

## **Obesidade mórbida: um corpo em evidência e em desamparo**

### ***Morbid obesity: a body of evidence and helplessness***

Sheyna Cruz Vasconcellos<sup>1</sup>

Serviço de Psicologia do Complexo HUPES

Karine Rodrigues Sepúlveda<sup>2</sup>

UTI Geral e Interconsulta do Hospital da Bahia

#### **Resumo**

E o corpo está em evidência. Na contemporaneidade, assistimos ao novo engendramento das subjetividades no qual o corpo ocupa lugar privilegiado. Entra em cena, a obesidade mórbida, patologia complexa, multifatorial que exige um tratamento articulado com um conjunto de especialidades. O obeso, com seu corpo “excessivamente cheio” aponta para o mal-estar, denuncia os ideais sociais exigidos e demonstra na carne que não se pode escapar às marcas de determinada cultura. Sabe-se que qualquer tentativa de reduzir o sofrimento mental a um fenômeno passível de ser descrito e encerrado em categorias diagnósticas universais não corresponde à experiência do sujeito que padece de uma dor física e/ou moral. É a partir desta articulação significativa que a construção deste caso clínico se assenta. Do geral ao particular das obesidades, reúne uma discussão acerca da relação do sujeito com seu corpo que, enquanto natureza simbólica não se domestica, não obedece à terapêutica médico-cirúrgica e que recobre e exacerba um romance familiar conflituoso.

**Palavras-Chave:** Obesidade mórbida; Desamparo; Corpo; Subjetividade.

#### **Abstract**

And the body is in evidence. In contemporary times, we see the new gendering of subjectivity in which the body occupies a privileged place. Enters the picture, morbid obesity, a complex pathology, which requires a multifactorial treatment combined

---

<sup>1</sup> Coord. do Serviço de Psicologia do Complexo HUPES; Preceptora e Vice-coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde - Hupes Coord. do Serviço de Psicologia do Núcleo de Obesidade (NTCO), Mestre em Família na Sociedade Contemporânea (Ucsal), Especialista em Psicologia Hospitalar (Ruy Barbosa); Especialista em Teoria da Clínica Psicanalítica (UFBA), Pós-graduada em Transtornos Alimentares e Obesidade Mórbida (USP), Docente da Universidade Jorge Amado – Unijorge; Membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH). [sheynavasconcellos@yahoo.com.br](mailto:sheynavasconcellos@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Especialista em Psicopatologia Clínica UCB-RJ; Psicóloga da UTI Geral e Interconsulta do Hospital da Bahia; Preceptora de Estágio Específico de Psicologia Hospitalar da Universidade Jorge Amado - Unijorge; [karinesepulveda@gmail.com](mailto:karinesepulveda@gmail.com)

with a set of specialties. The obese, his body "too full" points to the malaise, denounces the social ideals required in meat and demonstrates that one cannot escape the marks of a particular culture. It is known that any attempt to reduce the mental distress to a phenomenon that can be described and ended diagnostic categories do not correspond to the universal experience of the subject who suffers from physical pain and / or morals. It is from this joint significant that the construction of this clinical case lies. From the general to the particular obesity, combines a discussion of the subject's relation to his body that, while not a symbolic nature is domesticated, does not obey the medical-surgical therapy and that covers a family romance and exacerbates conflicts.

**Keywords:** Morbid obesity; Helplessness; Body; Subjectivity.

## **Introdução**

Quando pensamos sobre o mal-estar, independente da época social e histórica em que este se manifesta, nos reportamos, inevitavelmente, ao terreno da subjetividade. Pois é sempre nesta perspectiva que o mal-estar se apresenta. Psíquico e somático pode ser traduzido por sofrimento. E é deste ponto que começamos a delinear o campo onde se inscrevem as psicopatologias e sobressai o sujeito que sofre.

Na atualidade, observa-se um novo engendramento das subjetividades. Frente à 'cultura do narcisismo' e a 'sociedade do espetáculo', Birman (1999) discute os propósitos e os destinos do desejo e, dessa forma, o mal-estar contemporâneo. Hoje, as condições do mundo e os seus imperativos potencializaram o desamparo e a angústia dos indivíduos.

A atualidade é marcada por uma turbulência de possibilidades, múltiplas escolhas, modelos sociais diversificados, dentre outros. Podemos supor as conseqüências desse instável arranjo social para a vida psíquica do sujeito contemporâneo? A multiplicidade vem acompanhada de muitos impedimentos existenciais, oferecendo um arsenal de incertezas ao indivíduo, terreno fértil para manifestação do dito mal-estar.

Se na modernidade assistíamos às neuroses, dado o avanço histórico muda-se o discurso e o cenário atual aponta outras formas de expressão do conflito do

sujeito com o mundo. A psicopatologia atual opera na lógica do fundamento biológico, a terapia medicamentosa ganha estatuto de primazia, há uma ênfase nas síndromes e sintomas corporais, na análise funcional da enfermidade em detrimento da etiologia [...]. Entram em cena as depressões, as toxicomanias, os distúrbios da alimentação e o pânico como psicopatologias atuais frente a essa transformação na problemática do sujeito. Se observarmos, as psicopatologias marcam o fracasso daqueles que não conseguiram operar sob a égide da ‘sociedade do espetáculo’, da ‘estetização da existência’ e ‘inflação do eu’. (BIRMAN, 1999).

