



Evelin Cristina do Nascimento Minair

O estigma na mulher obesa: Uma leitura psicanalítica

Trabalho de Conclusão de Curso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Transtornos Alimentares pelo Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Dra. Dirce de Sá Freire
Co-orientador: Prof. Dra. Patrícia Saceanu

Dedico esse trabalho à Rosa Maria do Nascimento Minair minha mãe, por me propiciar a realizar este sonho antigo. E pelo apoio durante todo este período e sempre.

À Maria de Jezus Silva do Nascimento minha avó, pelo amor que recebo diariamente mesmo à distância.

Agradecimentos

Agradeço à minha família, pelo apoio durante todo o processo de estudo.

Agradeço a melhor amiga que tive nesta vida, Andréia de Jesus Resende (in memoriam), pois aonde quer que esteja, se manteve viva em meu coração e me iluminou com seu amor.

A Heloísa Bueno de Castro Boschini colega da pós-graduação que se tornou amiga, pelo incentivo e a parceria diária na construção da escrita.

Às queridas Julia Aboim e Fabiola Motta Cruz, que se tornaram amigas e parceiras no Grupo de Estudos, pela partilha dos conhecimentos de forma clara, afetuosa e alegre.

À Clara Maria Marques Adolph, amiga querida que escutou meus excessos nos momentos de vazio e dificuldades.

À minha orientadora Dra. Dirce de Sá Freire, pela humildade em partilhar seu saber e a paciência em me ajudar a atravessar este caminho com muitos estímulos durante todo o curso, supervisão e orientação.

À minha co-orientadora Dra. Patrícia Saceanu, pelo despertar de novos saberes em suas disciplinas.

Aos professores e funcionários da PUC, pela gentileza, prontidão, alegria e prontidão.

Aos meus colegas de turma, pelas risadas, horas de intervalo com café, opiniões diversas e partilhas para crescermos como profissionais.

À Dra. Valeria Patrocínio Teixeira Vaz, pela primeira porta que abriu em minha vida e a partir deste momento tudo mudou.

Aos pacientes, que me motivaram para o meu percurso nos Transtornos Alimentares.

À minha psicóloga, Gabriela Carrielo Gomes, que me ajudou a bancar meu desejo.

Resumo

Minair, Evelin Cristina do Nascimento. **O estigma na mulher obesa: uma leitura psicanalítica**. Rio de Janeiro, 2020. 39 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A possibilidade de discussão na conjuntura atual, sobre a relação do sujeito com a obesidade implica pensar como a comida se inscreve para demarcar seus significantes no consultório, e instiga sobre o que advém dessas descobertas particulares. O trabalho visa investigar a demanda de tratamento nas entrevistas preliminares, na medida que, na obesidade, este pedido de tratamento se realiza de maneira muito peculiar. A contribuição da psicanálise se fez presente como referencial teórico para nortear as possíveis reflexões que envolvem o tratamento preliminar do obeso. Observar as palavras que são trazidas, no discurso, pelo sujeito no trabalho psicanalítico, pode vislumbrar possibilidades de transformação, o que inquieta o psicanalista a respeito das dificuldades decorrentes da experiência clínica com pacientes obesos. Abordar o tema da demanda inicial de tratamento no campo da obesidade com as mulheres obesas e seus estigmas requer uma escuta analítica de como o obeso, em sua vida, estabelece uma relação com a comida, esta observada através de relatos trazidos pelos pacientes em tratamento preliminar. Enquanto profissional de saúde, verificaram-se as seguintes questões: Quais são os tipos de demandas endereçadas ao profissional de saúde no contexto do consultório? Que manejo se faz necessário na demanda inicial de tratamento? Esses questionamentos foram suscitados a partir dos fenômenos constatados na clínica, onde muitos pacientes não se vinculam ao tratamento, apesar das angústias relatadas. O início do tratamento pode fazer emergir uma mudança da posição do sujeito diante de suas questões, e como este manejo pode ser considerado fundamental na clínica. O desenvolvimento do tema proposto tem por finalidade realizar uma revisão da literatura existente, sobre a demanda de tratamento nas entrevistas preliminares, no campo da obesidade, e, a partir da prática psicanalítica no consultório, compreender quem é o sujeito obeso, que relação é essa estabelecida com a comida e que pedido de tratamento se faz endereçada ao psicanalista.

Palavras-chave: entrevistas preliminares; estigma; discriminação; mulher e obesidade.

Sumário

Introdução	8
1 As entrevistas preliminares	11
2 As funções das entrevistas preliminares nos transtornos alimentares	14
2.1. A psicanálise e seu olhar sobre o objeto comida	17
3 O estigma na mulher obesa	20
4 A prática analítica e o atendimento à mulher obesa no espaço privado do consultório	28
5 Considerações finais	34
Referências bibliográficas	37

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

Introdução

“Ah, por uma nova sensação física
Pela qual eu possuísse o universo inteiro
Um uno tacto que fizesse pertencer-me
Ao meu ser possuidor fisicamente,
O universo com todos os seus sóis e suas estrelas
E as vidas múltiplas das suas almas...”.
(Fernando Pessoa, it Apud, Edler, 2017:15).

Em nossa sociedade, o campo dos transtornos alimentares ocupa um espaço cada vez maior de discussão e reflexão, proporcionando inúmeros estudos acadêmicos, que trazem como objetivo compreender as diversas particularidades sobre o estudo da obesidade, sobretudo da mulher obesa, que pode ser atravessado a partir da experiência clínica.

Ao lado dos padrões estéticos de beleza, observa-se que o pedido de ajuda psicológica, direcionado ao consultório, cresceu significativamente nos últimos anos.

Esse pedido pode vir sob diversas formas, algumas delas, envolvendo questões de muita dor, sofrimento, sintomas e demandas das mulheres obesas e seus respectivos estigmas.

As questões clínicas, aqui abordadas, foram suscitadas a partir da minha escuta no espaço privado do consultório, a partir da dificuldade e limitação de algumas pacientes obesas em vincularem-se ao tratamento da obesidade. E o vínculo transferencial pode possibilitar uma transformação das queixas em questões e seu manejo pode ser considerado fundamental para todo o processo analítico.

Destaco de maneira crítica, que o fenômeno dos transtornos alimentares nas mulheres obesas em busca do emagrecimento no estado de sofrimento intenso e, por muitas vezes, trazerem em seus discursos tendências e pressões externas referentes aos padrões estéticos de beleza. Desde a história, tratados em espaços clínicos de tratamentos e procedimentos cirúrgicos especialmente desenvolvidos para as mulheres em busca de uma magreza idealizada e distorcida.

Observo que nas bancas de jornal e revista destacam as várias possibilidades de fórmulas de emagrecimento de maneira quase que “instantânea” com o objetivo de conseguir formas ideais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde: “o excesso de peso e a obesidade são definidos como acúmulo que pode prejudicar a saúde”. (OMS, 2018). E assim, vejo surgir vários sintomas relativos ao excesso e/ou sobrepeso e várias consequências de sofrimento a eles associados.

Edler (2017), psicanalista destaca em “Tempos Compulsivos”, que o fenômeno dos transtornos alimentares na contemporaneidade é marcado pela busca desenfreada do prazer a ponto de produzir laços compulsivos e os tipos de relações que o sujeito cria com o objeto comida que aplaca a angústia e a dor.

Freire (2011), historiadora e psicanalista ressalta que “o passado colonial brasileiro revela uma ‘história de gente gorda’, em que gordura era sinônimo de formosura, base de sustentação para que a barriga do burguês viesse a significar status”. Destaca que esse termo traz diversos significados, ou seja, a repetição de antigas formas de controle social.

E descreve à associação: “Quando se toma a magreza como virtude, substitui-se a necessidade que havia no passado de confessar os pecados morais cometidos, pela vida da sexualidade, pela obrigatoriedade de subir na balança para prestar contas ao social e si”.

Torna-se mais fácil visualizar que os transtornos alimentares, e consequentemente a obesidade, estão contidos na categoria que envolve as patologias dos excessos, portanto são patologias da atualidade. No artigo “Com açúcar sem afeto”, Dirce de Sá Freire ressalta que:

“O momento tem a marca registrada dos excessos, e as doenças atuais são o reflexo dessa tendência ao exagero (...) como é o caso da depressão e de todas as formas de adicção que marcam a atualidade”. (p. 463).

