



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA - PRAC
COORDENADORIA GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
CURSO MESTRADO

LINHA DE PESQUISA EM PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

**CORPO COMO TESTEMUNHA:
O REGISTRO SIMBÓLICO E O TRAUMA NA OBESIDADE**

ROSEANE FARIAS DA SILVA ALELUIA

Recife

2017

ROSEANE FARIAS DA SILVA ALELUIA

**CORPO COMO TESTEMUNHA:
O REGISTRO SIMBÓLICO E O TRAUMA NA OBESIDADE**

Dissertação apresentada ao Programada de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Linha de pesquisa: Psicopatologia Fundamental e Psicanálise

Orientadora: Orientadora: Prof.^a Dr.^a: Edilene Freire de Queiroz

Recife

2017

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA - PRAC
COORDENADORIA GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

LINHA DE PESQUISA EM PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

ROSEANE FARIAS DA SILVA ALELUIA

**CORPO COMO TESTEMUNHA:
O REGISTRO SIMBÓLICO E O TRAUMA NA OBESIDADE**

BANCA EXAMINADORA

Dissertação aprovada em: ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Maria Consuêlo Passos
Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Prof.^a Dr.^a Severina Sílvia M. O. Ferreira
Instituição de origem Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (FACHO)

Prof.^a Dr.^a Edilene Freire de Queiroz
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP
Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora

Recife

2017

DEDICATÓRIA

À minha mãe.

Minha inspiração.

Aquela que me olhou com admiração e reconhecimento.

Que me fez desejar ser grande, sair da casca.

Que me ensinou a ter fé e a não desistir.

A você, minha estrela, Ester.

(in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas muitas oportunidades dadas para encontrar meu caminho. Encorajou-me a acreditar no sonho do mestrado, mesmo em face de tantas decepções. Fez-me vislumbrar que poderia realizá-lo em Recife, na Universidade Católica de Pernambuco, contrariando tudo que eu considerava limitação; me ajudou a transpor todas as que se atravessaram nessa trajetória.

Aos meus avós pelo apoio incondicional, por me abençoarem. À minha avó, em especial, por ser minha “coluna”; meu ânimo quando estive desanimada, minha força quando estive fraca; pelas palavras de incentivo; pelas muitas orações; por todo esse amor.

Ao meu marido pela compreensão, em meio às viagens, ausências e distâncias. Por lidar com minha impaciência, meu estresse, pela falta de atenção. Pelo cuidado de sempre, pelo apoio.

Às minhas irmãs pelas orações, pelo apoio. À minha família, minha referência, pelo sentimento de pertencimento.

Aos meus amigos queridos que acreditaram em mim, que me incentivaram.

Ao meu grande amigo Giovanni Pereira por todas as discussões teórico/filosóficas; por escutar meus desabafos, por toda palavra dita. Pela correção desse trabalho e pela escrita do abstract.

À “turma da miçanga” que foi a graça, em meio às preocupações, os risos, em meios aos desconfortos, que permitiu me sentir fazer parte. Em especial, à minha querida amiga Mariana Paz, quem eu sempre pude contar durante essa jornada, me estendendo à mão, sem medir esforços. Pelos sorrisos, pelas reflexões, pela escuta. Sempre amiga.

Aos meus queridos professores. Todos aqueles que fizeram parte dessa história, que me inspiraram, plantando em mim o desejo de ser uma professora, me fazendo desejar ser, ao menos, um pouquinho do que eles foram para mim.

Em especial, à querida professora Consuêlo Passos pelos olhos de reconhecimento e de amor, por suscitar em mim a sensação de estar no caminho certo. E pela aceitação de fazer parte da banca examinadora.

À minha professora e orientadora Edilene Queiroz pela aceitação. Por me permitir liberdade para pensar e escrever. Pelas orientações pontuais, pelas correções necessárias. Por tantos “clarões” que iluminaram minha mente.

À professora Severina Sílvia por aceitar compor a banca examinadora, contribuindo com essa pesquisa.

[...] uma boa maneira de esconder a tristeza é cobrirmos-nos de carne. O sofrimento é fatal quando atinge os ossos. Chegada aí, a tristeza se apressa em virar esqueleto. Sábio é dar cobertura ao corpo [...]"

(Mia Couto)

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde considera a obesidade como um dos dez principais problemas de saúde pública do mundo e a classifica como epidemia de causas múltiplas. Em se tratando de um fenômeno que modifica o corpo, nota-se que a obesidade põe em evidência a premissa de o sujeito responder com o corpo às dores e frustrações do vivido, contudo, sem negligenciar o contexto da atual sociedade de consumo, de excessos, em um cotidiano frenético que bem caracteriza as redes de fast-food. Para a psicanálise, o corpo é pulsional e está submetido à linguagem. Para Ferenczi, o corpo é depositário de uma inscrição sensorial quando da ausência de uma inscrição psíquica. O objetivo deste trabalho foi Investigar a relação da obesidade com situações traumáticas não simbolizadas. Logo, tomamos o fenômeno da obesidade como sintoma, no qual o excesso de carne pode ser a mostração daquilo que se dirigiu para o corpo por falta de uma elaboração psíquica. Utilizamos a narrativa como meio de acessar a história de vida e da obesidade. Participaram da pesquisa cinco sujeitos, de ambos os sexos, entre 25 e 50 anos. As narrativas colhidas em uma entrevista foram analisadas à luz do referencial psicanalítico e da concepção de trauma para Freud e Ferenczi. A partir disso, tornou-se evidente uma relação entre obesidade e trauma, visto que nos relatos apresentados havia sempre experiências geradoras de sofrimento, em que não foi possível dar sentido. Ademais, demonstrou-se que apostar na palavra, dando voz ao sujeito, é um caminho possível para o tratamento da obesidade como sintoma que remete a processos inconscientes.

Palavras-chave: obesidade, corpo pulsional, recursos simbólicos, trauma, psicanálise.

ABSTRACT

The World Health Organization considers obesity as one of the top ten public health problems in the world and classifies it as an epidemic of multiple causes. When it comes to a phenomenon that modifies the body, it is noted that obesity highlights the premise that the subject responds with the body to the pains and frustrations of the lived, however, without neglecting the context of the current consumer society, excesses, in a frenetic daily life that well characterizes fast food chains. For psychoanalysis, the body is pulsional and subject to language. For Ferenczi, the body is the depositary of a sensory inscription when the absence of a psychic inscription. The objective of this study was to investigate the relationship between obesity and non-symbolized traumatic situations. Therefore, we take the phenomenon of obesity as a symptom, in which the excess of meat can be the demonstration of what was directed to the body for lack of a psychic elaboration. We use narrative as a means of accessing life history and obesity. Five subjects of both sexes, between 25 and 50 years old, participated in the study. The narratives collected in an interview were analyzed in light of the psychoanalytic framework and the conception of trauma for Freud and Ferenczi. From this, a relationship between obesity and trauma became evident, since in the reports presented there were always suffering-generating experiences in which it was not possible to make sense. In addition, it has been demonstrated that betting on the word, giving voice to the subject, is a possible way for the treatment of obesity as a symptom that refers to unconscious processes.

Key words: obesity, body, symbolic resources, trauma, psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 CORPO COMO DESTINO: ELEMENTOS PARA UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DO SOFRIMENTO QUE MARCA O CORPO	18
1.1 CORPO E SUAS METAMORFOSES	20
1.2 CORPO (IN) CAPTURÁVEL? AS TENTATIVAS DA CIÊNCIA DE DOMINAR O CORPO E A BUSCA PELA TRANSCENDÊNCIA DA VIDA	25
1.3 NOTAS SOBRE O CORPO PULSIONAL	30
1.4 A OBESIDADE COMO SINTOMA QUE REQUER DECIFRAÇÃO	37
1.4.1 Relações primárias e a constituição do corpo obeso	40
2 O TRAUMA NA PSICANÁLISE	46
2.1 FREUD E O TRAUMA	49
2.2 FERENCZI E A TEORIA DO TRAUMA	60
2.3 PROBLEMATIZANDO O TRAUMA NA OBESIDADE	71
3 UMA EXPERIÊNCIA DE ESCUTA DE SUJEITOS PORTADORES DE OBESIDADE	76
3.1 CASO LUANA	79
3.2 CASO GLÓRIA	84
3.3 CASO CÍCERA	86
3.4 CASO FERNANDA	90
3.5 CASO ANDRÉ	95
3.6 NOTAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESCUTA	97
4 CORPO COMO TESTEMUNHA: O TRAUMA NA OBESIDADE	99
4.1 LUANA: DO TROPEÇO AO CAIR EM BUSCA DE SENTIDO	101
4.2 GLÓRIA: O DISCURSO MUDO, SEM VOZ	105
4.3 CÍCERA: A CRIANÇA MAL AMADA	108
4.4. FERNANDA: UM QUASE ABORTO	113
4.5. ANDRÉ: O BEBÊ SOBREVIVENTE.....	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS	127
ANEXOS	134
ANEXO A	135
ANEXO B	137

INTRODUÇÃO

O fenômeno da obesidade tem mobilizado diferentes discursos no mundo atual. De um lado, temos as pressões midiáticas que veiculam imagens de corpos sarados diametralmente opostas ao corpo obeso; de outro, tem os que defendem o direito de cada um ter o corpo que quer. Mas as ciências que cuidam da saúde mostram os riscos da obesidade e consideram o aumento dos índices mundiais como preocupantes e propõem campanhas, tratamentos e recursos interventivos para reverter o quadro, sobretudo nos casos de obesidade mórbida. Isso nos remete à importância de trabalhar com a temática da obesidade também para além do que está posto, pois seu caráter estritamente epidêmico na atualidade nos autoriza a construir pressupostos acerca da doença como um sintoma contemporâneo que não denota apenas o modo de se alimentar, mas, sobretudo, o modo como as pessoas refletem sofrimentos psíquicos e inconscientes no próprio corpo.

O nosso interesse pela temática da obesidade parte da experiência como residente (Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso) no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes-HUPAA/UFAL, Maceió, AL. Durante dois anos de residência, integramos a equipe que conduzia as reuniões com grupos de pré e pós-operados, fazendo também atendimentos no ambulatório de psicologia que tinham como fim a avaliação e autorização de pacientes para o procedimento cirúrgico.

No decorrer desta experiência, observamos que o corpo do obeso não cessa de se expressar, enquanto as palavras ficavam, muitas vezes, contidas, registradas apenas no corpo. Limitar-se ao corpo carne e imagem parecia indicar uma impossibilidade de coloca-lo no registro simbólico. Esse fato pôde ser observado em uma determinada reunião de grupo em que intentava favorecer um espaço para que os pacientes falassem acerca de sua obesidade e implicações. Foi sugerida a reflexão da seguinte frase de Clarice Lispector: “Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.” Durante o momento de compartilhar suas próprias reflexões, os integrantes do grupo não avançaram numa compreensão metafórica daquilo que fora lido, não conseguiram sair do campo da concretude para o campo do simbólico. Essa dificuldade nos intrigou e passamos a nos questionar sobre o ocorrido: teria sido a frase muito complexa para eles (como sugeriu uma das psicólogas) ou haveria outra

explicação apontando para certa pobreza simbólica para falar sobre seus afetamentos no corpo? Estaria a massa adiposa sendo a mostração de algo que não acessou o campo da linguagem fazendo sintoma no corpo?

Em tempo, essas questões suscitaram o interesse de estudar e pesquisar a problemática, considerando que quando atingimos certo nível de questionamento acerca de algum fenômeno é porque algo nos capturou nos encaminhando a formular pressupostos. Logo, a obesidade se nos apresentou com uma interrogação, nos levando a apostar no fenômeno como sintoma em que o excesso de carne pode ser a mostração daquilo que se dirigiu para o corpo por falta de uma elaboração psíquica.

Na atualidade, o estudo sobre a obesidade tem se tornado significativo, tendo em vista sua dimensão de fenômeno mundial com proporções epidêmicas, que desafiam as políticas públicas de saúde a buscarem estabelecer meios de tratamento eficazes para controlá-la. No entanto, se por um lado o fenômeno crescente da obesidade denota as mudanças de padrão alimentar da sociedade contemporânea, por outro, a questão da relação que o sujeito tem com o alimento e seu próprio corpo, desde os primórdios de sua vida, são fatores importantes para a investigação da obesidade.

Segundo Newman (2004), a obesidade não é uma patologia de exclusividade dos países desenvolvidos, considerando-se que há um crescimento alarmante nos países pobres e em desenvolvimento, o que chega a preocupar, por vezes, muito mais que a desnutrição (Castro, 2004). Nesse clima de crescimento, segundo a ABESO (2009/2010), estima-se que em 2025 o Brasil assumirá o posto de o quinto país no mundo com problemas de obesidade. Esta doença de crescimento mundial pode ser definida como “um acúmulo excessivo de gordura corpórea numa magnitude tal que comprometa a saúde”. (Loli, 2000, p.18).

No contexto brasileiro, o elevado número de pacientes obesos associado ao alto índice de insucesso dos tratamentos para a obesidade, como dietas alimentares, medicações e atividades físicas, fez o Sistema Único de Saúde (SUS) autorizar a implantação da cirurgia bariátrica como uma alternativa para o controle de peso (POGGI, 2007).

Ora, enquanto a obesidade se torna doença que convoca a medicina a curá-la, encontramos um paradoxo regido pelos ideais de corpo magro e esbelto de uma demanda cultural que exalta o corpo jovem e sem excessos de carne, a escultura

perfeita do dar-se a ver, em disputa com os paradigmas do excesso e da sedução da indústria alimentícia tão bem representada pelas redes de fast-food. Se transformar o corpo está na ordem do dia, diante da busca pelo corpo perfeito, seja de forma efêmera ou permanente através de cirurgias plásticas, academias ou procedimentos estéticos, podemos pensar que a obesidade também se inclui nesse âmbito do caráter da transformação do corpo como imperativo do momento, pois o corpo se torna excessivamente pesado, modificado pelo excesso de carne.

Diante dessa atual conjuntura em que a obesidade tem sido pensada, a partir do discurso médico, enquanto uma patologia que exige correção, Vilhena (2008) nos faz pensar acerca da dificuldade de implicação do sujeito diante de seu sintoma. Ora, se o discurso médico busca causalidades externas e tem na cirurgia bariátrica a promessa de que a obesidade será extirpada, de que forma o sujeito encontrará caminhos para se implicar e se empenhar numa busca dos sentidos do seu sintoma? Nesse ponto, a questão se impõe visto que a cirurgia bariátrica não se configura a solução para a obesidade, como algo definitivo. Em alguns casos constata-se o reganho de peso, em outros, a comida deixa de ser alvo para dar lugar ao álcool, por exemplo, além dos inúmeros casos de depressão.

Nesse caso, estamos pressupondo que o corpo responde a outra lógica, portanto não seria o bastante intervir no órgão ou extirpar a carne. Podemos pensar, então, que a obesidade se alastra como fenômeno que modifica e metamorfoseia o corpo, mas ao contrário do que se atem a medicina, na busca de tratamentos, para a psicanálise a obesidade estaria mais próxima de ser um sintoma, como nos aponta Vilhena (2008, p. 394), “remetendo menos a um estado doentio do que a um processo chamado inconsciente”. Por essa via, estamos nos referindo ao corpo erógeno, pulsional, submetido à linguagem que não pode ser compreendido senão por uma lógica metapsicológica. Nessa acepção do corpo como matriz do inconsciente, entendemos que há um sujeito inconsciente na obesidade, há algo se expressando em todo aquele excesso de carne, como que produzindo um certo apaziguamento.

Esse movimento repetitivo do comer em excesso pode nos indicar uma tentativa de representação daquilo que ficou fazendo do corpo uma metáfora. Logo, há algo na obesidade, no comer compulsivo, nessa devastação que se manifesta no corpo, como nos diz Dafunchio (2002). Além disso, Fernandes (2003, p. 111) pontua que quando os sintomas que atingem o corpo não se valem dos recursos do

simbólico, pode-se pensar no corpo do transbordamento. São sintomas que devem ser entendidos como uma descarga, um excesso, que atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação.

Poderíamos, então, pensar na obesidade como uma inscrição traumática no corpo de uma experiência vivida que não pode ser traduzido em palavras. Segundo Moreno e Coelho Júnior (2012), “traumático refere-se, então, a rupturas do psíquico por uma quantidade que não pode ser prontamente assimilada, associada e inserida em uma cadeia representacional.” (p. 50). Nesse caso, estamos tratando de experiências que causaram dor e sofrimento e que, pela impossibilidade de serem ditas, tomaram o corpo na forma de sintomas. “O corpo, como uma palavra, condensa. Suas marcas portam, muitas vezes, grandes intensidades não representadas.” (Neto & Rocha, 2015, p. 163). Por esse prisma, o traumático se dá por esse acontecimento indizível, em que as palavras se configuram insuficientes para retratar o que foi vivido, sendo o corpo o único guardião dessa experiência.

Com o estudo da histeria, Freud ([1893b] 2006) já conseguia elaborar uma relação do traumático com a ideia de ruptura psíquica em decorrência de exorbitantes quantidades de excitação, assim como com a noção de dissociação psíquica. No âmbito da mudança teórica concretizada na segunda tópica, Freud faz referência ao trauma a partir da noção de “excesso pulsional não ligado, intensidades que surpreendem um psiquismo despreparado, ou seja, desinvestido, não se constituindo como lembranças de fato” (Moreno & Coelho Júnior, 2012, p. 49). Ao acontecimento se sucede uma incompreensão, pois não há resposta sobre o ocorrido, ficando apenas um vazio que não emana motivos nem razões. Um inesperado que arrebatava tendendo a repetir-se no decorrer da vida do sujeito.

Ferenczi ([1932]1990) construiu uma teoria do trauma em que remeteu sua origem a uma quebra na confiança básica, interditando a possibilidade de construção de sentidos ao acontecimento traumático. Cabe ressaltar que a teoria ferencziana do trauma foi construída baseada nas histórias familiares de crianças abusadas recebidas em seu consultório, todavia, sua teorização se tornou ampliada por considerar o trauma que se dá na relação com o outro, o trauma social.

Em sua teoria do trauma, Ferenczi ([1932]1990) formulou que o corpo é depositário de uma inscrição sensorial quando da ausência de uma inscrição psíquica. Em suas palavras: “nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar” (p. 37). Nesse sentido, para Ferenczi, apenas o corpo

guarda a lembrança do trauma. A voz que não emerge e se cala permite ao corpo se expressar, considerando que o processo das representações e simbolização do evento traumático de alguma forma falhou. Nesse terreno, são as palavras vindas deste corpo que o analista deverá inclinar-se a escutar, pois “a lembrança fica comprimida no corpo e é somente aí que ela pode ser acordada...” (Ferenczi, [1934]1992, p 247).

Com efeito, podemos pensar que esse atravessamento das palavras pelo corpo é uma via para a formação de um sintoma que poderá encontrar uma interpretação. Segundo Pinheiro (1995), escutar esse corpo, o que ele diz, através dos recursos sensoriais, tornará possível a reconstrução dessa história que transformará em lembrança aquilo que foi proibido de ser pronunciado. Para isso é necessário que se diga que a teoria ferencziana do trauma prioriza e toma como fundamental não a noção de realidade, mas o que pode ser entendido como traumático. Gondar (2012) nos fala que, para Ferenczi, o traumático não está na ocorrência em si de um evento, nem mesmo, curiosamente, no grau de violência empregado, mas sim em algo que pode se dar, ou não, num segundo tempo.

Diante dessa formulação ferencziana, o trauma propriamente dito ocorreria em dois tempos, entrelaçados, porém distintos: o tempo da violação da criança pelo adulto cego à dissimetria existente entre suas posições, ou seja, passional na sua relação com a diferença do outro; e o tempo da “desautorização” do seu testemunho, decerto o mais decisivo e o mais funesto para a constituição da cena traumática (Kupermann, 2015, p. 42).

No tocante a isso, é possível notarmos que desde os primórdios de seu interesse clínico com as históricas, Freud também deu relevância à alteridade, visto a observância de que o outro fazia sempre parte da cena traumática. Kupermann (2015) aponta os três direcionamentos teóricos empreendidos por Freud no seu estudo do sexual como fonte de traumatismos: o abuso sexual infantil pelo adulto (teoria da sedução); as fantasias sexuais inconscientes edipianas; e, por fim, a presença silenciosa, mas efetiva, de uma pulsão de morte no aparelho psíquico. Desta feita, na construção da cena dita traumática, o outro aparece como agente provocador, seja em ato, seja em fantasia. Entretanto, mesmo tendo acenado para algo que apontasse o caráter relacional do trauma, Freud não avançou nessa direção, deixando a Ferenczi esse papel provocador da alteridade na compreensão

do trauma, “atribuindo um novo estatuto às situações de violência promovidas no campo social.” (KUPERMANN, 2015, p.39).

Nessa compreensão ferencziana, o encontro com o outro poderia proporcionar a elaboração daquilo que foi vivido e sentido como violento pela impossibilidade de encontrar um sentido para aquela experiência. Trazendo para o contexto analítico, podemos pensar no encontro com o analista como esse lugar possível para ressignificação do acontecimento traumático.

Logo, podemos entender a importância do posteriori na teoria ferencziana do trauma, pois “o trauma não é um acontecimento pontual e doloroso que mina energias e destrói esperanças no tempo imediato. Ao contrário, ele se traduz em sina, enigma e tarefa no tempo vindouro.” (ENDO, 2015, p. 52).

Esse evento inassimilável para o sujeito deixa seus resíduos, provocando sintomas que tomados na clínica tem a chance de passar pelo dispositivo da palavra, em que aquilo que parecia não fazer sentido passa a ser visto como algo que responde a uma lógica até então desconhecida para o sujeito. Como nos diz Neto & Rocha (2015, p. 163), “a palavra metafórica, nesse contexto, torna-se instrumento de linguagem capaz de promover uma aproximação do indizível, [...]; ela suscita palavras, em cadeia, capaz de nomear o que não pode ser dito.”.

Decerto, podemos pensar que no obeso há uma história do corpo que não é falada porque, muitas vezes, foi esquecida, estaria no próprio corpo aguardando alguma decifração. Em nossa experiência com grupos de pacientes do Programa de Cirurgia bariátrica, como já mencionamos anteriormente, percebemos a pobreza do simbólico em muitos desses sujeitos, como que não fosse possível sair do real daquele corpo obeso para o campo da simbolização e das representações. A concretude da carne em excesso parecia ser apenas o que falava, visto que as palavras, a voz do sujeito obeso não se desenvolvia. Esse ponto do registro do simbólico no obeso nos capturou, visto que, como já pontuamos, parece haver no sujeito obeso uma falta de ambiguidade e possibilidade de múltiplos sentidos, o que nos remete ao que Ferenczi postula quanto ao trauma quando o adulto interdita não apenas as palavras da criança, como também a possibilidade de ambiguidade e polissemia.

Pinheiro (1995) pontua que a criança fica impedida de produzir sentidos, construir registros psíquicos e criar condições para a emergência do aparato egóico, porque é justamente a ambiguidade fornecida pelo adulto que favorece e possibilita

tais processos. No obeso parece que as palavras estão feitas de carne, fazendo uma alusão às “palavras do trauma”, o que Ferenczi chamou de símbolos mnêmicos corporais (Pinheiro, 1995). O corpo obeso parece falar por si só, parece vibrar pedindo uma decifração para sair dessa concretude corporal em busca de uma linguagem constituída de palavra, em que se possa reconstruir as lacunas de sua memória corporal perdidas em algum momento da história desse sujeito.

O objetivo dessa pesquisa foi investigar a possibilidade de trauma na constituição da obesidade e seus efeitos na capacidade de simbolização. Para isso, nos apropriamos da noção de corpo pulsional da psicanálise para compreender a relação que o sujeito obeso tem com o próprio corpo, identificando, nas relações primárias, os possíveis traumas que se expressam no corpo. O argumento do trauma na obesidade se assentou na compreensão e interpretação da noção desse conceito em Freud (compulsão à repetição, pulsão de morte) e Ferenczi (introjeção, desmentido e confusão de línguas).

A pesquisa contemplou as dimensões teórica e prática, utilizando a narrativa como recurso para acessar a história da obesidade e do corpo do sujeito obeso. Como referencial teórico e metodológico, nos apropriamos da teoria psicanalítica pela metapsicologia freudiana e, especialmente, a concepção de trauma para Freud e para Ferenczi. As narrativas foram analisadas tomando como base a prerrogativa: história da obesidade/história do corpo, considerando a metapsicologia freudiana (perspectivas: dinâmica, relativa ao conflito psíquico e à composição das forças de origem pulsional; tópica, relativa à diferenciação da psique em sistemas ou instâncias com diferentes funções; econômica, relativa à distribuição e circulação da energia psíquica ou pulsional) e a concepção freudiana (compulsão à repetição e pulsão de morte) e ferencziana (teoria do trauma, introjeção, desmentido e confusão de línguas) do trauma.

Participaram da pesquisa cinco sujeitos obesos, com idade entre 25 e 50 anos, de ambos os sexos, indicados por uma profissional médica que os assiste em seu consultório, e que aceitaram narrar sua história, sobretudo, o que diz respeito ao corpo. Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e consentiram que o encontro fosse gravado.

Organizamos a apresentação desse trabalho em quatro capítulos. No primeiro, trazemos o corpo como elemento para uma investigação acerca do sofrimento psíquico, contemplando o paradigma atual de metamorfoseá-lo e as

tentativas da Ciência de dar conta desse corpo. Ainda neste capítulo, são feitas considerações sobre o corpo pulsional e a questão da obesidade. No segundo capítulo, tratamos do trauma considerando a perspectiva freudiana e ferencziana para então refletir sobre o trauma na obesidade. No terceiro capítulo, relatamos a experiência de escuta dos sujeitos obesos. As narrativas dos cinco participantes foram descritas, privilegiando os pontos significativos no que diz respeito à história da obesidade e da relação do sujeito com seu corpo. Ao final desse capítulo, escrevemos uma pequena nota sobre como foi, para nós, essa experiência.

No quarto e último capítulo, retomamos a questão do trauma na obesidade realçando em cada caso o que poderia ser considerado como trauma. Ou seja, acontecimentos vividos que tiveram registros sensitivos, ao nível do corpo, mas que, no nosso entender, ficou sem registro no simbólico, razão pela qual o sujeito obeso só consegue narrar e descrever, mas não produz uma significação.

1 CORPO COMO DESTINO: ELEMENTOS PARA UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DO SOFRIMENTO QUE MARCA O CORPO

Desde o princípio, a palavra dá forma e sentido ao vazio, o verbo se faz carne dando nome à matéria. É o verbo que vai se desdobrando e criando variações possíveis; dão-se nomes as coisas, gerando uma cadeia linguageira que imprime significação à matéria bruta. Temos assim o campo da cultura que vai se constituindo em meio às definições, nomenclaturas, conceitos e conclusões.

Cabe notar que as respostas acerca dos fenômenos só são elaboradas mediante os questionamentos que, anteriormente, são feitos sobre eles. Eis que então nos deparamos com uma infinidade de questões acerca do corpo: em que teria se constituído o corpo humano ao longo de séculos de civilização? Teríamos alguma certeza ou definição sólida sobre o corpo? Quais os sentidos e significados que temos atualmente acerca do corpo?

Presumimos que tais questões não se fazem respondíveis como num questionário, pelo contrário, nos convocam a muito provavelmente levantar outras questões, pois ao corpo não cabe mais o enquadre das definições de outrora, aquelas que o identificam como um dado físico/orgânico ou espiritual, destinado à morte, inquestionavelmente.

Atualmente, o corpo se faz complexo e está para além de definições acabadas ao seu respeito. Até a mortalidade, que antes era tida como um dado certo, não mais se confirma plenamente na atualidade, pois estamos diante da aspiração humana de fazer o corpo humano transcender.

Assim, submerso numa cadeia construtora de sentidos, o corpo humano tem recebido diversas significações, visto seu caráter enigmático que envolve a busca por entender os fenômenos da vida e da morte, assim como, por soluções que lidem melhor com o adoecimento e o envelhecimento.

Desse modo, tal qual um objeto, cada cultura, cada sociedade, age sobre o corpo criando possibilidades de ser a partir do discurso. As normas, os atributos e os padrões vão sendo determinados, produzindo um saber acerca do corpo. Assim como afirma Daolio (1995), “no corpo estão inscritas todas as regras, todas as normas e todos os valores de uma sociedade específica, por ser ele o meio de contacto primário do indivíduo com o ambiente que o cerca” (p.105).

Com efeito, sabendo que em cada tempo os corpos contam uma história, é possível através das dores e das doenças dos corpos, assim como de suas formas e características, explicar a cultura de determinada época. Segundo Sant’Anna (1995), “o corpo é, ele próprio, um processo. Resultado provisório das convergências entre técnica e sociedade, sentimentos e objetos, ele pertence menos à natureza do que à história.” (p.12).

No tocante a isso, podemos lembrar que nos fins do século XIX, Freud se deparou com corpos que não correspondiam ao definido pelo discurso vigente da época. Ora, se doente, o discurso médico se apoiaria nos diagnósticos baseados em resultados de exames médicos. Não havendo tal comprovação, o corpo seria considerado *são*. Assim, surge mais um discurso acerca do corpo: o da psicanálise; aquele que diz respeito a uma anatomia imaginária, corpo atravessado pelo desejo, numa relação intrínseca com a linguagem.

Com isso, é possível inferir que as noções de corpo que vão se processando se dão em decorrência das mudanças processadas no discurso. Nesse caso, podemos pressupor que as mudanças no corpo vão se organizando dentro de um determinado contexto e que, portanto, não há corpo sem discurso.

Esse corpo notadamente cultuado na atualidade tem um trajeto, uma história, não está dado a priori, mas se configura fruto de uma construção ao longo da história da humanidade, entre descobertas da ciência e da medicina e suposições da filosofia até a compreensão metapsicológica possibilitada pela psicanálise.

O corpo, assim, pode ser entendido como um objeto que concentra história. É historicidade concentrada e devir, por sua potencialidade histórica. A relação do binômio corpo e contemporaneidade, portanto, não admite apenas a forma *corpo na contemporaneidade*, mas também a forma *contemporaneidade no corpo* – ou seja, é muito bem possível discutir também sobre *o lugar da contemporaneidade no corpo*, [...] (RAMOS, 2010, p. 324, grifos do autor).

Frente à infinidade de conceitos e sentidos para o corpo, - referidos em sua maioria a partir de sua exterioridade - nos deparamos com o significante *obesidade* como repetição no contemporâneo. Mesmo não sendo um fenômeno de exclusividade de nossos tempos, pois há achados de estatuetas de mulheres obesas na pré-história (Pollo & Pessoa, 2015), na atualidade, há obesidade nos mais variados espaços discursivos, nem que esta se apresente na forma de medo, o medo de ser gordo, que termina por lotar as academias e os centros de estética.

Além do mais, é imprescindível atentar para o paradoxo em que se insere o corpo obeso na contemporaneidade. De um lado, as exigências de um corpo magro e perfeito, de outro o apelo da indústria alimentícia, das redes de fast-food, que, alicerçado nas imagens do alimento bem apresentado, surgem para causar o desejo de comer.

Atravessado por esses apelos, o corpo obeso se fixa como doença crônica em caráter de epidemia global, pondo em risco a vida do sujeito, em decorrência do seu alto grau de comprometimento à saúde. Como afirmam Pollo & Pessoa (2015), a obesidade se configura hoje um sintoma social, de caráter enigmático que incide no corpo.

1.1 O CORPO E SUAS METAMORFOSES

A preocupação com o corpo não é uma característica intrínseca ao contemporâneo. Desde tempos imemoráveis que o corpo se impõe como uma questão, um mistério a ser desvendado. Numa passagem rápida pela História da humanidade, veremos que a noção de corpo vai sendo representada de formas variadas, a depender do contexto em cada tempo específico.

O que temos é uma construção da ideia de corpo, que talvez seja cíclica, em consonância com os sistemas representativos de mundo atrelados aos sistemas ideológicos e repressivos, filosóficos e econômicos de cada período histórico.

No tocante à exaltação do corpo, nossa civilização contemporânea parece ser uma herdeira aprimorada da civilização grega. A imagem do corpo esbelto, forte e atraente, distante da ideia de um corpo ligado a representações do mal que será comum na Idade Média, tem sua gênese na Grécia antiga, onde o corpo era produzido, modificado, uma massa corpórea esculpida para gerar admiração, para ser sinônimo de saúde e beleza, contrariando qualquer estatuto de acabado, finalizado por natureza. O corpo estava para ser feito e refeito, criado ao molde da cultura. Nessa realidade grega:

Os corpos eram trabalhados e construídos, como objectos de admiração que começavam a ser “esculpidos” e modelados nos ginásios, fundamentais nas *polis* gregas, e que acabavam por ser mostrados, muitas vezes, nos Jogos Olímpicos. A saúde, a expressão e exibição de um corpo nu estavam associadas, os Gregos apreciavam a beleza de um corpo saudável e bem proporcionado (BARBOSA, MATOS e COSTA, 2011, p. 25).

Na Idade Média, pela influência do cristianismo, o corpo deixou de ser detentor de prestígio. Pelo contrário, sob a influência da Igreja, o corpo se manteve relegado a ideia de pecado e culpa, necessitando de purificação, visto que a alma estava acima de todos os desejos e prazeres da carne (PAIM & STREY, 2004; SIEBERT, 1995).

Ferreira (2006) chama atenção para o fato de que o corpo medieval não se restringia apenas a um mero revelador da alma, mas “era o lugar simbólico em que se constituía a própria condição humana.” (p. 17).

Inaugurando um novo olhar do homem sobre o mundo e, portanto sobre ele mesmo, a Idade Moderna afasta o componente religioso da concepção de homem que passa a ser dessacralizado. Assim, o corpo conquista um importante lugar, pois se torna objeto da ciência.

Adiante, no século XXI, podemos observar um aprimoramento da ideia de corpo perfeito. Tal fato elevou o corpo a um patamar de crescente glorificação (Paim & Strey, 2004). O discurso que circula na mídia, no senso comum, nos salões de beleza, academias e consultórios médicos destaca o corpo como bem a ser lapidado. Segundo o autor citado, há uma verdadeira indústria do corpo, pois as indústrias da beleza e da saúde tem o corpo como maior consumidor.

Entretanto, não tem sido da ordem da exceção assistirmos, na televisão, mídias virtuais e redes sociais, verdadeiros dramas de pessoas que se submeteram a cirurgias estéticas e não obtiveram resultados favoráveis. As deformações, complicações cirúrgicas, procedimentos mal sucedidos, assim como a morte têm se tornado eventos corriqueiros.

Dedica-se mais cuidado ao corpo que a própria saúde, pois mesmo que, muitas vezes, esta esteja à frente no discurso do sujeito, as práticas e a dedicação na arte de esculpir o corpo põe o quesito saúde em segundo plano. A busca pela perfeição induz o sujeito a lançar mão de recursos que alteram o curso natural do organismo, como: os medicamentos, os moderadores de apetite, suplementos nutritivos e anabolizantes.

Para Le Breton (2006, p. 87),

A preocupação com a aparência, a ostentação, o desejo de bem-estar que leva o ator a correr ou a se desgastar, a velar pela alimentação ou a saúde, em nada modifica, no entanto, a ocultação do corpo que reina na sociabilidade. A ocultação do corpo continua presente e encontra o melhor ponto de análise no destino dado aos velhos, aos moribundos, aos

deficientes ou no medo que todos temos de envelhecer. Um dualismo personalizado de algum modo se amplia, é necessário não confundi-lo com “libertação”. A esse respeito, o homem só será “libertado” quando qualquer preocupação com o corpo tiver desaparecido.