As formas de sofrimento manifestadas pelo homem são indissociáveis das remodelações do campo social. E, se o mal-estar é intrínseco à civilização, sempre encontrará formas de expressão diversificadas, em consonância com o tempo e em linhas de contorno com a ordem social dominante.

O obeso, com seu corpo “excessivamente cheio” aponta para o mal-estar, renuncia ou denuncia os ideais sociais exigidos e demonstra na carne que não se pode escapar às marcas de determinada cultura.

Discussão em pauta que está em concordância com Campos e Campos (2004):

*“A “obesidade” (grifo dos autores) tem valor significativa, melhor seria dizer que ela tem valor de fala, naqueles sujeitos cuja expressão do sofrimento se organiza em torno do corpo visível e seu grande volume, em torno da imposição de sua visibilidade ao mundo ou em torno da relação com a comida”.*

Nesta perspectiva, os autores demarcam a relação das “obesidades” como formas variáveis de subjetivação do sujeito, formas indiretas de expressar sua historicidade. Dito de outra forma, não é possível falar de uma obesidade universal, mas da singularidade de um sujeito, cuja lógica do comer manifesta a forma como ele interage com o mundo e consigo próprio.

A Clínica nos apresenta um catálogo de exemplos de que a tentativa de reduzir o sofrimento mental a um fenômeno passível de ser descrito e encerrado em categorias diagnósticas universais não corresponde à experiência do sujeito que padece de uma dor física e/ou moral, que sofre. Desta forma, tendem ao fracasso e empobrecem a compreensão do *pathos humano*.

Nesta perspectiva unívoca, não se contabilizam as ‘facetas do sujeito’ frente ao seu padecimento. Não insere o ‘colorido’ e o estado ‘preto e branco’ que esse sofrimento psíquico confere ao sujeito que a porta. E mais, não se reconhece que se esse sujeito se constitui na relação com o outro, a sua história de vida, os significados construídos no entorno destas experiências, suas relações familiares e afetivas, o desamparo e a dor, vividos como único recurso face aos seus desejos e o caos psíquico, somam, implicitamente, vestígios sobre o dito ‘sofrimento’. Possivelmente, é a única forma encontrada pelo sujeito para sustentar sua existência, uma espécie de contrato assinado para atender as diversas exigências deste mundo contemporâneo que não coexistem pacificamente com os seus desejos inconscientes.

### **Obesidade Mórbida**

A obesidade mórbida é recortada por diferentes campos de saber. Médicos, psicólogos e demais especialidades se ocupam deste objeto, dando-lhe variados coloridos e significados diversos. Marca-se a complexidade deste fenômeno.

O grande interesse das diversas disciplinas sobre a obesidade data da atualidade. Tempo histórico e social onde este fenômeno transcende determinado território, cultura, etnia ou classe e se apresenta em proporções alarmantes, uma epidemia em escala mundial.

Entretanto, este fenômeno tem registro na humanidade desde épocas remotas. Marcadamente, com diferentes conotações, proporções e valores. A obesidade transitou entre os séculos afora por várias categorias conceituais, sustentada principalmente pela ambivalência. O corpo obeso fora discriminado e perseguido como também valorizado e signo de beleza. Problema moral / pecado e conquanto de grande valor estético e social. Sinônimo de prosperidade, de vício, de preguiça e de tantos outros. Ora, objeto de preocupação que visava intervenção sobre a gordura e os excessos do alimento, dos maus-hábitos. Ora o corpo obeso se configurava como sinônimo de força, de grandeza, presença marcante, de saúde e de doença. (CAMPOS e CAMPOS, 2004).

Atualmente, a obesidade ganha status de doença crônica, de difícil tratamento e que exige uma abordagem multidisciplinar na rede de cuidados. Estamos diante de um fenômeno que engloba fatores genéticos, metabólicos, sociais, culturais, familiares, psicológicos e que dificilmente estabelece fronteiras delimitáveis, não se oferece, facilmente, como objeto passível de medidas.

A Semiologia Médica tem como um de seus propósitos a identificação e universalização de signos clínicos que possam favorecer o diagnóstico das chamadas síndromes. Com isso poderá ter um maior embasamento e especificidade na prescrição do tratamento a ser adotado. Entretanto, o que se observa, é uma complexa rede de sinais, signos e sintomas que não são observáveis ou fogem à qualquer tipo de classificação, não se submetendo à estatística, apenas se fazendo valer no universo simbólico e singular de cada ser de linguagem. Dessa forma, a equivocidade se faz presente mesmo nas síndromes ditas de caráter unívoco. (MARTINS, 2003) Esta é a realidade da nossa Clínica com obesos, a pluralidade dos fenômenos e os fenômenos plurais.

Como equivocidade, este fenômeno compreende várias leituras no campo da psicanálise. De todo modo, as tentativas de compreensão sobre o sujeito obeso faz borda na intencionalidade de se compreender a voracidade e o (des)controle imbricados no comer.

### **A Cirurgia Bariátrica**

Eis aqui uma invenção da medicina moderna que tenta aplacar ou manter 'sob controle' os excessos da obesidade.