Observa-se que muitas pacientes não se implicam no que ocorre em suas queixas, em seus atos e têm dificuldade de se vincular ao tratamento analítico. Tomarei a psicanálise para nortear as possíveis reflexões e questionamentos que suscitam o tratamento preliminar da mulher obesa. Examinar quais palavras são essas, trazidas nas primeiras entrevistas através do discurso do sujeito, pode abrir possibilidades de transformação.

Levando-se em conta a questão acima, constata-se que a contribuição psicanalítica sobre o tema da obesidade pode ser muito valiosa no que se refere ao singular aspecto da clínica.

Refletindo sobre as possibilidades de implicação do sujeito no tratamento da obesidade, trago como objetivo interrogar que lugar a mulher obesa ocupa com relação à comida, e verificar se o dispositivo analítico, enquanto alternativa de tratamento, pode oferecer alguma modificação subjetiva para este sujeito, ressignificando algumas de suas queixas “...estar compelido a repetir incessantemente, sem possibilidade de escolha e até mesmo contra vontade consciente. Uma condição de aprisionamento, nem sempre clara de início”. (EDLER, 2017:14).

Também me desperta interesse pensar através do viés psicanalítico a questão das entrevistas preliminares e do tratamento propriamente dito com o paciente obeso nos consultórios privados.

Enquanto profissional de saúde, indagaremos as seguintes questões:

- 1) Quais são os tipos de demanda endereçadas ao profissional de saúde no consultório?
- 2) Que manejo se faz necessário na demanda inicial e no tratamento?
- 3) O que atravessa as mulheres que se submetem às leis impostas pelos padrões de beleza vigente?

1 As entrevistas preliminares

Freud (1913), em seu artigo “Sobre o Início do Tratamento”, nos fala a respeito da prática do tratamento de ensaio ou experimento preliminar:

“Mas posso acrescentar que desde então tornei hábito meu, quando conheço pouco sobre um paciente, só aceitá-lo a princípio provisoriamente, por um período de uma ou duas semanas. Se se interrompe o tratamento dentro desse período, poupa-se ao paciente a impressão aflitiva de uma tentativa de cura que falhou”. (FREUD, op. cit 139).

Quer dizer, Freud tinha um hábito próprio. Como não sabia a respeito do que se tratava com relação a cada paciente, só o aceitava de forma não definitiva, ou seja, de maneira breve para não causar um desconforto desnecessário àqueles que o procuravam inicialmente. Freud refere-se à questão da associação livre, remetendo a ela, a entrada nas entrevistas preliminares. A posição de Freud, nesses primeiros momentos, é de possibilitar a escuta do paciente, convocando-o a falar aquilo que lhe vem à cabeça. Esta é a tentativa que Freud faz de uma entrada em análise através do tratamento de ensaio, as entrevistas preliminares seriam então uma tentativa de abertura de análise:

“Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais dos jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura que desafia qualquer descrição desse tipo”. (FREUD, op. cit. 139).

As mulheres que representam a boa forma, as receitas de emagrecimento, as variadas soluções imediatas demonstram o grau de alienação do sujeito marcado pela cultura gordofóbica frente aos referenciais de saúde e de beleza de nossa sociedade. É importante analisar a maneira como o sofrimento do indivíduo aparece em determinado contexto histórico em relação ao mal-estar do momento a que está circunscrito. Para que uma análise seja possível é preciso que haja uma demanda endereçada ao analista, uma demanda que articule o mal-estar com um sintoma e não só uma demanda de emagrecimento ou mesmo uma demanda difusa.

Quer dizer, que neste período das entrevistas preliminares, o trabalho do analista é ouvir e recolher, através apenas da escuta, os significantes que o sujeito traz. Pois, provavelmente este mesmo sujeito aqui em questão, já passou por muitas “portas” para chegar ao analista. Aceitar que uma das fontes do sofrimento habita

nas exigências de uma cultura contemporânea, a qual o sujeito é submetido às exigências de saúde, que imprimem no corpo a estética do belo e do magro.

A demanda inicial deve ser questionada, trabalhada e avaliada. O que nos remete a pensar sobre o processo de lapidação de uma pedra bruta e que vai, aos poucos, se transformando em um diamante, é uma possível equivalência com o trabalho das entrevistas preliminares. Tentar entender a demanda inicial exige levar em conta os seguintes questionamentos:

- De quem é realmente esta demanda?
- Quem procurou o analista?
- Qual é o motivo inicial da procura?
- Em qual situação ocorreu a procura?
- A demanda apresentada está relacionada com algum problema específico, envolve algum tipo de dano físico e/ou psíquico?
- Reinvidica um apelo para “curar-se” de sua suposta doença, ou ficar “livre” do mal que o angustia por completo?

Durante o trabalho prévio das entrevistas preliminares é muito importante que se defina em que estrutura clínica está o sujeito, e como é a relação do sujeito com o Outro. Para quem este sujeito está realmente dirigindo suas demandas?

As entrevistas preliminares dizem respeito ao aspecto da transferência, nela o sujeito estará ligado à figura do analista através da transferência:

“O processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica [...]. A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este”. (LAPLANCHE & PONTALIS, p. 514).

Os pacientes obesos por não conseguirem viver a dor psíquica eles se refugiam em seus corpos, os quais funcionam como um pedido de ajuda na tentativa de entender o que está acontecendo psiquicamente:

“Dessa repetição discursiva destacamos, primeiramente, a posição passiva com que os pacientes ditos obesos se apresentam em relação não só à obesidade, mas a uma série de aspectos da vida. Essa passividade fica evidente em excessivas referências corporais, num corpo de que o obeso parece não se apropriar, buscando permanentemente uma separação ou recusa”. (RECALCATI, 2002).

O aparecimento do sujeito do inconsciente se dará sob o efeito da transferência. O analista é aquele que se coloca numa função, ou seja, a de marcar para o sujeito a questão do inconsciente.

Freud já destaca em seu artigo “Sobre o Início do Tratamento”, que a primeira meta da análise é fazer um vínculo com o analista, através da função da transferência.

Dar continuidade ao tratamento de ensaio, que é o nome freudiano para as entrevistas preliminares é possibilitar que o trabalho prévio seja transformado em um tratamento propriamente dito.

2

As entrevistas preliminares nos transtornos alimentares

Freud (1911/1995b), relata que uma das funções do tratamento psicanalítico consistia em tornar o inconsciente reprimido de modo que essa configuração ficasse a dispor para uso do paciente. O que vai estar em jogo é a questão da associação livre, a regra fundamental em psicanálise, e a linguagem será o veículo de expressão em que se pode recortar algo que opera mais além:

“Longos debates preliminares antes do início do tratamento analítico, tratamento prévio por outro método e também conhecimento anterior entre o médico e o paciente que deve ser analisado, têm consequências desvantajosas especiais, para as quais se tem de estar preparado”. (FREUD, 1915).

O trabalho preliminar com o paciente obeso num primeiro momento, seria o de acolher a sua fala, pois, através da prática clínica, percebe-se que o mesmo chega falando da obesidade e não de si mesmo. Os esforços terapêuticos se dão para que o paciente possa lidar com os seus desafios na vida, não havendo mais a necessidade de expressá-lo através do sintoma neurótico.

A demanda para o tratamento dos transtornos alimentares pode ocorrer sob diversas maneiras: cirurgias plásticas, apelo aos remédios, tratamentos estéticos. De qualquer maneira o que se apresenta como fundamental é lançar sobre o obeso uma questão sobre sua relação com a comida:

“No primeiro momento, o laço com comida, bebida ou com a introdução de alguma substância costuma ser prazeroso. Traz alívio e gratificação. Com o tempo, o sujeito se percebe escravizado”. (EDLER, 2017).

O paciente obeso chega às entrevistas preliminares responsabilizando o corpo pelos sofrimentos que relata. Descreve a comida como um objeto que aplaca a angústia e anestesia a dor com o objetivo de preencher um vazio que se apresenta de forma violenta. Desta forma, para se tornar um corpo obeso seria necessária ‘uma restituição simbólica’, na qual esse corpo aceita desempenhar os papéis sociais que se destinam a ele e em decorrência os estigmas pertencentes à essa classe de ‘doentes’. Se o corpo do indivíduo padece pelo excesso, há de se cuidar do excesso presente no corpo social como um todo, mapeando subjetivamente esse corpo. ‘Se a cabeça não pensa, o corpo padece?’