Ante esse panorama, podemos constatar a inquietação humana com o próprio corpo, pois este nunca corresponderá à expectativa. Há uma incansável busca pela transformação, cuja repetição sugere que o corpo é o sintoma contemporâneo; ideia que pode ser desenvolvida quando nos deparamos com as inumeráveis formas atuais de utilização e modificação do corpo, seja pelas cirurgias plásticas, seja pelas tatuagens, escarificações, piercings, alargadores e o fenômeno social de suspender o próprio corpo.

Nesse cenário, o corpo não se apresenta como um simples coadjuvante, ele se impõe como protagonista. Há corpo em tudo que se vê e que se fala. Na música, no cinema, no teatro, na televisão, na rua, nos outdoors, nas conversas entre amigos, no trabalho. O corpo está para ser visto e falado.

Doravante, de imediato nos salta a ideia de que há algo com o corpo, algo não compreendido que insiste numa escavação para se achar as causas das dores e dos sofrimentos que afetam esse corpo repleto de enigmas, muitas vezes, indecifráveis.

Não por acaso, Freud (1930) indicou o corpo como uma das três formas de sofrimento humano:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. (p. 84-85).

Ora, Freud nos aponta claramente a razão de tanto sofrimento: a finitude, a decadência, a mortalidade. Na contemporaneidade ocidental, as subjetividades têm se moldado, cada vez mais intensamente, na contramão dessa realidade humana; se o homem não foi capaz de tornar-se imortal, pelo menos ele luta contra a decadência corporal e contra a imperfeição.

A busca pelo corpo ideal, sem falhas, sem limites, tem sido o investimento mais premente na atualidade. É possível modificar o corpo, moldá-lo, reinventá-lo,

fazer dele o que bem quiser. O corpo não é mais algo definitivo, mas provisório, que ao gosto e bolso do cliente pode ser modelado, metamorfoseado.

Há uma luta incansável contra o envelhecimento. “O culto ao corpo e à imagem encontra no terror do envelhecimento e da morte o negativo que lhe justifica, a condição de possibilidade de sua existência” (Fernandes, 2003, p. 17).

Ao corpo não é mais permitido envelhecer, ao contrário, este é alvo de toda a manobra para se manter jovem e saudável, nem que seja aparentemente. O envelhecimento de cada dia é negado a partir da pressão de mantê-lo sempre em atividade, com poucas horas de descanso e submetido à ordem de contrariar o morrer de cada dia.

Nesse contexto da contramão do envelhecimento, Fernandes (2003) chama atenção para os progressos tecnológicos da medicina e da genética que facilitou uma reformulação acelerada da relação do sujeito com o próprio corpo, tanto no que se refere às questões do adoecimento quanto às relacionadas ao envelhecimento.

Habitados a transpor os limites do corpo, os cientistas nos informam entusiasmados que tais progressos nos permitirão viver mais e melhor. Livres de doenças que durante bom tempo perturbaram o sono da humanidade, somos convidados a nos deixar embalar pela perspectiva de vencermos também a luta contra o tempo (IDEM, 2003, p. 14).

As marcas e incisões são realizadas dando a falsa impressão de que ao poder modificar o corpo, obliterando as faltas, falhas e excessos, a felicidade e a sensação de plenitude poderão ser alcançadas. O mal-estar decorrente do sofrimento que causa o corpo tenta se esvaziar pela via de encontrar um lugar para se estar no mundo, seja esse sob nomenclaturas como de obesos, anoréxicos, tatuados, fitness, dentre outros.

Decerto, o corpo enseja sofrimento e se expressa na atualidade de forma peculiar, condizente com o modo de se produzir subjetividades. O ideal de perfeição marca o corpo e a busca por esse inatingível inscreve novas formas de apresentar o sofrimento que afeta o corpo.

Fernandes (2003) corrobora esse entendimento quando afirma que apesar de hiperinvestido, hoje, o corpo é frequentemente apontado como fonte de frustração e sofrimento, se configurando como meio expressivo do mal-estar contemporâneo.

Ora, não estaríamos assistindo a uma busca incessante por algum lugar que dê firmeza e sustentação a uma existência que não suporta o envelhecimento e a

realidade da morte? O corpo não se ausenta e nem esconde o real da finitude, está ali todos os dias mostrando, estampando o envelhecimento de cada dia. Há um embate entre o que se é e aquilo que se almeja ser, envolto em uma cultura que não tolera imperfeições.

A busca frenética por essa perfeição ofusca a percepção da relação indissociável entre corpo e psiquismo. Afinal, podemos dizer, desde Freud, que o processo de subjetivação está diretamente ligado à corporalidade. Os processos fisiológicos assim como os processos psíquicos mantêm uma relação de interdependência, o que implica num diálogo entre o biológico e o simbólico desde o início da construção da subjetividade (FERREIRA, 2006).

E se o corpo é fonte de sofrimento, dor e frustração, a clínica psicanalítica da atualidade recebe todas essas queixas, em que esse corpo é apresentado como um sintoma que comporta um sofrimento subjetivo. Apesar disso, o sujeito parece não conseguir extrair desse padecimento uma questão sobre si mesmo, não consegue nomear nem detectar de onde ele vem; um retrato do modo contemporâneo de lidar com o sofrimento e de produzir subjetividades.

Certamente, a clínica psicanalítica lida diariamente com a emergência de novas expressões sintomáticas que apenas reinventam a velha dimensão do sofrimento humano. Como nos diz Fernandes (2003), “um sofrimento que, segundo a psicanálise, leva em consideração esse *pathos* que carrega a memória da alteridade na origem de toda experiência humana.” (p.14).

Novos sintomas que se apresentam sob formas excessivas, que transbordam, extrapolam, esborram, efeitos de uma sociedade que não tolera falhas. Os diversos transtornos alimentares, bulimia, anorexia, a compulsão para trabalhar e fazer exercícios físicos, as abundantes intervenções cirúrgicas para reinventar o corpo, a sexualidade compulsiva, são, dentre outras, as novas imagens que reeditam o novo perfil que adentra a clínica, sintomas, que na visão de Fernandes (2003), indicam de forma negativa ou positiva a completa submissão do corpo.

Podemos pensar que tal lógica da submissão do corpo também se aplica ao fenômeno da obesidade. A satisfação obtida com o ato excessivo de comer modifica o corpo lentamente e, muitas vezes, de forma imperceptível, ou seja, o sujeito só se apercebe do enorme ganho de peso quando o corpo já está absurdamente pesado. Dessa maneira, come-se não para saciar a fome - ou degustar uma comida -, mas para sentir-se completamente cheio, pela necessidade de aplacar um vazio ou

amainar um sofrimento. Nessa lógica, a obesidade se associa ao paradigma da transformação do corpo pela via do excesso e não da falta.

Se na contemporaneidade o momento cultural está para a exaltação do corpo jovem e sem excessos de carne, a escultura perfeita do dar-se a ver, certamente também podemos articular a relação do corpo obeso com a lógica da exposição. Por estarem com sobrepeso, esses sujeitos se fixam ao significante *obeso*, *estar* gordo se torna *ser* gordo. Seus corpos estão ali comunicando antes mesmo que o sujeito possa dizer algo sobre ele mesmo; o que, nesse caso, podemos sugerir tratar-se de uma estratégia para não precisar dizer, falar sobre si, pois o corpo já se adianta a essa tarefa.

Certamente, o sujeito sente-se representado no mundo, agarra-se a identidade de gordo para se sentir, paradoxalmente, confortável. Visto que fora dos padrões de beleza do momento ao menos há uma comunidade (dos obesos) a que pode pertencer e sentir-se reconhecido. Se seu corpo mostra um excesso é por esse significante que o sujeito poderá vir a sentir que tem um lugar no mundo, assim como o fazem os nomeados de anoréxicos, bulímicos, hipocondríacos.

Em suma, frente a esse lugar que o corpo ocupa hoje, podemos supor que sua atuação funciona como um sintoma que denuncia algo que não anda bem, algo que falhou. O comer excessivo se processa num ato repetitivo que nos indica uma alteração no real do corpo pela impossibilidade de agir sobre aquilo que não foi representado no psiquismo. Estamos a tratar de sofrimento subjetivo que atua no corpo pela dificuldade de se produzir textos, de produzir histórias, falas. Enquanto se esvazia do simbólico, o corpo se incha e se enche, transborda de marcas, de excessos.

1.2 CORPO (IN) CAPTURÁVEL? AS TENTATIVAS DA CIÊNCIA DE DOMINAR O CORPO E A BUSCA PELA TRANSCENDÊNCIA DA VIDA

O corpo é produto do discurso. As buscas por tentar compreender o corpo humano no decorrer da história desenharam ao longo do tempo o que o corpo viria a se tornar na modernidade. Essa ânsia por conhecer, por desvendar a verdade, típica do humano, construiu teorias e concepções acerca do corpo em cada tempo na história da humanidade. Talvez o fenômeno do adoecer, tão antigo quanto à

existência de uma concepção de homem, impeliu a busca por respostas que dissessem sobre esse corpo que goza e sente prazer, que adoece e morre.

Tais conceitos e discursos, acerca do corpo, que foram sendo construídos na cultura e se perpetuando no imaginário popular, se deram mediante um trabalho em que se visava ou a manutenção ou a transformação de determinados tipos de ideias. “O discurso se constitui a partir de reformulações, exclusões, transformações ou interditos, pois, assim como as palavras, o discurso não pode circular livremente, sem compromissos.” (FERREIRA, 2011, p. 2374).

A ideia de corpo que temos hoje é resultado do trabalho de construção e desconstrução dos constructos que foram se erigindo em cada época da história da humanidade, a depender dos interesses daqueles que pensavam e decidiam pelo que o coletivo deveria pensar.

Por essa ótica, Foucault (2009) nos adverte que para além das lutas e dos sistemas de dominação, o discurso traduz aquilo por que e pelo que se luta, “o poder do qual nós queremos nos apoderar.” (p. 10).

Desse modo, entendemos que o discurso não se limita a dar nomes e conceituar o que se apresenta no mundo da linguagem, mas ele impõe formas de se ver fenômenos e processos. O discurso detém o poder de controlar, de por formas, de enquadrar, o que termina por excluir e coagir outras maneiras de enxergar o mesmo objeto.

O corpo humano em toda sua dimensão de complexidade não admitiu ao longo dos séculos um entendimento uníssono e simplista a seu respeito. Diversas áreas do saber tem se debruçado sobre o corpo para fazer dele um objeto compreensível, cognoscível. Em meio a essas tentativas de compreensão, iremos nos esbarrar nas ciências biomédicas, com sua perspectiva organizada acerca do corpo e nas biotecnologias que ambicionam redimensionar o conceito de corpo humano.

Para a perspectiva biomédica do corpo, temos o século XVI como significativo, pois o que antes sofria grande influência do discurso religioso, predominante em toda Idade Média, passa a ter interferência do discurso científico.

Desta feita, diante das descobertas técnico-científicas emergentes – Copérnico (1473-1543), Kepler (1571-1630), Galileu (1564-1642), bem como as filosóficas – Bacon (1561-1626), Descartes (1596-1560), o discurso do sagrado passa a ser insuficiente para explicar o mundo natural e social, pois as verdades, até

então, intocadas se tornam questionadas. A Idade da Revolução Científica e as bases filosóficas empírico-racionalistas passam a fundamentar os novos rumos da explicação do mundo, dando impulsão a novos métodos de investigação. “Se até então vigorava uma relação orgânica com a natureza encarada como mãe nutriente, a partir de então essa relação iria mudar e assumir uma outra fisionomia, com sérias implicações para a concepção saúde/doença.” (LIMA, 2011, p. 32).

Nesse novo panorama em que o mundo passa a ser visto a partir de um pensamento racionalista, em que qualquer certeza passa a ser questionada, o entendimento sobre o corpo também ganha novos contornos. A visão científica, marcada pelo método cartesiano, imprime ao corpo concepções ligadas às noções de coisa, máquina, engrenagens e sistemas fisiológicos. Portanto, por essa lógica, o corpo necessitará de manutenção, visto suas prováveis quebras e defeitos. Desta feita, está estabelecido o paradigma científico das especialidades e consolidada a visão do corpo como objeto (MARQUES, 2012).

Posto o novo paradigma da ciência moderna, em que o corpo está separado da mente, resta-nos atentar para a insurgente relação do sujeito com o adoecer e com o próprio corpo, temperada pelo discurso que promete saber tudo sobre essa máquina: o discurso biomédico.

O discurso biomédico é resultado da intrínseca relação entre a Biologia e a Medicina que, na História da Ciência no Ocidente, sempre apareceram de mãos dadas, favorecendo essa forma cartesiana e dicotômica de abordar a questão saúde/doença. Estando o corpo separado da mente e sujeito às leis das ciências ditas positivas, a doença que o assola resultaria do mau funcionamento de suas peças, as quais podem ser substituídas, o que reduz o ser humano a um corpo, corpo humano assujeitado às leis da física e da química. Portanto, o paradigma biomédico mantém seu interesse focado no organismo e no adoecer, nas regularidades orgânicas da afecção, o que encaminhará a ciência médica, em termos de procedimentos, priorizar o diagnóstico, estudo e tratamento (LIMA, 2011).

Ante o progresso da ciência, e em paralela a evolução da biologia durante o século XIX, a medicina vai encontrando o caminho da profissionalização, atravessada pelo avanço tecnológico que tem, simultaneamente, à invenção dos novos instrumentos de diagnóstico – estetoscópio, aparelho de tomada de pressão sanguínea, assim como a diversidade de tecnologia cirúrgica cada vez mais

sofisticada – o distanciamento do profissional médico do doente para ater sua atenção à doença (LIMA, 2011).

Decerto, a ciência passa a dar o norte para o entendimento sobre o corpo, criando mecanismos que tornarão possível o tratamento e a cura de determinadas doenças. O corpo está assujeitado, submisso ao homem, ao mesmo tempo, parece que toda corporeidade do ser humano está simploriamente reduzida a um único objeto, do qual ele (o homem) se apropria, controla e manipula.

No curso do século XX, a vida humana passa a ser mirada como último desafio e mistério a ser desvendado. Doravante, na corrida da evolução biotecnológica, o homem passa a se ver diante de uma oferta tentadora, a da bioengenharia que oferece verdadeiros milagres inscritos em novas formas para os corpos que poderão manter-se distantes das imagens de decadência e morte.

Essa oferta tecnológica se apresenta de forma oportunista para satisfazer os desejos subjetivos, valorizando o prazer no cultivo do corpo e os avanços biotecnológicos que firmam a promessa da potencialização da vida corpórea (ANJOS, 2005).

Estamos diante de mudanças que também afetam o campo da ética, da ciência, da tecnologia e da política. Recorreremos agora a Paula Sibilia (2015) por trazer uma importante contribuição para a questão de como a recomposição tecnológica vem agindo sobre a vida humana, criando novos corpos e subjetividades na contemporaneidade. A autora trabalha essas transformações das práticas tecnocientíficas a partir da distinção entre tecnociência “prometeica” e tecnociência “fáustica”. A primeira manteria proximidade com as sociedades modernas marcadas pelo que Michel Foucault denominou de regime disciplinar; e a segunda seria compatível com as sociedades de controle, concepção desenvolvida por Gilles Deleuze, a partir do trabalho de Foucault.

Segundo a autora, a versão prometeica diria respeito ao empenho das sociedades ocidentais, da era moderna, em dominar tecnicamente a natureza, com fé no progresso científico. Todavia, essa vocação se dá dentro de certos limites, pois “o progresso dos saberes e das ferramentas prometéticas redunda em certo ‘aperfeiçoamento’ do corpo, porém este será sempre naturalista e não-transcendentalista;” (p. 46). Ou seja, não há a pretensão de ultrapassar os limites impostos pela natureza humana.

Para além disso, o século XX fomenta uma outra busca, muito mais ambiciosa: a transcendência da condição humana. Esse desafio fica evidenciado nas produções e apropriações das novas tecnologias e sua utilização para decifrar o mistério da vida, esta posta como último desafio. A tecnociência contemporânea torna-se fáustica, em virtude de sua insaciedade e infinitização, guiada por um “impulso cego para o domínio e apropriação total da natureza, tanto exterior quanto interior do corpo humano”, sem reconhecer limites e fronteiras outrora respeitados (SIBILIA, 2015, p. 48).

Superadas as antigas dicotomias metafísicas (mente-corpo, espírito-matéria, sujeito-objeto, natureza-artifício), a autora escreve que a vocação fáustica ambiciona a superação da condição humana, das falências do corpo orgânico, dos limites espaciais e temporais que se ligam a sua materialidade. Nessa perspectiva, “não basta simplesmente melhorar suas condições de existência [do homem] e lutar contra as forças hostis da natureza” (p. 87), como pretendeu a tradição prometeica. Nesse atual momento fáustico, o sonho é glorioso, pois visa à transcendência do ser humano.

Tal vocação fáustica, evocada por Sibilía (2015), pretende tornar ilimitada as possibilidades da natureza humana; em outras palavras, ultrapassar as antigas limitações biológicas a que estávamos destinados. Esse novo empreendimento, entrecruzamento da biologia e informática, impõe inevitavelmente uma simplificação da complexidade humana, às vistas de suprimir distâncias geográficas e doenças, assim como o envelhecimento e, inclusive, a morte.

Entretanto, o objetivo ambicioso de tal proposta não se dá sem aflições, podendo a humanidade se deparar com “consequências potencialmente incalculáveis e irreversíveis, pois implica tomar decisões políticas e éticas que comprometem o futuro da vida no planeta” (Sibilía, 2015, p. 15).

Assim, sob esse terreno que até pouco tempo estava restrito aos filmes de ficção, o corpo humano se inscreve no centro dessa discussão, assujeitado a um leque abundante de tecnologias capaz de moldar não apenas os corpos, como também as subjetividades.

Doravante, é possível retomarmos os questionamentos que fizemos no início desse capítulo acerca das certezas e definições que temos sobre o corpo. Como vimos, as buscas por essas respostas, por algo que diga e dê conta do corpo,

ultrapassou os limites que outrora estavam bem delimitados, se pensarmos no tempo em que o corpo era tido como sagrado, por exemplo.

Podemos acenar essa busca transcendentalista de “ultrapassar o umbral da vida”, como diz Sibilia (2015, p. 46), como recusa em aceitar a finitude do corpo, a morte, o que Freud declara no segundo capítulo de *Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte* (FREUD, [1915a] 2006): o inconsciente ignora a morte.

A ambição de capturar o corpo e se tornar senhor dele indica o mistério em que este se inscreve, o que tem levado às inúmeras tentativas de elucidação, com vistas a domá-lo. Mas o corpo não está para ser domado porque não é possível apanhá-lo no todo como se deseja; é possível apenas ter acesso a pedaços, pequenas porções diante da imensidão de sua complexidade.

Nesse entremeio nos salta um caminho interrogativo para adentrarmos na questão do corpo (todo) como esse enigma indecifrável. Sendo o corpo uma das formas do sofrimento humano (Freud, [1930] 2006), e considerando os avanços da ciência no que tange as descobertas, tratamentos e formas de lidar com o corpo na atualidade, podemos nos questionar sobre o fato do corpo continuar incomodando. Por que as “correções” e modificações no corpo (cirurgias plásticas, procedimentos estéticos, musculação, dentre outros), as tentativas de aperfeiçoamento e cura de doenças não sanam o padecimento de quem se submete? Há sempre algo que inquieta, que afeta, que “grita”, algo inconformado.

Constatamos que nesse tempo da discussão, abre-se o leque para trabalharmos o corpo para além do organismo, aquele que está contraposto ao corpo biológico, orgânico, o corpo do saber médico. Estamos falando do corpo significado que está marcado pelo desejo inconsciente, atravessado pela linguagem, um corpo onde pulsa o desejo.

1.3 NOTAS SOBRE O CORPO PULSIONAL

O corpo não está a falar, mas o sujeito fala com o corpo. Podemos dizer que esse é o postulado básico da psicanálise quando esta trata do corpo e seus afetamentos, ou seja, trata-se do fato de que falamos sem saber. Nesse sentido, o enunciado nunca coincide com a enunciação; estamos a falar com o corpo sem tomarmos ciência disso.

Como vimos, o incômodo que causa o corpo não é algo recente; mas na contemporaneidade quando ele marca sua presença de forma a produzir sintomas, em que a angústia e a tristeza se apresentam como sinais, tornou-se até comum orientar que se procure um psicólogo ou um analista. Ora, tal noção já indica que para além da carne há um corpo que responde ao que é da ordem da linguagem. Pela hipótese psicanalítica, estamos a falar do corpo pulsional.

No que temos tentado construir nesse capítulo, o corpo aparece como um “problema transdisciplinar” (Winograd e Mendes, 2009, p. 212), compreendido a partir de várias perspectivas. Na teoria freudiana, por exemplo, a noção de corpo aparece em vários contextos e sempre relacionado à noção de pulsão.

Em geral, trata-se de um corpo sintomático que não cede e nem se ajusta às normas, por que indisciplinado, fora dos eixos, que inquieta o sujeito a procurar ajuda. Nessa busca, o sujeito se depara com o impossível da medicina de cessar um sofrimento causado por algo que não sabe nomear.

Mandet (1993) se refere ao corpo em Psicanálise como corpo da representação inconsciente que enquanto objeto para o psiquismo está investido numa relação de significação. O corpo que interessa à psicanálise impõe ao psíquico, permanentemente, o trabalho de ser representado. A descoberta freudiana do inconsciente não prescindiu do corpo sintomático, pelo contrário, se deu justamente pelo corpo da histérica, que afastado da anatomia atestava a enigmática relação entre o corpo e a psique.

A clínica com as histéricas demonstrou que o corpo reagia em desacordo com a fisiologia, pois os sintomas apresentados não possuíam correspondentes orgânicos. Freud ([1893a]2006, p. 212) explica: “nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta.”.

Com isso, é evidente notarmos que, desde os primórdios, o corpo está presente na psicanálise, não apenas como organismo biológico, mas, sobretudo, como um corpo de anatomia imaginária, marcado pelo desejo inconsciente, pelo sexual e pela linguagem.

Há um equívoco na ideia de que o ser humano possui um corpo e que nesse corpo pode surgir o simbólico. Ao contrário, há o significante e o nascimento de um corpo *afetável* por esse significante. O significante não é um acontecimento que brota dentro do corpo, mas é o corpo que cai dentro da linguagem, de modo que, para a psicanálise, não há um corpo *pré-*

verbal, não há sinais analíticos de um corpo-vivo virgem da linguagem. Há, isto sim, sinais de significantes virgens do sentido e que, por isso, marcam o corpo de afetos antes de marcá-lo de significações. Esta anterioridade dos significantes é o que permite não apenas o corpo falante da psicanálise, mas a própria relação entre corpo e cultura. (RAMOS, 2010, 330).

Desta feita, a psicanálise inaugura o corpo erógeno ao defender que quando o organismo é afetado pelo significante, pela linguagem, este transforma-se em corpo pulsional. Desse modo, o corpo passa a existir dessa cisão com a natureza para ingressar no mundo da cultura. Esse novo campo do saber inaugurado por Freud empreende uma nova perspectiva de olhar e tratar o corpo adoecido.

A despeito desse novo enredo psicanalítico, nos deparamos com o conceito de pulsão que diz respeito a um processo econômico, definida por Chemama (1995, p. 177) como “energia fundamental do sujeito, força necessária ao seu funcionamento, exercida em sua maior profundidade.”.

Freud ([1915b] 2006) em seu texto “As pulsões e suas vicissitudes”, momento em que está às vistas de empreender seu grande projeto de uma teoria metapsicológica, firma o conceito de pulsão como fundamental, lembrando “o caráter limítrofe (entre o psíquico e o somático) da pulsão, representante psíquico das excitações provenientes do corpo e que chegam ao psiquismo.” (ROUDINESCO & PLON, 1998).

Um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. (FREUD, [1915b] 2006, p.127).

Nesse sentido, Queiroz (2008) nos chama atenção para o fato de que na obra freudiana é recorrente a ideia de que não há psiquismo sem corpo e que, portanto, para elucidar um, é necessário compreender o outro. Além disso, a autora afirma que com o conceito de pulsão, Freud objetivava dar conta dessa zona fronteira entre o corpo e o psiquismo, a qual comporta dupla conotação: somática porque opera como uma força biológica, derivada das excitações corporais endógenas; e psíquica, pois se manifesta para o sujeito como a representação desta força. Dessa forma, o elo entre o psiquismo e o corpo passa a ser teorizado por Freud, demonstrando que o inconsciente se manifesta através das somatizações.

Essa nova trama conceitual freudiana que tem a pulsão como energia que impulsiona o aparelho psíquico é o que nos possibilita pensar a questão do corpo, do sintoma e do tratamento de forma indissociada, visto que psiquismo e corpo não estão separados, mas ligados pela pulsão.

Destarte, tendo o trabalho da psicanálise começado com o estudo das neuroses e dos sintomas, sua trajetória “nos ensina que as neuroses são expressão de conflitos entre o eu e as pulsões que, por serem incompatíveis com a integridade ou com os padrões éticos do eu, são recalçadas”; quer dizer, são impedidas de virem à consciência, sendo afastadas, inicialmente, da possibilidade de satisfação (DIAS, 2006, p. 400).

Em “Os caminhos da formação dos sintomas”, Freud ([1917a] 2006) escrevendo sobre os sintomas diz:

Estes criam, portanto, um substituto da satisfação frustrada, realizando uma regressão da libido a épocas de desenvolvimento anteriores, regressão a que necessariamente se vincula um retorno a estádios anteriores de escolha objetal ou de organização. Descobrimos, há algum tempo, que os neuróticos estão ancorados em algum ponto do seu passado; agora sabemos que esse ponto é um período do seu passado, no qual sua libido não se privava de satisfação, na qual eram felizes. Buscam na história de sua vida, até encontrarem um período dessa ordem, ainda que tenham de retroceder tanto, que atinjam a época em que eram bebês de colo – tal como dela se lembram ou imaginam, a partir de indícios posteriores. (p. 367).

Ainda nesse texto, Freud prossegue afirmando que o sintoma termina repetindo essa forma infantil de satisfação, “deformada pela censura que surge no conflito, via de regra transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença” (p. 368).

Logo, partindo do sintoma é possível chegar ao conhecimento dessas experiências infantis, às quais a libido encontra-se fixada e das quais se formou o sintoma (FREUD, ([1917a] 2006, p. 369).

Feitas tais considerações, fica explícita a importância do sintoma para a clínica psicanalítica, fato possibilitado pela aposta feita por Freud no discurso do neurótico. Assim, se a pretensão médica, à época e ainda hoje, centrava-se na inibição e exclusão dos sintomas, e atualmente também na medicação massiva destes, a psicanálise com a clínica do neurótico desponta ao descobrir que o corpo é afetado pela linguagem e que, portanto, há uma via de tratamento através da fala pela aposta de que o sujeito sabe algo sobre si mesmo.

Neto & Rocha (2015) afirmam que “no tratamento, a fala se permite, tendo como coadjuvante o corpo. Esse, como instância pulsional por excelência, guarda segredos, porque é inconsciente e mantém o recalcado.” (p. 16).

Aprendemos então com Freud que a fala trazida em análise nos conduzirá ao sintoma e ao desejo. O sintoma que, muitas vezes, será construído em análise incluirá a suposição de uma causa, em que o tratamento possibilitará ao sujeito participar da produção de um saber acerca do seu sofrimento.

Tizio (2009) nos relembra que “a utilidade social da psicanálise se deve ao fato de que ela dá utilidade ao sintoma [...]” (p. 123). Segundo o autor, Freud se dá conta de “que se trata de formalizar o sintoma fazendo-o passar por um dispositivo de palavra, de deciframento, para desgastar a carga sob transferência [...]” (p. 124).

Na contemporaneidade, é comum ouvirmos a recomendação de tentar sanar todas as possibilidades de aparição do sintoma. Para isso surgem os inúmeros tipos de medicamentos para dar conta dos incômodos e tristezas comuns à existência humana.

[...] Desse modo ninguém poderá se sentir triste! A falta de matizes e o reducionismo confundem um processo normal de luto; a tristeza por uma separação ou pelo esmagamento do desejo, tudo se homogeneiza e há uma depreciação do saber, porque o medicamento assim empregado obtura o espaço de onde surgiriam as perguntas. (TIZIO, 2009, p. 121).

Nesse âmbito da medicalização, o saber sobre si é negligenciado, a fala se torna inoportuna, pois o tempo do profissional está destinado à prescrição do medicamento. Além de que, ao sujeito da atualidade tornou-se intolerável escutar as dores, as queixas e os dissabores do outro.

Em contrapartida, o interesse da psicanálise está justamente naquilo que o sujeito diz, pois a ela importa o que o próprio sujeito fala sobre si e sobre o seu corpo. Como afirma Alberti (2011), “se o sujeito em psicanálise é o sujeito da fala, é nessa fala que ele se presentifica; é nessa fala que adquire forma e vida; ele é isso. O corpo é do sujeito que disso fala.” (p. 11).

Decerto, ao requerer uma escuta e simplesmente poder falar do seu sofrimento, oportuniza-se ao sujeito apresentar a desordem em sua vida, aquilo que está causando inquietação pela impossibilidade de manejo. Então, “trata-se de investigar o funcionamento para elaborar alguma hipótese que possa sustentar a cura e ver a estrutura de repetição que o sustenta.” (TIZIO, 2009, p. 122).

O desejo de conhecer-se melhor raramente, para não dizer jamais, leva um sujeito a consultar-se com um psicanalista. Mais frequentemente, para não dizer sempre, é um desarranjo, uma ruptura da homeostase subjetivante, falhas na economia de seu gozo: repetições dolorosas, compulsões e impulsos incontroláveis, sentimentos de insatisfação ou impotência, fenômenos corporais ou mentais paradoxais, absurdos ou subjetivamente opacos. (AKOFARÉ, 2010, p. 2).

Na atualidade, temos nos deparado com uma infinidade de sintomas, novas formas, por assim dizer, o que sugere que, tal qual aos tempos de Freud, o corpo continua a fazer barulho. A angústia que outrora se dirigia para o corpo dizendo de algo que fazia furo, impossível de dizer, também se apresenta atualmente mostrando que há um impossível de calar no corpo, porque está lá incomodando, estampando um corpo incompreendido.

Ramos (2010) aponta que o corpo sintomático “é um corpo que, em certa medida, escapa à sua contemporaneidade.”. A tristeza (depressão) e a angústia, mesmo que produzidas na atualidade, representam “aquilo que escapa às suas demandas”. Segundo o autor, “seria melhor considerá-las como modos de críticas do contemporâneo”; uma compreensão da tristeza e da angústia como sinais do que não quer se “*con-formar*”. Pois, “se há muita tristeza e angústia em nossos dias, é porque os corpos sintomáticos têm algo a dizer.” (p. 327).

Quer dizer que estamos no campo de um objeto desconhecido que independente das formações de sintomas ao molde do tipicamente contemporâneo, o corpo apenas reclama aquilo que não pode ser representado, o que pode estar relacionado a um tempo bem anterior ao da atualidade do sujeito.

Nesse sentido, algo está para ser compreendido e o corpo faz presença como um hieróglifo marcando o que ficou retido, não falado, não simbolizado. Dessa forma, ao corpo resta o lugar de única testemunha dos muitos registros que não encontraram o caminho das palavras.

Pelas indicações de J-A. Miller em “Sutilezas Analíticas” é possível situar os acontecimentos do corpo como sendo aqueles que produzem momentos memoráveis, “traços inesquecíveis, um advento de gozo, fixações que não cessam de exigir o cifrado simbólico do inconsciente. Assim como há um corpo que fala, temos um corpo que não fala, que goza no silêncio pulsional.” O autor conclui que é com esse corpo que se fala que também se produz o sintoma analítico (SELDES, 2016, *on-line*).

Nesse caso, é possível através da palavra encontrar um sentido para o sintoma, o que nos lembra Neto & Rocha (2015), “[...] a função da palavra vai além da ab-reação; uma vez na transferência, ela adquire consistência enquanto mecanismo no sentido da perlaboração, isso é, o trabalho psíquico.” (p.161).

Logo, a proposta psicanalítica para lidar com o sintoma é escutá-lo. A histórica pedia uma escuta, o desejo de tagarelar contornando seu sintoma. Mesmo não sendo uma fala qualquer, mas aquela direcionada ao analista, o dizer aparentemente sem sentido vai contando uma história que fala do desejo do sujeito. Uma fala corporalizada (Green, 1990) que comporta uma história infantil, acenando conteúdos oníricos, desejos e fantasias.

Pela psicanálise, o sintoma revela não a verdade da doença, mas a verdade do sujeito do inconsciente, pois busca apreender no sintoma o desejo inconsciente indestrutível, do qual fala Freud (1900/1980) em “A interpretação de sonhos”. Para Lacan, o registro da verdade deve ser tomado ao pé da letra, isto é, “a determinação simbólica, (...) a sobredeterminação, deve ser considerada, antes de mais nada, um fato de sintaxe” (Lacan, 1956/1998, p. 470), cujos efeitos se exercem do texto para o sentido. (DIAS, 2006, p. 403).

Nesses termos, podemos deduzir que se o sujeito traz um sintoma, do qual não sabe o que este quer dizer, mas, de algum modo se questiona oportunizando, na análise, transformá-lo em uma questão, pode-se então fazer da dor sentido. Nesse caso, ao fazer uso da fala, pode-se encontrar um caminho para ressignificar o conflito ou a experiência dolorosa, traumática. Assim, como propõem Neto & Rocha (2015), “dá-se um encontro, uma espécie de encaixe, algo da ordem do simbólico” (p. 160), pois “a palavra presta sua função de encontro com o sentido, articulando significantes” (p.161).

Todavia, sabemos que nem tudo entra na ordem do simbólico, sempre resta algo que resiste a esse processo, resistindo a reduzir-se. E aquilo que não se inscreve por ser indizível, por não ter representação faz marcas no corpo, e nesse caso, o sintoma insurge permitindo que o acontecimento que gerou sofrimento possa ser introduzido numa cadeia de sentidos. Com efeito, vemos que o corpo se coloca como esse lugar possível de nomeação da experiência de sofrimento, do acontecimento sem sentido.

De toda forma, na análise, esse é o papel do analista enquanto sujeito suposto saber: dar sentido ao sem-sentido e a transferência se coloca na oposição

do desejo de saber, pois atua na forma de nada querer saber desse sem-sentido. A associação livre é mais ou menos isso, esquecer o sem-sentido, fabricando cadeias de significantes que são cadeias de sentido. (SOLER, 1989, p. 20).

Não obstante, podemos entender que se a psicanálise trabalha na construção de sentido para o sintoma, para aquilo que não se consegue nomear porque está relegado ao lugar do sem-sentido, o sujeito pode encontrar nesse processo um apaziguamento e compreender qual é a sua parte nisso, de forma que venha a sustentar seu desejo, mantendo-se vivo. Quer dizer, ao trabalharmos a obesidade pela perspectiva do trauma estamos considerando as experiências possíveis de dar sentido.

1.4 A OBESIDADE COMO SINTOMA QUE REQUER DECIFRAÇÃO

Desde os primórdios que o homem conhece o alimento como algo capaz de saciar sua fome e deixá-lo satisfeito. Não se prestando apenas a esse fim, a comida possui uma função simbólica, seja para interligar pessoas, como meio de troca e comunicação, seja para suprir algo que falte ou aplacar uma situação de instabilidade emocional.