Para os especialistas médicos, se trata ora de uma fonte eficaz, capaz de produzir resultados de emagrecimento e melhoria da qualidade de vida do seu paciente; ora se apresenta como fonte de frustração, quando se deparam com o paciente gastroplastizado que retorna ao seu consultório após dois anos em média de cirurgia, com reganho de peso significativo e retorno das comorbidades associadas. Compreendem, na prática clínica continuada que o controle mecânico e restritivo deste aparelho gastroenterológico não é suficiente para apaziguar "as

fomes” que acometem o sujeito. Há um algo a mais que foge à lógica hormonal da saciedade provocando sempre um excesso frente ao prato.

Há nos pacientes que elegem esta modalidade de tratamento como último recurso possível para emagrecer uma aposta numa resolução mágica, uma demanda explícita de solucionar as dificuldades de modo rápido e prático, ou seja, via intervenção cirúrgica. Negligenciam a condição complexa da sua patologia que não se reduz à esfera fisiológica, que resiste a responder a um cuidado unilateral e até mesmo os esforços multidisciplinares têm se deparado com situações clínicas cujos resultados não correspondem ao “esperado”.

Além de mudança nos hábitos alimentares, promove perda expressiva de peso que influi diretamente na relação do sujeito com o seu corpo, como se vê, como é visto. Mudanças estas que ressoam ainda em diferentes âmbitos da sua vida: afetiva, sexual, familiar, profissional, social, exigindo o engendramento de recursos psíquicos e de mecanismos adaptativos.

Observa-se a partir deste recorte que a cirurgia bariátrica deve ser criteriosamente eleita, associada a um pré-operatório rigoroso que inclui diversos personagens: paciente – família – equipe multidisciplinar.

À medida que o discurso médico se coloca como hegemônico e dificilmente interrogável pelo status sócio-cultural que presentifica, o número de cirurgias tem crescido em grande escala. Os pacientes cada vez mais se apropriam do discurso médico para falar da sua obesidade, como doença. Isto colabora e exime o sujeito da sua responsabilidade frente à sua condição. O sujeito se desimplica da sua obesidade e delega que o médico - representante encarnado ‘do curador’ das doenças - “cure” seu impulso frente ao prato, que o emagreça. Mas sabemos que o corpo do qual a medicina se ocupa não equivale ao todo do sujeito e que o corpo como elemento simbólico não se domestica.

### **Corpo: Possibilidades Metafóricas?**

E o corpo está em evidência. A afirmativa apresenta uma proposital duplicidade: marca dois excessos. O consumo dos corpos na contemporaneidade,

sua exposição estética e a rigidez do padrão de beleza vigente, dos ideais de perfeição e do culto a magreza. Por outro lado, a obesidade mórbida, um corpo em excesso que convida, ou melhor, obriga ao olhar.

O corpo nunca foi tão recortado, estudado, posta à prova, reconstruído, reinventado e manipulado. Vemos claramente o crescimento em escala ascendente do número de psicopatologias que colocam em evidência esse corpo. Ainda assistimos a um número expressivo de cirurgias plásticas que modificam este corpo, uma exposição de corpos na mídia, possibilidades da engenharia genética de clones, transplante de órgãos, de células tronco, cirurgias interssexuais, cirurgias bariátricas. Uma infinidade de aparatos tecnológicos para um corpo, que enquanto natureza simbólica nem sempre admite medidas.

Ferraz (2008) nos convoca a pensar que o corpo sobre os qual nos debruçamos na atualidade, o corpo alvo das manifestações psicopatológicas, não é mais o corpo da histórica, corpo de representação, sem lesão real no órgão, desarticulado com a lógica da anatomia fisiológica. Contrariamente à neurose, há nas psicopatologias atuais uma ligação com o corpo somático.

Como incluir no setting analítico esses corpos obesos, manipulados, adoecidos, escarificados, que se impõem à narrativa?

Os acontecimentos que tocam o corpo podem ter possibilidades metafóricas ou se coloca na ordem do *hieróglifo*, do que não tem sentido ou do que não pode ser significado? Aquilo que não se fala vai para o corpo? Assunto psíquico mal resolvido vai para o corpo? Parece-nos que não necessariamente aquilo que se fala ou se cala. Ambos promovem efeitos, marcas, inscrições que passam neste corpo. O corpo vai junto com o que é possível dizer e com o que não se pode dizer.

Volich (2002) corrobora a idéia de que não há corpo inume à sua história, intocado, sem marcas produzidas pelo tempo, pela transmissão geracional, pela vida.

*“...Muitas vezes, diante do sofrimento e da perda, entre o vazio e a palavra, o corpo se vê convocado. Inscrevem-se ali os prazeres, os encontros felizes e gratificantes, mas também as dores, as perdas, as separações, mais difíceis de serem*

*compartilhadas. Entre o real e o imaginário, inclina-se muitas vezes o corpo à exigência de conter o sofrimento indizível, de suportar a dor impossível de ser representada". (p.227)*

Como possibilidade de compreensão, dos corpos opulentos, marca assertiva da obesidade, podemos indicar a prerrogativa de que ninguém mostra um corpo à toa. Fédida (apud FERNANDES 2006) refere que a dor oferece acesso ao conhecimento de nossos órgãos, permitindo então alguma representação do nosso corpo.