O papel fundamental das entrevistas preliminares ocupa um tempo privilegiado do tratamento e o trabalho do analista com o paciente obeso é abrir a possibilidade de entrar em sua dinâmica subjetiva, onde a dor do excesso pelo objeto comida e o sofrimento por sua ausência possa abrir um novo espaço para novas construções. Levar o obeso a implicar-se naquilo que lhe acontece e levá-lo a responsabilizar-se por seus atos. Responsabilizar é um processo de elaboração e de ressignificação, construído na relação analítica por meio da transferência e da retificação subjetiva, a fim de possibilitar novas reflexões não intermediadas pela comida:

“O mais complicado é que eu tinha lucidez para identificar o que estava acontecendo e clareza para ver o que estava demais. O que me faltava era a força para interromper aquilo”. (EDLER, 2017).

O obeso necessita transitar no percurso em direção aos seus próprios questionamentos, obviamente que os mesmos inicialmente são evitados por ser fonte de muitas dores e sofrimentos:

“É preciso identificar em que lugar a comida está ocupando na vida do sujeito. Percebe-se, no período das entrevistas preliminares com os pacientes obesos, que existem muitas dificuldades do sujeito em colocar em palavras o que lhe ocorre: “Por mais difícil que seja sair da condição de enredamento, é possível trilhar outro caminho, desde que haja desejo e, com ele, força e propósito para recomeçar. Desde que nos responsabilizamos, como sujeitos que somos. Todas as vezes que o desejo se impõe ao gozo, prevalece o movimento de Eros, a ligação à vida, e assim renasce a possibilidade de se fazer uma construção. Inventar a saída e com ela reerguer a vida. Por que não?”. (EDLER, 2017).

Assim nas entrevistas preliminares com os obesos, espera-se, que a demanda inicial endereçada ao analista possa ter o seu espaço transferencial e se transforme numa demanda de análise. Precisamos reconhecer que o trabalho analítico não se fará mais dentro dos preceitos da associação livre e atenção flutuante.

Fédida (2001) nos diz: “É pela transferência que se anuncia repetitivamente no presente, o impronunciável infantil”. Por meio da repetição, característica fundamental do processo de transferência, as sequelas de impressões podem retornar e esse material retorna evidentemente em busca de ser representado.

A transferência presta-se a essa reprodução de sensações anteriormente experimentadas:

“ O paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o. Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber o que está repetindo”. (FREUD:1914).

O fenômeno transferencial instaura as mais refinadas manifestações, em que os movimentos regressivos poderão ter lugar, aspectos corporais incluídos. É preciso que o analista seja capaz de exercer sua imaginação e sua capacidade de regressão para ter acesso ao material fornecido pelo paciente.

Segundo Laplanche & Pontalis, na clínica, a compulsão seria um tipo de conduta que o sujeito é levado a realizar por uma imposição interna, como um pensamento, uma ação, uma operação defensiva em que sua não realização, seria sentida como um fator de aumento para a angústia, o que pode nos remeter a uma função de resistência, como se o corpo quisesse banir elementos estranhos:

“A palavra ‘compulsão’ sugere coerção, estar compelido a repetir incessantemente, sem possibilidade de escolha e até mesmo contra a vontade consciente. Uma condição de aprisionamento, nem sempre clara de início, que, possivelmente, teve como fator desencadeante a busca legítima do prazer, e acentuou-se de tal maneira que, nesse percurso, o sujeito tornou-se refém. Aquilo que se endereçava antes ao prazer transformou-se em algo indispensável para ele continuar a viver” (EDLER, 2017:16).

Mas como observou Freud, repetir, seria uma forma inconsciente de recordar, recordar mesmo que para sofrer, sofrimento mesmo sem bem saber porque, talvez implicados pela ausência da mediação do outro num tempo de afasia, mas não ausente de gritos:

“Do mesmo modo que de uma droga terrível, o ser humano goza o privilégio de tirar prazeres novos e sutis até mesmo da dor, da catástrofe e da fatalidade” (FREUD, it Apud, EDLER, p.73).

Cada um dos diferentes transtornos apresenta particularidades inerentes à maneira como esses indivíduos foram constituídos. Há que se olhar para a história individual de cada um, e para os respectivos processos de subjetivação. Em comum a todos a compulsão, a dificuldade com os limites e a marca do excesso.

A dificuldade na simbolização aparece em sua incapacidade de se posicionar a partir de um ponto desejante: na estruturação psíquica desses sujeitos, o local da falta não se inscreveu como fundante do registro simbólico, ficando apenas marcado no corpo. A “passagem” do somático ao psíquico não aconteceu de modo que deixou margens para que esse mal-estar se manifeste corporalmente.

Desta forma, as marcas da contemporaneidade influenciam nas configurações subjetivas da atualidade. Não se trata de apontar as configurações subjetivas contemporâneas as de outras épocas, quando a capacidade de simbolizar falha e com o intuito de amparar o sujeito se encontram os Transtornos Alimentares.

2.1.

A psicanálise e seu olhar sobre o objeto comida

A partir do referencial da psicanálise a questão dos transtornos alimentares pode ser pensada levando-se em conta a experiência clínica da obesidade e a relação do sujeito com a comida. Implica pensar como a mesma se inscreve para demarcar seus significados no corpo e instiga a pensar sobre o que advém dessas descobertas particulares e a contribuição da psicanálise se faz presente como um referencial para nortear as possíveis reflexões e questionamentos que envolvem os transtornos alimentares como uma tentativa de preenchimento de um vazio que não se preenche.

Para alguns sujeitos a comida situa-se como um recurso que permite ao sujeito no seu dia-a-dia, livrar-se daquilo que o incomoda e que de alguma forma lhe traz algum tipo de desconforto. E nos transtornos alimentares a comida, enquanto objeto, vem perfeitamente colaborar para o apazigamento das angústias e através do sofrimento é possível que algo se desenvolva e assim provocar alguma mudança de vida.

Na contemporaneidade, o que se verifica são as novas formas de patologias que surgem em maior frequência de acordo com cada cultura. Observa-se um crescimento de patologias do ato, em que os transtornos alimentares comparecem com força se impondo aos sujeitos e arriscamos dizer que a cultura contemporânea pode provocar a incidência da obesidade. E esta não deixa de ser uma oposição à cultura como qualquer outro sintoma subjetivo, no entanto, é importante ressaltar que o sintoma não se dá de forma desamarrada da sociedade e assim assume um papel importante.

Podemos pensar o social e essa interface entre o sujeito e a cultura e através desta, constituir o sujeito na origem e permanentemente o que pode desencadear ou agravar os transtornos alimentares. As duas vertentes estão interligadas, buscando compreender a psicanálise em sua direção ética, inserida em uma cultura e refletindo sobre as mudanças que acometem o sujeito nos dias atuais.

A psicanálise vai apontar para a questão da singularidade, desta forma, a comida para cada sujeito se constituirá de maneira distinta, que dizer, a comida pode ser a mesma, mas, o seu efeito de desdobrar-se levando-se em conta o significado particular para cada um.

A questão da utilidade da psicanálise pode ser compreendida através dos fenômenos que envolvem a condição humana, sua relação com a subjetividade e, atualmente, implica pensar que a comida convive com a sociedade de inúmeras formas. Seria então um instrumento teórico para refletir os laços sociais estabelecidos pelo sujeito com os outros e também um dispositivo eficaz na compreensão sobre qual é o lugar que a comida ocupa na vida de cada sujeito.

Refletir sobre qual é o lugar que a comida ocupa neste contexto. Existe uma tentativa de apagar a história do sujeito e as histórias que não se inscrevem psiquicamente, se inscrevem no corpo.

Podemos elucidar algumas questões para a nossa reflexão:

- Que história esse corpo conta?
- Que dor é essa que aparece no corpo?
- De que forma o sintoma se inscreve na história singular do sujeito inserido em um determinado contexto social?

Freud destaca em seu texto “O Mal-Estar na Civilização” (1930), que a comida surge como medida paliativa ao sofrimento: “A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporcionando-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas (...). Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas que a diminuem (...)”.