Varela (2006) nos relembra que essa relação entre sujeito e comida pode ser constatada em períodos de grande estresse emocional. É o que foi possível verificar durante a primeira e a segunda guerra mundial, quando parentes, sem histórico de obesidade, ao perderem um ente querido passavam a engordar inexplicavelmente. Da mesma forma, algumas mulheres que, na iminência de perder seus maridos, apresentavam um aumento de peso significativo. Tais acontecimentos possibilitaram aos pesquisadores formular as primeiras hipóteses sobre essa relação que se estabelece entre os aspectos emocionais e a instalação da obesidade.

Por essa perspectiva, também é possível entender que o comer em excesso pode expressar a maneira como o sujeito lida com suas questões, como se relaciona com o outro e consigo mesmo.

Na atualidade, a obesidade é considerada uma doença crônica acompanhada de múltiplas complicações, já tendo se tornado um grave problema de saúde pública. Para além da realidade de que há um aumento considerável do número de obesos no mundo, os estudos atuais mostram que, na verdade, estamos

diante de uma alarmante constatação de que a obesidade segue silenciosa rumo a um status de epidemia global.

Em estudo recente publicado na Revista Científica *Lancet* (2016) podemos constatar a gravidade da questão da obesidade que atualmente supera a questão da desnutrição no mundo. Segundo o estudo, um quinto dos adultos do mundo será obeso em 2025, expectativa que põe abaixo as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) de frear a obesidade nos próximos dez anos.

O estudo em questão mostra as tendências no índice de massa corporal de adultos em 200 países de 1975 a 2014. Nele, o Brasil se encontra entre os países mais obesos do mundo, ocupando o terceiro lugar no *ranking* de excesso de peso, tendo atingido em 2014 a marca de quase 30 milhões de pessoas acima do peso, cerca de um terço delas na lista de obesidade considerada severa.

Logo, verificamos a importância de estudos que tratem do tema da obesidade porque mais do que atual, possivelmente estamos lidando com um problema que daqui a 20 ou 30 anos será alvo insistente de pesquisas e discussões na busca de encontrar tratamentos e soluções mais eficazes que contenham a epidemia da obesidade.

Evidentemente, a problemática da obesidade na atualidade também fala da maneira como atualmente as pessoas tem se alimentado no mundo, cercadas pelo apelo da indústria alimentícia com suas sedutoras e famosas redes de fast-food, operando na linha do prazer excessivo e fugaz, o que retrata um modo de gozar contemporâneo.

Por outro lado, distante de ser uma desordem singular, a obesidade reúne um grupo heterogêneo de condições com causas múltiplas, que terminam por gerar o fenótipo de obesidade (Francischi et al., 2000). Assim, decorrente de vários fatores sejam esses genéticos ou ambientais, metabólicos, comportamentais, emocionais, culturais e sociais (World Health Organization, 1990), não podemos considerar a obesidade como resultado apenas do modo como tem se alimentado as pessoas ao redor do mundo, mas precisamos compreendê-la como condição complexa de dimensões sociais, biológicas e psicossociais.

Decerto, sua condição de doença multifatorial nos encaminha a pensar sobre esses muitos fatores que contornam a obesidade, mas que de forma bastante singular irá afetar cada indivíduo, banhando de forma específica o corpo ao longo da vida do sujeito.

É preciso atentar que, se por um lado o fenômeno crescente da obesidade denota as mudanças de padrão alimentar da sociedade contemporânea, por outro, a questão da relação que o sujeito tem com o alimento e com o próprio corpo, desde os primórdios de sua vida, são fatores importantes para a investigação da obesidade. Esse é o ponto nevrálgico que nos direciona a buscar entender a relação da obesidade com o trauma na constituição do corpo obeso.

Ora, se transformar o corpo está na ordem do dia, ante a busca pelo corpo perfeito, seja de forma efêmera ou permanente através de cirurgias plásticas, academias ou procedimentos estéticos, podemos pensar que a obesidade também se inclui nesse âmbito do caráter da transformação do corpo como imperativo do momento, todavia, nesse caso, o paradigma do excesso não está na compulsão de modificar o corpo e sim na compulsão de comer que altera o corpo.

Diante da atual conjuntura em que a obesidade tem sido pensada pela medicina como uma patologia que exige correção, Vilhena (2008) nos faz pensar acerca da dificuldade de implicação do sujeito diante de seu sintoma. Ora, se o discurso médico busca causalidades externas e tem na cirurgia bariátrica a promessa de que a obesidade será extirpada, de que forma o sujeito encontrará caminhos para se implicar e se empenhar numa busca dos sentidos do seu sintoma? Podemos indagar se essa não seria a razão pela qual muitos sujeitos cirurgiados armam estratégias para continuar comendo e voltam a engordar?

Nesse ponto, a questão se impõe visto que a cirurgia bariátrica não se configura a solução definitiva para a obesidade. Em alguns casos, constata-se o reganho de peso; em outros, a comida deixa de ser alvo para dar lugar ao álcool, além dos inúmeros casos de depressão. Parece que o corpo responde a outra lógica, mostrando que não é o bastante intervir no órgão ou extirpar a carne.

Podemos pensar, então, que a obesidade se alastra como fenômeno que modifica e metamorfoseia o corpo, mas ao contrário do que se atem a medicina, que a tem como uma patologia que requer tratamento, para a psicanálise a obesidade seria um “sintoma” no sentido de sinal de uma outra coisa. Como nos aponta Vilhena (2008), ela “remete menos a um estado doentio do que a um processo chamado inconsciente” (p. 394).

Por essa via, estamos nos referindo ao corpo erógeno, pulsional, submetido à linguagem que não pode ser compreendido senão por uma lógica metapsicológica. Entendemos que no corpo como matriz do inconsciente há um sujeito inconsciente

que fala, há algo se expressando em todo aquele excesso de carne, como que produzindo certo apaziguamento. Consoante com o que nos diz Dafunchio (2002) de que há na obesidade algo que fala atravessado pelo comer compulsivo.

Nessa direção, Vilhena (2008) nos instiga a pensar sobre o real que se configura na obesidade. A autora nos fala de um curto-circuito direto corpo/linguagem, em que de um lado teríamos “um corpo partido entre o sentido invariável, a imagem que sofre distorção gradativa, e um não-sentido, um real impossível e violento” (p. 397); e de outro, uma linguagem que não alcança o corpo, “linguagem impotente, sempre correndo atrás de domar um gozo violento” (p. 397).

Além disso, quando os sintomas que atingem o corpo não se valem dos recursos do simbólico, pode-se pensar no corpo do transbordamento. São sintomas que devem ser entendidos como uma *descarga*, um excesso, que atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação (FERNANDES, 2003, p.111).

Tomando o corpo como lugar de inscrição das fantasias, corpo representado, podemos aludir à perspectiva do trauma pela compreensão de uma inscrição no corpo daquilo que foi barrado de dar sentido. Desse modo, sob a forma de sintoma, a obesidade se apresenta no corpo pela via daquilo que não se inscreveu no psiquismo, apontando para a existência de algo que, ligado a um conflito psíquico ou a um trauma, não pode ser traduzido em palavras.

1.4.1 Relações primárias e a constituição do corpo obeso

Ao tomarmos a obesidade como um sintoma psicanalítico precisamos, tal qual, um investigador, sugerir caminhos para que possamos compreender como se deu a formação daquilo que estamos chamando de sintoma. Ora, quando o assunto é obesidade, percebemos que esse parece ser um significante que, muito comumente, está fixado ao sujeito fazendo parte de sua história de vida.

Não raro, ouvimos relatos de pessoas que narram sua história de vida, assim como a do seu corpo, pontuando a obesidade como fazendo parte de toda sua trajetória. Nesses casos, desde os primeiros registros da infância até a idade adulta, o corpo obeso é o único protótipo de corpo que se tem no imaginário, como que se não houvesse outra possibilidade de ser, a não ser essa que carrega o significante de “cheio” e transbordante.

Justamente por constituírem e marcarem a vida subjetiva do sujeito, devemos nos ater às primeiras relações, aquelas que comportam os primeiros cuidados oferecidos ao bebê, que, por tamanha significância, operam de forma a fazer eco nas relações que serão estabelecidas no decorrer da vida. Nessa fase, se darão os primeiros registros, nos quais alguns acontecimentos vividos terão o corpo como única testemunha, pela impossibilidade de simbolização da experiência.

No caso da obesidade, estamos tratando diretamente da relação que o sujeito estabelece com o alimento, o que está intrinsecamente relacionado à maneira como essa mãe oferece a comida e sacia seu bebê e os sentidos que circulam em torno dessa tríade mãe/bebê/alimento.

No âmbito desses primeiros registros, estamos a tratar do aspecto relacional que envolve mãe-bebê nos primeiros anos de vida da criança. Os cuidados físicos e a qualidade do afeto dispensados ao bebê se configuram a base da constituição da subjetividade. Além do mais, há um conteúdo simbólico envolvido na relação desejante mãe-bebê-alimento que ultrapassa o campo da necessidade puramente orgânica (HENRIQUES et al., 2015).

Desta feita, essa indispensável relação com o outro se configura como parte fundamental, da qual a qualidade do cuidado, essencialmente nos primeiros anos de vida, apresenta-se como fato que torna possível ao indivíduo se constituir como sujeito, encontrando sentido em sua existência.

Considerando a importante contribuição de Winnicott quanto ao quesito cuidado materno no processo de subjetivação, durante os primeiros anos de vida da criança, recorreremos a este autor para trabalharmos a relevância desse aspecto na constituição do corpo obeso.

Winnicott (1975) questiona de que depende o sujeito para que se sinta vivo ou existente? De onde vem a percepção (quando se tem) de que a vida vale ser vivida? A resposta é o cuidado materno, “que faz um bebê começar a ser, sentir que a vida é real, achar a vida digna de ser vivida.” (WINNICOTT, 1975, p. 157).

Ora, estamos a tratar desse ponto da relação com o outro - explicitado na qualidade do cuidado oferecido – que possibilita ao sujeito vir a ser, advir, encontrar razões e sentidos, sentir que a vida vale a pena ser vivida, porque há alguém que dá suporte, que assegura a possibilidade de dar sentido à existência.

Nessa perspectiva é o cuidado maternal o que torna possível ao *self* do bebê se enriquecer, em vez de ser oprimido, pela experiência instintual sexual. Na

concepção winnicottiana, o papel essencial da mãe é proteger o *self* de seu bebê. Nesse caso, as pulsões servem ao *self*, elas não o constituíam. Para ele, o bebê busca contato com uma pessoa, não a gratificação instintual de um objeto. O bebê começa a vida como um ser profundamente sociável que clama por intimidade, e a satisfação só é possível pelo contexto de proximidade com a mãe (PHILLIPS, 2006).

É preciso ressaltar aqui que a nossa aproximação do argumento winnicottiano é justamente por esse aspecto relacional envolvido no cuidado materno; visto que, de fato, consideramos essa uma premissa que nos encaminhará, mais adiante, ao argumento do trauma na obesidade, especialmente pela perspectiva ferencziana.

Com efeito, a continuidade do cuidado e o reconhecimento da vulnerabilidade do sujeito, como ser que necessita do reassseguramento constante por parte do outro, viabiliza uma existência em que o desenvolvimento de psicopatologias, relacionadas a estas falhas do cuidado, serão improváveis.

Segundo Adam Phillips (2006), Winnicott conceberia “a psicopatologia como originária das quebras na continuidade, ‘distrações’ que poderiam ocorrer no desenvolvimento precoce de uma pessoa”. Ou seja, “lacunas causadas pelas intrusões, privações e catástrofes naturais da infância, a maioria das quais ele via como resultantes de falhas na provisão parental”. Dessa forma, haveria situações que a criança vivenciaria, mas o fato de não conseguir entendê-las satisfatoriamente ela não encontraria um lugar dentro de si mesma para tal experiência (p.22).

Logo, estamos acenando ao campo do trauma, de tudo aquilo que fez marca, e se tornou insistente, se repetindo na vida do sujeito, mas que não foi imerso no campo da linguagem, pela impossibilidade de encontrar sentidos para o vivido. Isso quer dizer que aquilo que não foi falado, confessado se inscreve no corpo vindo a produzir sintoma.

As negligências no cuidado, as falhas e faltas que cercam muitas das relações mãe-bebê são comumente indicadas e colocadas como causadoras de adoecimento e sofrimento, marcando a vida do sujeito, direcionando-a e determinando escolhas, numa constante busca por sentido.

Nesse contexto, temos que considerar o excessivo na arte do cuidar. Se o excessivo é um dos traços do contemporâneo, sua expressão nos cuidados maternos não favorece que o eu da criança se constitua separado do eu materno. Há sempre muitas demandas a que a criança precisa satisfazer, o sujeito fica

barrado em seu desejo de simplesmente ser deslocado da demanda excessiva do outro.

Dafunchio (2002) traz à tona a questão da tirania da demanda materna e seus estragos, que na posição de dar sem limites - e aqui se inclui os alimentos - sobrecarrega o sujeito com suas imposições. Cullere-Crespin (2004) afirma que, a experiência inaugural que se dá por meio dessa relação desejante e afetiva, atravessada pela linguagem, entre mãe e bebê, contempla significados inconscientes e singulares do alimento para a díade.

Sobre esse ponto, Recalcati (2002) faz menção ao sujeito apegado à demanda do Outro na obesidade, destacando o fenômeno da devoração, da incorporação infinita, em que é impossível recusar o objeto-alimento, tendo o dever de dizer sempre *sim*. O ponto a destacar é que o autor anuncia o surgimento da devoração como compensação, em que o alimento como objeto real permite compensar aquilo que o bebê não recebeu simbolicamente, em outras palavras, o dom do amor, signo da falta do Outro. “Quanto menos o signo do dom (...) estiver presente, tanto mais será necessário para o sujeito consumir furiosamente o objeto real”, o que fará dele, de forma mais precisa, um substituto do signo do amor. (p.60).

Nessa posição de tirana, em que impera seu desejo absoluto, não se reconhece o desejo do filho. Podemos supor que o reconhecimento negado, algo de vital importância para a constituição do sujeito, promove não apenas a compulsão destrutiva à repetição, como também pode favorecer a experiência do trauma decorrente da não constituição da confiança básica pela interdição da possibilidade de construção de sentidos, o que poderemos compreender mais adiante via teoria do Trauma de Ferenczi ([1933] 1992).

Ao negar essa vulnerabilidade da criança na relação com o outro, a mãe está impondo seu desejo de sempre saber o que é melhor para a criança, mesmo quando esta já se encontra na fase de expressar seu próprio desejo como sujeito diferente de sua mãe.

O cuidado excessivo, a proteção exacerbada da mãe ou as faltas e as falhas no cuidado materno podem gerar sofrimento e barrar o desenvolvimento autônomo do eu. É o não reconhecimento dessas falhas no cuidado, a negação de que o vivido gerou sofrimento e por isso precisa de reparação que dão existência ao trauma no sujeito.

O que Winnicott apontaria como quebras na continuidade do cuidado que originariam as psicopatologias pela impossibilidade de dar sentido a situação sofrida é o que Ferenczi vai trabalhar na sua teoria do trauma cuja ação do desmentido impossibilita a criança de encontrar ambiguidade e possibilidade de múltiplos sentidos.

Destarte, Pinheiro (1995) pontua que a criança fica impedida de produzir sentidos, construir registros psíquicos e criar condições para a emergência do aparato egóico, porque é justamente a ambiguidade fornecida pelo adulto que favorece e possibilita tais processos.

Doravante, se a mãe não supõe antecipadamente o bebê como ser de linguagem, a criança crescerá assujeitada ao desejo do outro, tornando esse o seu modo inconsciente de lidar com as relações e consigo mesmo.

Pela impossibilidade de representar as falhas e as faltas desse cuidado primordial dos primeiros anos, podemos supor que, no caso da obesidade, a criança se apega ao objeto real (comida), visto que lhe foi negado o objeto simbólico. A comida passa a funcionar como um obliterador do que faltou, preenchendo o vazio reservado ao simbólico; e o corpo vai sendo o depositário daquilo que não acessou o campo da linguagem, mas ficou retido no real do corpo.

A comida parece ir preenchendo o vazio afetivo e o sujeito cada vez mais preso a demanda do outro não acede à separação da mãe, tornando-se um adulto alienado ao desejo do outro, fazendo disso um modelo para os relacionamentos que estabelecerá no decorrer de sua vida.

Além do que, no relacionamento primordial mãe-bebê há um ponto que precisa ser destacado no que diz respeito a retomada de experiências arcaicas, por parte da mãe. No cuidado com o bebê, a mãe reativa suas memórias relativas às experiências primárias da relação que ela vivenciou com sua mãe. Como afirmam Henrique et al. (2015), a experiência vivida e o cuidado recebido irá influenciar o exercício da função materna. Ou seja, podemos pensar que o relacionamento mãe-bebê atualiza na mãe sua própria infância, com todas as dificuldades e impasses vividos.

Ora, nessa relação que se atualiza, o alimento pode se configurar o significante que se repete agora na experiência da criança; quando a mãe o oferece em excesso ou priva o bebê de tê-lo satisfatoriamente. Por apenas receber o que vem de sua mãe sem simbolizar o vivido, este fica fora do campo da linguagem.

Decerto, estamos tratando daquilo que de fato importa à psicanálise, a busca do significante, os primeiros significantes que marcaram a vida do sujeito, que marcaram literalmente seu corpo.

Todavia, para além dessa relação primária vivenciada pelo sujeito também interessa-nos atentar para todo e qualquer acontecimento que produz no sujeito o vazio do sem sentido, daquilo que buscou significação para o ocorrido, mas que se deparou com a falta de resposta. Se o sujeito humano, por ser atravessado pela linguagem se alimenta de palavras, as palavras que faltaram, nesse contexto arcaico do ego corporal, tomam a forma de falta de comida, de fome.

Na obesidade, há uma necessidade em preencher, em não se deixar esvaziado. É um preenchimento literal que mascara a dor do vivido promovendo uma plenitude, uma satisfação, embora efêmera. Ao estar abundantemente pesado dá a impressão ao sujeito de estar completo, de que nada lhe falta, tampouco sentido.

Ante o exposto, algumas questões no tocante à obesidade merecem atenção. Primeiro, qual a relação que o sujeito obeso tem com o próprio corpo? Que história carrega esse corpo? Que acontecimentos traumáticos perderam o caminho da linguagem e desembocaram no corpo? O excesso de carne denota e conota sentidos?

Tudo que temos trabalhado até agora sugere que o sujeito obeso cai na repetição, na paixão do comer sem limites. E aprendemos com Freud ([1920] 2006) que a compulsão à repetição é “algo que parece mais primitivo, mais elementar, e mais instintual do que o princípio de prazer que ela domina”. (p. 34). Temos, então, na obesidade duas expressões de vivências arcaicas: a compulsão a comer e a satisfação oral. Sobre essa última, podemos articular com a devoração, como ato de destruição, de expressão da pulsão de morte. Segundo Recalcati (2002), esse ato devorador se apresenta como resposta a algo de significativo que lhe foi negado.

A satisfação oral do obeso é algo evidente, mas o que de traumático existe nessa vivência que o impossibilita de simbolizar? Podemos pensar que no obeso há uma história do corpo que não é falada porque, muitas vezes, foi esquecida, estaria no próprio corpo aguardando alguma decifração. É exatamente nesse ponto que reside nosso interesse, nisso capaz de desdobrar respostas repetitivas no sujeito gerando sofrimento. Decerto, estamos aludindo ao campo do trauma o que iremos trabalhar no próximo capítulo.

2 O TRAUMA NA PSICANÁLISE

A problemática dessa pesquisa diz respeito ao trauma na obesidade e seus possíveis efeitos no processo de simbolização. Para isso, entendemos como fundamental fazer um percurso sobre a teoria do trauma, privilegiando a teoria freudiana e ferencziana e seus comentadores como aportes teóricos para a construção de nosso argumento.

Na busca da verdade sobre o que aflige o corpo, do sentido do sofrimento, do que foi vivido como sem resposta para o sujeito, a clínica freudiana, nos fins do século XIX, põe em movimento o estudo do trauma que, pautado na leitura dos sintomas histéricos, fomenta o surgimento da clínica psicanalítica. Havia um hiato entre o vivido pelo sujeito e os sintomas que representava no corpo. Havia dores, sofrimentos e queixas, todavia não se encontrava causas nem respostas. Foi o estudo sobre as histéricas que lançou as primeiras luzes no sentido de que o sofrimento vivido no corpo apontava para outra verdade que o discurso médico não conseguia alcançar, ou seja, de que havia razões inconscientes que o causava.

Fica posta então a ideia de que o corpo responde às situações sentidas como insuportáveis, porque não compreendidas, não representadas; experiências que produzem abalos no mundo psíquico do sujeito, desdobrando marcas que não se inscrevem, por permanecerem à margem de uma elaboração simbólica.

A perspectiva do trauma abre a porta para se questionar qualquer noção simplista de realidade. O trauma “tensiona a possibilidade de se pensar um mundo representado sem problemas pelo sujeito.” (p. 47). Como um evento que gera um abalo, em que faz o sujeito sofrer ocasionando um efeito, o trauma se apresenta como “um desses fenômenos que colocam em questão as fronteiras entre o sujeito e o seu mundo”, o que permite lançar luz sobre nós mesmos (SELIGMANN-SILVA, 2015, p. 47).

À psicanálise coube a tarefa de ressignificar o termo “trauma”, tão conhecido da medicina, que derivado do grego significa etimologicamente “ferida”. Diante disso, ao trauma se associa a ideia de que houve uma situação que causou sofrimento, fez ferida e, portanto, gerou cicatrizes que, embora por vezes, esquecidas ou encobertas, estão sempre ali impondo sua presença.

Doravante, tal conceito passou por tempos de esquecimento alternando com fases “em que se tornou reconhecido como meio para descrever-nos em um mundo

cujas relações sociais não deixaram de mostrar uma altíssima dose de opressão e violência.” (SELIGMANN-SILVA, 2015, p. 47).

Não obstante, o termo “trauma” vai alcançando relevância para os estudos que priorizam o sofrimento humano, “norteando inúmeros trabalhos do movimento psicanalítico desde Freud aos dias atuais” (Canavêz, 2015, p. 40). E mesmo tendo passado parte do tempo silenciado, nas últimas décadas volta à cena destacando-se em estudos culturais e das ciências humanas, especialmente nos últimos enfoques dados a questão do testemunho e das narrativas, no contexto das vítimas de grandes catástrofes, guerras e aniquilamento humano, como o holocausto.

Seligmann-Silva (2015) especifica a importância do conceito psicanalítico de “trauma” para a cultura desde o início do século 20, tempo esse que coincide com o surgimento da psicanálise em 1900, até os dias de hoje. O autor pontua: “[...] toda a política está permeada por uma cultura do trauma: etnias, nações e religiões disputam hoje seu lugar ao sol portando como insígnia os seus próprios traumas.” (p. 35).

Esse século, que revelou com toda clareza o profundo significado da dialética do Iluminismo, ou seja, em que medida a razão Ocidental se desdobra simultaneamente em progresso (técnico-científico) e em barbárie (nas relações inter-humanas e nossa com a natureza), entronizou também o trauma como conceito que permite lançar luz sobre nós. (SELIGMANN-SILVA, 2015, p.47).

Se pensarmos que a priori nossa vinda ao mundo já se configura um acontecimento da ordem do traumático, podemos pressupor, desde Freud, que, no decorrer do vivido, a experiência vai ganhando contornos que mesclam momentos em que se consegue encontrar sentido e outros em que o aparelho psíquico não consegue assimilar o acontecimento porque este ultrapassou os limites do que poderiam ser representado pelo psiquismo.

Em suas primeiras formulações nos *Estudos sobre a histeria* ([1893] 2006), Freud já conseguia elaborar uma relação do traumático com a ideia de ruptura psíquica em decorrência de exorbitantes quantidades de excitação, assim como com a noção de dissociação psíquica.

No âmbito da mudança teórica concretizada na segunda tópica, Freud faz referência ao trauma a partir da noção de “excesso pulsional não ligado, intensidades que surpreendem um psiquismo despreparado, ou seja, desinvestido,

não se constituindo como lembranças de fato” (MORENO & COELHO JÚNIOR, 2012, p. 49).

Em *O homem dos lobos* ([1918] 2006), quando se refere às cenas primitivas em que a criança não está em posição de absorver um acontecimento tido como complicado e preservá-lo de forma acurada no inconsciente, Freud nos fala: “até onde vai a minha experiência até este momento, essas cenas da infância não são reproduzidas durante o tratamento como lembranças, são produtos de construção” (p.61).

Dessa forma, tendo vivido uma experiência traumática, a criança produz recordações que se dão na forma de distorções da verdade, o que Freud chama também de “lembranças encobridoras” (p.61), que se tornariam acessíveis mediante uma construção *a posteriori*, via análise.

Faz-se premente então definirmos o que estaria sendo entendido por trauma ou traumático nesse contexto de elaborações freudianas. Segundo Moreno e Coelho Júnior (2012), “traumático refere-se, então, a rupturas do psíquico por uma quantidade que não pode ser prontamente assimilada, associada e inserida em uma cadeia representacional.” (p. 50).

Ao acontecimento se sucede uma incompreensão, pois não há resposta sobre o acontecido, ficando apenas um vazio que não emana motivos nem razões. Um inesperado que arrebatava tendendo a repetir-se no decorrer da vida do sujeito.

Ao que demonstramos, podemos constatar como o trauma vai se inscrevendo na teia dos acontecimentos que se sucederam a partir do século XX. As catástrofes que marcam essa era e constroem a história da civilização, nesse período, anunciam as tensões que incorrem no campo da relação com outro.

Nesse sentido, é possível notarmos que desde os primórdios de seu interesse clínico com as histéricas, Freud deu relevância à alteridade, visto a observância de que o outro fazia sempre parte da cena traumática.

Kupermann (2015) aponta os três direcionamentos teóricos empreendidos por Freud no seu estudo do sexual como fonte de traumatismos: o abuso sexual infantil pelo adulto (teoria da sedução); as fantasias sexuais inconscientes edipianas; e, por fim, a presença silenciosa, mas efetiva, de uma pulsão de morte no aparelho psíquico. Desta feita, na construção da cena dita traumática, o outro aparece como agente provocador, seja em ato, seja em fantasia.

Mesmo tendo acenado para algo que apontasse o caráter relacional do trauma, Freud não avançou nessa direção, deixando a Ferenczi esse papel provocador da alteridade na compreensão do trauma, “atribuindo um novo estatuto às situações de violência promovidas no campo social.” (KUPERMANN, 2015, p.39).

Veremos adiante que para Ferenczi a experiência do trauma decorre da não constituição da confiança básica pela interdição da possibilidade de construção de sentidos. Como afirma Gondar (2012), para ele, o traumático não está na ocorrência em si de um evento, nem mesmo, curiosamente, no grau de violência empregado, mas sim em algo que pode se dar, ou não, num segundo tempo.

Logo, podemos entender a importância do posteriori na teoria ferencziana do trauma, pois “o trauma não é um acontecimento pontual e doloroso que mina energias e destrói esperanças no tempo imediato. Ao contrário, ele se traduz em sina, enigma e tarefa no tempo vindouro.” (ENDO, 2015, p. 52).

O encontro com o outro poderia proporcionar a elaboração daquilo que foi vivido e sentido como violento pela impossibilidade de encontrar um sentido para aquela experiência. Trazendo para o contexto analítico, podemos pensar no encontro com o analista como esse lugar possível para resignificação do acontecimento traumático.

Esse evento inassimilável para o sujeito deixa seus resíduos, provocando sintomas que tomados na clínica tem a chance de passar pelo dispositivo da palavra, em que aquilo que parecia não fazer sentido passa a ser visto como algo que responde a uma lógica até então desconhecida para o sujeito.

2.1. FREUD E O TRAUMA

Se Freud não empreendeu uma teoria do trauma, podemos perceber que este figura como um conceito chave que não apenas possibilitou o surgimento da psicanálise, pela insistência de Freud na hipótese da etiologia traumática para entender os sintomas histéricos, mas se fez reluzente ao impulsionar as ideias que ele viria a desenvolver no decorrer de sua obra.

Sob a lente da teoria da sedução (Freud, [1896] 2006) ou sob o enfoque do segundo dualismo pulsional (Freud, [1920] 2006), podemos perceber que permanece intacta a ideia “de uma situação de intensidade extrema que coloca em xeque os mecanismos defensivos comumente utilizados pelo aparelho psíquico.” Ou

seja, estamos tratando de certos acontecimentos em que não conseguimos encontrar sentidos para descrevê-los, nem nomeá-los. Isso é o que podemos chamar de trauma. Desta feita, o conceito exhibe sua importância na obra freudiana exatamente por depreender um modo de subjetivação predominantemente daquele traumatizado. “O sujeito freudiano é, por excelência, traumatizado.” (CANAVÊZ, 2015, p. 42).

Favero (2009) nos comunica que nos primeiros escritos sobre a histeria é possível reconhecer a primeira teoria do trauma e da ab-reação, em que Freud desenvolve a questão do trauma psíquico.

Devemos antes presumir que o trauma psíquico – ou, mais precisamente, a lembrança do trauma – age como um corpo estranho que, muito depois de sua entrada, deve continuar a ser considerado como um agente que ainda está em ação; encontramos a prova disso num fenômeno invulgar que, ao mesmo tempo, traz um importante interesse *prático* para nossas descobertas. (FREUD, [1893] 2006, p.42, grifo do autor).

Nesse caso, Freud referia-se ao trabalho da hipnose que ao trazer à consciência a cena que gerou a ideia dissociada poderia também produzir a reação afetiva correspondente ao evento vivido.

É que verificamos, a princípio com grande surpresa, que cada *sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhara, e quando o paciente havia descrito esse fato com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras* (FREUD, [1893] 2006, p. 42, grifo do autor).

Por essa via, podemos constatar que Freud acena aos efeitos do trauma no psiquismo num tempo depois da ocorrência daquilo que o causou, como que ainda estivesse presente e por isso se atualizando no tempo atual. Essa compreensão leva Freud a afirmar a importância da reprodução da cena para que o afeto ligado a ela produza algum resultado. Vejamos:

A lembrança sem afeto quase invariavelmente não produz nenhum resultado. O processo psíquico originalmente ocorrido deve ser repetido o mais nitidamente possível; deve ser levado de volta a seu *status nascendi* e então receber expressão verbal. Quando aquilo com que estamos lidando são fenômenos que envolvem estímulos (espasmos, nevralgias e alucinações), estes reaparecem mais uma vez com intensidade máxima e a seguir desaparecem para sempre (FREUD, [1893] 2006, p. 42, grifo do autor).

Kupermann (2015) pontua que essa noção é o que tornou praticamente unânime a ideia do efeito positivo da evocação das experiências traumáticas, sem o questionamento do estatuto iatrogênico do testemunho; em outras palavras, “sem que se indagasse em que condições testemunhar uma injúria sofrida poderia contribuir para a expansão psíquica do sujeito, e em que condições adoeceria ainda mais.” (p. 40).

Ora, o autor acima nos fala partindo de um contexto em que o testemunho de sobreviventes de grandes tragédias tem sido estimulado como forma de quebrar o silêncio em torno desses episódios traumáticos, como o caso das vítimas que sobreviveram ao holocausto.

Todavia, entendemos que tais construções teóricas, que advieram senão de achados clínicos, importam na medida em que nos indicam que Freud já podia compreender a eficiência de trazer a dor à palavra. Esse é um caminho que veremos Freud trilhar na construção de sua teoria e dos conceitos inestimáveis deixados para a Psicanálise. Mesmo que adiante essa proposição de retratar o trauma, tal como ele se deu, seja questionada, sua contribuição teórica produziu impactos para a compreensão da realidade psíquica.

É o que Freud (1893/2006) dispara sobre as vantagens terapêuticas do método psicoterápico ao fim do seu texto: “ele põe termo à força atuante da representação que não fora ab-reagida no primeiro momento, ao permitir que seu afeto estrangulado encontre uma saída através da fala; [...]” (p. 52).

No cume de suas observações clínicas junto com Charcot, Freud coloca sua atenção nos sintomas que se apresentavam após graves traumas. Esses sintomas emergiam como resultado das neuroses traumáticas e, especialmente, das histerias traumáticas. É nesse contexto que Freud acena o trauma como motivo capaz de desencadear as manifestações ditas patológicas (FAVERO, 2009).

Nas neuroses traumáticas, a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante, mas o afeto do susto – o trauma psíquico. De maneira análoga, nossas pesquisas revelam para muitos, se não para a maioria dos sintomas histéricos, causas desencadeadoras que só podem ser descritas como traumas psíquicos. Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos – tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada [...] (FREUD, 1893/2006, p. 41).

No entorno desse momento teórico, temos a definição de trauma psíquico pautado “na ideia de um choque violento, de uma efração sobre o aparelho psíquico e também das consequências sobre o conjunto da organização psíquica”. Desse modo, numa concepção econômica, o trauma está relacionado à ausência de descarga emocional de um afeto que se mantém estrangulado. Por não ter sido capaz de reagir a uma situação traumática, o sujeito termina por não descarregar os afetos mobilizados pelo acontecimento, nem por meio da associação, visto que as ideias ligadas ao ocorrido estão excluídas do trânsito associativo com as ideias conscientes. “Dessa forma, as memórias do trauma ficam carregadas de afeto represado, e se comportam como um verdadeiro corpo estranho no psiquismo.” (FAVERO, 2009, p. 19).

Percebemos de forma clara como as ideias freudianas acerca do trauma darão base para a construção teórica do trauma social em Ferenczi. Afinal, este último irá tratar de forma específica, em *Confusão de língua entre os adultos e a criança* (1933), sobre a inaptidão psíquica e somática da criança para responder a certos estímulos provocados, cujo segundo tempo, o do desmentido, irá afetar o campo da representação, favorecendo o unívoco, em outros termos, a ausência de polissemia nos enunciados e provocando sintomas corporais.

Assim, Seligmann-Silva (2015) chama atenção para o fato de que já no texto de 1893-95, *Estudo sobre a histeria*, é possível encontrarmos uma série de características que acompanharão o conceito:

(...) a ideia de um encontro marcante com uma realidade específica; a noção de um período de latência até o momento de manifestação da doença; a concepção do traumatizado como alguém que sofre por conta da memória estranha que o habita sem estar integrada à sua psique. (p. 48).

Frente a esse caminho já percorrido e ainda na década de 1890, Freud irá conceber o trauma como um excesso não assimilável pelo aparelho psíquico e produzido em função de um agente externo. Nesse caso, o exemplo paradigmático seria o da sedução de uma criança por um adulto (Kupermann, 2015) que, valendo-se de seu poder real ou imaginário abusa do outro, reduzido em sua posição passiva (Roudinesco e Plon, 1998). Tendo ficado conhecida como “teoria da sedução”, nesta o trauma seria, essencialmente, de natureza sexual, estando a cena traumática baseada em uma ação real de um adulto seduzindo uma criança; adulto esse que na maioria dos casos era uma figura paterna (Favero, 2009).