Há um arsenal de “modalidades de uso e ou tarefas” para estes corpos. E a obesidade vem a servir a causa de uma fala que não se pode dizer de outro modo.

### **Desamparo e Trauma: quem tem olhos para ver e ouvidos para escutar?**

O desamparo é um estado inicial do sujeito humano e que é re-editado em situações diversas. Remete-nos a ausência de defesas para lidar com uma angústia que nos invade. Nesta perspectiva, todo adoecimento ou mau funcionamento do nosso corpo, pode nos remeter à condição de desamparo. Seria a obesidade uma tentativa de fazer defesa frente ao desamparo? E de que forma esta condição se relaciona com o trauma?

O trauma convive com pobreza de representação simbólica para aquilo que se vive, numa perspectiva catastrófica, e que não se encontra palavras para fazer borda frente ao Real.

Fernandes (2006) enfatiza que o recurso à ação e às sensações físicas – e exemplifica, o empanturramento, as sensações de fome, se relacionam a uma tentativa de presentificar um objeto, uma estratégia, sempre malograda, de fazer frente ao vazio interno e o risco de perder esse objeto.

A obesidade, enquanto modalidade subjetiva de defesa frente ao desamparo e um estado afetivo de extrema angústia contribui ainda para desimplicar o sujeito da sua relação com o seu sofrimento. Faz-se vítima do seu sintoma, sem apontar responsabilidade sobre ela. Afinal, trata-se de uma condição explicada pela medicina

como uma doença, ou seja, sob algo que somos acometidos, vitimados, que não exercemos controle do seu desenvolvimento.

Esse discurso social da obesidade se cristaliza, ganha lugar de destaque na fala e na forma como esse sujeito constrói os significados em torno do seu problema e dificulta, do ponto de vista psicológico, o acesso ao particular que “as obesidades” carregam em seu bojo. Um discurso vazio que compromete a possibilidade de fazer emergir o sujeito. O discurso social da obesidade está aonde o sujeito não aparece.

O trabalho do psicólogo implica no convite à escuta, à desconstrução das certezas, do socialmente veiculado, do discurso médico que coloca a cirurgia como única saída eficiente para a obesidade. Há um apagamento do sujeito na medida em que se coloca uma solução coletiva para obesidades individuais. Não se considera a forma como o sujeito se relaciona com esta, que valores e significados inconscientes lhe atribui, o que ela estrutura ou desorganiza, de que modo se articula com a historicidade do sujeito e que história se inscreve neste corpo.

### **Caso Clínico**

*Françoise*, 52 anos, separada, estrangeira, pais falecidos e uma irmã mais nova que reside em seu país de origem, mas com a qual não mantém vínculo afetivo, nem contato regular. Atualmente, mora sozinha, não teve filhos e teve duas gestações, em tempos distintos, sofrendo abortos.

Teve problemas com sobrepeso desde a infância que progressivamente evolui para obesidade mórbida. Assinala que o ganho expressivo de peso sempre se relaciona a períodos difíceis, a título de ilustração podemos citar: menarca e casamento. Períodos do desenvolvimento que marcam uma exigência do sujeito de sustentar uma posição relacionada ao ser mulher. As duas gestações interrompidas em curso assinalam também uma impossibilidade frente às exigências e construções do feminino.

Sobre filhos refere que sempre teve aversão à maternidade. Tanto ela quanto a irmã engravidaram em situações intituladas por ela de promíscuas - homens casados, relações socialmente impedidas e desvalorizadas - e, por isso optaram por

não levar adiante esse projeto. Atualmente refere mal-estar ao encontrar mulheres grávidas e /ou crianças em situações sociais. Sobre a gestação refere que “parece doer, estica a pele...”.

Seu primeiro casamento é marcado por eventos que se instauram como trauma: o marido é alcoólatra, agressivo. Na lua-de-mel tranca a paciente no quarto, depois de agredi-la física e sexualmente. Nesta noite, faz uso abusivo de medicamentos, uma tentativa de suicídio. As agressões persistem associadas a um discurso sempre depreciativo sobre a paciente, sua obesidade, dentre outros aspectos.

Após dez anos de casamento, pede separação e se filia ao grupo das mulheres que amam demais. Refere que buscou ajuda neste grupo, pois tende a criar dependência de homens que não a amam, não a valorizam. Entra num ciclo vicioso e não consegue sair. Apesar de sofrer maus-tratos não consegue abandoná-los. A associação a estes grupos seria uma tentativa de ser aceita em algum lugar que a filie? Essas escolhas fazem eco ao seu sintoma? Atualmente, isso se repete na escolha em fazer parte da ‘família da Clínica de Obesidade onde realizou o procedimento cirúrgico’, e ainda, em relação à nova empresa onde trabalha, da qual refere ainda não se sentir parte, e por isso, rejeitada.