A comida vai estar referida a um bem-estar subjetivo que é promovido com o seu uso, o que pode representar “algo” para o sujeito e desta forma o objeto comida para a ser original para a psicanálise já que incomoda o sujeito. Não há padrões ou modelos a serem seguidos, trata-se de o sujeito identificar seu próprio desejo, sejam estes corpos magros, obesos, feios ou bonitos.

Na contemporaneidade, vemos tentativas de recobrir o vazio com a imagem, do preenchimento interior com objetos externos, como por exemplo, a comida e viver em sociedade traz sofrimentos, mas, a possibilidade que novas subjetividades possam ser construídas e novos conhecimentos possam ser nomeados.

Para Freud, viver em sociedade será preciso renunciar à própria satisfação ou adiá-la ao menos em parte já que o mal-estar é o preço que se paga por essas renúncias e é inevitável que não esteja sob o nosso controle.

O que se percebe na escuta desses pacientes é que a comida constante vem barrar uma tensão corporal que é vivida de forma insuportável e angustiante. Nota-se um narcisismo que sinaliza algo falho na construção do aparelho psíquico, deixando o sujeito sem recursos simbólicos.

Sandra Edler, vem trazer alguns questionamentos sobre os transtornos alimentares, com a etiologia múltipla (social, psicológica e biológica) e eles ocorrem na tentativa de preencher um vazio. A maior parte das pessoas obesas comem para recompensar ou resolver alguma situação que esteja vivendo, ou seja, consomem uma maior quantia de alimentos em condições estressantes e as mulheres, comem em excesso como uma saída compensatória para preencher estados de ansiedade, depressão e tristeza. Busca-se a satisfação e o alívio imediato para lidar com o sofrimento e o corpo é uma dessas fontes e assim, é feita uma compensação somática constante para assegurar sua satisfação e necessita sempre de algo que faça escoamento ao seu excesso de sensações.

A clínica dos transtornos alimentares suscita no analista ao escutar as palavras trazidas pelo sujeito, afim de levá-lo a algum tipo de elaboração sobre as situações em que se encontra sua vida. Trata-se de remeter o sujeito às suas questões para que a partir daí ele possa fazer outra coisa.

3

O estigma na mulher obesa

O estigma e a violenta discriminação baseadas no corpo e conseqüentemente no peso aumenta o sofrimento psíquico, o que pode colaborar para uma das piores condições de saúde.

Segundo o Dicionário o estigma é definido como:

“Substantivo masculino. Cicatriz(es) ocasionada(s) por uma ferida ou por um machucado; sinal. Marca natural no corpo; toda marca e/ou sinal”. (Dicionário Online Português).

A vergonha, constituída pela marca através dos estereótipos negativos, rótulos que discriminam e rotulam na sociedade contemporânea e na vertente de saúde, aponta para os ‘defeitos físicos’ o que modifica a imagem corporal como acontece na obesidade. Dirce de Sá salienta que:

“O momento atual tem a marca registrada dos excessos, e as doenças atuais são o reflexo dessa tendência ao exagero (...) como é o caso da depressão e de todas as formas de adição que marcam a atualidade”. (p. 463).

Deste modo, observamos que a obesidade está incluída nas patologias do excesso. À vista disso, a obesidade seria uma das manifestações sintomáticas do sujeito na sociedade contemporânea, resulta em um ritmo frenético na atualidade e assim contribui com o excesso de sintomas como a lógica do desespero, angústia, depressão, tristeza, raiva e vários quadros compulsivos.

Segundo o DSM a obesidade é apontada como:

“Por fim, a obesidade não está inclusa no DSM-5 como um transtorno mental. A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto energético. Uma gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; dessa forma, ela não é considerada um transtorno mental. Entretanto, existem associações robustas entre obesidade e uma série de transtornos mentais (por exemplo, transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivos e bipolar, esquizofrenia). Os efeitos colaterais de alguns medicamentos psicotrópicos contribuem de maneira importante para o desenvolvimento da obesidade, e esta pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais (por exemplo, transtornos depressivos)”. (DSM - 5, 2014, p. 329).

Particulariza-se que as mulheres descrevem a discriminação, sofrimento, exclusão social são evitadas e/ou ignoradas. A exclusão relacionada à obesidade acontece na população em geral e o julgamento da sociedade pelo corpo obeso gera

um sentimento de vergonha, diminuição da vontade de se relacionar com outras pessoas o que gera a consequência do isolamento social.

Dirce de Sá e Bárbara Costa, no artigo “A violência do/no corpo excessivo dos transtornos alimentares”, descrevem que estes “novos sintomas” se referem às patologias contemporâneas - são as patologias do ato, que apontam para uma dificuldade entre concreto e simbólico”. A combinação entre obesidade e valores que desvalorizam é um aspecto sociocultural já pontuado pela literatura, bem como um valor que o peso corporal está sob o controle do sujeito.

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

A escuta do sujeito obeso convoca o analista a buscar dar sentido àquilo que parece ser desprovido de um sentido absoluto. O corpo do obeso geralmente apresenta um corpo hiperexcitado pelo lugar central em que se coloca no investimento da sua própria libido e pela vivência muito primária de que é ainda centro das intenções e interesse do mundo.

Freud (1914), em relação ao prejuízo causado pelo excesso de libido voltada para o próprio corpo, diz:

“(...) o desprazer é sempre a expressão de um grau mais elevado de tensão e que, portanto, o que ocorre é que uma quantidade no campo dos acontecimentos materiais é transformada, aqui como em outros lugares, na qualidade psíquica do desprazer (...). Reconhecemos nosso aparelho mental como sendo, acima de tudo, um dispositivo destinado a dominar as excitações que de outra forma seriam sentidas como aflitivas ou teriam efeitos patogênicos”. (p. 92).

Nos transtornos alimentares a origem está nos primórdios da vida psíquica do sujeito, quando este ainda não tem estrutura egóica, ocorre antes da fala e pode estar ligada às questões mais primitivas.

Quando Freud trouxe, em “O Id, o ego e outros trabalhos”, levantava um lugar para o corpo na constituição do psiquismo do sujeito. Destacava a existência de um ego corporal anterior a tudo e chamava atenção para a questão da superfície do corpo: a pele.

O bebê que ao ser olhado, tocado, cuidado, alimentado e interpretado, de forma terna, passa, a dar início a percepção de um contorno sobre as dimensões que o compõem, e que os diferencia das pessoas e do ambiente que os rodeia, fazendo-o, então, a se deparar como um Eu, que surge em função de um outro.

Nesse sentido, Freud destaca que o ego é a projeção mental da superfície do corpo e a experiência tátil, seria, o modelo da experiência psíquica. O eixo principal do que estamos aqui denominando ‘nascimento psíquico, cuja origem estaria no corpo e a contenção fornecida, frente ao medo de esvair-se, ora em gases, ora em líquidos, ora em quedas, faz aliviar as angústias e os limites vão assim se constituindo. E entre o vai e vem suave dos sons e imagens, traz a devida segurança sobre aquilo que por vezes se vai, e então retorna, ou seja, uma repetição que descarrega o desprazer e com isso faz recordar. O Eu segue em frente, passando a dar nome às coisas da vida e com isso desembocando na elaboração de uma nova vida subjetiva.

As impressões táteis, gustativas, olfativas têm a função de disparadores tanto da memória sensível quanto daquilo que necessito para apreender o mundo e ao bloquear essa função, anestesiando-a ou exacerbando-a, ficamos inertes psiquicamente. Portanto, em um funcionamento mais primitivo as emoções são ainda confundidas com essas sensações, a ternura com a doçura tátil e visualmente verificadas, para só após, com o desenvolvimento, transformarem-se em representação da ternura. Ou seja, a ternura é tátil.

Na contemporaneidade, o imperativo é a configuração do corpo belo da magreza reforçado pela mídia, descortinando-se uma sociedade lipofóbica, onde se estabelece um ambiente que promove a obesidade e simultaneamente a condena, oprime e gera muitos sofrimentos psíquicos.

A constituição na História dos corpos obesos, segundo o controle social dos corpos e o estigma tem como predomínio uma abordagem biomédica sob a ótica da obesidade enquanto doença, segundo os órgãos de saúde e códigos internacionais. Como esses campos retratam a obesidade? Como os profissionais de saúde ao longo do processo identificam o uso da medicalização na obesidade?