Nessa teoria, Freud apoiava-se, simultaneamente, numa realidade social e numa evidência clínica, tendo em vista que em seio familiar, e às vezes na rua, as crianças não raramente são vítimas de violações perpetradas por adultos. Como efeito, “a lembrança desses traumas é tão penosa que todos preferem esquecê-los, não vê-los ou recalcar-los.” (ROUDINESCO & PLON, 1998, p. 696).

Nesse contexto, em que a criança ainda não dispõe de recursos próprios para dar sentido ao evento erotizado, temos então o recalque do ocorrido, vindo a retornar na puberdade em forma de neurose. Essa trama é o que supõe os dois tempos da ação traumática, em que o primeiro diz respeito à cena da sedução na infância e o segundo à cena que acontece na adolescência, de forma aparentemente insignificante, que traz à tona a primeira cena por algum traço associativo, dando o sentido sexual a ela (FAVERO, 2009; KUPERMANN, 2015).

Cabe aqui destacar que, nessa concepção freudiana, o trauma se constitui na articulação entre essas duas cenas. No *a posteriori*, então, se encontra o peso do traumático, pois o passado que foi censurado é revivido em sua intensidade e o sujeito, por já ter alcançado a maturidade sexual, se torna capaz de articular as duas cenas compreendendo o seu sentido sexual.

Assim, tendo tomando por verdade o discurso das histéricas, Freud tem a base para construir sua primeira hipótese do recalque e da causalidade sexual da histeria. De fato, Freud realmente acreditou que a causa dos distúrbios neuróticos residia na sedução da histérica, colocando em dúvida, de uma forma geral, a figura do pai (ROUDINESCO & PLON, 1998, p. 696).

Nesse ponto, algo nos salta sobre a crença de Freud no dito da histérica. Para nós, é exatamente esse fato que atesta a importância da teoria da sedução como ponto de partida, pois mesmo tendo sido abandonada mais tarde, seus efeitos tiveram valor inestimável. Ora, a aposta de que a verdade estava com a paciente transforma toda uma perspectiva na ética do cuidado e do tratamento. O posicionamento de acreditar na veracidade dos fatos contados pela histérica foi o que possibilitou a descoberta dos efeitos do trauma no psiquismo. Não pela verdade da cena em termos de acontecimento real, mas pela aposta naquilo que era dito, já forrando as bases para se privilegiar a realidade psíquica em detrimento da realidade da materialidade.

Além do mais, ao dar crédito àquilo que era dito, sem questionar o que estava sendo narrado, Freud antecipa o que será tratado por Ferenczi mais adiante sobre a

questão do desmentido e a quebra da confiança básica, quando a criança é desacreditada em sua fala sobre o que lhe ocorreu. Dessa forma, nesse momento, independentemente do que de fato ocorreu, interessava a Freud apenas o que era contado; que tomado por real tinha a força de estabelecer um elo de confiança, produzindo uma atitude de reconhecimento da dor do outro.

Cumprido seu papel, a teoria da sedução é abandonada em 1897, pois Freud esbarra no fato de que “nem todos os pais eram violentos, e, no entanto, as histéricas não estavam mentindo quando se diziam vítimas de uma sedução.”. Desta feita, Freud se apercebe que as mulheres inventavam, sem mentir, cenas de sedução que não haviam de fato acontecido e que, ao mesmo tempo, “quando essas cenas haviam tido lugar, elas não explicavam a eclosão de uma neurose.” (ROUDINESCO & PLON, p. 697).

Concomitante a isso, Kupermann (2015) nos lembra que o abandono da “sua neurótica” (teoria da sedução traumática) se processou a partir da evidência de que a criança era sexuada e, portanto, criaria fantasias inconscientes de caráter edipiano, cujo assédio é um conteúdo típico. Logo, “os relatos de suas pacientes histéricas não passavam de ficções infantis.” (p.41).

Está posta então a importância da fantasia incestuosa para as histéricas, em que a ideia do trauma se sustenta numa cena fantasiada, pressupondo a elaboração da doutrina de uma realidade psíquica baseada no inconsciente. Nessa concepção é possível termos um elemento imaginário como causador do trauma. Por esse caminho, teremos agora uma realidade psíquica atuando de forma decisiva na produção do trauma, juntamente com o fato em si.

Na conferência *Os caminhos da formação dos sintomas* (1917a/2006) podemos conferir a maturidade teórica alcançada por Freud que, não mais preso a dualidade verdade e fantasia, credita aos dois mundos valores aproximados na compreensão dos sintomas neuróticos, podendo até igualar realidade e fantasia, justamente por esta última também possuir determinada realidade.

Subsiste o fato de que o paciente criou essas fantasias por si mesmo, e essa circunstância dificilmente terá, para a sua neurose, importância menor do que teria se tivesse realmente experimentado o que contém suas fantasias. As fantasias possuem realidade *psíquica*, em contraste com a realidade *material*, e gradualmente aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva*. (FREUD, 1917a/2006, p.370, grifos do autor).

Kupermann (2015) nos ajuda a compreender que foi com as formulações do ensaio *Além do princípio de prazer* (1920) que Freud relaciona o traumatismo ao excesso de excitação causado no psiquismo pelas exigências da pulsão de morte. “O trauma seria, assim, inerente à própria constituição do aparelho mental, e provocado pela dimensão pulsional não inscrita psiquicamente pelos processos de simbolização.” (p. 41).

Em vias de passagem da Primeira Guerra mundial, Freud dedica-se “à especulação acerca das tendências destrutivas inerentes à condição humana” (Kupermann, 2015, p. 41), o que o coloca, mais uma vez, na contra mão com a medicina, dessa vez quanto à suspeição da simulação dos sintomas dos chamados neuróticos de guerra. É assim que Freud critica a acusação de que os pacientes estavam fingindo uma doença para não voltarem à frente de batalha. Nesse contexto, “coube à psicanálise valorar os modos pelos quais o inconsciente se manifesta e, pode-se afirmar, por meio dos quais o sujeito confere um destino ao trauma que o assola.” (Canavêz, 2015, p. 43).

Nesse contexto de guerra, Freud se detém mais precisamente ao debate da origem traumática nas neuroses, reativando seu interesse nas neuroses de guerra. Assim, temos uma nova aceção sobre o trauma desconectada da relação anteriormente estabelecida com os objetos sexuais. Agora, os sintomas que rondavam a neurose de guerra eram resultado de uma fixação no momento que se dava o evento traumático.

Contudo, na conferência *Fixação em Traumas- O Inconsciente* ([1917b] 2006), vemos que Freud consegue estabelecer uma analogia entre a conduta dos casos comuns de neurose - o que ele chamará de neurose espontânea - e aquelas produzidas por intermédio da guerra, as chamadas neuroses traumáticas, as mesmas que também poderão se dar após acidentes envolvendo riscos fatais.

Apesar de afirmar que as neuroses traumáticas não são em sua essência a mesma coisa que as neuroses espontâneas, Freud, coloca o aspecto da fixação como algo comum entre as duas. Assim, escreve sobre as neuroses ditas traumáticas:

As neuroses traumáticas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático. Esses pacientes repetem com regularidade a situação traumática, em seus sonhos, onde correm ataques histeriformes que admitam uma análise, verificamos que o ataque corresponde a uma completa transportação do paciente para a

situação traumática. É como se esses pacientes não tivessem findado com a situação traumática, como se ainda tivessem enfrentando-a como tarefa imediata ainda não executada; e levamos muito a sério esta impressão (FREUD, 1917b/2006, p. 282-3).

É possível notarmos que o interesse pelas neuroses de guerra fez Freud atentar, mais detalhadamente para essa questão da fixação ao momento do evento traumático. Muito embora, o próprio Freud, nesse mesmo texto, comente que esta, na verdade, foi a primeira fórmula a que ele e Breuer (em 1893 1895) se remeteram para explicar suas observações.

Todavia, o que queremos destacar é que nessa acepção Freud dispõe que toda neurose inclui uma fixação; porém, pondera quando adverte que não devemos dar demasiado valor a esse único aspecto ao caracterizarmos uma neurose. Importa-nos, nessa construção freudiana, o fato do sujeito traumatizado, se assim podemos dizer, permanecer ligado ao trauma o que o faz repetir sempre aquela dor, uma tendência para estar conectado aquele fato ocorrido sem elaborá-lo.

Quanto a esse aspecto da fixação que aproximaria a neurose de guerra da neurose espontânea, temos uma possível única causa para o irromper da neurose:

Esta analogia nos compele a descrever como traumática também aquelas experiências nas quais nossos pacientes neuróticos parecem se haver fixado. Isto nos proporia uma causa única para o início da neurose. Assim, a neurose poderia equivaler a uma doença traumática, e apareceria em virtude da incapacidade de lidar com uma experiência cujo tom afetivo fosse excessivamente intenso (FREUD, 1917b/2006, p. 283).

Com efeito, essa incapacidade de lidar com a experiência sofrida nos remete ao que trabalharemos adiante com Ferenczi quando trata do trauma como efeito de um segundo tempo em que o sujeito é barrado em sua capacidade de polissemia. Aqui, resta-nos ainda tratar da questão da repetição, o que Freud acena nesse texto de 1917, mas trabalha metapsicologicamente em *Recordar, repetir e elaborar* (1914) e a consolida no texto *Além do princípio de prazer* de 1920.

Como conceito fundamental da psicanálise, o fenômeno da repetição está diretamente ligado ao do trauma, pois diante de um evento que gerou intenso sofrimento, o sujeito tende a repeti-lo como tentativa de ressignificação da experiência.

Segundo Chemama (1995), epistemologicamente, a repetição é um dos conceitos principais da última parte da obra freudiana. “Ela introduz a pulsão de

morte, abre caminho para a segunda tópica e, acessoriamente, aponta para um considerável reajuste da clínica e da técnica analíticas.” (p. 190). No texto de 1914, *Recordar, Repetir e Elaborar*, Freud começa a formular o conceito, descobrindo que aquilo “que não pode ser rememorado retorna de outra forma, por meio da repetição, por aquilo que se repete na vida do sujeito, sem que o perceba.” (p. 190).

Logo no início do texto, Freud menciona que ao abandonar a hipnose a tarefa passa a ser a descoberta, mediante as associações livres do paciente, daquilo que ele deixava de recordar. O trabalho de interpretação deveria ter o papel de contornar a resistência, dando a conhecer os resultados desta ao paciente.

Esquecer impressões, cenas ou experiências quase sempre se reduz a interceptá-las. Quando o paciente fala sobre estas coisas ‘esquecidas’, raramente deixa de acrescentar: ‘Em verdade, sempre soube; apenas nunca pensei nisso.’ Amiúde expressa desapontamento por não lhe vierem à cabeça coisas bastantes que possa chamar de ‘esquecidas’ – em que nunca pensou desde que aconteceram.[...] (FREUD, 1914/2006, p. 164).

Notemos que se estamos tratando de situações ou eventos que foram levados para longe do que chamamos de consciência, tornando-as reprimidas, subjaz que tais acontecimentos geraram algum desconforto e precisaram ser *esquecidos*, como sugere Freud (grifo nosso). Nesse caso, como diz Freud (1920, p. 30-1), “perceberemos que a compulsão à repetição deve ser atribuída ao reprimido inconsciente.”. A cena traumática retorna como tentativa de promover uma elaboração psíquica.

Desse modo, segundo Neto & Rocha (2015), a repetição se dá como consequência de uma situação traumática que ameaça a organização psíquica do sujeito. Assim, “o trauma é produzido por um alto nível de excitação, cuja magnitude é impossível de ser dominada pelo aparelho psíquico.” (p. 157).

Durante a Primeira Guerra Mundial constatou-se um grande número de casos de neuroses traumáticas em decorrência dos acontecimentos violentos durante o confronto. Nessa ocasião, foi possível observar que os sujeitos repetiam a cena traumática nos sonhos como uma tentativa de elaboração do vivido, o que fez Freud (1920) questionar a própria ideia do sonho como realização de desejos.

A realização de desejo é, como sabemos, ocasionada de maneira alucinatória pelos sonhos e sob a dominância do princípio de prazer tornou-se função deles. Mas não é a serviço desse princípio que os sonhos dos pacientes que sofrem de neuroses traumáticas nos conduzem de volta, com

tal regularidade, à situação em que o trauma ocorreu. Podemos antes supor que aqui os sonhos estão ajudando a executar outra tarefa, a qual deve ser realizada antes que a dominância do princípio de prazer possa mesmo começar. Esses sonhos esforçam-se por dominar retrospectivamente o estímulo, desenvolvendo a ansiedade cuja omissão constituiu a causa da neurose traumática. (FREUD, 1920/2006, p. 42).

Essas análises das sintomatologias traumáticas durante a Primeira Guerra Mundial inspiraram Freud a, mais tarde, enveredar pelo princípio do prazer, até as formulações de pulsão de morte, compulsão à repetição e a própria concepção de trauma. O estudo sobre essas neuroses de guerra possibilitaram reescrever a metapsicologia: “a repetição é uma maneira de elaboração do trauma, independente do princípio do prazer. O trauma pode não estar remetido diretamente à experiência infantil de natureza sexual, atingindo o sujeito inclusive na idade adulta.” (FAVERO, 2009, 39).

No texto de 1914, *Recordar, Repetir e Elaborar*, Freud faz referência às experiências que aconteceram durante um tempo remoto da infância e como consequência geram o fenômeno da repetição:

Há um tipo especial de experiências da máxima importância, para a qual lembrança alguma, via de regra, pode ser recuperada. Trata-se de experiências que ocorreram em infância muito remota e não foram compreendidas na ocasião, mas que *subsequentemente* foram compreendidas e interpretadas (p.165).

Freud (1914/2006) faz menção a certos casos que conduzem-se, desde o início, de forma diferente daqueles submetidos à técnica da hipnose. A partir disso menciona outra forma de repetição do traumático, além do sonho, aquela que se dá na forma de atuação:

(...) podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo. Por exemplo, o paciente não diz que recorda que costumava ser desafiador e crítico em relação à autoridade dos pais; em vez disso, comporta-se dessa maneira para com o médico. (p.165, grifos do autor).

No texto de 1920, ao tratar dos estímulos internos e externos geradores de prazer e desprazer, Freud afirma que o acontecimento traumático movimenta todas as medidas defensivas do sujeito provocando distúrbios e gerando um comprometimento ao equilíbrio da vida psíquica. Para ele, as excitações advindas

do meio externo, aquelas capazes de produzir o trauma, acionam um escudo protetor como meio de defesa contra elas.

Descrevemos como 'traumáticas' quaisquer excitações providas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente uma conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficazes contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis (FREUD, 1920/2006, p. 40).

Justamente por essa relação do trauma com o excesso de excitação promovido no psiquismo que Freud associa essa compulsão traumática à repetição a uma *pulsão de morte*. Decerto, “a conclusão de Freud, partindo de uma reflexão sobre a compulsão à repetição contida na situação traumática, é que a nossa vida tem como objetivo a própria morte. A vida é um (mero) desvio em direção à morte.” (SELIGMANN-SILVA, 2015, p. 49, grifo do autor).

Frente ao que o trauma deixou como marca, de forma insistente, o sujeito retorna, sem se dar conta, ao sofrimento; como que impulsionado por uma força que não consegue conter. “As manifestações de uma compulsão à repetição (...) apresentam em alto grau um caráter instintual e, quando atuam em oposição ao princípio de prazer, dão a aparência de alguma força ‘demoníaca’ em ação.” (FREUD, 1920/2006, p. 46).

Isso direciona Freud (1920) a tratar da pulsão que se encontra em oposição ao princípio do prazer tentando fazer o sujeito regressar a um estado anterior das coisas. Em resposta a questão de como a pulsão se relaciona com a compulsão à repetição, Freud responde: “*Parece, então que um instinto é um impulso, inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas (...).*” (p. 47, grifo do autor).

Para tanto, o que temos é uma força que “exige descarga a qualquer custo, para isso não importando o nível de sofrimento nem seus efeitos, pois se trata de uma determinação exclusivamente pulsional, isto é, pura intensidade.”. Logo, essa pulsão se expressa na repetição sob dois aspectos, a saber: “a pulsão não descarrega nem se liga à representação, o processo se repete indeterminadamente.” (NETO & ROCHA, 2015, p.157).

Podemos concluir, a partir dessa descrição, que a vida é um mero ato repetitivo, em que o sujeito está sempre inclinado a fazer diversas tentativas de

retorno à origem, a um estado de inércia, como tentativa de livrar-se do sofrimento que a vida causa. Do ponto de vista do trauma, essa perspectiva fica ainda mais clara quando a possibilidade de retorno se adianta como uma possibilidade geradora de cura, trazendo certo apaziguamento à vida psíquica.

Como função restauradora do psíquico, temos a repetição sinalizando que algo precisa ser elevado ao nível do simbólico e assim elaborado. O ato repetido apesar de causar sofrimento ao sujeito, sem que este entenda seu significado, também pode, na análise, produzir o inesperado, algo da ordem de uma ruptura dessa continuidade promovendo uma articulação simbólica. Trabalharemos essa questão mais adiante ao fazermos a articulação do trauma com a obesidade.

2.2. FERENCZI E A TEORIA DO TRAUMA

Quanto ao estudo dos traumas sociais e as contribuições da psicanálise temos no psicanalista húngaro Sándor Ferenczi um marco inaugural pelo resgate que fez da importância do traumatismo para a produção do sofrimento psíquico (Kupermann, 2015). Ferenczi foi um pensador revolucionário e criativo, tendo sido o discípulo preferido de Freud, além de clínico mais talentoso da história da psicanálise freudiana (Roudinesco & Plon, 1998).

Intensamente preocupado com o sofrimento do outro, Ferenczi formulou uma teoria inovadora, em muitos aspectos, sem se preocupar com as críticas da comunidade psicanalítica da época. O próprio Freud não deixou de reconhecer a genialidade de seu discípulo, o tendo como aquele que sozinho valia mais que a Sociedade psicanalítica Húngara inteira.

Ferenczi foi um pensador interessado pelas dores do outro e, tanto quanto Freud, suas contribuições extrapolaram o campo clínico. Segundo Gondar (2012), nenhum outro pensador “se dedicou de forma tão insistente, rigorosa e apaixonada a elaborar uma teoria do trauma como Ferenczi.” (p.194). Com essa insistência, Ferenczi foi capaz de anunciar, sem saber, um tema fundamental e recorrente de nossa era; e devido a sua morte prematura em 1933 não pode acompanhar o quanto a noção do trauma se mostraria relevante nos eventos como segunda guerra e o holocausto.

Dentre suas contribuições mais relevantes como clínico e teórico, consideramos a atribuição da importância da alteridade na produção de contextos

traumáticos das mais intuitivas, visto que essa concepção viabiliza uma compreensão mais clara sobre os efeitos disruptivos que se processam na relação com outro. Outro ponto de destaque é a concepção de que alguns traumas são, de fato, inevitáveis e respondem como necessários a estruturação psíquica.

Como o “analista dos casos difíceis”, Ferenczi não rejeitava aqueles pacientes tidos como não analisáveis; pois se estes, por alguma razão, não se adaptavam à técnica psicanalítica de então, tornando a análise improdutiva, Ferenczi inova retirando a responsabilidade dos ombros dos analisandos para responsabilizar o analista.

Com efeito, para além da ideia do trauma como consequência da intervenção de um acontecimento externo que incide mudanças no aparelho psíquico, Ferenczi também amplia a noção de trauma, incluindo em suas significações tanto o aprendizado referente às normas de higiene quanto à violência sexual que uma criança pode vir a sofrer (PINHEIRO, 1995).

Para Gondar (2012), o maior achado de Ferenczi é a sua teoria do trauma incluindo seus efeitos e tratamentos. Singular e distinta da teoria defendida por Freud, não tanto pelo fato deste defender a realidade psíquica enquanto Ferenczi a realidade do trauma, mas fundamentalmente por aquilo que pode ser entendido como traumático.

Nesse terreno do trauma ferencziano, temos duas concepções de trauma: aqueles que são necessários à estruturação psíquica e aqueles que se tornam patológicos pela impossibilidade de serem metabolizados pelo aparelho psíquico, gerando consequências dramáticas para o sujeito.

Podemos, então, dividir os traumas em dois grandes grupos: o primeiro, composto por traumas que propiciam uma reorganização psíquica e que contribuem para o desenvolvimento e a estruturação. O segundo compõe-se de traumas em que à violência soma-se um efeito de surpresa. O que caracteriza esses traumas é o fato de porem em risco todo o projeto identificador do sujeito. Para enfrentar um trauma dessa natureza, a criança [...] não pode se reorganizar internamente, ao contrário do que ocorre na inscrição da castração, onde as instâncias ideais são recursos indispensáveis para a própria aceitação da castração. No trauma desestruturante isso parece impossível. O resultado, nesse caso, é uma verdadeira mutilação ao nível do ego (PINHEIRO, 1995, p. 66).

Segundo Favero (2009), os exemplos que melhor definem um trauma do tipo inevitável e estruturante são a castração e o aprendizado das normas de higiene na infância. Indo além, de acordo com Pinheiro (1995), Ferenczi aborda os traumas

que, mesmo pertencentes a este grupo, ocorrem com tal frequência que chegam a ameaçar o ego, por não ter sido lhe dado o tempo necessário para reorganizar e metabolizar o acontecimento traumático. Para tais casos, diz a autora, “Ferenczi cita os sistemas de educação demasiadamente repressivos” (p.66).

Além do mais, ainda dentro dessa concepção de trauma, Ferenczi (1929/1992) trata dos casos de crianças que não foram bem acolhidas, porque não desejadas, em que, portanto, sua própria chegada ao mundo já se configuraria um acontecimento traumático. Partindo de dois casos de pacientes analisados por ele, Ferenczi diz que “todos os indícios confirmam que essas crianças registraram bem os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada.” (p.48-9). Em casos assim, Ferenczi afirma que, no decorrer da vida, os menores acontecimentos poderão ser o bastante para suscitar vontade de morrer; podendo-se observar também inapetência para o trabalho, incapacidade para sustentar um esforço de forma prolongada, assim como um certo grau de infantilismo emocional.

Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida. (FERENCZI, 1929/1992, p. 49).

De toda forma, se faz importante pontuar que na concepção de Ferenczi o trauma se dá na relação com o outro, esse é o ponto chave de sua teorização sobre o trauma. “O trauma depende de uma falha na relação entre o sujeito e o outro.” (Favero, 2009, p. 89). Esse modelo ferencziano privilegia relações e não personagens isolados (Gondar, 2012). No caso do traumatismo patogênico, este não se dá pelo fato em si; ou seja, não é o acontecimento que irá determiná-lo, mas o que ele será capaz de desdobrar num segundo tempo.

Partindo de histórias familiares que envolviam crianças abusadas, Ferenczi (1933/1992) descreve como se produzia habitualmente as cenas de sedução que poderiam, num segundo tempo, vir a constituir o trauma patogênico.

(...) um adulto e uma criança se amam; a criança tem fantasias lúdicas, como manter um papel maternal em relação ao adulto. Este jogo pode tomar uma forma erótica, mas permanece sempre no nível da ternura. Não acontece a mesma coisa com os adultos que têm predisposições psicopatológicas, sobretudo se o equilíbrio ou controle de si foram

perturbados por alguma desgraça, (...). Confundem as brincadeiras das crianças com os desejos de uma pessoa que já atingiu a maturidade sexual, e se deixam levar a atos sexuais sem pensar nas consequências. (p.351).

A confusão de línguas, mencionada por Ferenczi (1933/1992), se dá exatamente nesse desencontro entre a linguagem de ternura da criança e a linguagem de paixão do adulto. Pinheiro (1995, p. 68) adverte: “ternura é aqui entendida não como ausência de sexualidade, mas como anterior à sexualidade sob o primado do genital.”. Tomando a criança como um igual, o adulto faz da linguagem de ternura uma sedução da ordem do genital, o que caracteriza a violência sexual que “em si não aparece aqui como fator traumático, mas sim como prova real do evento, que tem como consequência a identificação com o agressor.”(p. 68).

Mas a mudança significativa, provocada no espírito da criança pela identificação ansiosa com o parceiro adulto, é a introjeção do sentimento de culpa do adulto: a brincadeira até então anódina aparece agora como um ato que merece punição.

Se a criança se restabelece de uma tal agressão, sofre uma enorme confusão; a bem da verdade, já uma clivagem, ela ao mesmo tempo é inocente e culpada, e sua confiança no testemunho de seus próprios sentidos está quebrada. (FERENCZI, 1933/1992, p. 352).

Frente a essa situação, temos o segundo tempo do trauma, em que a criança vai em busca de outro adulto na esperança de que esse possa dar sentido ao que até agora se configurou como incompreensível. Nesse movimento, a criança se depara com o desmentido, pois ao não suportar que o relato da criança seja real, o adulto lhe atribui uma conotação de fábula infantil, uma mentira propriamente dita, sendo esse o fator capaz de tornar o trauma desestruturante.

Para Gondar (2012), a originalidade de Ferenczi está exatamente em atribuir ao desmentido a existência do trauma, que, em outras palavras, seria o não reconhecimento, ou a não validação perceptiva e afetiva da violência sofrida.

O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, [...] ou até mesmo ser espancado e repreendido [...]; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico. [...] esses choques graves são superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estiver presente, com toda a sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade. (FERENCZI, 1931/1992, p. 79-80).

Nesse encontro com o traumático, a criança é exposta ao seu real estado de vulnerabilidade, este que tem sua existência no *entre*, pois para Ferenczi a criança é

vulnerável na sua relação com o outro. Nesse quesito temos um Ferenczi afastado das ideias freudianas com peso constitutivo porque sua ênfase está no aspecto relacional.

É o que demonstra Gondar (2012) quando afirma que no pensamento ferencziano, o bebê não é constitucionalmente desamparado em si mesmo; é na experiência de dependência do outro que a criança se mostra vulnerável. Portanto, nesse ponto, o pensamento de Ferenczi sugere que há uma necessidade em proteger a vulnerabilidade da criança para que o sofrimento, causado por atos de violência física e psíquica, não ocorra. “O mais doloroso no trauma é o fato de que ele possa se dar – e para isso é preciso que já haja um descuido com a fragilidade infantil.” (p. 202).

Segundo Kupermann (2015), no enredo do traumático, haveria então uma criança que faz um movimento primário em direção ao adulto, àquele que está ao lado e subjaz que é capaz de ajudar a dar sentido às experiências que ainda não se acomodaram em sua cadeia representacional. Até esse primeiro tempo, o trauma não teria em si mesmo um caráter desestruturante, uma vez que o encontro com o outro poderia viabilizar o suporte necessário para que o sujeito elaborasse a violência sofrida. “A desagregação psíquica adviria quando, justamente, aquele que testemunha encontra o abandono, na forma da desautorização da sua tentativa de produzir uma versão própria para aquilo que foi vivido como injúria.” (KUPERMANN, 2015, p. 42).

No movimento em direção ao adulto para que este lhe ajude a encontrar um sentido para experiência, o que temos é uma tentativa de amainar a culpa edípica, o que possibilitará à criança realizar uma introjeção de sentido. Todavia, no cenário do desmentido, a criança tem sua fala negada, desacreditada; a criança sofre por não ter sua experiência reconhecida; logo lhe é barrada sua necessidade de compreender o que se passou, restando-lhe então o desamparo. Sobre isso, Ferenczi descreve (1934[1932]):

O comportamento dos adultos em relação à criança que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma. Eles dão, em geral, e num elevado grau, prova de incompreensão aparente. A criança é punida, o que, entre outras coisas, age também sobre a criança pela enorme injustiça que representa. A expressão húngara que serve para as crianças, “katonadolog” (a sorte do soldado) exige da criança um grau de heroísmo de que ela ainda não é capaz. Ou então os adultos reagem com

um *silêncio de morte* que torna a criança tão ignorante quanto se lhe pede que seja (FERENCZI, 1934[1932]/1992, p. 111, grifos do autor).

É possível observarmos que nessa acepção do desmentido como constituinte da condição traumática, Ferenczi reverbera a implicação do outro nas situações de sofrimento psíquico do sujeito. A partir disso, entendemos que essa situação de desamparo sentida se dá exatamente pela confiança e segurança que se pensava ter no outro. Ou seja, por essa suposição, entende-se que, anteriormente, ao sujeito foi possibilitada a construção de certa confiança básica que na situação do desmentido é desfeita. Essa quebra que desautoriza o outro em seu sofrimento, em sua dor, implica na anulação do próprio sujeito.

No texto *Reflexões sobre o trauma*, um artigo póstumo, publicado em 1934, encontramos importantes contribuições sobre essa questão. Ferenczi (1934 [1932]/1992) se refere a esse acontecimento como “choque”, o que seria equivalente ao aniquilamento do sentimento de si, da capacidade, não apenas, de resistir, mas de agir e pensar com vistas à defesa de si mesmo.

Nesse artigo, Ferenczi trata da comoção psíquica, ampliando assim a questão do desmentido, pois ele introduz esse entendimento do sujeito ser surpreendido por um desapontamento de que não estava preparado para lidar.

A comoção psíquica sobrevém sempre sem preparação. Teve que ser precedida pelo *sentimento de estar seguro de si*, no qual, em consequência dos eventos, a pessoa sentiu-se *decepcionada*; antes, tinha *excesso* de confiança em *si* e no *mundo circundante*; depois, muito pouca ou nenhuma. *Subestimou* a sua própria força e viveu na louca ilusão de que *tal* coisa não podia acontecer; “não a mim”. (FERENCZI, 1934 [1932]/1992, p. 109-110, grifos do autor).

Aqui, nesse ponto, se faz pertinente retomar Freud (1920/2006) quando ao dissertar sobre a neurose traumática comum, nos adverte sobre o elemento susto como participante na causação do trauma:

(...) aquilo que *nós* procuramos compreender são os efeitos produzidos sobre o órgão da mente pela ruptura do escudo contra estímulos e pelos problemas que se seguem em sua esteira. E atribuímos ainda importância ao elemento de susto. Ele é causado pela falta de qualquer preparação para a ansiedade, [...]. (p. 42, grifo do autor).

Por essa lógica, entendemos que quando desse choque inesperado, o sujeito sucumbe juntamente porque imaginava-se imune a qualquer situação que colocasse

em risco sua confiança no outro. Dessa maneira, podemos supor que esse choque torna-se devastador, porque houve anteriormente uma condição que possibilitou ao sujeito sentir-se seguro e incólume a situações de desamparo. Deparar-se com esse novo contexto inesperado faz o sujeito sentir-se subitamente abandonado.

Além do mais, ainda no artigo póstumo, Ferenczi (1934 [1932]/1992) aponta a consequência imediata de cada traumatismo, a saber, a angústia. Para Ferenczi esta consistia “num *sentimento de incapacidade* para adaptar-se à situação de desprazer: (1º) subtraindo seu Si mesmo à irritação (fuga); (2º) eliminando a irritação (aniquilamento da força exterior)”. Nessa situação, a sensação é de que o salvamento não chega, até mesmo a esperança de que haja um salvamento parece absolutamente excluída. (p. 110, grifos do autor).

Enquanto afeto gerador de tamanho desprazer, a angústia é preterida à autodestruição. É o que Ferenczi explica neste trecho:

O desprazer cresce e exige uma válvula de escape. Tal possibilidade é oferecida pela *autodestruição*, a qual, enquanto fator *que liberta da angústia*, será preferida ao sofrimento mudo. O mais fácil de destruir em nós é a consciência, a coesão das formações psíquicas numa entidade: é assim que nasce a *desorientação psíquica* (FERENCZI, 1934 [1932]1992, p. 111, grifos do autor).

Desta feita, entendemos que a criança “prefere” alienar-se, ficar alheia ao que lhe aconteceu, ao que lhe foi negado, submersa numa desorientação psíquica que parece congelar a dor, mas que é preferível ao silêncio mortificante, ou *sofrimento mudo*, como chama Ferenczi (1934 [1932]/1992). Podemos pensar que a proibição de falar no ocorrido, de lhe empregar sentido, cristaliza a experiência, podendo-a fazer retornar na forma de ato ou nos sonhos, o que nos remete ao fenômeno da repetição trabalhada por Freud (grifo nosso).

Aqui, faremos um adendo para mencionar que nesse mesmo artigo póstumo, Ferenczi (1934 [1931]/1992) também trabalha a questão interrogada por Freud ([1920] 2006) acerca do sonho apenas como realização de desejos. Nele faz importantes colocações sobre a função da repetição no sintoma traumático, demonstrando a afinidade teórica existente entre o discípulo e seu mestre:

Pois se observarmos com minúcia a relação entre a história pessoal e os conteúdos oníricos, torna-se cada vez mais evidente que aquilo a que chamamos os restos diurnos (e podemos acrescentar: os restos da vida) são, de fato, sintomas de repetição de traumas; mas é muito conhecido que

a tendência à repetição na neurose traumática também tem uma função intrinsecamente útil: ela vai conduzir o trauma a uma resolução, se possível, definitiva; melhor do que isso não fora possível no decorrer do acontecimento originário comovente. É de se supor que essa tendência também exista mesmo onde não vinga, ou seja, onde a repetição não leva a qualquer resultado melhor do que o traumatismo originário (p.111-112).

Portanto, ao descrever o trauma como um choque violento que se equivale ao aniquilamento do sentimento de si (Ferenczi, 1934[1932]/1992), Ferenczi (1932/1990) entende a clivagem do eu como uma resposta ao trauma, independente da forma que possa assumir. Ele diz:

(...) o agredido, cujas defesas são vencidas, abandona-se de certo modo ao seu destino inelutável e retira-se para fora de si mesmo, a fim de observar o evento traumático de uma grande distância. Dessa posição de observador, poderá eventualmente considerar o agressor como um doente, um louco, que algumas vezes tentará até tratar, curar. Como a criança pode, ocasionalmente, tornar-se o psiquiatra de seus pais. (p. 19).

Em suma, no contexto do trauma postulado por Ferenczi, temos uma criança que busca o adulto para que este lhe ampare, lhe dê crédito, lhe possa ouvir e acreditar nela, fornecendo-lhe respostas. Notemos que, quando é possível encontrar no adulto esse posicionamento, à criança é permitido constituir-se:

O socorro que oferece o regaço materno e o amplexo de braços sólidos permite um relaxamento completo, mesmo depois de um trauma arrasador, de tal sorte que as forças próprias da pessoa abalada, não perturbadas por tarefas exteriores de precaução ou de defesa, podem ser consagradas, sem se dispensar, à tarefa interior de reparação das perturbações funcionais causadas pela penetração inesperada (FERENCZI, 1932/1990, p. 104).

Por outro lado, se o adulto falhar em fornecer respostas, em intermediar a palavra da criança, em oferecer reações adequadas às suas necessidades afetivas, o que teremos é um silêncio traumático, uma solidão traumática. Para Ferenczi ([1932] 1990), “ESTAR SÓ conduz à clivagem. A presença de alguém com quem se possa compartilhar e a quem se possa comunicar a alegria e o sofrimento (amor e compreensão), CURA o trauma.” (p. 248).

No contexto do traumático, o adulto precisa responder como um contra-investimento de forma rápida para poder conceder à criança o acesso ao simbólico, ajudando-a a representar o ocorrido. Diante do desmentido, a criança fica confusa, recorrendo à clivagem como forma de sentir-se protegida:

(...), perdeu-se a confiança na benevolência do mundo exterior, produz-se uma clivagem duradoura da personalidade, a parte clivada estabelece-se como sentinela contra os perigos, essencialmente na superfície (pele e órgãos sensoriais) e a atenção dessa sentinela está quase exclusivamente voltada para o exterior. Ela só se preocupa com os perigos, ou seja, com os objetos do mundo exterior que possam tornar-se perigosos. Daí a divisão de um mundo que, antes, dava a impressão de homogeneidade, em sistema psíquico subjetivo e sistema objetivo, tendo cada um seu próprio modo de rememoração, do qual, de fato, só o sistema objetivo está completamente consciente (FERENCZI, 1932/1990, p. 105).