Elege ainda fazer parte de um bloco afro, constituído e historicamente composto por um povo que viveu desde sua origem muitos preconceitos e discriminações. Refere que foi rejeitada no bloco por que era branca e sobre isso reflete: “É um povo que alimenta a rejeição. Eles próprios rejeitam e discriminam e vivem um ciclo, pois em contrapartida também são rejeitados”. Ela descreve seu próprio funcionamento neurótico! “Minha mãe era assim, meus ex-maridos também, as pessoas por causa da minha obesidade me olham horrorizadas, os homens não me olham. Todos me criticam e me rejeitam...”.

Aos tropeços, refere: “A mim me custa muito me cuidar. Vivo esquecendo de tomar os suplementos vitamínicos que a nutricionista prescreve”. Há sempre uma demanda de ser maternada, cuidada, amada.

Fez inúmeras tentativas de perda de peso, com métodos diferenciados: farmacológicos, dietoterápicos e terapias diversas. Obteve alguns resultados satisfatórios, mas a obesidade sempre insistia em reincidir. Períodos de magreza foram vividos sempre associados a muito sofrimento psíquico. E anuncia seu receio de que esse sofrimento retorne pós-cirurgia de redução de estômago. Retorno do quê me pergunto? O que esse corpo obeso assegura?

Refere que quando emagrecia desenvolvia uma “compulsão por sexo, transava com qualquer um, era uma promiscuidade”. E acrescenta: “Quando eu emagrecia minha mãe me dizia que eu ficava “nariz em pé”, muito arrogante. Emagrecer não era bom”.

Refere ainda: “Tinha uma tia que era muito vaidosa, linda. Eu dizia que queria ser igual a ela quando crescesse. Até que um dia presenciei que minha mãe a flagrou com meu pai. E era assim sempre: minha irmã era magérrima e vaidosa, mas era arrogante, nariz em pé. Ser bonita não prestava, não era bom”.

Refere ainda lembranças da infância de ter ouvido os pais transando, e que os ruídos emitidos por sua mãe sugeriam que ela estivesse sendo agredida, forçada ao ato sexual, que estivesse sentindo dor. Lembra-se que contou para sua irmã o que ouvira e que sua mãe a acusou de ser suja, pervertida e promíscua.

Outra cena cujo tema remete Françoise à sua vida familiar: Trabalhava numa padaria na adolescência e houve um evento no qual um homem a beija na boca. Os pais ao saberem do ocorrido vão até o local e publicamente lhe batem com um tapa na cara e a mãe a leva ao ginecologista para atestar sua virgindade. Recorda que não entendia o que estava acontecendo e interpreta o ato do médico como uma violência. “Ele rusticamente enfiou o dedo na minha vagina e disse para minha mãe que o meu hímen estava intacto”.

Refere que na adolescência, escreve uma peça de teatro cujo enredo era o seguinte: “Eu era uma cantora de cabaré e re-encontrava minha mãe, que tinha me abandonado quando eu era criança. Nós tínhamos uma boneca, onde cada uma carregava uma parte, uma tinha a cabeça e outra o corpo, que se uniam como prova de que eram mãe e filha”. Um corpo como prova de filiação? Um corpo que carrega

as marcas ou sinais de pertencimento a uma linhagem familiar. Entra em cena a obesidade como marca-identidade materna.

A mãe de Françoise era uma mulher obesa, com visão extremamente pessimista da vida. Reverberava continuamente como a vida era miserável, como as pessoas criticam a sua pobreza, seu marido de trabalho humilde, sua casa de construção simples e de poucos adornos. Com baixa auto-estima, entende o lugar da feminilidade como uma vergonha, de pouco valor, sujo.

Era uma mãe do cuidado, da necessidade, do dever: Dona de casa aplicada, lavava, passava, cozinhava e costurava a roupa de todos da casa.

“De minha mãe eu tinha roupa lavada, comida quentinha, mas na hora de dar um abraço, um beijo... quando eu ficava doente e buscava um carinho, ela dizia: sai, sai menina, sai”. Quando ela me fazia um carinho era sempre um afago no meu cabelo com a frase: “Pobrezinha, Pobrezinha, de minha filha... Coitadinha de você”.

“Eu menstruei antes de completar 10 anos. Chamei minha mãe e ela disse para que não contar para ninguém porque era uma vergonha. Disse-me que mesmo ela só havia menstruado aos 16 anos de idade. Ela costurava nossas roupas e eu pedia que ela costurasse bolsos falsos na altura dos mamilos para esconder o seio, eu tinha muita vergonha. [...] Passei a vida escondendo meu corpo”. Enfatiza: “Não coloquei o hábito de freira (a paciente na pré-adolescência se interna em Convento), mas coloquei a obesidade. Uma forma de não sair à vida... de ocultar coisas... de me ocultar”.

*Passou a vida escondendo o corpo?* A obesidade expõe esse corpo, coloca-o em evidência, me faz pensar que o corpo foi servo obediente, escondeu em suas marcas e contornos, seu romance familiar, aquilo que fugiu à representação simbólica. Aquilo que não pôde ser dito, virou *mal-dito* no corpo. Oculta a feminilidade, a relação controversa com sua mãe, seu referencial do que é ser mulher, os desejos sexuais e outras dores indizíveis.