Desta forma, para se tornar um corpo obeso seria necessária ‘uma restituição simbólica’, na qual esse corpo aceita desempenhar os papéis sociais que se destinam a ele e em decorrência os estigmas pertencentes à essa classe de ‘doentes’. O indivíduo obeso é estigmatizado, penalizado e responsabilizado pelo seu próprio sofrimento e podem ser agentes ativos, passivos à medicalização e são os consumidores de produtos e serviços oriundos desse processo.

Há um certo paradoxo quanto à responsabilidade individual e aponta para uma certa diminuição do indivíduo como um ‘parasita’ de uma moralização do

ganho de peso na sociedade e demonstra uma vítima da sociedade obesogênica.

Mostra que a noção de responsabilidade na etiologia da obesidade deixa de ser algo moralizante e passa a ser algo um pouco mais da ideia do indivíduo não responsável e sim, desresponsabilizado. Há um aumento da responsabilidade individual no manejo da obesidade, pois, vivemos em uma sociedade de manejos e riscos. Se por um lado o indivíduo é responsabilizado, porque isso passa a ser visto como algo multifatorial? E no manejo isso recai sobre ele: tem que saber acessar os serviços de saúde, entender sobre a nutrição de forma eficiente e ainda cuidar de sua saúde. Também se atribui a sobreposição de fatores causais, há uma espécie de avanço no campo científico sobre a genética, a hereditariedade e fatores metabólicos, não é simplesmente a questão de mudar o foco há também uma complexificação do fenômeno conforme sua evolução enquanto conhecimento.

Quando desistigmatizamos a obesidade, diminui também o olhar de algo que tem várias dimensões, medicalizar é também reduzir os possíveis estigmas e abrir espaços para a ressignificação desses corpos com o objetivo de suscitar novos olhares, formas de pensar para além do estigma, da discriminação e da patologização desses corpos que tem muito a dizer enquanto subjetividade e particularidade.

Os processos de medicalização da obesidade são um termo médico, é a descrição de um fenômeno que envolve pessoas cujos corpos têm uma grande quantidade de gordura e nem sempre a obesidade foi vista como um processo psíquico. Muitos autores discutem sobre a medicalização a partir do campo da psiquiatria, um campo mais medicalizável, o estudo sobre o desvio, o que 'está fora', ou seja, as condutas desviantes.

É o entendimento sobre as experiências humanas de patologizar condutas que até então tinham outras leituras, que não médicas e sim leituras jurídicas e/ou religiosas: ou é crime ou é pecado. A psiquiatria se apropria disso e diz que é um comportamento anormal e patológico e então começa a tratar os comportamentos como condutas até então não descritas a partir de conceitos e práticas médicas e o olhar está submetido ao impacto global, à indústria farmacêutica e à indústria de bens de consumo.

É uma espécie de fluxo histórico de uma certa substituição dos regimes de verdade que estavam pautados na religião e que agora começam a ser cotados pela ciência, uma visão foucaultiana (as ações medicalizadoras) que começam a olhar a

consolidação dos Estados Modernos onde encontra-se o biopoder. Apostar no manejo sanitário da população melhorando assim a saúde da mesma, como uma forma de produzir riquezas, soberania pelo trabalho e a saúde dessa população passa a ser importante, pois denota uma forma de riqueza, eis a noção de biopoder em Foucault.

Há, portanto, uma espécie de medicalização do campo social e as ações sanitárias populacionais do século XVIII, tem uma perspectiva de ‘controle social’ pela via da medicina por parte do Estado. O ser humano passa a existir como uma via econômica, a riqueza é pagar pelo uso da terra, tem uma dimensão econômica, mas a partir do momento que se começa uma ascensão do capitalismo como um mercantilismo, a proliferação das profissões, a ampliação dos mercados, as trocas passam a ser feitas com dinheiro e não mais como escambo. Isso começa a criar um modo de vida econômico.

Muitos criticam o conceito de medicalização e sendo assim é um conceito que precisa ter um contorno bem definido, pois o mesmo é muito amplo. Uma definição sobre o que quer dizer medicalização, segundo o autor Peter Conrad que aponta em transformar algo, em algo médico “to make it medical”, é transformar em estudo em algo da medicina, seja discursivamente, taticamente e politicamente. Estudos mostram que os processos de medicalização vão afetar os processos de subjetivação contemporânea e assim vão interferir em diversas questões: Como somos, sofremos, amamos e entendemos o mundo, pois, somos uma grande parte da trajetória da medicalização da vida e da ciência.

Alguns autores entendem a medicalização apenas daquilo que vem do campo da medicina, aponta para o que está espalhado na cultura, no social e em múltiplos contextos e agentes. A medicalização hoje em dia está no discurso corrente, é dizer que aquele comportamento desviante é um problema da medicina e que cabe demandar e esperar da mesma uma solução e os problemas não médicos, diga-se problemas não equivalentes à doença, são os comportamentos não desviantes.

Há uma grande exposição dos corpos e da cobrança maciça por uma forma física ideal “magra, perfeita e feliz” na sociedade contemporânea e o corpo feminino é mais cobrado pela norma médica ao padrão estabelecido e socialmente aceito. Neste cenário, ter um corpo sobrepeso ou gordo gera estigma, dor, desvalorização e preconceito. Os processos de medicalização da obesidade são um termo médico, são a descrição de um fenômeno que envolve pessoas cujos corpos

têm uma grande quantidade de gordura porque nem sempre a obesidade foi vista como um processo psíquico.

A relevância da abordagem social da obesidade, ao considerar as influências dos dados relacionados à cultura, meio ambiente, trabalho, aspectos emocionais e trajetórias particulares de vida, para além dos fatores genéticos e biológicos em geral. Uma crítica realizada é a facilitação do processo da redução de diagnósticos prévios que deveriam acontecer especialmente no campo de trabalho da psicologia.

Desta forma, para se tornar um corpo obeso seria necessária ‘uma restituição simbólica’, na qual esse corpo aceita desempenhar os papéis sociais que se destinam a ele e em decorrência os estigmas pertencentes à essa classe de ‘doentes’.

O indivíduo obeso é estigmatizado, penalizado e responsabilizado pelo seu próprio sofrimento. Os indivíduos podem ser agentes ativos, passivos à medicalização e são os consumidores de produtos e serviços oriundos desse processo.

Também se atribui a sobreposição de fatores causais, há uma espécie de avanço no campo científico sobre a genética, a hereditariedade e fatores metabólicos, não é simplesmente a questão de mudar o foco, há também uma complexificação do fenômeno conforme sua evolução enquanto conhecimento. Quando desestigmatizamos a obesidade, diminui também o olhar de algo que tem várias dimensões e medicalizar é também reduzir os possíveis estigmas. Abrir espaços para a reesignificação desses corpos com o objetivo de suscitar novos olhares e formas de pensar, para além do estigma, da discriminação e da patologização desses corpos que tem muito a dizer enquanto subjetividade e particularidade.

As mulheres sentem-se depreciadas ao entrar em um estabelecimento e ao tentar comprar alguma roupa encontram inúmeras dificuldades (numeração, tamanho, etc.) são experiências que discriminam, apontam um descaso das indústrias da moda que não providenciam roupas que possam colaborar com as diversidades de corpos, assim apoiar para que a mulher obesa possa também sentir-se bonita e não estigmatizada pela vendedora que lhe atende, expõe a fragilidade, o sofrimento que muitas mulheres apresentam ao tentarem disfarçar a gordura, o olhar preconceituoso de uma construção social que perpetua o estigma com o objetivo de inferiorizar o sujeito.

Historicamente, o corpo feminino no Brasil passou por inúmeras transformações físicas, imprimiu suas primeiras marcas e revelou uma revolução nas últimas três décadas, onde a mulher teve uma transição do campo para a cidade:

“No campo da aparência, da sexualidade, do trabalho e da família houveram conquistas, mas também frustrações. A tirania da perfeição física empurrou a mulher, não para a busca de uma identidade, mas de uma identificação”. (PRIORE, 2000).

Muitas mulheres em seus relatos, descrevem que desistiram de uma recolocação profissional, são prejudicadas em sua vida econômica e como consequência uma inferiorização em seu campo profissional. No ambiente laboral, percebe-se que pode trazer discriminação o que as impede de desenvolver o movimento das habilidades sociais nas relações interpessoais, afim de buscar novas oportunidades de trabalho.