Ora, entendemos então que a clivagem surge para que seja possível subtrair-se à angústia. Quando a criança é desmentida pelo adulto em quem confiava, enquanto o adulto da paixão lhe oferece apenas o sentimento de culpa, ela vê-se no desespero de ter então de abandonar o objeto amado.

Pinheiro (1995) nos fala que por não entender a razão do adulto da paixão sentir-se culpado, a criança termina vendo-se obrigada a também sentir-se culpada por algo que não conhece e que não percebeu mal algum. É partindo dessa compreensão que, “o adulto idealizado pela criança é mantido na esperança de ser introjetado. A impossibilidade de realizar a introjeção mergulharia a criança num desespero que levaria ao abandono do objeto idealizado.”. Para que isso não venha a acontecer, “a criança se dispõe a clivar-se.”. Nesse movimento, uma parte dela é destruída, pois “é mais suportável tornar-se ela, criança, a culpada, a ter de abrir mão do adulto idealizado.” Em suma, a autora conclui: “o objeto idealizado manterá seu lugar custe o que custar, às vezes ao preço da loucura da criança.” (p. 73).

Sendo assim, percebemos que a clivagem se processa como solução possível ao drama do traumatismo, pois no desmentido ela funciona no sentido de ocultar de forma eficiente a experiência de violação sofrida, como que ela não tivesse acontecido de fato.

Retomando aquilo que antecede à clivagem do eu na trama ferencziana, temos o traumatismo patogênico como resultado de uma falha na relação, o que irá comprometer o acesso da criança ao simbólico. Este é um aspecto fundamental que iremos trabalhar em nossa argumentação sobre o trauma na obesidade, por isso trataremos aqui de forma introdutória.

O desmentido opera no sentido de interditar a fala da criança, pois coloca em destaque oposições radicais (verdade e mentira; real e fantasia) que barram a multiplicidade de sentidos. Segundo Pinheiro (1995):

(...) o adulto rouba à fala da criança o sentido ambíguo das palavras, sua polissemia, encarcerando-as na univocidade. Resta à criança engolir esta palavra de sentido unívoco e desprovida de ambiguidade. Palavras cristalizadas, radicalmente proibidas de serem pronunciadas e, portanto, de circularem livremente. (p. 76).

É interessante notar que Ferenczi (1913/2011), antes da concepção do desmentido, já anunciava uma questão importante sobre a relação de poder entre o adulto e a criança, esta vista numa dimensão da linguagem, pois o adulto se aproveita de sua autoridade para fazer a criança calar.

No começo, a criança trata as palavras como coisas (Freud), *crê* nelas; não só toma *conhecimento* delas mas *aceita-as como verídicas*. Entretanto, ao mesmo tempo que aprende, pouco a pouco, a corrigir seu erro no tocante aos outros objetos, essa faculdade falta-lhe quando se trata das declarações verbais de seus pais; primeiro, porque os pais a impressionam por seu poder, suposto e real, ao ponto de a criança não *ousar* sequer duvidar deles; em seguida, porque lhe é frequentemente interditado, sob pena de castigos e de privação de amor, tentar verificar as declarações dos adultos. (p.36-7, grifos do autor)

Ora, o que Ferenczi demonstra é que, em posse dessa autoridade, o adulto intercepta o discurso livre da criança, negando-lhe inclusive, o que seria mais grave, a possibilidade de duvidar e questionar o que está sendo dito. Ou seja, há apenas uma verdade, aquela dita pelo adulto, e esta deve ser respeitada sem questionamentos; não deixando possibilidades para se construir outros sentidos senão àqueles já impostos pelo adulto.

Todavia, se questionarmos o problema da verdade no discurso do sujeito, saberemos que estamos lidando com um impossível, porque dentro desse discurso há uma infinidade de possibilidades significativas que faz parte da própria estrutura da linguagem. É preciso permitir que o sujeito tropece e se contradiga, que sua fala tenha múltiplos significados.

Aprendemos com a psicanálise que a fala não comporta um único sentido ao nível da objetividade e que há importantes diferenciações entre o dito e dizer e o enunciado e a enunciação. Isso nos demonstra bem Miller (1997) quando fala da confusão costumeira entre o verdadeiro e o exato, pois estes não são a mesma coisa, “exata é a verdade que se conhece” (p. 237). No discurso, a autenticidade é um impossível, pois “a verdade também é uma modalização”; as diferentes maneiras de conceber o dito “indicam a posição que o sujeito assume perante ele,

contrariando a lógica matemática clássica, que lida somente com dois valores, [...]. Na língua, porém, a modalização é quase infinita, muito sutil.” (p. 237).

É justamente por isso que a imposição do adulto sobre o dito da criança, verdade ou mentira, já supõe uma violência, pois ao adulto também não é possível exigir esse estatuto registrado em apenas dois campos opostos. Dessa forma, o adulto exige o que também não pode oferecer e isso a criança irá constatar quando descobrir que os pais mentem.

Ferenczi (1913/2011) ainda vai além nessa questão quando trata do fato de que os adultos não limitam de um modo uniforme a faculdade de julgamento das crianças. Pois quando de um julgamento tido como correto de coisas “inocentes”, a reação própria dos adultos é de júbilo e recompensas pelas manifestações de inteligência da criança. De outro modo, se tais julgamentos se expandirem para questões sexuais ou religiosas ou se por em dúvida a autoridade do adulto, o quadro se modifica: “as crianças são intimadas – mesmo em face da evidência – a adotar uma atitude de fé cega, a recalcar a menor dúvida, a menor curiosidade, a renunciar, portanto, a todo pensamento autônomo.” (p. 37).

O que tudo isso sugere é que o adulto “atropela” o dito da criança quando este não corresponde ao que é permitido dizer. Esse interdito das palavras da criança oblitera seu pensamento autônomo encerrando-o numa univocidade que põe em risco toda sua capacidade criativa de pensar e agir.

De acordo com Pinheiro (1995), mesmo quando o objetivo é descrever a realidade, as palavras “só podem ser investidas pelo sujeito quando guardam o caráter da multiplicidade dos sentidos.”. Se este caráter for interditado, teremos palavras sem elasticidade, “encerradas numa rigidez que não permite ao psiquismo integrá-las”. No tocante ao trauma, as palavras não são recalcadas fazendo com que a representação do traumatismo não possa ser associada a outras representações, nem tampouco circular por entre as ideias conscientes. “Diríamos mais, a palavra desprovida de polissemia não pode ser assimilada pelas instancias psíquicas, é uma palavra desumanizada que escapa à própria condição simbólica.” (PINHEIRO, 1995, p. 76).

Tal atitude imposta pelo adulto é capaz de quebrar as próprias certezas da criança, que, pela esmagadora autoridade do adulto, se transforma num ser passivo. Ao contrário disso, poderia o adulto se beneficiar dessa sua autoridade para oferecer à criança uma educação com mais independência e senso de responsabilidade.

É inegável que as crianças são influenciáveis, que tendem a apoiar-se sem resistência sobre alguém “grande”, em seus momentos de debilidade e que existe um elemento de hipnose na relação entre as crianças e o adulto e há que acomodar-se a essa realidade. Assim que o grande poder que os adultos tem frente às crianças, em vez de utilizar-se sempre, como se faz frequentemente, para imprimir nossas rígidas regras no psiquismo maleável da criança, poderia ser utilizado para educá-los com maior independência e com maior sentido de responsabilidade (FERENCZI, 1931/1992, p.76).

Temos nessas construções teóricas de Ferenczi uma inegável contribuição que ultrapassam a perspectiva do trauma além de se apresentarem surpreendentemente atual, como assinala Gondar (2012). Elas vão indicando um para além das questões restritas aos traumas que se dão no contexto do abuso sexual na infância. Isso nos remete a propor a concepção do trauma ferencziano para elucidar fenômenos comuns no contemporâneo, como a obesidade e outras formas de sofrimento subjetivo. Nesse aspecto, podemos aludir à fala de Verztman (2002):

A fórmula de Ferenczi é mais abrangente do que parece à primeira vista. Podemos retirar toda a cena de violência sexual do seu enunciado, própria ao imaginário de sua época, e ainda assim mantemos seus constituintes. Não é necessário supormos uma criança abusada sexualmente para termos acesso às dificuldades que o ambiente lhe proporcionará (p. 69).

Em sua vulnerabilidade que lhe é própria, a criança depende do outro para que possa driblar as dificuldades impostas pelo ambiente. Sem esse outro acolhedor, a criança caminhará carente de um vínculo que lhe inspire confiança, tendo acentuada sua fragilidade e passividade. Nesse lugar de mediador, o adulto deve favorecer a experiência “de um vivido cheio de significações” (Pinheiro, 1995, p. 39), em que o cuidado dispensado e a aposta na criança, como ser de linguagem, permitam uma existência criativa, distante das ações patogênicas do desmentido.

2.3. PROBLEMATIZANDO O TRAUMA NA OBESIDADE

No campo da pesquisa científica podemos afirmar que não há fenômeno que possa ser elucidado completamente. A ciência se compromete em pesquisar intentando dar respostas para que depois essas mesmas possam ser refutadas. No bojo dessa realidade, para que um trabalho de pesquisa se torne viável é necessário desconfiar dos fatos e formular hipóteses e pressupostos. A partir disso, o

pesquisador precisará eleger qual recorte pretende dar ao fenômeno pesquisado, visto que não há respostas únicas, tampouco uma única forma de entendê-lo.

No campo das ciências que utilizam o Homem como objeto de pesquisa encontramos uma infinidade de questões a serem consideradas que dão uma dimensão de complexidade aos fenômenos humanos e sociais, dos quais a vida psíquica faz parte. Na pesquisa em questão, demos o recorte da dimensão psíquica ao fenômeno da obesidade, sem, contudo, desconsiderar ou, muito menos, anular suas múltiplas facetas e causas multifatoriais.

Ao pressupormos o trauma na obesidade estamos ampliando as discussões para mais uma forma de abordar e compreender o fenômeno, com isso, não há em nossa perspectiva a intenção de reduzir a problemática ao trauma, tampouco esgotar o que se tenha a produzir teoricamente sobre o assunto. Nosso interesse reside no argumento da possibilidade do trauma na constituição da obesidade, o que produziria efeitos no processo de simbolização da experiência traumática. Pela interferência nesse processo de representar o vivido, o sujeito registraria no corpo aquilo que não foi possível dar sentido, tornando o corpo inflado pelo que não foi dito.

Nessa direção, estamos propondo a obesidade como uma das formas possíveis de se afetar o corpo, ou seja, poderíamos nos questionar que ao invés de inflar o corpo pela via da comida, o sujeito poderia ter outro objeto a que se apegar, como o álcool, por exemplo, ou outra droga? Ou, indo além, em decorrência do trauma, poderia o sujeito marcar o corpo de outra forma, pela via de outro sintoma, como transtornos alimentares ou obsessivos compulsivos, por exemplo? Presumimos que, para tais questões, as respostas sejam afirmativas.

Tais questionamentos nos fazem resgatar a ideia freudiana de “complacência somática”, a qual permite Freud problematizar a questão da origem do sintoma histérico pela via de um determinante puramente psíquico. Há, com isso, a introdução do somático como fator também determinante.

Até onde posso ver, todo sintoma histérico requer a participação de ambos os lados. Não pode ocorrer sem a presença de uma certa *complacência somática* fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado (FREUD, 1905[1901]/2006, p. 47/48).

Ora, o que estamos tentando dizer é que não há como negligenciar a possível existência de outros fatores na história da causação do sintoma da obesidade. Há na história singular de cada sujeito, talvez, algum repertório prévio, de ordem genética ou cunho hereditário que explique certa tendência para o ganho de peso; ou, sobretudo, da própria experiência do sujeito que diga algo da sua relação com o alimento, de sua predileção pela comida e não por outro objeto. Por esse entendimento, a experiência traumática toma o corpo e se apresenta marcada, digamos, por essa “tendência” do sujeito para comer excessivamente, numa tentativa de aplacar o sofrimento e encontrar algum sentido para aquilo que ficou fora do campo do simbólico.

Na experiência mencionada na introdução desse trabalho, narramos o quanto foi possível perceber a pobreza do simbólico em muitos daqueles sujeitos, como que não fosse possível sair do real daquele corpo obeso para o campo da simbolização e das representações. A concretude da carne em excesso parecia ser apenas o que falava, visto que as palavras, a voz do sujeito obeso não se desenvolvia.

Esse ponto do registro do simbólico no obeso é o que nos captura, visto que, como já pontuamos, parece haver no sujeito obeso uma falta de ambiguidade e possibilidade de múltiplos sentidos, o que nos remete ao que Ferenczi postula quanto ao trauma quando o adulto interdita não apenas as palavras da criança, mas também a possibilidade de ambiguidade e polissemia.

Desta feita, passamos a nos interrogar sobre a obesidade como uma inscrição no corpo, sob a forma de sintoma, apontando para a existência de algo que não pode ser traduzido em palavras. Ora, é nesse âmbito que precisamente voltamos nosso olhar: a compreensão da obesidade considerando a possibilidade do trauma não como consequência de um acontecimento em si, mas de algo que não pode ser simbolizado, em virtude da negação pelo outro acerca do sofrimento vivido. Assim, estamos priorizando o trauma que pode se dar na relação com o outro, o que pode ser compreendido com Ferenczi.

Desse modo, podemos pensar que esse atravessamento das palavras pelo corpo é uma via para a formação de um sintoma que poderá encontrar uma interpretação. Segundo Pinheiro (1995), escutar esse corpo, o que ele diz, através dos recursos sensoriais, tornará possível a reconstrução dessa história que transformará em lembrança aquilo que foi proibido de ser pronunciado. “A lembrança

comprimida no corpo faz dele escravo do seu papel de porta-voz e de mártir de uma palavra que perdeu a voz” (p. 99).

Ferenczi (1932/1990, p. 37) formulou, a partir de sua teoria do trauma, que o corpo é depositário de uma inscrição sensorial quando da ausência de uma inscrição psíquica. Em suas palavras: “nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar”.

Nesse sentido, para Ferenczi, apenas o corpo guarda a lembrança do trauma. A voz que não emerge e se cala permite ao corpo se expressar, considerando que o processo das representações e simbolização do evento traumático de alguma forma falhou. Nesse terreno, são as palavras vindas deste corpo que o analista deverá inclinar-se a escutar.

Nessa direção, nas próprias palavras de Ferenczi (1934/1992, p 247):

A lembrança fica comprimida no corpo e é somente aí que ela pode ser acordada... Não há justificativa para se exigir do analisando a rememoração consciente de alguma coisa que jamais foi consciente. É somente possível reviver alguma coisa com objetivação a posteriori, pela primeira vez, na análise. Reviver o traumatismo e interpretar (compreendê-lo) – ao inverso do “recalque” puramente subjetivo – é, portanto, a dupla tarefa da análise.

No caso da obesidade, podemos supor que há algo se expressando em todo aquele excesso de carne como consequência de algum evento traumático que não pode ser falado, ressignificado em suas múltiplas possibilidades de sentidos. Certamente, pela impossibilidade de acesso ao campo da linguagem, desemboca no corpo, fazendo sintoma. Nesse caso, a obesidade se torna um sintoma para ser escutado.

Partindo desse contexto elucidativo, podemos pensar que no obeso há uma história do corpo que não é falada porque, muitas vezes, foi esquecida, estaria no próprio corpo aguardando alguma decifração. Por esse entendimento, as palavras do traumatismo são encerradas numa rigidez, o que compromete sua integração pelo psiquismo.

No obeso parece que as palavras estão feitas de carne, fazendo uma alusão às “palavras do trauma”, o que Ferenczi chamou de símbolos mnêmicos corporais (Pinheiro, 1995, p. 98). O corpo obeso parece falar por si só, parece vibrar pedindo uma decifração para sair dessa concretude corporal em busca de uma linguagem

constituída de palavra, em que se possa reconstruir as lacunas de sua memória corporal perdidas em algum momento da história desse sujeito.

3. UMA EXPERIÊNCIA DE ESCUTA DE SUJEITOS PORTADORES DE OBESIDADE

O ato de narrar se impõe como uma característica intrinsecamente humana, em que o sujeito dotado de linguagem pode narrar sua vida, sua história, re-fazê-la. Logo, nessa construção inconclusa de sua biografia, o narrador vai imprimindo sua marca e dando significado às suas experiências.

Nesse campo em que a linguagem organiza e dar sentido ao vivido, os sujeitos protagonizam vidas cheias de histórias e contam histórias dessas vidas (Connelly & Clandinin, 2000). Logo, ao narrar uma história ou a história de sua vida, o narrador-autor (re) vive e (re) explica as histórias que vivenciou.

O ato de narrar o próprio drama tem um papel primordial na história da psicanálise, pois é a partir deste dispositivo que Freud chega à noção da “cura pela fala” sublinhada por Anna O. ao enfatizar os benefícios obtidos com a narrativa de sua história. Ou seja, os dramas vividos pelo sujeito, sua dor, seu sofrimento passam a ser alvo de investigação para se chegar ao sentido dos sintomas que não apresentavam em si causas orgânicas.

Com isso, a Psicanálise se sedimentou como uma ética da escuta e da construção de narrativas (Seligmann-Silva, 2015) e, por isso, não se fez a esmo a escolha da técnica da narrativa para obtenção dos dados referentes à parte prática dessa pesquisa, pois ela possibilita trazer a experiência do vivido à palavra, produzindo um efeito simbólico. Muito embora, saibamos com a psicanálise que há experiências em que não é possível dar sentido.

Aprendemos desde Freud que a função da palavra pode tornar possível a simbolização da experiência. Com a narrativa tem-se oportunizada a compreensão do fato ocorrido, visto que, de acordo com Bolivar (2001, p. 220), “a narrativa é uma estrutura central no modo como os seres humanos constroem o sentido. O curso da vida e a identidade pessoal são vividos como uma narração”. Nesse sentido, o autor ainda ressalta que ao narrar sua trajetória pessoal, o sujeito produz um conhecimento estratégico mediante o qual (re) constrói a própria existência.

Ao narrar sua história ou um acontecimento traumático, o sujeito põe em palavras sua ficção já empregando sentido ao evento vivido. Ou seja, no campo da linguagem, não temos verdades que são narradas, mas sim sentidos que são empregados à experiência.

Além do mais, faz-se importante notar que a partir da escolha desse instrumental, tivemos a oportunidade de legitimar o papel do sujeito como produtor de narrativas, um ser contador de histórias, cujas experiências se tornaram fontes inesgotáveis de dados. Nesse âmbito, é preciso também ressaltar que, ao escolhermos trabalhar com a narrativa, o sujeito pesquisado pode sinalizar sobre experiências anteriores que nos deram indicação da presença de eventos traumáticos em sua história de vida.

Ademais, podemos supor que é possível haver uma dimensão terapêutica proporcionada pelo ato de poder narrar a própria experiência de vida, visto que ao construir o texto, a narrativa de sua vida, o sujeito tem a possibilidade de se re-construir. Nesse caso, como propõe Marilena Chauí (1994, p. 20): “lembrar não é reviver, é re-fazer”.

Em suma, é imprescindível destacar que o que fica para o narrador não diz respeito ao fato vivido tal e qual, mas decerto o que tem significado para a sua subjetividade. Chegado esse ponto, podemos problematizar a questão do objeto de estudo para a psicanálise, algo que se encontra no entremeio das críticas e da busca por demonstrar sua importância e eficácia do método que leve a uma confiabilidade dos resultados.

Granato, Russo e Aiello-Vaisberg (2009, p. 45) endossam essa discussão afirmando que diante desse desafio proposto na busca de um método de produção de conhecimento situado “entre a superfície rasa do positivismo e as profundezas turvas da teorização abstrata”, terminou-se buscando uma alternativa aos dados “duros” das ciências físicas “tanto quanto aos constructos teóricos que parecem produzidos única e exclusivamente para dar prazer a seus idealizadores”.

Todavia, segundo as autoras, não há como fugir da metáfora, pois quando o fenômeno é transbordante, as palavras que insistem em tornar inteligível a experiência humana não bastam para dar conta de sua complexidade.

Substituir o narrar por uma tabela ou um gráfico não amplia e nem torna simples, antes empobrece, visto que faz o complexo parecer simples, além de deixar de oportunizar ao outro, ao narrar, a vivência de uma experiência (SAFRA, 2006).

Frente a esta exposição, a narrativa foi tomada como estratégia para acessar a história do corpo do sujeito obeso, tendo como pressuposto a obesidade como efeito daquilo que não pode ser falado, simbolizado, ao que parece, uma experiência traumática que não foi representada, tendo desembocado no corpo fazendo sintoma.

Para termos acesso aos sujeitos dessa pesquisa, inicialmente, pensamos em nos inserir num grupo formado por pessoas obesas de uma unidade básica de saúde. Essa inserção teria como objetivo conhecer as histórias desses sujeitos e fazer vínculo com os mesmos, para, então, termos abertura para convidar alguns para participar da pesquisa. Todavia, nos deparamos com o primeiro impasse, pois ao conversarmos com a profissional médica responsável a mesma nos informou que, na verdade, esse grupo ainda seria formado, mas ainda não tinha data prevista. Diante disso, ela nos sinalizou que poderia indicar algumas pessoas para entrarmos em contato e convidar para a pesquisa.

Conversamos com algumas pessoas e marcamos encontros individuais. A partir disso, começamos a lidar com outras dificuldades, vindas como resistências dos sujeitos em honrar com o compromisso do encontro, seja adiando o encontro ou desistindo de participar da pesquisa. Diante disso, foi necessário reiniciar, algumas vezes, esse processo de agendamento, o que esbarrou na questão limitante do tempo para realização da pesquisa de campo.

Essa questão da resistência dos sujeitos em se fazer presente para falar sobre si já nos aponta sobre aquilo que trabalhamos no argumento do trauma, muito embora, não é nossa pretensão aqui excluirmos outras possíveis questões envolvidas nessa recusa. Entendemos que tais recusas estão atravessadas pela dificuldade de falar sobre sua história, seu drama, sua obesidade, narrar sobre aquilo que, muitas vezes, está esvaziado de sentido; portanto, o corpo parece ser o único a comunicar, a denunciar o drama vivido pelo sujeito.

Realizamos cinco encontros com cinco sujeitos, quatro mulheres e um homem, com idades entre 25 e 50 anos, considerados obesos. Os encontros aconteceram individualmente, de acordo com a disponibilidade de cada um quanto ao horário e ao local, com duração entre uma e duas horas. Cada narrativa foi gravada com a permissão de cada participante.

Elegemos o “depoimento” como procedimento dentro da narrativa, seguindo a indicação de Queiroz, M. (1991), em que nele o pesquisador pode dirigir a entrevista para o assunto de interesse da pesquisa e, além disso, realizá-lo em apenas um encontro. Adiante, apresentaremos as narrativas de cada participante trazendo o que foi narrado e dando relevo, na íntegra, a algumas falas pontuais que consideramos pertinente ao contexto da pesquisa e que também possibilitam outras elaborações teóricas para além da noção do trauma.

Por fazermos uso do recurso da narrativa nessa pesquisa, não demos nenhum estímulo aos participantes apenas pedimos que narrassem sua história de vida precisamente no tocante ao corpo e à obesidade. Diante disso, os sujeitos puderam expressar-se livremente, contando sua ficção sem enquadres e regras pré-estabelecidas. Demos nomes fictícios a cada participante para poder resguardar a privacidade de cada um.

A seguir, apresentaremos as narrativas de Luana, Glória, Cícera, Fernanda e André. Faremos uma descrição de cada caso tomando o que se apresentou de significativo em cada narrativa. Assim, privilegiaremos o que foi trazido sobre a história de vida no que concerne à infância (relações primárias), o que se desdobra em suas relações com o outro, à história do corpo e da obesidade e acontecimentos que foram vivenciados como traumáticos. É importante mencionar que, tendo em vista a singularidade de cada história, cada narrativa apresentará em sua descrição formas diferenciadas no que tange as informações sobre os aspectos mencionados acima.

No capítulo posterior, trataremos a análise dessas narrativas, a qual faremos à luz do referencial psicanalítico privilegiando a noção de trauma em Ferenczi e Freud, contudo, sem desconsiderar outros aspectos que possivelmente nos encaminharão para outras direções, fomentando outras elaborações teóricas para além do trauma.

3.1. CASO LUANA

Luana tem 34 anos, no momento, solteira, mora com a mãe. Ao ser convidada a narrar sua história, Luana prontamente se dispôs a falar de forma quase ininterrupta sobre sua obesidade, em uma narrativa repetitiva e cheia de detalhes minuciosos sobre o início de sua questão com o peso, o diagnóstico da Esclerose Múltipla-EM e o antes e o depois da cirurgia bariátrica. De forma espontânea, pouco narrou sobre sua infância e possíveis situações de sofrimento. Manteve uma narrativa objetiva, sem inspirar emoção, mesmo quando falou da descoberta da EM.

Sua infância foi marcada pelo convívio com um pai violento que era alcoólatra e agredia a mulher e as duas filhas. Luana relata que, quando adolescente, passou a revidar as agressões do pai, tornando-se uma pessoa “explosiva” e agressiva não apenas com ele, mas com qualquer pessoa que a fizesse se sentir agredida. Frente à debilidade do pai, em decorrência dos anos de alcoolismo, mãe e filha passaram a

agredi-lo invertendo-se os lugares de agressor e vítima. Quanto ao relacionamento com a mãe, Luana diz ter sido permeado por brigas e discussões, mas apesar disso a considera a melhor mãe do mundo por fazer tudo por ela.

Relata vários quadros depressivos e tentativas de suicídio, frente a situações que geraram frustrações, conflitos, exigências e solidão. Teve dois relacionamentos duradouros, em que terminou casando-se com o segundo. Narra um casamento conturbado, em que o esposo a “maltratava”. Tentou engravidar por um ano, mesmo sem nunca ter desejado ter filhos, mas apenas para satisfazer o desejo do marido que, depois, “arrumou” um filho fora do casamento. Diante desses problemas, Luana diz: “buscava apoio em alguma coisa, e pra mim era a comida. Comia, comia, comia, ou então a bebida, ou comia ou bebia.”. Todavia, ressaltamos que Luana já era obesa antes do casamento.

Morou um tempo em Curitiba com o marido, mas não suportou a saudade da mãe nem o fato de ficar sozinha em casa enquanto o esposo saía para trabalhar. Nessa época, Luana já havia sido diagnosticada com EM e estava “de benefício” por causa da doença. Retornou para sua cidade natal, para a casa da sua mãe, sem o marido. Por sentir-se sozinha, pois sua mãe também trabalhava, e “inútil” por não estudar nem trabalhar, Luana tentou suicídio tomando várias medicações de uma só vez. “Todo mundo tinha sua vida, menos eu”. Ficou internada por 22 dias no hospital e em coma por 3 dias, tendo ficado 7 dias na UTI. Diz que tentou suicídio umas três ou quatro vezes, “se não foi mais”, não afirma precisamente.

Atualmente, diz sentir-se com a “corda no pescoço”, referindo-se ao término do casamento e as dívidas financeiras que contraiu depois das cirurgias que fez (bariátrica e reparadora).

Afirma sempre ter sido uma pessoa “normal” (em relação ao corpo), mas que aos 18 anos começou a ter problemas relacionados ao peso. Luana relaciona essa mudança aos dois relacionamentos que teve. No primeiro, apenas saía para “beber” (bebida alcoólica) e comer; no segundo, como o namorado não bebia álcool, apenas saíam para comer “porcaria”. Diz que antes disso, tinha “total controle” do seu corpo. Conta que, em certa ocasião, quando se distanciou do primeiro namorado conseguiu emagrecer dez quilos em apenas um mês com dieta e exercícios físicos (corrida), mas, depois, ao reatar o relacionamento, volta a engordar: “toda vez que a gente voltava, a gente, eu, a gente, eu engordava.”. Também atribui responsabilidade a ele pelo fato de passar a comer carne vermelha, pois, antes dele, não comia.

Vemos, a partir do seu relato que suas condutas quanto ao comer e beber se firmam sempre na dependência de um outro que se configuraria a pessoa responsável pela desordem alimentar. Entre “passaportes” (um tipo de “cachorro quente” com mais ingredientes), pizzas, Coca Cola e cerveja, os relacionamentos amorosos de Luana vão sendo “costurados” pelo elo da comida e da bebida.

Com o segundo namorado, chegou aos cem quilos. Quando saía para ir ao cinema ou ao *shopping*, afirma que não conseguia andar ou respirar, “não podia fazer as duas coisas ao mesmo tempo”. Não conseguia acompanhar os passos do namorado ao caminhar: “ou eu andava ou eu falava, ou eu andava ou eu falava. [...] ai, ou eu andava ou eu falava, ou andava ou falava...”. Foi quando resolveu não mais se preocupar, “eu disse, sabe de uma coisa, eu não vou mais lutar contra a balança não, eu vou deixar as coisas correrem...”.

Chama atenção a repetição no discurso de Luana, algo que se desdobra de forma a repetir as palavras num vai e volta: “comia e bebia”, “comia e bebia”; “saia pra comer”, “comer ou beber”, “comer ou beber”; “não comia carne”, “eu não comia carne”; “ficou mais difícil emagrecer”, “ficou mais difícil emagrecer”.

Luana narra os hábitos alimentares mantidos durante os anos em que foi engordando. Dá todos os detalhes sobre os alimentos, sobre quantidades e vezes comidas durante o decorrer do dia. Luana conta que chegou a tomar três litros de Coca Cola por dia e que tarde da noite tinha o hábito de comer “porcaria” com Coca Cola, juntamente com seu segundo noivo, afirmando que, quando não tinham dinheiro, chegavam a ficar “desesperados para tomar o refrigerante pra comer a porcaria”.

Diz que chegou a ir para nutricionista e psicólogos para saber “se tinha algum problema”. Também fez vários exames médicos, mas suas taxas sempre deram normais: “minhas taxas de saúde nunca foram, nunca teve nada anormal”. Sobre os quadros depressivos, conta que ao decidir fazer a cirurgia bariátrica não pode levá-la adiante, em virtude de não possuir recursos financeiros, isso a levou ao segundo quadro depressivo, tendo o primeiro acontecido quando recebeu o diagnóstico da EM.

Essa decisão pela cirurgia bariátrica veio quando atingiu os 120 quilos, pois mesmo tendo obtido êxitos com algumas dietas aliadas a exercícios físicos, os resultados não foram duradouros, tampouco definitivos. A possibilidade da cirurgia bariátrica insurge, então, como uma oferta tentadora, como um produto excelente a

ser comprado, pois quando da realização bem sucedida de uma cirurgia de vesícula, o cirurgião lhe faz a proposta da bariátrica: “se você gostar do médico, você volte!”. Luana justifica: “ele não me deixou marca quase nenhuma, só uns furinhos assim do lado.”. Todavia, como mencionamos acima, Luana não consegue se submeter a tal processo cirúrgico.

Na segunda vez que tentou fazer a cirurgia bariátrica também não obteve êxito pelo mesmo motivo, visto que o valor do procedimento já havia aumentado e, portanto, não podia pagar o valor pedido pelo médico. Frente a isso, tentou suicídio novamente e da mesma forma: ingestão de várias drogas farmacológicas. Dessa vez, disse que todo mundo falava que ela estava louca e que precisava ficar internada num “hospício”. Ao receber alta, sua mãe conseguiu parte do dinheiro para que fizesse a cirurgia e o restante pagou em dez vezes no cartão de crédito.

Luana diz que fez quatro sessões com a psicóloga, em que a profissional disse que a partir daquele momento ela precisaria “pensar como magro”. Subitamente Luana responde que isso seria impossível, pois até no hospital sentiria vontade de comer “passaporte”. Apesar de a psicóloga afirmar que Luana não estava preparada para a cirurgia, ela decide fazê-la mesmo assim. Sua mãe e seu marido também se posicionaram contra a cirurgia, todavia, falou que faria independente da opinião deles: “eu vou fazer de qualquer jeito a cirurgia, vocês querendo ou não.”. Passado a cirurgia, sua mãe disse: “ela é teimosa, mas ela sabe o que faz.”.

Narra minuciosamente o pós-operatório e toda a dificuldade em se adaptar a nova realidade alimentar, dando todos os detalhes da nova alimentação, horários, quantidades e tipos de comidas ingeridas. À medida que foi perdendo peso, Luana diz que se sentia feia, pois se olhava no espelho e não se reconhecia mais. Assim, se submete a mais dois procedimentos cirúrgicos para reparar os efeitos do emagrecimento rápido pós-cirurgia bariátrica.

Ao falar das depressões que teve, Luana as relaciona a dívidas, problemas no casamento e problemas que tinha no trabalho (antes do diagnóstico da EM). Trabalhava com metas e tinha dificuldades para cumpri-las. Diz que sua chefe não deixava nem ir ao banheiro e por conta dessas pressões passou a ter episódios epiléticos, chegando a cair várias vezes. Foi depois dessas quedas que se chegou ao diagnóstico da EM, a qual ela se refere como “problema de cabeça” em que tem convulsões, quedas, tremores, esquecimentos, dores de cabeça e crises

recorrentes. Segundo Luana, o “doutor diz que é emocional”, visto que, de acordo com os exames feitos, a doença está estacionada. Ao se “abalar” com qualquer coisa, Luana afirma que tem crises: convulsão e epilepsia.

Narra que se a EM evoluir pensa em se submeter a uma cirurgia na cabeça. “Porque a minha doença é aqui do lado direito, e eu só caio e só me machuco do lado direito.” “Eu já fiquei sem sentir as pernas quando volto de uma crise; fico me tremendo assim, tremo, tremo, tremo [...] o olho treme, a cabeça dói e eu caio.”. Nesses episódios, Luana diz que fica “meio consciente”, que escuta o que os outros falam e depois pergunta às pessoas se foi mesmo daquele jeito que recorda, “porque o meu cérebro continua trabalhando”; e as pessoas afirmam que sim. Afirma que é “como que fosse um AVC”, pois fica sem sentir as pernas e o lado direito do corpo. “É como se o sangue parasse de circular naquela área e depois voltasse, entendeu?”.

Luana fala do pai falecido desde 2003 que era alcoólatra e que tinha epilepsia alcoólica, diferente da sua que é emocional, devido a “muita raiva, muito estresse ou emoção demais”, [como] se não tivesse “autocontrole mental”. “A vida da gente sempre foi um inferno dentro de casa. [...] com meu pai sempre foi confusão, ele batia na minha mãe, batia na gente.”.

Quando perguntado sobre alguma recordação da infância, algo que marcou e lembra até hoje, de antemão ela não entende a pergunta; depois fala novamente das brigas em casa com o pai. Fala que o pai sempre quis ter um filho homem, mas nasceram duas mulheres. E diz: “trauma, trauma assim que marcou é que ela [a mãe] conta que ele me trocou por um tubo de cachaça. Tubo de cachaça na época era uma garrafa de KS [garrafa de vidro] de Coca Cola. Chegou um casal e ele disse: tem uma menina pra dar, ela é loirinha, é branca, tem os olhinhos claros e eu to dando ela porque a mãe dela foi embora.”. O casal foi buscá-la em sua casa e sua mãe impediu que ela fosse levada. “Isso minha mãe conta muito, muito mesmo.”