O pai de Françoise, por sua vez, mostra um temperamento instável. Ora deprimido, apático, ora agressivo. Mas parece permanecer num estado de vida ‘preto e branco’. Desconhecia sua origem, sua mãe o havia abandonado. E assim

vivia sem fazer laço com o mundo. Era mais favorável a filha, defendendo e acolhendo suas demandas, mas o seu torpor frente à vida impossibilitava uma presença marcante para fazer frente aos investimentos depreciativos dessa mãe.

Sua única irmã, era mais nova, tinha uma relação com a mãe sempre invejada por Françoise. Dizia sentir-se uma estranha entre elas, que se afinavam bem, eram cúmplices. “Minha mãe olhava para ela com muita admiração”.

A família vivia de forma simples, sem condições financeiras favoráveis. O pai era porteiro de prédio, a mãe era dona de casa e Françoise cedo foi trabalhar para ajudar nas despesas da casa.

Na escola, Françoise traz associações em torno do tema da rejeição. “Entrei na escola com o sobrenome falso. Para estudar nessa escola tivemos que dizer que éramos filhos de outro casal. Tive dessa forma um sobrenome de um judeu. Depois que a farsa foi revelada e todos conheceram seu sobrenome de origem alemã, foi chamada por todos de “nazista”. Todas as crianças me ridicularizavam, não brincavam comigo, me rejeitavam, como na minha casa”.

### **O 1º atendimento**

No primeiro atendimento, a paciente me endereça uma demanda: “Quero meu relatório para fazer cirurgia bariátrica porque os médicos dizem que é a minha única saída, mas acho que não vou conseguir emagrecer...”. A partir desta contradição no seu discurso e de uma intervenção clínica que visava fazer falar desta (im)possibilidade do emagrecer contrariando a lógica médica e a fisiologia da saciedade, faz-se brecha e o sujeito aparece, agora desnudo do caráter social do início da sessão.

O discurso de Françoise circulava em torno de um receio de que desenvolvesse câncer de estômago pós-cirurgia bariátrica. Em associação livre, promove ligação à lembrança de que sua mãe havia falecido de câncer de estômago e que o fato de não poder despedir-se, estar presente ao velório, a faz fantasiar de que a mãe achou que ela a abandonou. Culpa indigesta! Talvez ter um câncer e viver na pele a doença da mãe a redimiria do seu pecado? A mãe de Françoise

falece quando a paciente já residia no Brasil e a mesma tem notícias do óbito 06 meses depois.

“Eu fui rejeitada quando nasci”. Com estas palavras, Françoise inicia sua apresentação. “Eu não tinha nem nome, meu nome era *Marcone Júnior* porque meus pais queriam um varão, um filho homem. No caminho para a maternidade, minha mãe lembrou de uma tia e me deu o seu nome”. Quando nasci minha mãe falou: “Mas que coisinha feia essa menina!”. Assim nasce Françoise: “Eu não fui desejada pelos meus pais. Minha irmã sempre era a melhor... eu me sentia um lixo”.

“Não sei como é viver bem... ficar mal é o único lugar que eu conheço, que me é familiar. É um lugar que eu sei viver. Tenho medo de ser feliz... Minha mãe nos ensinou a dar ao outro o que temos de melhor, de mais bonito e perfeito e ficar com mais feio, com o que não tem valor”.

“Ela (a mãe) falava repetidamente um dito popular... ‘não sorria na quarta-feira porque no domingo você vai estar chorando’. Sentia minha mãe muito pessimista, muito negativa. E acho que isso pegou em mim, porque me vejo sempre estranha à ser valorizada pelo outro, acho que quando as coisas vão bem logo algo ruim aparecerá. “Me vejo querendo engordar... se estou bem, arranjo logo algo do que me queixar. Acho que fico procurando tornar algo ruim. Estranho muito ser bem tratada”.

“Eu passei minha vida mentindo e ocultando tudo sobre minha família porque minha mãe tinha vergonha de meu pai, do nosso sobrenome, da nossa casa. Ela não comemorava nossos aniversários e vivia com a casa fechada para que as pessoas não vissem como nossa casa era pobre, simples. Ela dizia que as pessoas passavam e criticavam. Ela tinha vergonha da profissão de meu pai e da forma como ele se vestia... Hoje eu acho que ela queria separar a gente de meu pai. Ela dizia: “Não conte para seu pai, não aborreça seu pai, saiam de perto do seu pai... De minha irmã também. Teve uma vez que ela disse que nós tínhamos passado a tarde inteira criticando ela, porque havíamos passado a tarde juntas. Tem um ditado no meu país que diz: “dívida e serás rainha...” Intervenho: o que quer dizer? “Acho que ela para ter um lugar de reconhecimento separava a gente e assim ela aparecia”.

“Acho que insisto em parecer com ela, como uma forma de tê-la presente. Apareci esses dias com uma alergia solar. Alergia Solar? Meu corpo fica cheio de manchas vermelhas quando eu exponho ao sol. Nunca tive isso. O médico disse que era alergia. Já teve outras alergias antes? Não. E o te faz pensar essa palavra Alergia Solar? Mas agora que você perguntou me lembrei de que minha mãe tinha essas alergias. Parece que minha mãe está sempre presente. Ela é o meu nó: não desata, marca e não separa. Por isso acho que não vou conseguir emagrecer. Pra mim é muito difícil separar dela. Ainda busco o amor dela”. (Chora compulsivamente).