No artigo “Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao *fat pride*” (Neves e Mendonça 2014), descrevem a obesidade:

“...como a condição de acúmulo de peso corporal em forma de gordura, que pode levar ao surgimento de comorbidades de grande impacto para a saúde do indivíduo.” (p. 620).

A obesidade é uma doença de múltiplos fatores e respondem aos ambientes obesogênicos em que vivem, a sociedade atribui a responsabilidade do sobrepeso aos sujeitos e os articula com os reforçados negativos de ‘relaxados’, ‘preguiçosos’, etc... O sentimento de culpa pode causar ainda mais o desconforto emocional, e consequentemente apontar fragilidades, vulnerabilidades e last but not least, introjetar o estigma e mais discriminação.

Há uma vasta literatura sobre manifestações da discriminação e do estigma relacionados ao excesso de peso nas mulheres e percebe-se que as influências negativas são inevitáveis:

“... os conceitos de beleza, como quaisquer outros, são construções culturais que obedecem aos critérios de uma época.”. (PRIORE, 2000).

Os reforços negativos da exclusão e seus rótulos necessitam de um alerta para a sociedade enfatizam que provocar ou estigmatizar sujeitos com excesso de peso não os encoraja a perder peso e pode levar a problemas de saúde.

As mulheres com estigma introjetado precisam de atenção especial e devem ser encaminhadas para intervenções de apoio psicológico. E os profissionais de saúde que atuam em seus consultórios privados não devem ignorar as situações de discriminação geradoras de sofrimento vividas por esses sujeitos, devendo incluir

nas suas práticas a escuta sensível e ampliada no sentido de ajudá-las a enfrentar o problema.

Ultrapassando os protocolos médicos e a surdez que se impôs aos analistas somos convocados a tomar posições e colocar em dúvida nossas certezas, para, quem sabe, escutarmos o vazio discursivo da atualidade e assim, talvez algo do desejo possa, enfim, voltar a operar. Uma vez que estas palavras que os pacientes escutam e dizem para si mesmos e que os rotulam podem ser escutadas, em análise no contexto singular de cada um e não de forma generalizada. Assim a psicanálise serve como mais uma possibilidade de intervenção terapêutica na dimensão humana.

4

A prática analítica e o atendimento à mulher obesa

“A escolha do método terapêutico não deve se basear nos compromissos teóricos ou institucionais que são nossos, frutos de nossos desejos e de nossa história. Nosso compromisso é antes de tudo um compromisso com o alívio do sofrimento do paciente, mesmo que ele não saiba do que sofre”. (VOLICH, 2010).

Neste trabalho, o objetivo principal era possibilitar um espaço para reflexões e questionamentos sobre a clínica dos transtornos alimentares através da prática analítica no consultório. No espaço do consultório dois aspectos importantes podem ser considerados fundamentais no trabalho clínico:

1º - A necessidade de delimitar diferenças entre a prática psicanalítica e as práticas médicas, proporcionando novos efeitos na clínica a partir do viés da simbolização. A atuação do psicanalista em um campo marcado pela via da cura médica, a caracteriza como uma especialidade, no entanto, é preciso retirá-la do campo da medicina e constitui-la em seu campo totalmente singular.

2º - A partir dos referenciais teóricos e práticos da psicanálise, o lugar do psicanalista neste contexto vai trazer desdobramentos éticos para o desenvolvimento que norteia o trabalho dos outros profissionais. A atividade analítica pode ser muito importante principalmente nas situações demandadas no consultório, onde a queixa não é muito clara.

Ivanise Fontes em *Psicanálise do Sensível* (2010) descreve: “Na prática do atendimento clínico analítico a pacientes somatizantes, constatei um impasse: certas regras psicanalíticas impediam a expressão de suas manifestações corporais”. Pacientes somatizantes são aqueles que apresentam escassa capacidade de simbolização, portanto, com pouca capacidade de utilizar a linguagem como forma de se expressarem, e para tal, fazem uso de sintomas corporais”.

É na análise que nos atentamos ao que está impresso no corpo do sujeito, mas que não chegou à memória, ocorrendo, então, a reconstrução do infantil que não pode ser rememorado. Durante o processo analítico paralelamente ao acolhimento, ajudar o sujeito a nomear seus sentimentos, associar estes com suas

experiências atuais e passadas. E assim, o sujeito vai reconstruindo o infantil e seu ego ‘esburacado’.

A partir de uma perspectiva psicanalítica, Fontes (2010) busca em Freud a referência do ego ser antes de tudo um ego corporal: “a pele ensina o ego a pensar”. A psicanalista narra a importância da experiência dos nossos sentidos e dos detalhes sensíveis da vida como aqueles que nos atravessam e constituem o psiquismo em sua vivacidade e traz um questionamento importante, ainda que não avance sobre este: “ E se anestesiarmos a pele? ”

A hipótese de uma construção de um envelope psíquico de gordura que garantisse uma segunda pele, prótese psíquica não adquirida parece ser confirmada e a comida, como objeto que aplaca a angústia visando a preencher o vazio, anestesiando a dor, o que foi observada nos sujeitos com transtornos alimentares. Estes, responsabilizam seus corpos como fonte de sofrimento e pela via do corpo expressa o que não foi simbolizado. A maneira como encontra para preencher o vazio psíquico, o excesso de sensações não simbolizadas é o comer.

A união entre alimento e amor é um registro marcante e se reeditará em muitos momentos da vida, pois estabelece uma ligação entre ser alimentado e ser amado. Por outro lado, pode expressar a marca do desprazer e da frustração, quando não há o elo afetivo nas relações alimentares. Dessa forma, amor e ódio estão vinculados aos primeiros registros de alimentação, sentimentos estes que podem ser depositados no alimento e transferidos a diversas relações posteriores.

Os pacientes somatizantes, casos-limite, estados deprimidos ou personalidades aditivas, desafiam o analista pela incapacidade de representação. Mas, afinal, se considerarmos que são sintomatologias que têm como denominador comum uma precariedade de simbolização, precisaremos reconhecer que o trabalho analítico não se fará mais dentro dos preceitos da associação livre e atenção flutuante. Esses assim chamados “pacientes modernos” caracterizam-se por dificuldade associativa extremamente profunda, e estão longe das questões ligadas à ameaça de castração. O que está em jogo, na maioria dos casos, é a ameaça à existência, isto é, têm medo de perder o senso intrínseco da existência. Encontram-se ainda em busca de uma organização egóica que lhes ficou impossibilitada precocemente.

Estamos falando de uma época em que os registros eram exclusivamente sensoriais, reafirmamos o corpo como a grande testemunha das vivências do sujeito.

E se tais registros se acumulam de forma traumática, podemos pensar na afirmação postulada por Ferenczi, onde ele diz: “Nos momentos em que o psiquismo falha, o organismo começa a pensar”.

“As sensações desagradáveis continuam a vibrar de alguma parte do corpo”.
(FERENCZI, Apud, FONTES, p.16).

Vemos na possibilidade do fenômeno da transferência, um espaço para a associação dessas sensações tão precoces e uma oportunidade de regressão que independe do funcionamento verbal.

Por meio da repetição, característica fundamental do processo de transferência, as sequelas de impressões podem retornar. Esse material retorna evidentemente em busca de ser representado e a transferência presta-se a essa reprodução de sensações anteriormente experimentadas:

“ O paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou reprimiu, mas expressa o pela atuação ou atua-o. Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber o que está repetindo”. (FREUD:1914).

A noção de transferência ganha uma nova dimensão por essa reatualização da sensorialidade e o fenômeno transferencial instaura as mais refinadas manifestações, em que os movimentos regressivos poderão ter lugar, aspectos corporais incluídos. É preciso que o analista seja capaz de exercer sua imaginação e sua capacidade de regressão para ter acesso ao material fornecido pelo paciente.

Percebemos situações na clínica em que o sujeito não consegue colocar em palavras alguns sentimentos ou pontos de sua história, mas o faz através de um hábito alimentar. Por exemplo, comer compulsivamente balas e chocolates, pois, estes tinham uma ligação como o sentimento de ser amado já que os ganhava de alguém especial na sua vida. Vem a ideia de que a comida é o primeiro conforto. Frequentemente, no ato de comer, associamos aos momentos tristes, o conforto; e aos alegres, à comemoração. Momentos estes, que socialmente são inseridos e aceitos no comportamento humano.