Luana se queixa que nunca teve um bom pai. Mas que a mãe é “a melhor mãe do mundo”, pois não tem outra pessoa que faça tudo por ela como a mãe. Diz que sempre foi dependente da mãe, diferente da irmã. Depois afirma que a mãe sempre a achou dependente dela e acha que por isso que demorou a trabalhar, que demorou a “florir”. Relaciona isso ao fato de ter tido meningite quando ainda era um bebê e, na ocasião, o médico disse que ela ficaria cega se a mãe não cuidasse dela, duraria apenas dois anos: “e estou aqui até hoje.”.

3.2 CASO GLÓRIA

Glória tem 50 anos, casada e mãe de três filhos. De forma sucinta e objetiva, narra sua obesidade sem adentrar em questões que digam sobre sua infância, sentimentos e afetos. Prontamente se dispõe a responder de forma direta sobre quando começou sua obesidade, dizendo que esta é resultado das três gravidezes que teve e da morte de sua mãe há 28 anos. Entretanto, coloca a perda de sua mãe como fator decisivo para o aumento de peso: “(...) a morte de minha mãe isso foi o que alterou tudo; todo esse problema meu de aumento de peso, o motivo principal foi a perda da minha mãe; e outras coisas mais né (...).”.

Seu discurso não flui espontaneamente, pois faz constantemente pausas forçando para que se lhe faça alguma pergunta e assim possa, então, falar algo.

Sobre sua alimentação na infância, Glória diz que sempre foi “normal” que não havia tantos tipos de alimentação como atualmente, mas que, em compensação, não se tomava refrigerante nem comia biscoito recheado como hoje.

Repete mais uma vez que as três gestações e a morte da mãe foram os motivos que a fizeram engordar. Afirma que tem se preocupado bastante com a alimentação, mas que não entende por que não consegue perder peso: “estou com muito cuidado e também preocupada porque não era para eu estar com esse peso.” Também diz que está fazendo caminhada três a quatro vezes por semana e que isso não tem ajudado. Apesar disso, Glória diz que não fica “encucada” e nem desesperada: “lógico que eu quero perder peso, faço o possível, mas só que não estou conseguindo”.

Tentou fazer a cirurgia bariátrica há cinco anos, mas a equipe do Programa de Cirurgia Bariátrica em que estava inserida considerou que sua obesidade poderia ser tratada com dieta e reeducação alimentar. Depois dessa decisão, Glória saiu do Programa e adquiriu mais peso. Diz que hoje se arrepende por não ter insistido mais na época: “achei que eles estavam certos, entendeu?”.

Sobre sua experiência nesse Programa, conta que era a “mais magra” do grupo e que observou muitas situações de desespero, em que a cirurgia parecia ser a única solução para o caso daquelas pessoas. Diz que ficava “com medo” de se tornar tão obesa quanto elas e que também sentia dó das mesmas. “Olhava aquelas pessoas enormes, aí eu dizia: meu Deus, o que é que eu tô fazendo aqui?”. Relata também que algumas pessoas do grupo comentavam que não achavam necessário

ela fazer a cirurgia e que, portanto, ela estava tirando a vaga de uma pessoa que realmente precisasse. “Isso também me chocou muito, mas depois disso eu consegui mais peso que na época eu não tinha esse peso, tinha menos, menos...”.

Comenta que chegou a “conversar” com a psicóloga do Programa duas vezes e esta lhe disse que “tinham várias coisas” que podiam tê-la feito engordar tanto. Todavia, diz não lembrar-se dos detalhes dessas duas sessões, justificando que as mesmas aconteceram há oito anos.

Não considera justificável sua obesidade, pois diz que procura se alimentar bem, evitando alimentos que engordam como: refrigerante, massas e gordura. Também diz que não se levanta de madrugada para comer, como costumam fazer algumas pessoas, nem come após as oito horas da noite. Inclusive nos descreve qual foi o seu cardápio do dia para demonstrar que se alimenta de forma “adequada”.

Relata não perceber que come demasiado, que só percebe o aumento do peso. “Eu não como porque estou ansiosa, não tenho aquela mania; por exemplo, tem pessoas que levanta de madrugada porque está com fome, eu não sinto fome, entendeu?”. Fala que em casa ela e o marido não são de comer muito: “a gente não é de comer muito, muito, muito, muito, muito (...)”, por isso, não entende o que acontece: “não sei por que, não entendo por que.”.

Desse modo, afirma não saber o motivo de sua obesidade, mas que sua médica já disse que pode ser emocional, assim como é sua hipertensão. Também acredita que os quatro remédios que toma para a hipertensão estejam causando o aumento de peso.

Quanto ao fato de relacionar sua obesidade à morte de sua mãe, Glória diz que faz essa relação porque foi exatamente na mesma época que começou a engordar. Faz-se premente destacar que quando da morte de sua mãe estava grávida de sete meses de sua primeira filha e que a mesma terminou nascendo prematuramente. “Foi uma cirurgia de emergência porque ela já estava em... não sei o termo que usou na época; (...) daí foi quando começou a pressão alta, várias coisas... depois da morte da minha mãe foi que realmente comecei a adquirir peso.”.

Sobre a relação que tinha com sua mãe, Glória afirma que eram muito próximas: “logo que me casei moramos próximas, depois ela foi morar num bairro distante e eu fiquei aqui, mas todo final de semana, todo final de semana, a gente

tava lá junto; então eu acho que isso foi...”. Menciona também o fato de que depois da morte da mãe o pai foi morar com ela. Passou oito anos e depois faleceu.

No discurso de Glória, apesar da referência às gestações e a morte materna, aparece paradoxalmente e de forma repetida tanto o não saber acerca de sua obesidade quanto à existência de outros motivos que não são mencionados. Apenas repete: “não sei explicar”, “não sei por que”, “e tantas outras coisas”, “outras coisas”.

Queixa-se da dificuldade que às vezes sente para andar e subir escadas, do inchaço nos pés e do tamanho da sua barriga. Sobre seu corpo diz: “é lógico que ninguém quer ser gordo e ninguém quer ser magro, né? O que eu queria era perder no mínimo uns 30 quilos, no mínimo, de 30 a 35 quilos.”. Diz que em sua família, “gordo mesmo” só ela.

Quanto à questão de o emocional interferir no excesso de peso, Glória considera que sim, mas diz que alguns médicos acham que não. Por outro lado, afirma que sua cardiologista disse que pode ser psicológico: “pode ser coisa até da minha cabeça, eu não sei, eu não sei.”. Além disso, diz que não tem dificuldades para falar de suas emoções.

Em virtude de Glória sempre demandar que fossem feitas perguntas para que ela, então, pudesse responder algo sobre si, sua narrativa foi mais breve em comparação as outras.

3.3 CASO CÍCERA

Cícera tem 41 anos, três filhos e dois netos, frutos de um casamento de 22 anos. De forma tímida passa a narrar a história de sua obesidade, atribuindo ao casamento o início da doença e o seu agravamento às três gestações. Diz que nunca foi magra, mas que, de fato, o aumento de peso veio depois desses eventos. “Eu acho que porque assim, também tem esse negócio de sistema nervoso, porque eu acho que eu sou nervosa. Acho que a ansiedade a pessoa vai comendo, tá entendendo? Eu acho assim.”. Quanto a sua alimentação na infância diz que “era boa” e podia comer o que quisesse. Na família, além dela, sua mãe, falecida, também tinha problemas com o peso.

Sobre fatos que possam tê-la afetado durante a infância, que estariam, possivelmente, relacionados à questão da alimentação, Cícera responde narrando episódios de “discussões” com sua cunhada que morava ao lado de sua casa.

Todavia, chama atenção que os fatos a que se refere aconteceram quando ela já estava casada. Também coloca esse problema com a cunhada como o responsável por ser tão ansiosa e “nervosa”, algo que diz ter melhorado depois que foi morar distante da mesma, mas que se agravou depois da morte da mãe há quatro anos. “Dá vontade de chorar, eu não consigo ficar quieta, eu fico muito nervosa.”. Diz que esse “nervosismo vem do nada, aí dá aquela vontade de comer, aí eu vou e como, e vontade de chorar e choro.”. Afirma não entender por que razão isso acontece.

Mas quando perguntado sobre o que vinha à mente que suscitava seu “nervosismo”, Cícera responde: “eu pensava assim que ninguém gostava de mim, que ninguém... eu não sei o que eu faço que esse povo não gosta de mim. Era a minha irmã, era tudinho que não era muito chegado a mim, tá entendendo?”. Ela diz que constantemente se questionava: “eu não sei o motivo, eu não entendo o porquê todo mundo era assim comigo... minha cunhada tinha amizade com minhas irmãs e não tinha comigo.”.

Conta que seus irmãos nenhum têm afeição por ela e que sua irmã já afirmou que isso se deve ao fato de o pai ter elegido ela como a predileta dentre os filhos. “Ele disse, aí por isso que ninguém aceita né? Quem paga sou eu...”. Em contrapartida, diz que sua mãe tinha predileção pela filha primogênita, sendo ela a preterida. Quando adoeceu não recebeu dessa filha os cuidados esperados, o que a deixou revoltada. “Ai minha mãe ficou assim né..., aí minha mãe sempre queria mais que eu cuidasse dela, tá entendendo?”. Cícera, então, passa a cuidar da mãe até a sua morte. “Quando a minha mãe tava doente que eu comecei a cuidar da minha mãe, coisar, aí foi que ela foi gostar assim de mim, tá entendendo?”.

Conta que presenciou a morte da mãe; o que aconteceu em um momento em que estava cuidando dela e de repente sofreu um infarto. “Ela fazia hemodiálise aí deu enfarte nela, ela conversando assim que nem eu to conversando aqui, aí de uma hora pra outra ela... deu aquela ânsia de vômito.”. Diz que seu filho mais novo, que também estava presente, passou a ter dificuldades de concentração na escola e a professora sugeriu que ele fizesse um tratamento psicológico.

Quanto ao fato do pai ser mais apegado a ela, Cícera diz que isso se dá porque ela nunca o desprezou: “nunca deixei ele, sabe, meu pai é... o que der e vier eu coiso com meu pai, tá entendendo? E meus irmãos não são assim...”. Fala do pai de forma muito afetuosa: “meu pai é um ótimo pai. É um pai que a gente... que muitos queriam ter.”. Diz que essa relação entre ela e o pai, desde a infância,

sempre foi de muita proximidade e afeto, já com a mãe não acontecia o mesmo. Diz que sua mãe a tratava diferente dos outros filhos, principalmente em relação à irmã mais velha. “Era diferente do [tratamento] da minha irmã. Nunca falou nada, porque, mas eu sentia... [chorando].”.

A partir desse momento, Cícera passa a expressar muita emoção, chorando repetidas vezes. Fala que nunca entendeu porque razão sua mãe fazia tal discriminação, mas tem certa suspeita: “Eu não sei porque... eu entendo assim, acho que ela sentia ciúmes de mim com meu pai, tá entendendo? Que meu pai, se eu dissesse: pai, eu quero isso, meu pai coisava; até hoje ele é assim comigo, tá entendendo?” [chorando bastante]. .

No período em que sua mãe ficou doente, teve a oportunidade de sentir que tinha importância para ela, pois dizia: “a minha filha é tudo pra mim. Depois ela começou a dizer né, minha filha é tudo pra mim; não fosse a minha filha... mas ela já veio perceber depois, tá entendendo? [chorando].”. Quando perguntado o que sentiu ao ouvir isso, responde: “Eu fiquei muito, assim, muito contente né, mas não queria que fosse assim, tá entendendo? Queria que fosse logo, que ela reconhecesse logo [chorando].”. Menciona que seu sentimento com relação à mãe é de tristeza e por isso fica tão emocionada. Sobre sentir-se amada, diz que não se sente por ninguém, nem pelos filhos, nem pelo marido. Então, perguntamos: e seu pai? Ela responde que pelo pai sim, apenas por ele. “É um sentimento... não vejo que eles gostam de mim... e ai, eu não entendo. Assim, às vezes eu fico: meu Deus, será que sou tão ruim assim? Eu não sei...”. Diz que nunca fala sobre esse sentimento com ninguém, nem com o marido.

Perguntamos se algum de seus filhos tem esse mesmo sentimento com relação ao amor dela e Cícera responde que sim. “Tem, a mais velha, ela diz isso. Ela diz que eu não gosto dela que eu gosto dos outros dois.”. Então perguntamos o que ela pensa sobre isso e responde: “é a mesma coisa que assim... [dificuldade pra falar] que assim... que... que a mesma coisa que ela ta passando é que eu coisei com a minha mãe.” Mas considera que esse sentimento da filha não condiz com a verdade, pois diz gostar dos três filhos do mesmo jeito. Afirma nunca ter questionado a sua filha por que ela sente isso. “Eu digo, que nem o que eu sentia da minha mãe, ela ta sentindo a mesma coisa comigo.”.

Em seu relato fica explícito que Cícera sente-se preterida por todos. Ao falar sobre sua tentativa de fazer psicoterapia no posto de saúde, deixa nítida sua

frustração por não ter conseguido uma vaga e se queixa do fato de que quando sua filha tentou para seu irmão obteve êxito: “num instante conseguiu para meu filho, agora para mim...”. Depois disso, sua filha ainda tentou outra vez, mas a psicóloga disse que não poderia atender a duas pessoas da mesma família.

Referente a algo que marcou sua infância, Cícera narra a seguinte estória: ela e a irmã chegaram da escola, discutindo, a mãe não gostou e na mesma hora arremessou uma faca nas suas costas. “Aí ela com muita raiva meteu a faca que cortou as minhas costas; e isso eu nunca contei nada a ninguém; rasgou até a minha farda e tudo; nunca contei a ninguém, entendeu?”. Tinha dez anos quando isso aconteceu, diz que isso “machucou” muito sua vida. “Ai depois ela disse: não diga ao seu pai não, não diga ao seu pai não... [chorando]”. Diz que no momento ficou parada, não teve reação; e sua mãe apenas ficou pedindo para que não contasse ao seu pai. “E até hoje eu não contei a ninguém.”. Diz que também nunca quis contar ao pai para que ele não brigasse com sua mãe: “porque se eu falasse meu pai ia brigar com ela, entendeu? E eu não queria! [chorando]”. Acredita que sua mãe nunca sentiu remorso pelo que fez, “pois ela nem chegava pra perguntar.”. Sua mãe nunca tocou no assunto, nem ela, mas suas costas carregam a marca desse acontecimento. “Ficou a marca, eu não gosto nem de olhar.”. Conta que nunca esqueceu disso e apenas pensava: “que eu era... que minha mãe não gostava de mim; só vinha esse sentimento, de que ela não gostava de mim, por uma besteira ela quase me matou né? Se entrasse mesmo? Hoje eu não estava aqui pra contar a história né?”.

Conta que sua mãe não era agressiva com os outros filhos, apenas com ela. Pelo relato de Cícera, podemos observar a atualização dessa relação (com sua mãe) no relacionamento que mantém com os próprios filhos. Quando perguntado se é carinhosa com os filhos responde: “Eu não sou carinhosa com nenhum dos meus filhos. Ai eu acho assim, porque ... eu acho assim, que o que a minha mãe coisou, eu to passando pra os meus filhos.”. Cícera diz que os filhos reclamam dela porque é muito nervosa e só fala gritando, o que coincide com a forma que outrora sua mãe a tratava. Fala que não consegue se aproximar mais dos filhos e nem ser carinhosa, como desejaria. Da mesma forma, diz que sentia vontade de conseguir ser carinhosa com a mãe, mas tinha medo dela a rejeitar. Esse medo da rejeição é também o que a impede de ser mais afetuosa com seus filhos.

Cícera fala que os filhos não a obedecem, mas ao pai, que “não está nem aí pra eles”, são obedientes. Diz que a filha mais velha não a ajuda de forma alguma, já a outra, mais nova, sim. Ao final de sua narrativa, chorando, diz estar aliviada por ter conseguido falar tantas coisas e inclusive algo que nunca contou a ninguém.

3.4 CASO FERNANDA

Fernanda tem vinte e seis anos está casada há três anos e não tem filhos. É estudante de Química. Logo no início da narrativa, dispara: “desde que me entendo por gente que eu sou gorda”. Essa afirmativa não apenas abre seu discurso, como se faz presente em toda a narrativa, mostrando com isso que a obesidade é algo intrínseco a ela, está lá desde a origem, desde o nascimento.

Fernanda começa a narrar sua própria história tendo como ponto de partida a história de sua mãe. “Minha mãe veio de uma história assim... Minha bisavó teve quatro filhos homens, o mais novo com 16 anos engravidou uma mulher de 30 e pouco, aí ela não queria ter o filho e tentou abortar, aí nasceu a minha mãe.”. Por não querer a criança esta foi dada ao pai para que a levasse. “Meu avô colocou ela numa cestinha de palha e levou para casa e como minha bisavó só tinha quatro homens, aí ele fez: mãe, tu fica, aí todo mundo ficou: fica, fica, aí minha bisavó disse: é vou ficar.”. Assim, a mãe de Fernanda foi registrada como irmã do pai e aos oito anos de idade ficou sabendo que seu irmão, na verdade, era o seu pai biológico.

Aos dezessete anos, estando ainda no ensino secundário, engravida de Fernanda e tenta abortá-la várias vezes, tomando certo chá abortivo. Diz: “aí eu nasci assim, deu errado o chá dela” [rindo]. Durante a gravidez, sua mãe tinha o desejo de tomar Coca-cola junto com biscoito maisena; ingeria essa combinação todos os dias. Depois do nascimento, sua mãe deu continuidade aos estudos e recebia Fernanda [levada pela bisavó] na escola para amamentá-la.

Depois dessa primeira gravidez, sua mãe teve mais dois filhos. Fernanda diz que nunca “bateu” com sua mãe, tendo sido “criada” pela bisavó, que também “criou” sua mãe. Assim, teve a mãe biológica como irmã, visto que, nesse período da infância e início da adolescência, a genitora não assumiu a função de mãe, pois permaneceu, até a morte da avó, nesse lugar de filha sem grandes responsabilidades.

Mesmo tendo delegado a função de mãe para a avó (bisavó de Fernanda), a genitora de Fernanda foi uma mãe nutriz, pois amamentou os três filhos. Fernanda narra que mamou até os três anos e dez meses, tendo parado apenas porque o irmão nasceu. Mediante isso, faz a troca do leite materno pelo “copão de gogó”, feito de “Mucilon”, leite e farinha láctea, dado por sua bisavó. “Eu tomava e ia para escola, pra eu poder aguentar chegar em casa meio dia.” Diz que só parou de tomar mingau aos dezesseis anos, o que também aconteceu com os outros dois irmãos, inclusive se repetindo o tempo de amamentação - três anos e dez meses.

Havia uma preocupação da bisavó em alimentá-la. “Minha avó [bisavó] acordava e dava café da manhã pra gente ir pra escola. Ela fazia ovo, angu, cuscuz.”. Recorda também que esta mandava duas “coxinhas de galinha” para Fernanda lanchar na escola. “Era muita comida, minha avó me entupia de comida. Minha mãe diz que teve uma época que a médica passou uma dieta que era pouca comida e eu chorava de fome, aí minha avó me dava comida.”. Conta que foram muitas as tentativas de fazer dieta, sempre por iniciativa da mãe, mas que sua bisavó não seguia. Fernanda questiona se sua bisavó a tivesse deixado com fome, se ela teria emagrecido. Afirma que gosta de comer, como vemos nessa fala: “É porque eu gosto de comer, o mal é esse, porque eu gosto de comer.”.

Fernanda se considera muito infantil. “Eu acho que pra minha idade eu sou muito infantil; eu tenho essa noção. Eu gosto de coisas infantis, eu não sou muito adulta.”. Afirma que sempre foi muito apegada à bisavó e que esta fazia todos os seus gostos, deixando-a fazer tudo que desejasse. Além disso, dormiam no mesmo quarto. Sua bisavó sempre deu “mesada” de igual valor para ela, para sua mãe e para seus irmãos, colocando-os num mesmo patamar. Quando a bisavó morreu, Fernanda tinha quatorze anos e houve uma reviravolta na família, pois cada um teve que assumir responsabilidades. “Aí quando ela morreu, minha mãe teve que ser mãe; até então ela não tinha sido mãe, quem cuidou da gente foi minha avó [bisavó].”. A mãe voltou a estudar e teve que ir morar sozinha com os filhos em um apartamento. “A gente comia num restaurante que tinha perto. Eu dava banho no meu irmão, trocava meu irmão e levava pra escola e na volta também.”. Diz que a genitora nunca foi uma boa mãe, que quando chegava da escola não tinha almoço e que até hoje isso se repete com o irmão mais novo, pois este vai até sua casa pedir comida, enquanto sua mãe está distraída no celular.

Narra que sempre teve um relacionamento conflituoso com a mãe; brigavam de “sair no tapa” e ter que serem apartadas pelo padrasto. Segundo ela, sua mãe cobrava que arrumasse a casa, lavasse os pratos e o banheiro, então “batia de frente com ela”. “Eu via minha avó com 70 anos lavando o banheiro, por que eu vou lavar o banheiro pra ela quando ela tinha trinta anos? [...]; era muita guerra por isso.”. Diz que a mãe nunca foi de se preocupar com nada, sempre sendo negligente, inclusive para matriculá-la na escola, o que tinha que contar com outros adultos. “Ela não é uma boa mãe”. O relacionamento entre elas só melhorou depois que Fernanda casou.

Com o tempo, diz que passou a cobrar menos da mãe e a não se importar tanto. “Tipo, eu parei de ligar muito. Chegava meu aniversário e eu saía com meus amigos, não ia pra casa; natal, ano novo eu saía com meus amigos e deixava ela em casa, ela não estava nem aí... fui vivendo a minha vida afastada da dela.”. Observa que não teve ela como mãe, que foram criadas como irmãs e que apesar de certo distanciamento do pai, visto que se separou da mãe, ele, de certa forma, agia como pai, pois dava “mesada” e levava para passear final de semana, por exemplo.

Fernanda se julga uma pessoa “muito tranquila”, que não leva as coisas muito a sério: “eu só estou aqui de passagem, nada é meu, vou me estressar?”. Apenas relembra que quando era pequena a obesidade atrapalhava na hora da educação física e o problema que tinha (e ainda tem) nos pés, desde os seis anos de idade. Diz que isso “era chato”, pois tinha época que ficava muito ferido. “Eu sempre fui obesa. [...]. As crianças tiravam onda, me chamavam de pé de grude, de gorda, de baleia, tampa de rolha, chupeta de baleia, mas eu não me lembro de chorar por causa disso.”

Quando a bisavó morreu, Fernanda diz que “não tinha noção de muita coisa”, pois só tinha quatorze anos. Então, a partir disso, passou a ter maiores problemas com a mãe: “minha mãe foi começar a ser a minha mãe, aí foi problema né... nunca foi mãe e quis ser mãe do dia pra o outro.”. Fala também do apego a uma tia avó que morreu há uns seis anos e que até hoje se parar para pensar nela chora e fica angustiada. Guardou vários pertences dessa tia avó na própria casa: “eu fiz questão de ficar, porque pra mim é lembrança. Na minha casa inteira tem coisa da minha tia; meu marido diz que é coisa de morto, mas pra mim não, é coisa da minha tia que quando olho eu lembro dela.”.

Fernanda diz que sua rotina é “muito estranha”, pois não tem horários certos para dormir nem para comer. Chega em casa, após a faculdade, depois das vinte e três horas e vai comer cuscuz, macaxeira. No entanto, diz que não aguenta comer muito que passa mal; teve uma época que comia bastante e depois vomitava tudo, não por forçar o vômito, mas pelo excesso de comida que tinha ingerido. “Era porque eu comia muito, comia de ansiedade”. Ela diz que alguns médicos dizem que ela tem hipotireoidismo, porém no último exame que fez deu o contrário: hipertireoidismo.

Sobre filhos afirma que só pensa em ter depois dos trinta anos. “Quero não, muito trabalho, eu sou muito infantil. Eu quero acordar na hora que quero, dormir na hora que quero. Todo domingo ir pra jogo, sair.”.

Quanto ao seu corpo diz não estar satisfeita, pois queria ser um pouco mais magra (atualmente está com 105 quilos). “Mas também não vou morrer porque sou assim; não vou vomitar pra perder; mas se eu pudesse ser um pouco mais magra seria melhor.”. Apesar de ser bastante disciplinada nos estudos, Fernanda diz não conseguir cumprir dietas, pois é muito “chato”. Conta que é muito focada nos estudos porque quando era pequena costumava trocar muito as letras e que, por isso, até frequentava a psicóloga. “Eu não conseguia ler já que trocava as letras. Até hoje... eu não sei o que é, mas é assim, tem dia que estou bem, super tranquila, eu leio, entendo tudo, mas tem dia que acordo virada.”. Conta que, nesses dias em que não amanhece “tranquila”, termina esquecendo a comida no fogo; sai de casa e esquece de vestir roupas íntimas; se alguém lhe der um texto, ela lê dez vezes e não compreende o que está escrito. Na faculdade acontece da mesma forma: “se eu perceber que eu estou num dia que eu não entendo, eu desisto, eu nem leio mais, porque eu sei que não vai sair nada, aí eu paro.”

Sobre tais episódios diz que os percebeu mais quando já estava na faculdade, mas que lembra de coisas que aconteciam quando era mais nova, tipo, sair sem sapato ou sem meia. “Porque já acontecia, mas só que como não era uma coisa recorrente eu não ligava.”. Atualmente diz que esse tipo de “esquecimento” acontece umas duas ou três vezes na semana. Diz que as coisas “somem” da sua cabeça, “apaga um pedaço do tempo e eu não sei o que aconteceu nesse intervalo.”. Desde criança troca as letras: “eu trocava M e N e A e O, até hoje. Eu sei que tenho que escrever o M e não sai o M, escrevo N quando olho está errado. Eu como letra, eu escrevendo quando olho tá faltando as letras.”. Afirma não saber a

origem dessas coisas, acredita que seja “nervoso”. Diz que fica com a garganta queimando, com gastrite, agoniada e termina vomitando. “Eu lembro mais dessas coisas de esquecimento depois da morte da minha avó, de dar os brancos. Mas o pior é não entender as coisas, é ler e não entender.”. Comenta que já foi muito prejudicada com isso na faculdade, pois termina tendo dificuldade para apreender o conteúdo dado e não tendo bom rendimento nas provas. “Eu já entrei em desespero, já chorei em prova. [...] leio e não faz sentido, não bate uma coisa com a outra. Se não fizer sentido, eu não entendo a frase.”.

Fernanda diz que se considera uma “analfabeta funcional”, mesmo sendo uma universitária. “Esse negócio de ler, escrever e explicar depois, pra mim não dá, porque eu leio e não entendo o que está escrito. Às vezes, entendo, às vezes não; na maioria do tempo eu entendo, mas 25% eu não entendo.”.

Já perto de finalizar sua narrativa, Fernanda traz a história de seu nascimento e conta que passou do tempo de nascer e nasceu dormindo. “Eu tinha feito cocô na água e tava com dois laços no pescoço, já comecei errada: laçada, depois do dia, e feito cocô no líquido.”. Ela diz que sua mãe conta que se desesperou por não ter ouvido o choro dela ao nascer: “aí escutou quando o médico deu uns tapas e eu chorei, aí foi que eu acordei, aí pronto, eu só faço dormir; se eu não dormir oito horas por dia eu endoio.”. Comenta que, segundo sua mãe, ela precisa fazer terapia porque não é “normal”. “Eu gosto de juntar bagulho, sou acumuladora de lixo. Eu guardo pra não ir para o lixo, pra fazer algo com aquilo pra aquilo não ir para o lixo, garrafa pet, de leite; eu fico juntando.”.

Sobre o fato da mãe tê-la tentado abortar, Fernanda diz que isso não afeta ela e nos questiona: “eu sou muito fria por causa disso? Eu vou fazer o que? Eu vou morrer por isso?”.

Para finalizar, Fernanda faz um comentário sobre o tema da pesquisa que reproduziremos a seguir:

“Eu achei interessante o tema de sua pesquisa porque eu acho que às vezes acontece as coisas na vida da gente e é devido ao trauma. Eu acho assim, às vezes a pessoa nem sabe que tem aquele trauma, mas tem... Eu acho que eu já vim de um casamento que não deu certo, de uma gravidez perturbada da minha mãe. Minha mãe também não é muito normal, aí depois meu pai não morava comigo, fui criada pela minha avó e ela me deixava fazer tudo que eu queria, que se eu quisesse um boi minha avó comprava o boi. Tudo que eu queria ela dava. Aí depois ela faleceu e eu fui ficar com minha mãe e a gente nunca foi muito amigas, aí acho que tudo isso vai acumulando e deu nisso. Deu nisso d’eu ser meio perturbada.”.

3.5 CASO ANDRÉ

André tem quarenta e três anos e é solteiro. É o caçula de quatro filhos, dois homens e duas mulheres. Atualmente está com 125 quilos. Na maior parte do tempo, mora com a mãe, mas costuma passar um ou dois dias em seu próprio apartamento. Diz que desde a infância, quatro ou cinco anos de idade, tem problemas com o peso, “sempre fui chamado de gordinho”. Na escola, ele era, frequentemente, chamado de “baleia” e diz que odiava isso, mas que, de certa forma, era “obrigado a engolir” para evitar brigas e confusões com os colegas. Foi educado no sentido de evitar brigas e confusões, portanto, não revidava e se afastava.

Continuou com problema de peso na adolescência, período em que fez várias dietas sem concluí-las, pois diz que terminava enjoando e por isso abandonava a mudança alimentar, assim “emagrecia e voltava a engordar”. Fez muitos tipos de dietas sem sucesso: “fiz dieta da lua, comia mais verdura, tirava doces, mas nada; não resolvia e abandonava tudo.”. Narra que, quando tinha uns dez anos, seu pai se preocupou com seu peso, pois estava “mais gordinho ainda”. À medida que foi crescendo diz que o peso ficou um tanto “disfarçado”, mas que, mesmo assim, nunca esteve satisfeito com seu corpo: “entrei na adolescência, mas sempre insatisfeito com o corpo, me achava desajeitado, o corpo parecia meio estranho, não era do jeito que gostava, porque, afinal, tinha a barriguinha que me incomodava.”.

André recorda que sempre comeu mais que seus irmãos e que, inclusive, havia pessoas que “se espantavam com a quantidade que comia, mas comia porque sentia vontade mesmo.”. Diz que com a idade seus pais foram ganhando peso. Atualmente, acredita que seu peso está relacionado a uma alimentação mais calórica e ao metabolismo lento. “Necessito fazer sempre caminhadas para acelerar o metabolismo e ter mais energia, pois o excesso de peso atrapalha.” Além disso, pontua uma possível relação entre peso e emoções: “acredito mais hoje em dia que o peso, no meu caso, pode realmente estar associado a questões emocionais.”. Ele nos fala que faz análise há 10 anos, pois acredita que as emoções precisam ser trabalhadas, “pois elas são capazes de engordar um corpo quando não são faladas e colocadas pra fora na fala ou mesmo tentar resolver insatisfações, frustrações por coisas em geral.”. Diz estar convencido de que este pode ser um fator preponderante num corpo que esteja com excesso de peso.

Ao pedirmos para que falasse mais sobre isso, nos revela algo que ouviu de sua tia, há alguns anos e que lhe chamou atenção. “Ela gosta muito de ler e mencionou uma vez anos atrás que as emoções presas e não trabalhadas, de alguma forma, podem engordar um corpo.”. Diz que quando ouviu isso percebeu que, no seu caso, fazia muito sentido esse entendimento, pois, em sua análise, por mais de 10 anos, ele trata dessas questões, “conflitos em geral, insatisfações com relação ao meu peso, questões de relacionamento e alguns sentimentos de raiva que eu preciso trabalhar.”. Ainda sobre esse ponto, menciona sua relação com o pai, conflitos relacionados a situações e questões que precisou lidar por enxergar de um jeito e seu pai de outro. “E eu tinha que lidar, ter paciência e ver que na posição de militar ele teve a educação e maneira dele peculiar de ver a vida, mas, por anos, trabalho mais a fundo na análise estas questões e vou tentando elaborar.”.

Narra que sempre ouviu de seu pai que sua mãe engravidou dele sem que houvesse nenhum planejamento: “eles não queriam mais filhos; foi uma gravidez por descuido. Minha mãe não tinha enjoos e isso eu ouvi e me chamou atenção.”. Diz que ela só descobriu que estava grávida porque as pessoas comentavam que ela estava engordando, então foi fazer o exame e constatou a gravidez. Segundo o que ouviu dos pais, era um “bebê calmo, não era de chorar, pois me alimentava, me colocavam depois no berço e eu ficava bem.”. Sua mãe biológica faleceu antes dos quarenta anos, quando ele estava com três meses de nascido. Por um tempo foi cuidado pela avó materna. Seu pai, que era militar, vivia mais trabalhando e casou-se novamente um ano e meio depois do falecimento da esposa. Com isso, a nova esposa passou a cuidar de André e dos outros três filhos. “Eu soube que minha mãe tinha morrido quando eu tinha uns cinco anos; minha madrastra contou. Mas lembro que ouvi e entendi; não lembro de nenhum mal-estar, pois foi contado cedo.”.

Sobre sua mãe biológica, André comenta que sempre ouviu seu pai dizer que ela “era uma pessoa até certo ponto calada”. Quanto a sua morte, seu pai acredita que, quando ele estava com uns três meses de nascido, ela se submeteu a uma “cirurgia para não engravidar mais”, pois passou a apresentar algumas reações que o deixaram desconfiado, “mas ela dizia não ter nada”. Então, certo dia, “ela se sentiu mal e foi levada a um hospital, mas, parece, que nem chegou a ser atendida por um médico, pois no caminho mesmo faleceu no carro. Foi diagnosticada com infecção pós-cirurgia.”. Fala que, há um tempo, conversou sobre isso com uma médica conhecida e esta cogitou uma relação da morte pós-parto com problemas do

coração, fato que não se considerava há 40 anos, mas que possivelmente ocasionou algumas mortes, pois as mulheres apresentavam questões cardíacas que não eram investigadas pelos médicos.

Conta que, por ser militar, seu pai tinha algumas atitudes machistas reprovadas pela madrasta, como a proibição de usar “creme de cabelo” (proibia ele e o outro irmão), “pois dizia que isso era coisa de mulher.”. Além do uso de algumas roupas como “macacão”, mesmo que à época meninos já usassem esse tipo de roupa. Diz que, com o tempo, “ele foi relaxando mais [...]; acredito que o comportamento militar dele naturalmente nos trouxe algumas tensões.”. Também afirma que, de certa forma, sua madrasta foi parcialmente submissa a ele; “fazia certas coisas para não desagradar a meu pai.”.

Quanto à forma militar do pai educar os filhos, André fala que, em parte, foi bom; “devido à questão de organização e disciplina”. Por outro lado, havia condutas e exigências desnecessárias: “ele não queria que eu usasse certas roupas e também xampu, achava isso excesso.”. Até certo ponto, acha que era comum ele levar “um pouco de militarismo para dentro de casa”, apesar dele (do pai) não admitir que fizesse isso. “Afinal, mais de trinta anos de vida militar, ele carregava com ele o rigor e disciplina de lá; estava fazendo parte dele né. Tinha coisas que não concordava na adolescência e evitava fazer.”.

