidade material”. Nesse caso, se uma cena narrada pode ser fantasiada, é porque encontra-se ligada a uma realidade psíquica responsável por tal construção.

No lugar do analista e diante da precariedade do paciente, é preciso lembrar que Renne Kaes (KAES *apud* AZEVEDO, 2011, p.66) e outros autores que caminham nessa direção nos informam que a presença do objeto é condição fundamental para a constituição do psiquismo, responsável pela constituição de um filtro protetor e a função de intermediação. Assim, se essas ditas funções não se desenvolveram, o analista deverá, da maneira mais delicada possível, investir para que esse sujeito que se encontra “aderido a uma história indiscriminada” possa construir novos recursos. (AZEVEDO, 2011, p.67).

## 4. Conclusão

A partir das articulações feitas entre a vivência clínica apresentada e a conceituação encontrada a respeito dos transtornos alimentares, foi possível pensar na importância da mãe, partindo da ideia de que o humano se constitui inserido na cultura. primeiros números.

Nossa reflexão partiu da constatação do enfraquecimento da alteridade e seus efeitos na relação com os limites próprios e insuficientemente corporais.

Nessa pesquisa, observou-se a incidência de casos em que desamparo, ambivalência e radicalidade materna comparecem, de forma importante, como também, a falta de apoio e suporte paterno que pudessem administrar a relação ambivalente com a mãe. Dessa forma, o sujeito solicita estratégias psicopatológicas para garantir sua sobrevivência psíquica.

No caso estudado, a hipótese de uma construção de um envelope psíquico de gordura que garantisse uma segunda pele, prótese psíquica não adquirida parece ser confirmada. A comida, como objeto que aplaca angústia visando a preencher o vazio e anestesiar a dor, foi também observada. Vimos a incidência dos transtornos alimentares apontando um mal-estar da atualidade que indica, nesses transtornos, o paradoxo do excesso e da falta, numa cultura marcada pela busca de satisfação permanente e completude que confere à imagem um papel central. Constata-se, assim, uma intensa avidez pelo prazer privilegiado como de defesa, na tentativa de lidar com o vazio impossível de ser representado.

A psicanálise é marcada por sua singularidade, pela posição única do sujeito na ordem familiar, pelo que cada um representa no desejo inconsciente dos pais, pelo que herda de gerações anteriores, e pelo movimento particular de cada sujeito. Cabe a esses profissionais a tarefa de espera e paciência das entrevistas preliminares, acolhendo a demanda inicial manifestada em queixas, o estabelecimento da confiança no vínculo transferencial até que o sujeito possa se interrogar de um saber sobre si mesmo.

O que mais chamou atenção, neste caso, foi a jovem B. apresentar uma dissonância entre seu discurso do primeiro tempo do tratamento com aquilo que ela apresentava em ato. Ainda há muito a ser discutido acerca do caso em exame, porém, para os objetivos deste trabalho, o recorte realizado garantiu uma verticalização analítica, apesar de apontar muitos outros desdobramentos teóricos e clínicos.

A situação de B. nos serviu de base para este trabalho e ainda encontra-se em andamento. Neste momento, como dito no último capítulo, a paciente demonstra ter mais recursos para, efetivamente, falar em seu próprio nome e, com isso, podemos pensar futuramente na possibilidade de uma cirurgia bariátrica.



## 5. Referências bibliográficas

- AZEVEDO, M.M.A. **O adoecimento do Seio e a Transmissão Psíquica**. Rio de Janeiro, 2001. 113 f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Segredos que adoecem: Um estudo psicanalítico sobre o críptico adoecimento somático na dimensão transgeracional** / Marcia Maria dos Anjos Azevedo. Rio de Janeiro, 2006.170p. Universidade Federal do Rio de Janeiro, CFCH, Instituto de Psicologia, 2006. Orientação Prof. Dr. Ued Maluf.
- \_\_\_\_\_. **Uma articulação teórico-clínica entre funcionamento melancólico e obesidade**; Trabalho apresentado no V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2012
- ABRAHAM, N., TOROK, M. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1995.
- A. FINE, COUVREU, B. BRUSSET. **A Bulimia**. São Paulo: Escuta, 2003.
- BARROS, R. R. **Compulsões e Obsessões- Uma Neurose de Futuro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012
- BALBI, A. B. **A drogadição na organização neurótica**.1a.ed. Curitiba, PR: CRV,2012
- EDLER, S. **Tempos Compulsivos: A busca desenfreada pelo prazer**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra,2017.
- FONTES, I. A. **A descoberta de si mesmo: na visão da psicanálise do sensível**. São Paulo: Ideias & Letras,2017.
- FONTES, I. A. **A psicanálise do sensível: Fundamentos e Clínica**. São Paulo: Ideias & Letras,2010.
- FERNANDES, M. H. **Transtornos alimentares: -anorexia e bulimia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- FERNANDES, M. H. **Corpo**. 4ª ed- São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- FREUD, S. **O ego e o id** (Edição Standard Brasileira das Obras Completas, v. XIX) Rio de Janeiro: Imago, 1976
- \_\_\_\_\_. (1914) **Introdução ao narcisismo**. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas, v. XIV) Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- \_\_\_\_\_. (1915) **O instinto e suas vicissitudes**. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas, v. XIV) Rio de Janeiro: Imago, 1976
- \_\_\_\_\_. (1930) **O mal-estar na civilização**. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas, v. XXI) Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- \_\_\_\_\_. (1920) **Mais além do princípio do prazer**. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas, v. XVIII) Rio de Janeiro: Imago, 1976
- FREIRE, D. S. – **Com açúcar sem afeto** 1ª DEL PRIORE, M., AMANTINO, M. História do Corpo no Brasil. São Paulo: UNESP, 2011 (p. 453-476)..
- KAES, R. **Transmissão da vida Psíquica entre Gerações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

- JEAMMET, P, **Anorexia e Bulimia**. São Paulo: Editora Escuta. 2008.
- LACAN, J..**Escritos** 4ª ed.- Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.
- LAPLANCHE, PONTALIS. **Vocabulário de Psicanálise** 4ª ed.- São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- OGDEN, T, **Reverie e interpretação: captando algo humano** São Paulo: Escuta, 2013
- PEREIRA, M. E. C. **Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico**. São Paulo: Editora Escuta, 2008
- QUINET, A. **Um olhar a mais ver e ser visto na psicanálise** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002
- REZENDE, CARDOSO M. (ORG) **Limites**, São Paulo: Escuta, 2004.
- RECALCALTI, M. (2002) **“O ‘demasiado cheio’ do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade”**
- LATUSA: **A Fuga nas Doenças Impossíveis**. Rio de Janeiro, Escola Brasileira de Psicanálise, n. 7 out. 2002
- SIGAL, A. M. **Escritos Metapsicológicos e Clínicos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
- TISSERON, S. **Les Secrets de famille: la honte, leurs images et leurs objets. In La Psychanalyse avec: Nicholas et Maria Torok**, 2002.
- URRIBARI, R. (Org) **Anorexia e Bulimia**. São Paulo: Editora Escuta, 2008.
- WINNICOTT, D.W. **O espelho da mãe e da família: no Desenvolvimento da Criança**. Rio de Janeiro: Imago Editora 1974.
- WINNICOTT, D.W. **Da pediatria à psicanálise**: Rio de Janeiro: Imago. Editora, 2000.