Françoise veio para o Brasil há cerca de 05 anos. Hoje mantém o sotaque da sua língua de origem, mas tem muita dificuldade de falar a língua materna, bem como, mantém uma relação de anti-pátria, não quer voltar ao seu país, nem para visitar família ou amigos. Repetidamente tenta em algumas sessões recordar ditados populares, músicas e algumas palavras na língua materna e não consegue. Não consegue falar com fluência sua língua materna. Associado à condição da língua, recordo-me da Alergia Solar: Ela faz uma alergia “só-lar”. Solar parece remeter ao sentido do só-lar, só no lar. E o só remete a idéia do sozinha, estar só; algo recorrente em sua narrativa: ter sido sempre só, mesmo quando vivia com a família, mesmo quando estava no seu lar.

Este recorte remonta à idéia de uma dificuldade com filiação, suas raízes e identidades familiares. Este corpo obeso confere uma existência a essa paciente. Uma tentativa de filiação, uma inscrição psíquica.

*“A imagem inconsciente do corpo vai se moldando ao longo do tempo, desde as etapas pré-especulares, como uma espécie de elaboração de sensações e emoções precoces experimentadas na relação intersubjetiva com as figuras parentais, um verdadeiro substrato relacional que passa pelo corpo, lugar da comunicação precoce. Assim, a imagem inconsciente do corpo se apóia no outro, isto é, forma-se como referencia intuitiva ao desejo do outro, ordenando-se corporalmente no sentir, no dizer e no corpo da mãe”. (FERNANDES, p. 145, 2006).*

“Ninguém se olhava no espelho lá em casa. Meu pai usava um espelhinho menor que a palma da mão porque dizia que tinha um rosto deformado, torto. Minha

mãe era gorda e minha irmã era magérrima, tinha vários problemas com comida, quase não comia, vivia anêmica e desmaiando. Uma vez ela me disse que não tinha horror à comida, tenho horror a ficar igual à mãe, que preferia morrer a ficar parecida com ela. [...] E eu sempre era comparada à minha mãe, sempre fui a gorda da família e assim que sempre me vi. Mas eu não era obesa, todos falavam que eu acabava me vendo desse jeito até de fato ficar obesa. E foi sempre assim”.

“Meu pai sempre foi preocupado com a saúde, com não engordar. Sempre vaidoso. Certa vez comprou uma peruca para esconder a calvície que começava a aparecer. Ao contrário, minha mãe achava que o cuidado de meu pai era uma crítica endereçada, pois ela era muito desleixada e gorda. Eu, nesta história, era sempre criticada por minha mãe, que não me amava e hoje acho que engordei para agradá-la, para ter seu amor”.

A comida, neste contexto familiar, entra como ponto de intersecção com a figura materna? A irmã que era magra tinha horror à comida, veículo de acesso ao ficar como à mãe. Françoise depositava no prato todo afeto não metabolizável via aparato psíquico. Refere ter prazer em comer, e comer sem fome, sem vontade, para se empanturrar, para se machucar... O comer é controverso e conflituoso, como sua relação com a figura materna.

Refere em diversas passagens que a sua compulsão alimentar comparecia para fazer frente aos momentos onde revivia situações de rejeição e abandono, logo, remete ao desamparo.

“Lembro da minha infância quando chegava da escola minha mãe havia feito o almoço e nosso prato era enfeitado: carne, purê de batatas em formato de montanha e o molho de churrasco da carne era derramado formando um lago aos pés da montanha. Era dessa forma que minha mãe nos demonstrava afeto”.

A história da alimentação nos remete a pensar que as condutas alimentares se desestruturaram. Os ritos do comer se relacionam e se modificam a partir dos contextos sócio-históricos e culturais envolvidos. Na atualidade, os hábitos em torno da mesa foram automatizados, cada vez mais solitários, engendrados pela pressa.

Fischler (apud FERNANDES, 2006) utiliza o termo *gastro-anomia* para nomear as ressonâncias advindas com essas transformações.

Observamos que o comer também se relaciona intimamente com aspectos subjetivos, emocionais. Temos evidências clínicas e do senso comum que corrobora a idéia de que o comer mantém estreita relação com afeto. Pacientes que referem perder o apetite diante de uma situação estressora, ou que fazem um ingesta maior de alimento quando estão ansiosos ou são submetidos a situações de perda, mudanças, separações, dentre outros.

Deste modo, torna-se imprescindível pensarmos nas relações e interferências que podem se estabelecer em torno do prato. Que significados são tecidos em torno da mesa? Que relações se constituem neste cenário? A comida encerra quais significados? Como comportamento presente desde o nascimento remete à relação do sujeito com seu próprio corpo? O que se come, como se come? Pensarmos na perspectiva do comer como necessidade puramente fisiológica não dar conta de explicar a nossa complexa relação com o alimento.