Sobre sua relação com a madrasta, diz que ela o “educou bem” e que sempre gostou dela. “Sentia como se fosse minha mãe mesmo, chamava de mãe, pois comecei a ter contato com ela bem pequeno. Pra mim, foi um processo natural; conhecendo e me adaptando; chamei de mãe logo.”.

3.6 NOTAS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESCUTA

A proposta de escutarmos narrativas de sujeitos falando sobre si mesmos e a história de sua obesidade, inicialmente, nos soou como um desafio que, talvez, nos levasse a não alcançar o objetivo dessa pesquisa. Em meio a essa incerteza, aceitamos prosseguir e oportunizar a palavra na espera que esta cumprisse “sua função de encontro com o sentido, articulando significantes” (Neto & Rocha, 2015, p. 161), criando um espaço possível para trazer à baila experiências que ficaram presas ao corpo. Sem, contudo, negligenciar que sempre algo fica de fora, por resistir a esse processo simbólico.

Ao compartilharem suas experiências houve a possibilidade de se recuperar as narrativas de partes de suas histórias, tendo em vista que não fizemos um acompanhamento clínico desses sujeitos. Houve apenas um encontro em que foi pedido a cada sujeito para que desse um depoimento acerca de sua obesidade e história do corpo obeso, o que se desdobrou em histórias narradas acerca do próprio drama, sofrimento e experiências traumáticas.

Inicialmente, almejávamos trazer as possíveis vivências traumáticas à palavra, fazendo-as sair da concretude corporal para alcançar uma articulação simbólica possível. Todavia, para além disso, foi possível, antes de qualquer coisa, preservar a dialógica do encontro humano, oferecendo um acolhimento interessado sobre a elaboração do vivido. Na escuta de cada sujeito foi possível, não apenas, deixá-lo construir sua própria ficção sobre o que se passou em sua história de vida, mas, sobretudo, fazê-lo diante de uma testemunha com função de interlocutora, atenta a cada palavra dita, atenta ao registro do que se passou.

Desse modo, o recurso da narrativa viabilizou que essa experiência de escuta fosse posta em prática fazendo da ocasião não apenas uma etapa de pesquisa, mas um momento para sujeitos falarem sobre seus corpos obesos, podendo fomentar, *a posteriori*, o desejo de interrogar sobre o sem-sentido que o corpo mostra.

4 CORPO COMO TESTEMUNHA: O TRAUMA NA OBESIDADE

O propósito desse trabalho foi verificar a relação da obesidade com uma experiência traumática. Entendemos a obesidade como um sintoma e, como tal, questionamos se ela não decorre de uma inscrição no corpo de uma experiência traumática que não pôde ser simbolizada, ou seja, traduzida em palavras. Levantamos esse questionamento com base na perspectiva ferencziana do trauma, pois ele considera o corpo como depositário daquilo que não pode ser pronunciado.

Na escuta do sofrimento de seus pacientes, Ferenczi não privilegiou apenas o que era comunicado pela linguagem verbal, mas também deteve sua atenção ao que era transmitido por uma linguagem corporal. Com essa perspectiva, Ferenczi escutava e acolhia a dor, o que, ao mesmo tempo, oportunizou uma inovação na terapêutica psicanalítica quando direcionava também sua atenção para aquilo que o corpo estava a comunicar.

Para firmar a elaboração de suas concepções relativas ao traumatismo, Ferenczi lança mão da técnica de relaxamento e neocatar-se por ela favorecer a regressão, acessando onde não há memória psíquica, por uma expressão de um simbolismo corporal (BOKANOWSKI, 2000).

De acordo com Pinheiro (1995, p. 98), com essa nova técnica, Ferenczi tenta “oferecer a esses pacientes a possibilidade de cobrir o buraco deixado pelo evento traumático”. Frente a essa proposta, a vivência corporal do trauma, no processo analítico, “será a possibilidade da reconstrução, da integração do paciente com a sua própria história.”.

Nessa abordagem, o corpo é o guardião de uma inscrição sensorial na ausência de uma inscrição psíquica, pois nas próprias palavras de Ferenczi ([1932] 1990), quando da falha do sistema psíquico, o organismo começa a pensar.

No caso da obesidade, pressupomos um corpo que se expressa no excesso, pois diante do evento traumático não foi ofertada, ao sujeito, a oportunidade de representação da experiência. Logo, restou ao corpo guardar a lembrança do trauma e ao analista cabe intuir o que este corpo excessivo quer dizer, pois este está repleto de palavras aguardando decifração.

Ante essa compreensão, podemos supor que não haverá tratamento médico que dê conta daquilo que não cessa de se expressar e se repete na tentativa de uma elaboração psíquica. Pois, se o sintoma diz respeito a um processo

inconsciente, ligado a conflitos psíquicos ou a um trauma que não encontrou o caminho da representação, o corpo torna-se lugar possível para receber o que não foi simbolizado. Assim, teremos o quadro da obesidade se repetindo mesmo frente a todas as artimanhas conscientes para contê-la, como as cirurgias, dietas, exercícios físicos.

Nesse caso, ao corpo resta a incumbência de trazer, na análise, a memória traumática numa tentativa de elaboração psíquica do traumático, visto que há uma história que não foi falada, apenas vivida, ficando aprisionada no corpo. Segundo Pinheiro (1995, p.99), o analista torna-se, então, “testemunha de uma mensagem que lhe chega cifrada e que cabe a ele nomear, arrancando do corpo uma palavra humana, desincumbindo o corpo do seu papel de porta-voz de palavras inaudíveis.”.

Para Ferenczi (1930/1992), o que estava em jogo era a construção da cena traumática que, por ter perdido a voz, tornou-se apenas uma sensação corporal. É nessa direção que, segundo Pinheiro (1995, p.111), caberá ao analista “emprestar a sua própria fantasia e construir uma versão para o que não tem memória nem palavra. Lançar mão do seu lugar de objeto possibilitador de introjeção.”.

Na neocatarse, enfatiza-se a diferença de línguas. É necessário, segundo Ferenczi, uma sintonia de linguagens para poder decifrar a criança que irrompe durante as sessões, para se ouvir este corpo que fala por intermédio de sensações físicas – um corpo que, em última instância, aprisiona tudo o que foi expulso da inscrição psíquica do trauma (PINHEIRO, 1995, p. 111).

Talvez possamos pensar que essa fome excessiva, essa compulsão de ingerir, seria uma tentativa de preencher o buraco, o vazio interno, ou de engolir o que lhe falta, o sentido. Em outras palavras, o sujeito come tentando curar-se desse esvaziamento de sentidos. Se a compulsão à repetição, como vimos, “é um movimento necessário à estruturação da vida psíquica” (Neto & Rocha, 2015, p. 157) e as “introjeções, conversões, substituições e outros sintomas patológicos nada mais são, [...], do que tentativas feitas pelo paciente para curar-se a si mesmo” (Ferenczi, [1909] 2011, p. 101), podemos então argumentar a obesidade como uma solução encontrada para tentar regenerar aquilo que ficou atrofiado: a capacidade de simbolização de eventos traumáticos que geraram sofrimento.

O percurso teórico que fizemos, trabalhando do corpo ao trauma, permite agora que nos debrucemos sobre as narrativas analisando e discutindo o material colhido.

Nas narrativas apresentadas no capítulo anterior, pudemos observar como, muitas vezes, o corpo estava a comunicar mais que as palavras, seja pela sua simples presença ou por sua postura diante do outro e frente ao próprio relato. Um corpo que toma espaço fora, inchando à medida que o vazio de dentro cresce.

Adiante, analisaremos e discutiremos as narrativas priorizando o singular de cada caso. A psicanálise centra-se no singular de cada sujeito para compreender os sintomas e suas marcas constitutivas, pois Freud (1917/2006) afirmava que o sintoma possui um sentido e ele está relacionado às experiências de cada um.

4.1 LUANA: DO TROPEÇO AO CAIR EM BUSCA DE SENTIDO

Iniciaremos a discussão enfocando o posicionamento de Luana em seus relacionamentos. Em sua narrativa, fica posto que Luana assume uma posição passiva e de dependência frente ao outro na relação. Esse modelo que se origina na relação com sua mãe se repete nas relações com o outro, especialmente em suas relações amorosas.

Luana atribui ao outro a razão de sua obesidade. O outro é quem a faz comer “porcaria” e beber bebida alcoólica que “engorda” (sic). É o outro quem a induz a ingerir o que lhe faz mal. Sua posição passiva, sua aceitação, sugere que, através desse sintoma, ela possa estar repetindo situações arcaicas onde ela ficava à mercê do outro.

Ora, estamos pressupondo que diante de uma situação de sofrimento (como aquela em que seu pai a tentou trocar), na infância, em que Luana tenha buscado no outro adulto uma resposta que a possibilitasse compreender o ocorrido, não foi ofertada a Luana outra reação senão uma opacidade muda frente ao vivido. Se colocar nessa posição de buscar algo que não se é capaz de construir sozinha nos fala da vulnerabilidade intrínseca da criança que se dirige ao adulto na esperança de que este lhe dê não só o alimento, também carinho e palavras.

Desse modo, parece que Luana repete também essa busca em direção ao outro aceitando o que é oferecido, mesmo que a oferta que faça “mal”, porque, na

verdade, nessa repetição tem-se a chance de “tropeçar” e cair naquilo que se busca desde outrora: o sentido.

Luana cai na repetição das palavras sem adentrar numa cadeia significativa. As palavras são ditas, mas não são significadas, são automáticas, sem produzir efeito simbólico. Elas são postas para fora numa tentativa de que retornem com sentido; sem esse efeito, Luana que busca “engolir” sentido, engole a comida. E como isso também não produzirá o efeito desejado, o ciclo repetitivo se processa indeterminadamente. Trata-se de uma tentativa de esbarrar com o “lugar do entrave” para desfazê-lo. “A impossibilidade de inscrição do que não tem representação, e sua respectiva insuportabilidade, produz automatismos de repetição.” (NETO & ROCHA, 2015, p. 160).

Como dissemos, Luana mantém uma relação fusional com a mãe que supomos construída desde o princípio pela falta da presença paterna para fazer corte. Mais afeito a bebida alcoólica que ao cuidado das filhas, o pai se afirma como uma referência negativa, cabendo somente à mãe essa tarefa.

Esse aspecto é tratado por Mieli (2002) quando se refere ao corte, um traço da função paterna, como uma possibilidade de inscrição simbólica. Na falta desse corte simbólico, inscreve-se no real do corpo aquilo que deveria ter sido representado. No caso de Luana, o pai intervém, mas para tentar fazer um corte radical, uma separação radical e não uma interdição. Se de um lado ele tenta separá-la da mãe dando-a para outra pessoa, por outro, a coloca como objeto de troca para alimentar seu vício de bebida, como se ela tivesse o mesmo valor. Nesse contexto, as relações com seus pais se colocam no plano dos objetos ingeridos. Luana sempre se coloca nesse lugar de troca, como objeto para comer e beber. Ela namora para comer ou come para namorar.

Entendemos que a busca insistente pela cirurgia bariátrica, ou seja, fazer um corte radical no corpo, é da mesma natureza do corte feito pelo seu pai. Por isso que diante das duas tentativas frustradas de realizar a cirurgia, Luana recorre ao suicídio.

Essa atitude do seu pai foi repetida inúmeras vezes por sua mãe com rancor e decepção. Qual, então, a intenção de sua mãe ao assim proceder? Afastá-la definitivamente do pai e mantê-la sempre ao seu lado? O fato é que Luana indica esse ato narrado pela mãe, como sendo traumático.

Questionamos o que ela entendeu da situação, qual o sentido que deu para o fato do pai tê-la tentado trocar. Inicialmente, ela justifica o fato dele nunca ter sido um bom pai. Ao mesmo tempo, diz que ele nunca “quis conversa” com a irmã, dando a entender que com ela era diferente. Fala de outras coisas e mais adiante volta ao assunto, atribuindo a atitude do pai ao álcool: “só foi por conta do álcool, porque meu pai era louco por mim.”.

Luana narra certa repulsa do pai para com a irmã e, em contrapartida, uma admiração por ela. Fala da desconfiança paterna de sua irmã não ser filha dele; quanto a ela, ele não tinha dúvidas, pois se parecia fisicamente com ele. Vemos que Luana tenta encontrar razões e respostas que indiquem e resgatem o amor do pai por ela, tentando reconstruir algo que foi despedaçado, dar um sentido tardiamente para um acontecimento que ficou sem compreensão.

A confiança se vê ameaçada quando o adulto não corresponde à expectativa da criança: alguém que irá escutá-la, acreditar nela, compreendê-la e ajudá-la a se representar o que aconteceu. [...], pois é o adulto que lhe permite o acesso ao simbólico, ‘a colocação em palavras’, condição necessária para o acesso às representações de palavra. (PINHEIRO, 1995, p.82).

Segundo tal perspectiva ferencziana, quando o adulto não dá essa devolutiva, impedindo a representação do ocorrido, vê-se prejudicada a função de suporte da introjeção. Em seu texto “O conceito de introjeção”, Ferenczi (1912 [2011], p. 209) nos fala da introjeção “como a extensão ao mundo externo do interesse, autoerótico na origem, pela introdução dos objetos exteriores na esfera do ego.”. Ele deixa claro que “todo amor objetal” é uma extensão do ego, pois, “em última análise, o homem só pode amar-se a si mesmo e a mais ninguém; amar a outrem equivale a integrar esse outrem no seu próprio ego.”.

Decerto, Pinheiro (1995) pontua que Ferenczi é incisivo quanto à introjeção ser o único meio possível de um sentido ser apropriado. Ora, é através da introjeção, pela inclusão do objeto, que o aparelho psíquico começa a ser povoado de representações.

São as representações investidas pelo objeto e, por conseguinte, o próprio mundo simbólico de que o objeto é portador, que a introjeção visa incluir na esfera psíquica. O fator primordial, para Ferenczi, é o fato de que a introjeção diz respeito à linguagem, ao mundo de representações do objeto, à ordem de valores, ao investimento e ao sentido [...]. Em Ferenczi, o objetivo da introjeção refere-se sobretudo à subjetividade; trata-se de trazer

para a esfera psíquica os sentimentos do objeto, este funcionando apenas como suporte das representações já investidas que traz consigo. Essas representações carregadas de sentido possibilitam ao aparelho psíquico apropriar-se do que lhe falta: o sentido. (PINHEIRO, 1995, p. 46).

Trouxemos essas contribuições ferenczianas acerca da introjeção porque elas são importantes para se compreender a história de Luana. É a insistência da mãe de Luana em contar-lhe essa mesma história que se torna sem sentido, porque ao gesto do pai ela, Luana, consegue justificar pela bebida, ao passo que a repetição da mãe cristaliza o acontecimento.

Sabendo que o desmentido prejudica o percurso do processo de introjeção, no caso em questão parece que Luana ainda busca o sentido para o que aconteceu porque este não lhe foi dado. “A criança só pode ter uma palavra própria quando intermediada pela relação com o adulto.” (Pinheiro, 1995, p. 74). Nesse caso, da repetição materna sem sentido, essa palavra desprovida de valor simbólico impediu que o mundo simbólico materno fosse incluindo em seu aparato egóico. Essa operação, se bem sucedida, teria possibilitado a Luana se apropriar de representações carregadas de sentidos, colocando a experiência dentro de uma cadeia significativa; ou seja, dar sentido aquilo que não tem.

Privada de sentido, a alternativa de Luana é engolir as palavras “secas” da mãe e repetir isso ingerindo as “porcarias” (sic). Nesse caso, o efeito da palavra (materna) é indigesto. Quando a angústia assume patamares insuportáveis vêm as tentativas de suicídio.

Outro ponto que desperta atenção na narrativa de Luana diz respeito à própria Esclerose Múltipla que é uma doença autoimune e de causa ainda cientificamente inexata. A EM está relacionada a seus episódios de quedas, que ela retrata como “convulsão” e “epilepsia”. Durante sua narrativa, Luana menciona essas quedas, que ocorrem em momentos de “estresse” e ansiedade, “quando eu me abalo por qualquer tipo de coisa” (sic). Seu médico já comentou o caráter emocional de suas crises. Segundo os últimos exames a doença está estacionada.

No tocante a essas “quedas”, podemos considerá-las como *acting out* da mesma forma que as tentativas de suicídio. De acordo com Chemama (1995, p. 9), “o *acting out*, é uma busca de verdade, imita aquilo que não se pode dizer, por falta de simbolização.”.

O *acting out* é, pois, uma conduta assumida por um sujeito, e dada para ser decifrada por aquele a quem é dirigida. É uma transferência, embora o sujeito nada mostre. Algo é mostrado, fora de qualquer possível rememoração e fora de qualquer levantamento de um recalque. O *acting out* dá a ouvir a outro tornado surdo. É uma demanda de simbolização, exigida em uma transferência selvagem. (CHEMAMA, 1995, p. 8).

Como aponta Chemama (1995, p. 9), estaríamos no âmbito de um agir impulsivo e inconsciente que ocorreria sempre frente a um grande embaraço causador de uma extrema emoção, quando, para o sujeito, tornou-se impossível qualquer simbolização. No caso de Luana às tentativas de suicídio irromperam quando a angústia era insuportável, frente a situações em que se sentiu inútil, uma “porcaria”, quando “todo mundo tinha a sua vida”, menos ela (volta para casa materna deixando o marido em Curitiba; tendo ficado sem trabalhar e estudar); ou quando estava tentando se diferenciar, ser alguém separado da mãe. Luana passa então a carregar no corpo o que não consegue elaborar.

4.2. GLÓRIA: O DISCURSO MUDO, SEM VOZ

Quando a técnica da narrativa foi pensada como meio para acessarmos a história de vida e da obesidade de cada sujeito pesquisado, nos questionamos se seria possível com apenas uma entrevista e considerando o nosso pressuposto de que o sujeito obeso deposita no corpo aquilo que não pode ser falado, exatamente por uma falha no processo de simbolização, como então poderíamos identificar a relação da obesidade com um possível trauma? De fato, esse pressuposto foi se confirmando à medida que fomos colhendo as narrativas e, sobretudo, se apresentou nitidamente na narrativa de Glória.

Uma narrativa sem rodeios, sem minúcias, inclusive poucos detalhes sobre a própria obesidade. Glória mantém firme um relato sem “brechas” para suposições ou perguntas. A história narrada não dá abertura para que se entre em questões que digam mais sobre si mesma, sobre sua história de vida e sobre sua obesidade. Como que seu dito não tivesse sujeito, apenas um narrador, sem implicação subjetiva. Parecíamos estar diante de uma protagonista sem emoção, sem afetividade. Ao relermos seu relato parecia sem história, o que nos dificultou transcrevê-lo e mais ainda analisá-lo. Mas o corpo se fazia presente e era o que mais capturava nossa atenção.

A narrativa de Glória nos remete a um caso escrito por Radmila Zygouris (1993) que retrata uma história “quase sem palavras”, opaca, em que até o sofrimento não se atrevia a despontar. “Ela utilizava as palavras como que para não falar, apenas para ser conveniente. Não se fazer notar. Manifestamente, o ‘caso’ acontecia em outro lugar e não naquilo que ela me dava para ouvir.” (p.10).

É nesses termos que relembramos a narrativa de Glória, um discurso permeado por falas breves, por frases curtas, sempre a espera de uma pergunta para então responder de forma pensada e prática. Enquanto isso, nossa expectativa era de que algo do inconsciente emergisse e tomasse a cena.

Em toda a narrativa, a história da infância de Glória não aparece. Ao mesmo tempo, ela não dava espaço para que fizéssemos perguntas. Pareceu-nos claro se tratar de alguém com postura rígida, o que se revela também nas relações com o marido e os filhos.

Glória aparenta ser uma mulher decidida e que impõe suas vontades e escolhas, não admitindo recusas. Aparenta assumir uma posição dominante e ativa em suas relações. Narra um episódio de quando seus filhos eram pequenos, em que para descobrir qual deles estava “atacando a geladeira”, na madrugada, os ameaçou corta-lhes os dedos com uma faca, até que um confessasse a ação.

Parece que sua compreensão dos fatos é sempre taxativa e dura, não há flexibilidade. Tais fatos são resolvidos de forma objetiva e, muitas vezes, drástica e ameaçadora. Ao que parece, ela é tida como a pessoa da família capaz de resolver os problemas e arranjar soluções. Passa-nos a imagem de alguém que, desde muito jovem, sabe conduzir as situações da melhor forma, sendo útil, proativa e determinada. Seu marido assume a posição passiva no relacionamento, permitindo que Glória tome toda a cena na dinâmica familiar. Não fala de suas relações de forma afetuosa, parece que suas emoções estão anestesiadas.

A falta de uma narrativa que abarque sua infância nos impossibilita avançar num retorno às primeiras relações de afeto. Todavia, podemos ter sinais destas relações primárias pela forma como se relaciona com os próprios filhos e com o marido e, também, como vivenciou a morte da mãe.

Nesse cenário de poucas palavras, um aspecto salta aos olhos: o elo incontestável com sua mãe, cuja morte não foi capaz de desfazê-lo. Com ar de admiração e espanto, Glória comenta que depois da morte da mãe até as plantas

dela morreram, e exclama: “que interessante!”. A forma como relata a vivência da morte da mãe nos dá a entender que foi um “desligamento” traumático.

A morte da mãe é o ponto nevrálgico da história de Glória. Ela conta que estava grávida de sete meses, da primeira filha, quando sua mãe faleceu. Tiveram que fazer uma cesariana às pressas para retirar o bebê. A separação da mãe a faz separar-se da filha. Ora, esse é um momento singular de uma dupla ruptura simbiótica que se opera de forma drástica entre mães e filhas. Mas, ao mesmo tempo, uma vivência que se eterniza no corpo, pois Glória dá a impressão de ainda continuar grávida. Sua obesidade concentra-se na barriga, nos dando a impressão de estarmos diante de uma gestante.

A perda desse objeto de amor mobilizou nela uma experiência de perda de si mesma, tal qual Freud (1917[1915]/2006, p. 251) escreve em *Luto e Melancolia*: “isso, realmente, talvez ocorra dessa forma, mesmo que o paciente esteja cômico da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe *quem* ele perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém” (grifos do autor). Essa perda, nos diz Freud (1917[1915]/2006, p. 253), “aponta para uma perda relativa a seu ego.”, pois a libido que ficou livre não se desloca para outro objeto; mas se retira para o ego, estabelecendo uma *identificação* do ego com o objeto perdido.

No caso em questão, a morte da mãe significa uma perda irreparável, não apenas pela impossibilidade da volta da mãe, mas, sobretudo, porque, para Glória, inconscientemente, esta morte levou algo de si própria. Ora, para não ter que abrir mão do objeto amado, transforma essa perda objetal numa perda do ego e assim, fixada ao objeto, não é necessário renunciar a ele.

Faz sentido que, em seu relato, Glória destaca a barriga como a parte do corpo que a incomoda, mas essa aparente gordura tem a função de preencher o vazio deixado pela mãe, o que, ao mesmo tempo, a mantém, permanentemente, grávida, talvez uma forma de perenizar esse momento de ruptura com a mãe.

Logo, entendemos que Glória vivenciou a morte materna no real do corpo, o que nos indica que não houve uma operação própria do luto, sendo o corpo obeso (grávido) única testemunha do que não se inseriu numa cadeia significativa.

4.3 CÍCERA: A CRIANÇA MAL AMADA

Na experiência de narrar sua própria história, o sujeito tem a oportunidade de empregar sentido ao vivido de forma a legitimar seu papel como produtor de uma ficção própria acerca de sua trajetória de vida. Além disso, como já dissemos, têm-se a chance de ressignificar os eventos vividos, especialmente aqueles que se mantiveram à margem do campo do simbólico. A escuta da narrativa de Cícera nos proporcionou acompanhar mais nitidamente esse processo que descrevemos acima, visto que, via transferência, foi possível ao sujeito por em palavras seu sofrimento, produzindo, assim, um efeito de sentido.

Caçula de quatro irmãos, Cícera diz nunca ter ouvido falar sobre como sua mãe vivenciou sua gravidez. Todavia, ouviu comentários de que, na primeira gestação, sua mãe queria uma menina e seu pai um menino. Então, segundo fala materna, “Deus mandou gêmeos” (uma menina e um menino) e, assim, ambos puderam ficar muito satisfeitos. O discurso de Cícera nos mostra que ela guarda a impressão de que não foi uma criança desejada e ficando à revelia do aconchego materno.

A narrativa de Cícera nos apresenta um sujeito que, embora adulto, tem dificuldades para nomear seu sofrimento. Tal qual uma criança que ainda não conhece as palavras, ela nos demanda que fiquemos ao lado, como uma mãe, lhe guiando o caminho da associação. Diferente de Glória, que demandava que fizéssemos perguntas para que ela pudesse respondê-las (ao invés de narrar livremente sua história), Cícera demandava um interlocutor para lhe escutar e devolver o seu dito na tentativa de significar o que estava esvaziado de sentido.

Podemos dizer que estávamos diante do irromper da criança em Cícera, o que nos impulsionava, como adverte Ferenczi ([1930] 1992), a favorecer uma sintonia de linguagens para, então, ser possível decifrar a fala da criança e o que aquele corpo estava a comunicar. Parecíamos estar diante de uma criança que sentia medo de se expressar, por falta de confiança em si e no outro, o que ativaria o “fantasma” de ser rejeitada mais uma vez. Aos poucos, esse temor foi dando lugar à liberdade de poder falar, pois encontrara alguém disponível a receber, sem retaliar.

Sua postura nos diz de um sujeito que tem seu sentido de segurança fraturado, afinal, nem mesmo na mãe podia confiar porque podia apunhalá-la pelas costas. Ela mesma chega a mencionar que não tem “confiança em ninguém”, o que

nos remete a suspeitar que não houve a construção de uma confiança básica em sua infância, algo que lhe desse uma sustentação para sentir-se segura frente à sua existência no mundo e às frustrações que todo sujeito vivencia no decorrer da vida. Aqui podemos trazer uma contribuição de Winnicott ([1960] 1993) quando afirma: “é necessário que se edifique, no interior de cada criança, a crença em algo que não seja apenas bom, mas seja também confiável e durável, ou capaz de recuperar-se depois de se ter machucado ou mesmo perecido.” (p.44). Logo, ao que parece, Cícera foi se constituindo sem essa “confiabilidade mínima” (p.45) de que fala Winnicott, tendo como consequência um desenvolvimento pessoal com distorções.

A história que nos é contada fala de uma criança que, rejeitada pela mãe, é acolhida pelo pai. Todavia, essa espécie de “compensação” não se faz capaz de preencher o vazio deixado pela falta do amor materno gerando a repetição desse modelo nas relações construídas ao longo de sua existência. Inicialmente, Cícera nos conta essa rejeição por meio da figura de sua cunhada e, à medida que sua narrativa vai se desenvolvendo, essa rejeição vai atravessando todos os outros vínculos afetivos (irmãos, esposo, filhos) até desembocar, finalmente, em sua mãe. Podemos perceber que, durante seu discurso, as figuras femininas vão assumindo ênfase no que concerne a essa rejeição, ou seja, é a cunhada e a irmã mais velha que não gostam dela, assim como a filha mais velha que não a ajuda em nada e por isso sente que também não gosta dela. As figuras masculinas (como os irmãos), por remeterem-se à figura amorosa do pai, são mencionadas sem tanto pesar, além de que são o pai, o filho mais novo e o neto aqueles aos quais ela dirige seu amor.

Com Ferenczi ([1929]1992), podemos compreender os efeitos psíquicos gerados em crianças que foram “hóspedes não bem-vindos na família” (p. 48). Segundo ele, a partir dos casos que atendeu, todos os indícios atestam que as crianças fazem um bom registro dos “sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe” (p.48-9), o que fomenta uma quebra na vontade de viver. Nesse caso, o que Ferenczi pretende indicar é a probabilidade da criança acolhida com “rudeza e sem carinho”, se não morrer “facilmente e de bom grado”, se utilizar “dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se sobreviver, conservará “um certo pessimismo e aversão à vida.” (p. 49).

Há na história de Cícera um segredo que diz respeito a um acontecimento que nunca foi relatado, ficando à deriva, sem sentido algum. Um ato de violência de sua própria mãe em direção a ela que fez marca não apenas no real do corpo, mas

que também produziu consequências psíquicas por ter se constituído um trauma patogênico. Nesse episódio, como contamos no capítulo anterior, sua mãe lhe arremessa uma faca nas costas, deixando Cícera sem reação alguma. Ao que lembra, sua mãe fez isso em resposta a uma discussão sua com a irmã. Aqui, temos a figura da irmã despontando como elemento participante da cena que faz Cícera sentir-se um nada, uma coisa, algo sem importância; a partir disso, passa a ter uma existência “coisada” - palavra que repete, indiscriminadamente, sempre que não consegue nomear um sentimento ou experiência.

Na cena acima havia duas crianças discutindo, mas apenas uma é “merecedora” de tal “correção”. Mas, afinal, o que explicaria ou justificaria uma mãe atirar uma faca em sua própria filha? Talvez essa tenha sido a pergunta dela durante todos esses anos em que tentou encontrar sentido para o que aconteceu, mas apenas se esbarrou no “*silêncio de morte*”, aquele mencionado por Ferenczi (1934[1932] 1992, p. 111, grifo do autor). Esse acontecimento tomou o corpo, ficou guardado apenas ali, na carne. É a marca que ela diz que não gosta nem de olhar, mas que se expressa nos seus silêncios e no choro durante sua narrativa.

Ora, de acordo com tudo que temos trabalhado até aqui, pensamos que esse acontecimento deu surgimento a um trauma patogênico, não apenas pelo fato real em si, mas, sobretudo, pela incompreensão gerada, visto que, não houve, num segundo tempo, uma possibilidade de dar sentido, ressignificar a experiência. Afinal, além de cometer a violência, a mãe ainda pede: “não conte ao seu pai”, uma forma de dizer: fique calada, pois não há o que falar, isso morre aqui entre nós duas. O que, de fato, só não aconteceu, porque Cícera teve a oportunidade de falar sobre isso na experiência de escuta dessa pesquisa.

Sobre isso, Ferenczi (1934[1932] 1992) afirma que “o *comportamento dos adultos em relação à criança* que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma.”. Ora, a forma como agem diante dessa situação, portando-se como que nada aconteceu, ou demonstrando incompreensão, faz com que a criança se sinta “*punida*” e injustiçada. Ou, ainda mais, a resposta do adulto pode se configurar apenas em um silêncio mortífero (como no caso em questão) “que torna a criança tão ignorante quanto se lhe pede que seja.” (p. 111).

Ademais, vimos com a teoria ferencziana que a situação inesperada geradora do trauma advém de uma “confusão”, o que Ferenczi ([1932]1992) assemelha a

estar “perdido’ quanto à confiabilidade de uma pessoa ou de uma situação.”. Vejamos:

Estar perdido é: ter-se enganado; alguém, por sua atitude ou suas palavras, fez “cintilar” uma certa relação afetiva; o momento do desvario intervém quando se vai ao encontro de uma situação com uma certa representação antecipada e, no lugar disso, encontra-se uma outra coisa, frequentemente o oposto; portanto: ser surpreendido por alguma coisa. A confusão corresponde ao momento situado entre a surpresa e a nova adaptação (FERENCZI, [1932]1992, p. 84).

Eis que uma situação que tem efeito surpresa, como de um susto, compromete as representações anteriores. A criança esperava compreensão e amor e é surpreendida com um ato de violência que se faz incompreensível, aquilo ela não podia prever nem imaginar. Nesse caso, como nos relembra Pinheiro (1995, p. 81), “faz-se necessário, neste caso, reformular as representações de antes do ocorrido e incorporar uma nova, para poder se adaptar. Ora, no caso do trauma, o que bascula e não corresponde à representação prévia é a confiança.”.

No caso de Cícera, a confiança foi despedaçada, pois o adulto em quem confiava “cegamente” não correspondeu à sua expectativa de amor e nem ofertou a ela, num segundo tempo, a elaboração do ocorrido; pelo contrário, favoreceu que este não acessasse o simbólico, virando um tabu, um segredo incontável. A confusão gerada pela desmentido faz a criança se questionar sobre quem, de fato, não merece confiança, se o adulto ou ela própria; Cícera se questiona: “será que sou tão ruim assim?”.

Pinheiro (1995, p. 82) nos diz que, “a criança processa essa questão rapidamente, ‘incorporando’ o sentimento de culpa do agressor, tornando-se clivada, culpada e inocente ao mesmo tempo.”. Nesse caso, no psiquismo infantil “é mais seguro aceitar o sentimento de culpa do que abrir mão do objeto de introjeção.” (p. 82). Afinal, ao preço de um autodesmerecimento, Cícera segue sua trajetória interrompida, sem avançar em direção a uma existência criativa. Como que tudo ao seu redor conspirasse contra ela, para que nada desse certo; como a psicóloga que lhe rejeitou duas vezes, tendo seu filho conseguido vaga na primeira vez que tentou.

Desse modo, vemos Cícera imersa num impossível, buscando a situação do trauma, a partir de uma continuidade repetitiva. Como no caso trazido por Neto & Rocha (2015, p. 160), “sua recorrência ao sofrimento indica a possibilidade de voltar ao lugar do entrave, única chance de desfazê-lo”. Essa repetição em que Cícera se

encontra, como que presa sempre “à mesmíssima coisa”, um sujeito “impelido pela pulsionalidade habitual, sobre o mesmo trilho, às cegas, sem finalidade”, sempre se colocando como alguém de que ninguém gosta, talvez porque uma “coisa”, como sua mãe a fez sentir, não é digna de nada. No entanto, como vimos, a repetição também conserva um possível, um encontro, “algo da ordem do simbólico”, que poderá estabelecer “uma ruptura da continuidade repetitiva”, dando lugar à criatividade. (Neto & Rocha, 2015, p. 160).

Frente à doença da sua mãe e a negação da irmã de cuidar dela, Cícera se vê diante da oportunidade de refazer sua história com ela. Na devoção do cuidado dispensado à mãe, Cícera tem a oportunidade de mostrar a esta e a si mesma que não é “tão ruim assim”, que mesmo tendo sido “machucada” por ela podia agora continuar sendo obediente, mantendo o acontecimento enterrado. Quase que como uma recompensa tardia, sua mãe lhe dar a ouvir, dizendo aos outros: “a minha filha é tudo pra mim, não fosse a minha filha...”. Em contrapartida, para Cícera não foi suficiente, “queria que reconhecesse logo”, pois havia um vazio ainda maior, referente a tudo que se constituiu depois do vivido traumático. Não era possível agora ser tudo para mãe quando durante sua existência foi levada a crer que não era “nada”, afinal, algo continuava sem explicação, sem sentido. Talvez, até o fim da vida da mãe, Cícera esperou pela resposta, por uma palavra que desse sentido àquilo que não fez nenhum sentido.

Essa experiência traumática narrada por Cícera atravessa o corpo literalmente, cortando a carne e deixando uma cicatriz. Na impossibilidade do encontro com a palavra metafórica, “capaz de promover uma aproximação do indizível” (Neto & Rocha, 2015, p. 163), Cícera, tal qual uma criança, ainda sem palavras, apenas come e chora, “aí dá aquela vontade de comer, aí eu vou e como, e vontade de chorar e choro”, gerando assim um corpo obeso que se adianta a mostrar que algo não vai bem. Nesse caso, parece que as palavras estão sendo enterradas nele, e Cícera chora por não conseguir dar outro destino àquilo que lhe trouxera (e traz) sofrimento. “[...] Desse modo, o corpo funciona como palco do esforço para nomear a experiência afetiva do trauma, fazendo com que a pulsão possa ser representada.” (Neto & Rocha, 2015, p. 163).