A via da palavra possibilita que cada sujeito possa falar, remetido as suas histórias de vida e a incidência do analista marcando o discurso do inconsciente pode abrir o caminho para aquele que fala, se interrogar sobre sua posição. Cabe ao analista a tarefa de esperar através 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. Os sujeitos que apresentam um quadro de obesidade podem ser observados que, na falta de um envelope corpóreo-psíquico o sujeito lança mão, por exemplo,

de um envelope de gordura e com isso, ele garante uma segunda pele protetiva, prótese de uma pele psíquica não adquirida (Fontes, 2017).

Um vazio que abstinido da introjeção psíquica, tenta integrar o ego pela incorporação de um objeto que na maioria das vezes não se encaixa e que forma frágeis limites. Ou seja, o aparecimento crescente de fenômenos sintomatológicos ligados diretamente ao corpo, a partir de uma economia de descarga libidinal. E, por fim, se as marcas corporais na atualidade poderiam ser pensadas como uma espécie de “psicopatologia cotidiana” da contemporaneidade.

A compulsão, a dificuldade com os limites e a marca do excesso se apresenta com as particularidades inerentes à maneira esses sujeitos foram constituídos, há que se olhar para a história individual e para os respectivos processos de subjetivação que eles podem realizar na análise. Os sujeitos obesos ainda que com pequenos recursos simbólicos para, efetivamente, falar em seu próprio nome e, com isso, podermos pensar futuramente na possibilidade de construir algo para além do corpo obeso que se coloca nesse cenário atual.

O paciente obeso ao chegar no consultório, já passou por diversos profissionais e/ou centros de saúde, spas, programas de emagrecimento, espaços de estética, nutricionistas, endocrinologistas, cirurgiões plásticos, etc (...) na tentativa de extirpar o mal que lhe acomete, como se fosse algo apenas ‘externo ao sujeito’, procura inicialmente o atendimento da clínica médica, como se esta pudesse proporcionar um ‘remédio’ numa tentativa emergencial de resolver a sua queixa inicial.

Na obesidade não se trata somente de ‘diminuir’ e/ou ‘perder’ peso, trata-se de remeter o sujeito a às suas questões para que a partir daí possa ele possa fazer outra coisa. Ou seja, escutar os pacientes um a um em seu tempo próprio que remete a temporalidade do inconsciente e escutando as palavras trazidas pelo sujeito, a fim de levá-lo a algum tipo de elaboração sobre as situações em que se encontra a sua vida.

No consultório, o atendimento ao obeso é atravessado inicialmente pelo atendimento médico. Ele provavelmente já passou por muitas especialidades até chegar ao psicanalista, é como se todas as questões ditas orgânicas fossem eliminadas, e excluídas quaisquer hipóteses clínicas, o referido paciente é um possível pré-candidato à uma análise. A vida da palavra possibilita uma via

privilegiada para lidar com os transtornos alimentares, na medida em que leva em consideração as questões uma a uma na escuta das singularidades.

Quer dizer, se nenhuma razão foi encontrada para sua ‘doença’, o paciente deve tentar entender o que está lhe acontecendo por outra vertente que não a da medicina, neste sentido a psicanálise é uma possível abordagem de tratamento. Pode também ser observada neste aspecto da chegada do paciente ao consultório, a questão da rotatividade em clínicas e também com profissionais.

Um outro aspecto a ser evidenciado refere-se a questão de um único sujeito conseguir mobilizar toda uma rede de serviços e profissionais, fazendo uma verdadeira rede em torno de sua demanda de cura. Outra questão que vale ressaltar é a questão que o paciente traz, mas fazer uma borda, no sentido de uma certa segurança tanto para o paciente quanto, para o profissional.

A clínica dos transtornos alimentares instiga, inquieta o profissional de saúde a todo momento, pois é uma clínica do desafio constante, do investimento teórico e da disponibilidade interna. E a escuta nos convoca a interrogar a relação da comida no processo de constituição subjetiva e todo alimento ingerido tem um significado emocional, carrega uma série de representações e significados que nos remetem diretamente às relações constitutivas de um sujeito.

Em 1920, nos escritos de Além do Princípio do Prazer, Freud trouxe a dualidade entre a pulsão de vida e pulsão de morte e a compulsão à repetição como os principais reguladores do psiquismo, citando que o que estaria além do princípio do prazer seria a repetição.

Laplanche & Pontalis em seu Vocabulário de Psicanálise (2001), define a compulsão à repetição, como um comportamento inconsciente, pelo qual o sujeito se coloca ativamente em situações penosas, repetindo assim experiências antigas sem que se recordem do protótipo e tendo, pelo contrário, a impressão muito viva de se tratar de algo plenamente motivado na atualidade. Mas como observou Freud, repetir, seria uma forma inconsciente de recordar, recordar mesmo que para sofrer:

“Do mesmo modo que de uma droga terrível, o ser humano goza o privilégio de tirar prazeres novos e sutis até mesmo da dor, da catástrofe e da fatalidade”. (FREUD, Apud, EDLER, p.73).

Um vazio no sujeito, que abstinido da introjeção psíquica, tenta integrar o ego pela incorporação de um objeto que na maioria das vezes não se encaixa e que forma frágeis limites entre a vida e a morte. Ou seja, o aparecimento crescente de fenômenos sintomatológicos ligados diretamente ao corpo, a partir de uma

economia de descarga libidinal. E, por fim, se as marcas corporais na atualidade poderiam ser pensadas como uma espécie de “psicopatologia cotidiana” da contemporaneidade.

Cada um dos diferentes transtornos apresenta particularidades inerentes à maneira como esses indivíduos foram constituídos. Há que se olhar para a história individual de cada um, e para os respectivos processos de subjetivação. Em comum a todos a compulsão, a dificuldade com os limites e a marca do excesso e aponta a importância do corpo na origem do psiquismo. Esse fato cria a necessidade de rever a noção de corpo na teoria psicanalítica e a sensorialidade ganha uma nova dimensão com a análise dos textos freudianos.

Também ressalta o aspecto sensorial na constituição primordial do psiquismo e o fenômeno da transferência é colocado em evidência por favorecer o retorno das impressões sensíveis. A inclusão da escuta do corpo sensível do paciente é fator relevante no atendimento das psicopatologias com uma construção egóica precária, como nas personalidades aditivas, os casos-limites, as psicossomatizações e os estados depressivos.

A dificuldade na simbolização aparece em sua incapacidade de se posicionar a partir de um ponto desejante: na estruturação psíquica desses sujeitos, o local da falta não se inscreveu como fundante do registro simbólico, ficando apenas marcado no corpo. A “passagem” do somático ao psíquico não aconteceu de modo “suficientemente bom”, deixando margens para que esse mal-estar se manifeste corporalmente. Desta forma, as marcas da contemporaneidade influenciam nas configurações subjetivas da atualidade e o narcisismo, suas configurações estão no cerne da problemática psicopatológica da contemporaneidade.

É importante ressaltar que o sujeito poderá possuir dificuldades desses tipos se ele já tiver alcançado o status de unidade, ou seja, se ele tiver conquistado a posição do “EU SOU”, podendo assim se relacionar com o mundo externo, como separado dele, e com o mundo interno, pertencente a uma subjetividade única e singular de cada sujeito construída em análise.

5

Considerações Finais

O primeiro motivo que me levou a escrever sobre este tema está relacionado com a experiência clínica no atendimento de pacientes obesos no consultório. Os pacientes que procuravam atendimento traziam a queixa de que a comida causava sofrimento para suas vidas, no entanto, a dificuldade de diminuir a quantidade de comida.

Desta forma, esta pesquisa evidencia a relevância da abordagem psicanalítica na obesidade, ao considerar as influências dos dados relacionados à cultura, meio ambiente, trabalho, aspectos emocionais e trajetórias particulares de vida, para além dos fatores genéticos e biológicos em geral.

Alguma coisa esses pacientes demandavam, pois, mesmo obesos e sofrendo compareciam ao atendimento. Embora a escuta mobilizasse diversas questões tais como: por que eu como em excesso? por que eu cheguei a este ponto? por que não consigo comer menos? Não se tratava nestes casos de fazer um aconselhamento ou de dar respostas prontas. Mas as intervenções realizadas, por aquele que os escutava naquele momento só tinham um pequeno efeito ou não surtiam efeito.