### **Sonho com a mãe:**

“Sonhei com minha mãe no lado de fora do meu quarto, na janela. Ela me apontava para uma casa de tijolos. Bem diferente da nossa casa, que era pobre, feita de materiais inferiores, pouco sólida, sempre ameaçada. Essa casa que ela me apontava era firme, bela e segura”. Associa a casa de tijolos ao seu corpo em transformação e mudança com o emagrecimento ascendente e melhoria das limitações de locomoção e saúde geral. Corpo antes referido como sempre ameaçado, pobre, insuficiente. Entra em questão a relação da constituição do corpo (imagem corporal) com a intervenção do olhar e investimento maternos.

Como sabemos, a imagem do corpo se constrói precoce e originariamente nas relações parentais e, nesse momento, onde o corpo é novamente convocado às grandes mudanças físicas e subjetivas, o sonho materializa o olhar materno dando contorno às novas formas, ao novo corpo. Corpo, obviamente, compreendido como elemento simbólico, que excede as fronteiras do orgânico.

“Olha esse corpo pra mim...” é um endereçamento de uma demanda de amor bem como uma via de acesso à criação ou constituição da imagem de um corpo que somente pode vir a ser, a partir da presença ou intermediação de um outro que confira valor de existência.

## **Considerações**

A prática clínica nos confronta cotidianamente com limites, entraves ou mesmo com os efeitos iatrogênicos de alguns pacientes, marcados por dificuldades na associação livre, falas esvaziadas de sentido, emudecimentos, vazios, angústias indizíveis, momentos melancólicos, atuações ou sintomas orgânicos.

Destes impasses sabemos. E se a responsabilidade do analista implica estar à altura da subjetividade da sua época, como nos previne Lacan, cabe-nos criar condições de escutabilidade destes novos engendramentos sintomáticos, nos quais o corpo ocupa lugar de primazia, como palco destas manifestações psicopatológicas. Corpo este, que diferente da concepção de organismo, está sempre para controvérsias.

Incluir o corpo, enquanto elemento simbólico, no *setting* terapêutico significa entender que há ali, implicitamente, um convite a olhar para o excesso, para o que transborda, para o que não tem forma nem contorno. E poder a partir disso, criar condições para fazer borda frente ao real deste corpo, à medida que se pode historicizá-lo.

O corpo opulento demonstra na carne o viés de um romance familiar construído em torno da dor: as dinâmicas sociais e familiares, bem como, a história íntima desse sujeito, dão contornos próprios à obesidade. O corpo obeso é eleito para manter sob o disfarce de uma queixa física, concreta, as tramas familiares, os desejos inconscientes que não poderiam ser veiculados de outro modo.

Compreender as vicissitudes psicopatológicas do comportamento alimentar significa tentar entender a relação que o sujeito estabelece com o seu corpo e com os outros. O comer se associa a uma série de fatores, não apenas da esfera

nutricional e fisiológica, mas resguarda e veicula afetos, angústias não-metabolizáveis, dores, lembranças infantis, culpas, dentre tantos outros.

A obesidade enquanto sintoma serviu como depósito de causas que não sabiam dizer de si, que não podiam ser tratadas de outro modo. Todo sintoma, como sabemos, porta em si uma solução em potencial, e não deve ser encarado como um mal a ser extirpado. Viver agora sem essa máscara protetora, sem esta barreira de isolamento das dores escondidas neste corpo sempre em excesso, exige um trabalho de muitas tensões psíquicas e mudanças efetivas. Hoje, as queixas de rejeição se articulam e se deslocam para o corpo flácido, o excesso de pele e o rosto visivelmente mais enrugado. O que nos faz pensar que as retificações cirúrgicas não necessariamente vêm acompanhadas de mudanças subjetivas. Ter um corpo mais magro, não deve ser uma aposta para o caminho da felicidade, do ser aceito e amado. Há razões e caminhos mais complexos a seguir para desvendar as nuances do sujeito que sofre.

## Referências

- Campos, Pe H.F. & Campos, DT. F. *A Obesidade: estrutura psicopatológica ou modalidade moderna de expressão de diferentes subjetividades. I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. Rio de Janeiro, 1:352-368. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2004.*
- Birman, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- Fernandes, M. H. *Transtornos Alimentares.* Coleção Clínica Psicanalítica dirigida por Flavio C. Ferraz. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- Ferraz, F. C. A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. In: Volich, R. M.; Ferraz, F. C. (Orgs). *Psicossoma IV: corpo, historia, pensamento.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- Freud, S. O Mal-estar na civilização. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago Editora. v. XXI, 1929.
- Loli, M. S. A. *Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica.* São Paulo: Vetor, 2000.

Martins, F. *Psicopathologia I. Prolegômenos*. Belo Horizonte: PUCMinas, 2005.

\_\_\_\_\_. *Psicopathologia II. Semiologia Clínica: investigação teórica clínica das síndromes psicopatológicas clássicas*. 1ª edição. Brasília, Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise – UnB/ABRAFIPP, 2003. (Coleção Psicopathologia).

Pereira, M E. C. A Paixão nos Tempos do DSM: Sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: *Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise*. São Paulo, Educ/Casa do Psicólogo, 2000, pg.119-52.

Volich, M. R. *Hipocondria: impasses da alma, desafios do corpo*. Coleção Clínica Psicanalítica dirigida por Flavio C. Ferraz. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

Ximenes, E.. *Cirurgia da Obesidade: um enfoque psicológico*. São Paulo: Livraria Santos Ed., 2009.