Diante desses casos de obesidade me pareceu necessário trabalhar pontos que remetessem a especialidade desses tratamentos.

A escolha do tema, entrevistas preliminares, está relacionada aos pedidos de tratamento efetuados por esses pacientes no espaço do consultório.

Mesmo com todo o material trazido por eles não era possível discernir como começava o tratamento, como ele avançava e se era possível concluí-lo.

Nestes termos surgiu a pergunta de como lidar com esses sujeitos e suas demandas de uma forma que não levasse em conta o emagrecimento, mas os levasse a uma tentativa de elaboração do lugar que a comida ocupava em suas vidas, levando em consideração a fala trazida por eles, suas lembranças e seus anseios.

Pelos motivos colocados acima resolvi, através do referencial teórico da psicanálise, escrever sobre o início do tratamento e do tratamento propriamente dito direcionando o estudo para os casos de obesidade, especialmente nas mulheres.

Freud já se preocupava com os primeiros tempos de uma análise, e nesse período ele dava o nome de tratamento de ensaio. O psicanalista trabalha escutando as palavras trazidas pelo paciente e no caso do consultório, que acabei de relatar, nada parece mais propício. O enfoque principal do trabalho analítico é o acolhimento das palavras trazidas pelo sujeito, a fim de levá-lo a algum tipo de elaboração sobre as situações em que se encontra sua vida.

O trabalho das entrevistas preliminares é de possibilitar um campo maior de investigação e daí talvez uma futura elaboração dos conflitos vivenciados pelo sujeito. Quer dizer, trata-se de escutar esses significantes iniciais afim de transformar, numa pergunta onde o sujeito estará incluído. Quando o sujeito se inclui em uma questão trazida para a análise, efetua-se o que se chama de retificação subjetiva. Nestes termos o tratamento de ensaio, nome freudiano para as entrevistas preliminares, cederá lugar ao tratamento propriamente dito.

No caso dos obesos o período inicial ou entrevistas preliminares deverá ser o momento onde o paciente trará seus primeiros significantes e sua relação com o objeto comida, este como externo e diante do qual ele se sente alheio, para construir lenta e gradualmente uma pergunta: como o obeso se implica no comportamento de ingerir a comida em excesso. Uma pergunta que pode ser expressa nos termos: Por que como tanto?

No consultório as diversas demandas de tratamento, podem ser escutadas pelo próprio sujeito. Do que vai se tratar realmente é de tentar fazer essa demanda inicial passar à uma demanda de análise e a partir daí marcar a incidência do inconsciente.

A prática analítica, no consultório, inclui o difícil manejo transferencial com aqueles que usam de forma demasiada, a comida.

O objeto comida tem a função, num primeiro momento, de anestesiá-lo o sujeito com relação a problemática da castração. No entanto, a comida o empanzinará. O sujeito será consumido pelo objeto que vem tentar tamponar a diferença e mascarar a angústia da castração. O apelo à comida se faz presente como uma maneira de aliviar as angústias vividas e relatadas pelos pacientes em tratamento.

Levando em conta este contexto a referência psicanalítica pode se fazer presente para nortear o manejo clínico. Uma vez que estas palavras que os pacientes escutam e que os rotulam podem ser escutadas, em análise no texto singular de cada

um e não de forma generalizada. Assim a psicanálise serve como mais uma possibilidade de intervenção terapêutica na dimensão humana.

Sua contribuição se dará no sentido de possibilitar inúmeras reflexões sobre o efeito da intervenção no consultório. A clínica dos transtornos alimentares frustra e instiga o profissional de saúde a todo momento, pois, é uma clínica do desafio constante, do investimento teórico e da disponibilidade interna.

Perceber que as compulsões não se ligam apenas às substâncias psicoativas me endereçam às questões que relacionam à alimentação e a forma e/ou ausência de comer com momentos pontuais da vida dos sujeitos. Abrindo assim, um espaço para o surgimento de inúmeras compulsões e formas de repensar quem sabe um novo olhar, possibilitando novos caminhos de subjetivação.

Nestes termos surge a pergunta de como lidar com esses sujeitos e suas demandas em um consultório e a tentativa de elaboração do lugar que a comida ocupa na vida desses pacientes, uma vez que estas palavras que os mesmos escutam e que os rotulam podem ser escutadas.

Busquei construir questionamentos e possibilitar novas trajetórias para a ressignificação dos corpos de mulheres obesas, com a finalidade de trazer um novo pensamento, para além da patologização dos corpos femininos, da discriminação e do peso do estigma.

Por fim, após esta travessia, a psicanálise se coloca como uma via privilegiada para lidar com os pacientes com transtornos alimentares, na medida em que leva em consideração as questões uma a uma na escuta das singularidades e estimular um olhar peculiar das mulheres obesas e seus processos de elaboração desses corpos estigmatizados, mas como parte de um todo a ser investido no cuidado para abrir o caminho para aquele que fala, se interrogar sobre sua posição. Trata-se de remeter o sujeito às suas questões para a partir daí ele possa fazer outra coisa.

Referências

- AZEVEDO, M. M. A. **O adoecimento do seio e a transmissão psíquica**. SP, Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental Vol. 7 n°, 2004.
- BEZERRA JUNIOR, B. **O normal e o patológico: Uma discussão atual**. In A.N. Souza & J. Pitanguy (Orgs.) Saúde, corpo e sociedade. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.
- COSTA, J.F. **Notas sobre a cultura somática**. In COSTA, J.F., O vestígio e a aura - corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- DEL PRIORE, M.L. **Corpo a corpo com a mulher: pequena história da transformação do corpo feminino no Brasil**. São Paulo: Senac, 2000.
- DICIONÁRIO PORTUGUÊS. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/estigma/>
Acesso em: 08 set. 2020.
- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER. Third Edition (DSM-III), American Psychiatric Association, Washington D.C., 1980.
- EDLER, S. **Tempos Compulsivos: a busca desenfreada pelo prazer**. RJ, Casa da Palavra, 2017.
- FERNANDES, M. H. **Transtornos Alimentares**. SP, Casa do Psicólogo, 2006.
- FONTES, I. **Psicanálise do Sensível: Fundamentos e Clínica**. SP, Ideias & Letras, 2010.
- FREIRE, D.S. **"Com açúcar sem afeto"** in DEL PRIORE, M. D. e AMANTINO, M. (org.) - História do Corpo no Brasil, Editora Unesp, 2011.
- FREUD, S. (1905). Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. *In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1913). Sobre o Início do Tratamento - Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise I. *In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1990.
- FREUD, S. (1914). Recordar, Repetir e Elaborar. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1914). Sobre o Narcisismo: uma introdução. *In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1917). Conferência XXVI: A teoria da libido e o narcisismo. *In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

- FREUD, S. (1920). Além do Princípio do Prazer. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1923). O Id, O Ego e Outros Trabalhos. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1930). O Mal-Estar Na Civilização. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1976). Mais Além do Princípio do Prazer. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1977). Inibições, Sintomas e Ansiedade. *In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- KESTEMBERG, E. & DECOBERT, S. **La faim et le corps**. Paris: PUF, p. 144, 1972.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LIPOVESTKY, G. **Introdução - Da leveza: rumo a uma civilização sem peso**. São Paulo, Editora Amarelis, pp. 19-32, 2016.
- NEVES & MENDONÇA. **“Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride”**. Demetra; 9(3); 619-631; 2014.
- NOVAES J. V.; VILHENA J. **De Cinderela a Moura Torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra**. Interações, vol. VIII, n.o 15, p. 9-36, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID 10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª revisão. São Paulo: EDUSP; 2003. Vol. 1 e 2.
- ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R. **A saúde como salvação: contexto cultural de ascensão do corpo como valor na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.
- RECALCATI, M. **O ‘demasiado cheio’ do corpo. “Por uma clínica psicanalítica da obesidade”**. In: Revista Latusa, 1999.
- VOLICH, R. M. **Psicossomática Psicanalítica “Reflexões Sobre a Terapêutica Psicossomática - A técnica por um fio”**. Casa do Psicólogo, 2010 Edição: 7ª. SP.
- WINNICOTT, D. W. (1936). **O apetite e os problemas emocionais**. In: Da Pediatra à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. Ciência

Saúde Coletiva vol.19, n. 6, Rio de Janeiro, Junho 2014.