Pensamos que ao aceitar narrar sua própria história, Cícera tornou possível um encontro com a palavra, com o que precisava ser dito, desenterrando o que ficara preso, não apenas, na sua infância, mas agora também com a mãe morta.

Cícera desincumbiu o corpo de ser a única testemunha do ocorrido, elegendo-nos agora como uma testemunha possível de lhe devolver uma “palavra humana” (Pinheiro, 1995, p.99), para então poder refazer o vivido, reconstruí-lo, preenchendo, assim, o buraco deixado pelo trauma. Deu-se a interrupção do que estava proibido de ser pronunciado e com isso abre-se uma brecha para que, posteriormente, Cícera possa tentar elaborar algum sentido, ou sentidos possíveis, ao sofrimento que foi vivenciado sem chance de articulação simbólica.

4.4. FERNANDA: UM QUASE ABORTO

Diferentemente das três histórias apresentadas anteriormente, a narrativa de Fernanda nos parece um daqueles típicos casos de obesidade, em que desde criança, e nesse caso desde bebê, havia um sofrimento relacionado à questão do peso.

A história narrada por Fernanda é iniciada contando a origem de sua mãe, ou seja, uma gravidez não desejada pela mãe da sua mãe. Esta já adulta engravida de um jovem adolescente e quando a criança nasce a dá a ele para que resolva o que fazer. Sua mãe, portanto, passou a ser criada pela avó paterna. Na adolescência sua mãe repete a história do pai, pois gera uma filha (Fernanda) que, ao nascer, também é deixada aos cuidados da mesma avó que acolheu sua mãe. Curiosamente, Fernanda se refere à bisavó como avó, indicando com isso que esta e a mãe ocupam o mesmo lugar.

Um ponto a destacar é que, antes de seguir o mesmo caminho de sua mãe, ou seja, dar a criança para ser cuidada pela avó paterna, resolveu abortar, talvez evitando o mesmo destino. Apesar das várias tentativas, o aborto não se concretiza. Durante a gravidez engorda quarenta quilos e Fernanda nasce gorda, tanto que não coube em nenhuma roupinha, tendo que ser enrolada num lençol.

Vê-se então que a questão do peso tem relação com a sua mãe e com sua bisavó paterna que se preocupava sobremaneira com sua alimentação; o que torna o significante “gorda”, para Fernanda, não apenas, um definidor de si mesma, mas também algo que a mantém ligada à sua origem, por uma espécie de nó com o corpo materno que a tentou expulsar. Ora, o excessivo corpo materno faz eco no

corpo de Fernanda que cresce carregando sempre um peso a mais. Tanto que isso causa consequências para seus pés que se “estouram” para poder sustentá-la.

Uma vida marcada pelo sofrimento com o corpo obeso. Por um lado, o sacrifício das dietas impostas, por outro, as desobediências da bisavó em alimentá-la, retirando-a das dietas. Há uma especificidade na relação das mulheres da família com a alimentação e a gordura. Sua mãe engordara quarenta quilos na gestação e tinha o desejo de comer todos os dias um pacote de bolacha maisena com *Coca-cola* e macarrão com vinagrete. Ela amamentou os três filhos até os três anos e dez meses de idade. No que se refere à bisavó, no relato de Fernanda há sempre referência à alimentação: “ela acordava e fazia o café com angu, cuscuz, ovo”; “mandava duas coxinhas de lanche para escola”, “minha avó me entupia de comida”; “eu chorava de fome e minha avó me dava comida”. Vemos em seu relato essa presença do alimento, fazendo parte da sua história. Ela não só gosta de comer, mas o alimento também passou a fazer parte de sua vida ocupacional, pois seus empregos sempre foram em empresas alimentícias.

Seu primeiro emprego foi na empresa alimentícia *Mc Donalds*, onde engordou vinte quilos em cinco meses, visto ser regra do estabelecimento os funcionários só poderem se alimentar com a comida fabricada no local. “E foi ótimo, foram cinco meses feliz porque eu comia direto. [...]. Ai era bom, *Big Mac*, *sundae*, batata frita, refrigerante.”. Depois foi trabalhar no *Habib's*, onde diz que comeu muita *esfiha* e de lá foi trabalhar numa sorveteria. Ao ser questionada sobre seus empregos estarem sempre relacionados à alimentação, responde: “porque é comida e eu gosto de comer. Não tem coisa melhor que comer. Eu tenho esse problema: eu tenho prazer de comer, eu quero comer comida, comida é pra comer, boca é pra comer.”.

Apesar de seu discurso se centrar numa perspectiva de passar tranquilidade e aceitação com os percalços de sua história de vida, afirmando ser uma pessoa “de boa”, Fernanda nos pergunta se a consideramos uma pessoa muito fria por dizer que não “mexe” com ela o fato de a mãe tê-la tentado abortar. Mais do que a pergunta em si, chama-nos atenção a forma como nos dirige essa pergunta. Paradoxalmente, havia um sujeito com um posicionamento defensivo já justificando sua suposta frieza: “eu vou fazer o quê?”. Como que dissesse: “não há o que fazer. Melhor ter me tornado fria, do que ficar sofrendo por tudo isso.”. E, ao mesmo tempo, parecia estar nos direcionando um pedido para que interpretássemos sua forma de reagir, para que devolvêssemos para ela o motivo de “ser fria” e porque

razão o fato de quase ter sido abortada não “mexer” com ela. Segundo sua mãe, ela não é normal, mas não justifica se é por este fato. Fica em suspenso se a anormalidade referida pela mãe diz respeito à obesidade, à frieza ou ao fato de não reagir ao desejo da mãe de abortá-la.

Fernanda diz que “já começou errada”, se referindo ao seu nascimento e que por toda a sua história de vida ficou assim “perturbada”. Estrear na vida de uma forma “errada” parece-nos que não se configura a melhor forma de começar. Esse ponto nos faz questionar seu aparente posicionamento diante de nós, diante da vida. Sempre sorrindo, tranquila, “de boa”. Todo seu drama de vida nos é relatado sem relevância para ela, aparentemente eventos que não geraram nenhum abalo, mas, no entanto, ela se coloca como um erro.

Sobrevivente de várias tentativas de aborto, Fernanda, talvez, carregue em si um afeto sobre essa quase expulsão do útero de sua mãe. Pensamos que para qualquer sujeito, a ideia de ser quase expulso de algum lugar não se configura em nada uma situação confortável. Independente das inúmeras razões que possam ter levado sua mãe a tentar um aborto, interessa-nos aqui direcionar nossa análise para os efeitos disso em Fernanda. Podemos nos questionar sobre o enlace entre mãe e filha desde a gravidez; qual a qualidade desse encontro? Quais os efeitos desse “não desejo” materno nesse sujeito que irá escrever sua própria história?

Chama-nos atenção que não há explicitamente no discurso de Fernanda algo que remeta a um sofrimento por quase ter sido abortada ou, tampouco, algo que aponte um entendimento sobre o ocorrido, alguma justificativa encontrada, algo que traga algum sentido além daquele subentendido: a dificuldade de sua mãe de lidar com uma gravidez na adolescência. Parece apenas ter em mente a clareza de ter sido “um erro”, um erro que vai perpassando as fases: o erro de ter sido gerada, o erro de não se desintegrar com o chá abortivo (“o chá dela deu errado”), o erro de ter feito cocô no líquido amniótico, o erro de estar laçada, o erro de nascer dormindo e não chorando (como a maioria dos bebês) e o erro de nascer gorda demais.

Presumimos que há diversas formas de se analisar essa questão, mas podemos utilmente trazer a questão do trauma para essa discussão. Um bebê não desejado que, portanto, não foi pré-investido, talvez uma tentativa da mãe de refazer a história de sua própria origem que se torna ambivalente quando tenta livrar-se da gravidez. Aqui as tentativas de aborto podem se configurar para Fernanda um acontecimento traumático, não por saber do ato em si, mas por aquilo que não

acontece no a posteriori. As recorrentes acusações de que sua mãe “não é uma boa mãe” denotam que não houve uma tentativa de refazer a história oferecendo-lhe tudo que lhe caberia em sua infância. Pois, espera-se que nessa fase da vida infantil “a criança seja levada, por um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados, a perdoar aos pais por terem-na posto no mundo sem lhe perguntar qual era a sua intenção [...]” (Ferenczi,[1929] 1992, p. 50). No caso em questão, poderíamos acrescentar: perdoar a mãe por tê-la tentado se livrar da própria filha.

Em seu discurso, Fernanda declara que a genitora “nunca foi mãe”, visto que sempre esteve omissa nessa função. Todavia, acena que ela esteve presente pela via da alimentação, visto que a amamentou até os três anos de idade. Por sua vez, a relação afetiva com a bisavó também passa pelo alimento, desde que, por não poder amamentá-la, a levava para que a mãe assim o fizesse. A partir disso, passa a “entupi-la” de comida, como menciona Fernanda, retratando-a com aquela que fazia todos os seus gostos, os quais, em sua maioria, estavam relacionados à alimentação. Vemos, então, que as relações se dão pela via do alimento, o único elo entre essas mulheres; o que denota também que tem que ser sempre pela via do corpo.

Mesmo em face das acusações de Fernanda é possível notarmos que sua mãe assumiu essa função enquanto mãe nutriz, ou seja, mesmo na impossibilidade de ser uma “boa mãe” foi possível pela via da nutrição encontrar uma saída para seu drama. Se avançarmos nessa direção poderemos trazer à discussão a impossibilidade dessas mulheres (mãe e avó materna) de ficarem com seus filhos. Ora, isso também nos autoriza pressupor a experiência da gravidez como traumática, em que, ao não conseguir livrar-se da criança, suporta a maternidade pela via nutriz. Por isso que as demandas de Fernanda são sempre pela nutrição, uma fixação, indicando também uma situação traumática, que, segundo Freud ([1917b] 2006, p. 283), “apareceria em virtude da incapacidade de lidar com uma experiência cujo tom afetivo fosse excessivamente intenso.”.

Novamente, podemos retomar Freud ([1893] 2006) quando afirma que “qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos” pode atuar na constituição de traumas psíquicos. No caso trazido, há a história de duas mulheres (mãe e avó materna) impossibilitadas de lidar com suas gravidezes e ficar com suas filhas. Detendo-nos à mãe de Fernanda, é possível que engravidar a tenha feito reviver os afetos referentes a sua própria história de criança não desejada; um drama que

dificultou dar sentido à própria existência e à vida. Como chama atenção Seligmann-Silva (2015, p. 48) “[...] a concepção do traumatizado como alguém que sofre por conta da memória estranha que o habita sem estar integrada à sua psique.”.

Decerto, o que foi possível para sua mãe foi assumir e se adaptar à função de mãe nutriz, inclusive extrapolando o tempo de amamentação necessário à criança, a qual foi interrompida apenas pela chegada de um novo bebê. Fernanda, por sua vez, também tenta manter esse elo com sua mãe, trocando o peito pelo “gogó” (mamadeira), alimentação que perdura até os dezesseis anos; uma manutenção simbólica do ato que a mantinha ligada à mãe.

Ampliando essa discussão, podemos trazer Winnicott ([1951]1971) quando menciona a quebra de continuidade no cuidado, lacunas e interferências num tempo em que o bebê ainda não está pronto para entender essas ausências de forma satisfatória. É nesse sentido que Winnicott vai considerar a experiência traumática para a criança, o que acontece quando esta se torna incompreensível e para além do seu alcance. Segundo o autor, a mãe suficientemente boa se adapta quase que completamente às necessidades do bebê e apenas com o passar do tempo essa adaptação vai se tornando menos completa. “O êxito no cuidado infantil depende da devoção, [...]” (p. 24).

Com isso, por um lado, é possível compreender as queixas de Fernanda quanto às falhas do cuidado materno; e por outro, o entendimento do que foi possível à mãe fazer: adaptar-se assumindo a função de mãe nutriz, tomando o ato da amamentação, talvez, como regenerador, tentando estendê-lo, se pudesse, por toda a vida da criança. Uma tentativa de recompensar a criança por suas falhas em exercer sua função de mãe. Com isso, a criança cresce fixada na demanda pelo alimento, objeto que a mantém ligada à mãe. Talvez uma ligação que diz respeito ao único momento de ligação primordial que teve com essa mãe que “não é boa”, como ela mesma repete várias vezes.

Decerto, sua infância se perpetua na alimentação. Desse modo, Fernanda permanece infantil como forma de manter o enlace com a única coisa que era boa na relação com o outro materno. “Só parei porque meu irmão nasceu, porque eu não ia parar.”. Percebemos um gozo explícito, não apenas em sua fala referida à amamentação, mas também na forma como expressa isso.

Outro ponto que merece atenção, diz respeito à dificuldade para ler na infância, pois diz que trocava as letras; também estende esse percalço para a

atualidade, quando afirma: “até hoje [...] eu como letra; eu escrevendo quando olho tá faltando as letras”. É interessante atentar que Fernanda também se considera uma “analfabeta funcional”, pois diz que lê os textos e não entende. Vejamos, há uma dificuldade que circunda o campo da palavra. Na construção do texto as palavras são dispostas, primeiramente, pela junção das palavras; quando estas faltam ou são trocadas (como as trocas de M e N e O e A, mencionadas por ela) o sentido é alterado comprometendo a compreensão.

Podemos pensar que as letras “comidas” por ela denotam as lacunas incompreensíveis em sua história, aquelas em que não foi possível empregar sentido. Talvez por isso seu interesse pelos números, ao invés das letras, pois afirma que sempre gostou de matemática e nunca de português. Comenta casos em que tirou notas muito baixas em provas porque não compreendia o enunciado, então se questiona como que em outras avaliações, em que precisava daquele conteúdo, conseguiu ser bem sucedida? E responde: “É porque eu acho que já sabia, acho que tava tudo na minha cabeça, só que na hora de fazer a prova eu não conseguia ler. Eu lia a questão e não juntava uma coisa com a outra, aí ficava desencaixado. Não conseguia formar a pergunta pra responder.”. Ela se refere a coisas básicas que ela lê e não faz sentido, “não bate uma coisa com a outra; se não fizer sentido, eu não entendo a frase.”.

Ora, esse fato é interessante, pois expressa sua dificuldade com o campo da palavra, da leitura, cujo entendimento é da ordem do simbólico. E como já vimos anteriormente, no campo do traumático há um comprometimento do registro simbólico barrando a multiplicidade de sentido. Isso está presente em cada letra comida, em cada esquecimento: “some da minha cabeça, apaga um pedaço do tempo e eu não sei o que aconteceu nesse intervalo”. Como um “apagão”, os “brancos”, como ela chama. Fernanda parece saber de toda sua história, no entanto, parece haver uma lacuna, um espaço em branco, em que não foi possível dar sentido; os não ditos e mal-entendidos parecem fazer eco apenas no corpo.

Também é possível trabalharmos outro aspecto que diz respeito ao processo de introjeção. Vejamos, ao tentar colocar para fora (abortar) e não conseguir, a mãe de Fernanda desloca do mecanismo de expulsão para o de introjeção pela via do alimento, pois passa a comer excessivamente ao ponto de engordar 40 quilos. Podemos aqui fazer um paralelo com aquilo que Ferenczi ([1933] 1992) trabalha por “introjeção do agressor”. Segundo Torok e Abraham (1978), citado por Pinheiro

(1995), o termo trabalhado por Ferenczi, na verdade, diz respeito à “ausência propriamente dita da introjeção” (p. 52). Para facilitar a questão com a terminologia, os autores chamaram de “incorporação” a introjeção do agressor, quer dizer, essa introjeção que não acontece.

Nesse sentido, Pinheiro (1995, p. 52) afirma:

é exatamente porque a introjeção não pode se realizar que acontece a incorporação. Na impossibilidade de o processo de introjeção ir a termo, a solução encontrada pelo ego é a de fazer de conta que houve a introjeção.

Nesse caso, a “incorporação” é aquilo que “ocupa o lugar dessa não-inscrição”, o que indica que não há introjeção de sentidos dos quais o objeto é portador (Pinheiro, 1995, p. 52). Com efeito, ao incorporar o alimento, a mãe de Fernanda acena que algo em sua história ficou impedido de atribuir sentido, visto que é mediante o processo de introjeção “que o psiquismo pode se apropriar de um sentido dado pelo outro” (p. 48). Assim, o alimento é incorporado indicando uma falha no que diz respeito à apropriação do sentido, à linguagem e à produção imaginária. Aqui temos o ponto de encontro entre mãe e filha, pois Fernanda repete essa operação feita pela mãe, afinal, ela também incorpora o alimento, o que nos dá a entender que sua existência só tem sentido por essa via.

Faz-se importante lembrar também que Fernanda afirma que sua mãe não a considera normal, ora, podemos nos questionar o que significaria essa indicação da mãe acerca da filha? Parece que a mãe consegue, intuitivamente e de forma espelhada, acenar essa falha do registro do simbólico na filha, o que, ao mesmo tempo, está dizendo de si mesma.

Ademais, Fernanda também faz referência a uma disposição para acumular objetos, os quais ela diz que guarda para não irem ao lixo. “Eu gosto de juntar bagulho, sou acumuladora de lixo. Porque eu guardo pra não ir para o lixo, pra fazer algo com aquilo, pra aquilo não ir para o lixo, garrafa pet, de leite... eu fico juntando.”. Todo esse lixo a que se refere, ela guarda num “quartinho” que pertence a sua mãe: “ai minha mãe tem um quartinho e eu fico colocando tudo lá, até ela descobrir e jogar tudo fora.”. Ao que parece, ela introjeta no quarto da mãe os lixos de forma a acumular para que a mãe refaça o movimento de expulsão, dessa vez, jogando aquele lixo e não a filha fora.

4.5 ANDRÉ: O BEBÊ SOBREVIVENTE

De forma sucinta e clara, André narra a história de sua obesidade e o incômodo com o próprio corpo. Dá informações precisas e objetivas, sem adentrar em detalhes que possam dar vazão aos afetos. Um narrador quase técnico retratando sua própria história de forma a manter certa distância de tudo aquilo que foi vivido.

Ele é o caçula da prole e sua mãe faleceu três meses após seu nascimento. Sobre sua morte, pouco se sabe, pois o próprio pai revelou apenas suspeitar de complicações geradas por uma cirurgia para não mais engravidar. As incertezas e interrogações acerca do ocorrido faz André buscar, há pouco tempo, alguma resposta médica sobre o que de fato possa ter acontecido. Obviamente, entendemos que cada filho viveu de forma singular a morte prematura dessa mãe, todavia, no caso de André essa morte faz elo com seu nascimento, pois, de alguma forma, o que aconteceu foi consequência do último parto, visto que não queriam mais ter filhos.

Não há relatos sobre como essa mãe o acalentou, como cuidou dele, apenas a observação que este bebê fez de tudo para ser querido e para sobreviver. Era “calmo”, pois “não era de chorar”; por isso lhe davam aquilo de que dependia para continuar vivendo - a comida - e depois o colocavam no berço e ele “ficava bem”. Era no ato de amamentar que se sentia cuidado, muito embora, não haja uma clareza quanto a quem o alimentava. Frente a isso, André se constituiu fixado no alimento, o qual o permitiu sobreviver, pelo menos, fisicamente.

Sabemos com Winnicott (1896 [1971] 2013) da importância da alimentação como constituinte básica de um relacionamento humano e que, a partir disso, se estabelece “o padrão da capacidade da criança de relacionar-se com os objetos e com o mundo.” (p. 55). Para ele, tudo o que se passa com a criança na primeira infância se configura, de fato, muito importante. “O bebê é um ser humano, imaturo e extremamente dependente, e também um indivíduo que está tendo e armazenando experiências.” (p. 55).

Mesmo que André tenha sido acolhido por sua madrasta, a quem considera como mãe e que cuidou dele, chamamos a atenção para essas primeiras experiências, esses registros primitivos que marcaram sua vida pela via do corpo. Ou seja, uma experiência com uma mãe nutriz que se restringia aos cuidados

físicos. Esse tempo a que nos referimos é um tempo sem memória e, muitas vezes, sem testemunha. Mas, quanto a isso, sabemos que o corpo nunca se ausenta, pelo contrário, está sempre ali presente como testemunha do vivido.

É interessante atentarmos que Winnicott (1896 [1971] 2013) trata dessas questões em torno das demandas que o bebê apresenta a partir de seu nascimento. Ora, ao nascer o bebê “já pede cuidados humanos”, pois, nessa fase, o seu grau de maturidade demanda que haja um ser humano que o segure, o sustente, o alimente e cuide dele. Winnicott ainda acrescenta que mesmo sendo para a mãe conveniente usar o berço ou carrinho é primordial que, nesse estágio inicial, a mãe se adapte às necessidades de seu bebê, “pois neste período ela não tem nenhum outro interesse.” (p.54), ou não deveria ter, poderíamos completar.

Retomando a história que nos é narrada, passados os três primeiros meses de vida, em que tem se repetido o “descuido” de alimentá-lo e colocá-lo logo em seguida no berço, a criança vivencia uma ruptura radical com essa mãe, em decorrência de sua morte. Com isso, o bebê passa a ser cuidado pela avó materna, para, então, um ano e meio depois conhecer e se adaptar a uma nova “mãe”.

Considerando a importância fundamental do cuidado na primeira infância, podemos pressupor que, durante essa fase, houve um sofrimento que foi vivido a sós, sem testemunha, pois havia uma mãe preocupada em não mais engravidar, e que morre em decorrência disso, e um pai mais apegado ao trabalho do que à família. Ferenczi ([1932] 1990, p. 104) reflete sobre o termo “contra-Investimento” para explicar que é possível, mesmo depois de um trauma arrasador, ser ofertado à criança um socorro: “regação materno e o amplexo de braços sólidos”; isso irá favorecer um relaxamento completo e uma reparação. Queremos dizer com isso que, no caso em questão, é possível que, anos mais tarde, esse “contra-investimento” tenha sido oferecido por alguém, talvez pela madrasta ou até mesmo pela analista; todavia, quanto aos registros primitivos é muito provável que estes tenham ficado marcados no corpo fazendo sintoma.

Desse modo, André cresce “desajeitado”, insatisfeito com o corpo, como se não o reconhecesse como seu, pois este lhe “parecia meio estranho” e “não era do jeito que gostava”. Esse corpo era estranho porque era o corpo que o seu pai moldava sem qualquer vestígio de traço que lembrasse o feminino.

Relembramos aqui a menção feita pela teoria ferencziana sobre os traumas estruturantes, cujos sistemas de educação estão incluídos. Nesse caso, embora

façam parte desse grupo de traumas, um sistema de educação demasiadamente repressivo chega a ameaçar o ego, por não ser dado à criança o tempo necessário para organizar e metabolizar tal experiência. Em sua narrativa, André menciona a tentativa de elaboração, em análise, dessa educação repressora, o que sugere ter gerado efeitos em seu psiquismo.

Nesse relato do vivido há um detalhe que se revela ao fim de cada parte da dramática narrada: uma passividade diante de tudo que lhe ocorrera, como que tentasse amenizar ou justificar os fatos. O rigor do pai e suas condutas disciplinares justificadas pelos “mais de trinta anos na Marinha”; a morte da mãe “contada cedo” pela madrasta deixando-o imune a um “mal-estar”, apenas ouviu e entendeu. Essa mesma passividade nos remete àquela que se apresenta originalmente no bebê “calmo” que apenas come e dorme no berço, que “fica bem”. Parece que André assumiu essa posição diante de sua dramática existencial, levando-a também para a vida como forma de “ficar bem” e “calmo”, o que contrasta com “os sentimentos de raiva” que julga precisar trabalhar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso propósito neste trabalho foi verificar, em cinco narrativas estudadas, a questão da relação da obesidade com o trauma. Tal questão partiu de prática como residente (residência multiprofissional) no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes no Estado de Alagoas, na qual identificamos uma dificuldade dos sujeitos em falar sobre sua obesidade para além das questões objetivas como alimentação e aparência do corpo. Limitar-se ao corpo carne e imagem parecia indicar uma impossibilidade de articular a obesidade com a história de vida, ao mesmo tempo em que indicava certa impossibilidade de se desprender do real do corpo.

Nesse aspecto específico, há uma pobreza simbólica no sentido de fazer associações e trabalhar no campo das representações e foi isso que nos capturou e nos levou a pensar na obesidade como um sintoma em que o excesso de carne e de peso pode ser a mostração de situações traumáticas que, por falta de uma elaboração psíquica, marcou o corpo.

Essa linha de raciocínio nos direcionou a pressupor uma relação entre a obesidade e o trauma, visto que não apenas em Freud, como em Ferenczi, há uma compreensão de que experiências traumáticas terminam por marcar o corpo, em decorrência das palavras terem sido insuficientes para retratar o vivido. Além disso, em sua teoria do trauma, Ferenczi acrescenta que o corpo é depositário de uma inscrição sensorial quando da ausência de uma inscrição psíquica. Quer dizer, diante do evento traumático, em que não foi possível dar sentido, há um comprometimento da capacidade de ambiguidade e de polissemia. Essa noção nos autorizou desenvolver a relação entre trauma e obesidade, o que embasou nosso principal objetivo de pesquisa que foi investigar a possibilidade do trauma na constituição da obesidade e seus efeitos na capacidade de simbolização.

Utilizamos a narrativa como recurso para ter acesso à história de vida e da obesidade, mesmo cientes de que uma só entrevista não nos forneceria dados para uma análise de caso; mas, apostamos que qualquer discurso sobre uma determinada questão, ainda que limitado nas articulações, é revelador das formações inconscientes. Os sujeitos participantes foram convidados a narrar suas histórias no que concerne ao corpo e à obesidade. Sem que nenhum estímulo fosse

dado, cada sujeito narrou suas experiências de vida apresentando-as na ordem desejada e privilegiando acontecimentos que trouxeram sofrimento. Esse foi um ponto comum entre as narrativas, o que evidenciou que a história do corpo e, conseqüentemente, da obesidade, passa pelo campo das relações, em que se inscrevem as cenas que geram dor e incompreensão, barrando, assim, a construção de sentidos.

Segundo a pesquisa teórica que empreendemos e que apresentamos no decorrer dos capítulos deste trabalho, a inscrição traumática se dá quando o sujeito vive uma experiência que não pode ser traduzida em palavras, fazendo do corpo seu único guardião. As narrativas colhidas mostraram que há uma relação entre trauma e obesidade. Cada história narrada testemunhava situações de sofrimento, principalmente relativas à infância, à relação mãe/bebê, a questões edípicas. A teoria ferencziana mostra que o outro sempre está presente nas cenas geradoras de trauma, o que o leva a situá-lo como social. Evidente que em cada caso/narrativa essa relação com o outro assumiu conotações diferentes já que se tratava de histórias de vida distintas.

Recortar o fenômeno da obesidade na relação com o trauma não significa desconsiderar ou anular suas múltiplas facetas, afinal todo sintoma é multideterminado. Nosso interesse foi tentar encontrar nas histórias narradas elementos que conotassem prováveis situações traumáticas vividas nas relações com o outro que na ausência de palavras que as significassem encontraram no corpo o caminho de sua expressão. Vimos nas narrativas que elas dizem respeito a relações bem arcaicas. Tratar a obesidade pelo viés do trauma dá à doença um caráter mais complexo, envolvendo uma dinâmica psíquica distante da noção simplista de que o sujeito é obeso porque come muito. O sujeito registra no corpo aquilo que não foi possível dar sentido. No movimento da pulsão oral a comida substitui as palavras não pronunciadas ou as palavras adquirem consistência, como os alimentos. Sabemos que o sujeito não se alimenta só de comida, também de palavras. Neste caso a escassez de palavras fica substituída pelo excesso de comida.

Frente a uma situação traumática, o corpo funciona como depositário daquilo que não entrou no campo da representação. Como um guardião, ao corpo é confiado tudo aquilo que não foi possível ser falado. Nesse sentido, poderíamos pensar no corpo obeso como algo que se precise preservar, visto que, por essa

lógica, ele carrega em si experiências que, mesmo inassimiláveis, constituem o próprio sujeito. Ora, esse entendimento contribui também para pensarmos a problemática em torno da dificuldade de “perder peso”, pois perdê-lo poderia conotar um vazio não suportável, afinal o que se estaria perdendo seria o próprio sujeito.

Em quatro dos cinco relatos apresentados, as histórias de sofrimentos diziam respeito a algum tipo de rejeição vivida na relação com os pais. Isso quer dizer que, no decorrer da vida, o sujeito internalizou ou engoliu essa “não aceitação”, sentindo-se “desajeitado”, não merecedor da aceitação do outro, e pela repetição constitui um corpo objeto de depreciação. Por esse entendimento, manter-se gordo é uma forma de permanecer nessa posição, visto que é comum segregar o obeso, tratando-o de forma diferenciada por seu corpo estar incompatível com o modelo de beleza. Ao se reconhecer como indesejado evita criar expectativas em relação ao desejo do outro, minimizando os riscos de frustração.

No relato de Cícera, é possível observar esse sentimento de depreciação referido, em que ela está sempre interpretando que o outro não tem afeição por ela, como que não fosse digna de receber amor, nem, tampouco, ser objeto de desejo do outro. Suas relações estão sempre marcadas por esse traço que reflete sua experiência com o outro materno, pois seu discurso aponta que houve falhas nesta relação.

Outro ponto a destacar diz respeito à posição passiva diante do outro, o que se evidencia nos relatos de André e Luana. Há uma aceitação de tudo aquilo que o outro oferece, sem um questionamento mais crítico, mesmo que isso signifique receber algo que faça “mal”. Em sua fala, fica explícita a atribuição ao outro do motivo de sua obesidade, colocando-o sempre como parte das cenas que envolvem a alimentação; pois é sempre o outro quem oferece as “porcarias” que ela come e, por isso, engorda.

A história “quase sem palavras”, contada por Glória, retrata claramente a distância mantida entre o dito e aquilo que o próprio corpo estava a mostrar; como que não fosse possível tocar naquilo que faz seu corpo permanecer gordo, no seu caso, “grávido”. É provável que, além de estar preenchendo o vazio deixado pela morte da mãe, esse corpo também eterniza a vivência da dupla ruptura simbiótica que se opera entre mães e filhas. Frente a isso, Glória segue com suas emoções anestesiadas, cuja postura rígida tem a função de “protegê-la” desse sofrimento que não foi colocado em palavras, mantendo-o apenas no real do corpo.

No caso de Glória encontramos um ponto de tensão no que se refere a essa dificuldade acentuada para falar mais sobre seu corpo e sobre si mesma. A fala escassa nos remete ao fato de que não se estabeleceu uma transferência entre ela e a pesquisadora; o que se configurou mais um ponto de entrave além daquele já esperado pelo fato de termos tido apenas um encontro com cada participante. Esse foi um risco assumido ao optarmos pelo único encontro, em decorrência dos impasses e entraves já mencionados no início do terceiro capítulo (p. 82). Com isso, estamos cientes de que, possivelmente, mais de um encontro com cada sujeito nos daria muito mais material para trabalharmos na análise de cada caso.

No caso de Fernanda, temos um drama contado entre sorrisos e trocadilhos como que sua história não fosse levada a sério por ela mesma. Em seu discurso, chama atenção a repetição de se colocar como um erro, pois como ela mesma diz: já “nasceu errada”. Todavia, mesmo se considerando um erro, Fernanda parece lidar com sua dramática com a mesma força que teve para sobreviver às várias tentativas de aborto. Um caso típico de obesidade, em que a filha repete, em alguns aspectos, a história da mãe; talvez, única via encontrada para dar sentido a própria existência.

Ao pensarmos a obesidade pelo viés do trauma foi possível dar à doença um caráter de sofrimento psíquico que, muitas vezes, é ignorado não apenas pelo senso comum, mas pelas próprias ciências da saúde que focam suas atuações na redução do peso com dietas, cirurgias e exercícios físicos. A dimensão psíquica, quando não ignorada, é posta como fator que carrega pouca relevância, pois os fatores genéticos, hereditários, orgânicos, ambientais e sociais parecem ocupar posição privilegiada no tratamento da obesidade. A pesquisa demonstrou que apostar na palavra, dando voz ao sujeito, é um caminho possível para o tratamento da obesidade como sintoma que remete mais a processos inconscientes do que a um estado doentio crônico.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, M. F. O corpo no espelho da dignidade e da vulnerabilidade. **Mundo Saúde**, 2005, set; 29(3):325-35.
- ALBERTI, S. **Psicanálise e corpo, em pesquisa**. (prefácio). In: RAMIRES, H. H. A., ASSADI, T. C., DUNKER, C. I. L. (org.). **A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise**. São Paulo: Annablume, 2011.
- AKOFARÉ, S. Do corpo... ao discurso. **Revista transformações em Psicologia**. V 3, nº 5, 2010.
- BARBOSA, M. R., MATOS, P. M. COSTA, M. E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**, 23 (1), p. 24-34, 2011.
- BOKANOWSKI, T. **Sándor Ferenczi/ por Thierry Bokanowski**; tradução de Monica Seincman. São Paulo: Via Lettera, 2000.
- BOLIVAR, A. **A Profissão Professor: o itinerário profissional e a construção da escola**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.
- CANAVÊZ, F. O trauma em tempos de vítimas. **Revista Ágora**, Rio de Janeiro, v. XVIII, n. 1. Jan/jun, 2015, p. 39-50.
- CASTRO, A. Sobre peso y obesidad infantil: Tres de cada diez chicos com kilos de más. **La Nación**, Buenos Aires, 13/04/2004, p 09. Disponível em: [HTTP://www.lanacion.com.br/04/04/13/sl_591923.asp](http://www.lanacion.com.br/04/04/13/sl_591923.asp). Acesso em: 18/10/2015.
- CHAUÍ, M. Apresentação: Os trabalhos de memória. In: Bosi, E. **Memória e Sociedade: lembranças de velhos**. 3a. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994
- CHEMAMA, R. **Dicionário de psicanálise**; tradução Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.
- CLONNELLY, F. M. & CLANDININ, J. **Narrative and story in practice and research**. New York: Teachers College Press, 2000.
- CULLERE-CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- DAFUNCHIO, N.S. El refugio en el cuerpo. **Revista Actualidad Psicológica** dedicada à Obesidade, 300, 11-14. 2002.
- DAOLIO, J. **Da cultura do corpo**. Campinas, SP: Papirus, 1995.
- DIAS, M.G.L.V. **O Sintoma: de Freud a Lacan**. Psicologia em Estudo. V. 11, nº2, p. 399-405, maio/ago. Maringá, 2006.

ENDO, P. Rastros, restos e ruínas do trauma. Alguma coisa falta dizer em tudo que se diz, em tudo que se pode dizer sobre as catástrofes sociais e políticas empreendidas e vividas por humanos. **Revista Cult**, nº 205, ano 18, set. 2015, p. 52-57.

FAVERO, A. B. **A noção de trauma em psicanálise**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

FERENCZI, S. (1909) **Transferência e introjeção**. Obras completas, v. I, São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 87-123.

_____. (1912) **O conceito de introjeção**. Obras completas, v. I, São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 209-211.

_____. (1913) **Fé, incredulidade e convicção sob o ângulo da psicologia médica**. Obras completas, v. II, São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 31-43.

_____. (1931) **Análise de crianças com adultos**. Obras completas, v. IV, São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 69-83.

_____. (1932 [1985]) **Diário Clínico**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. (1929) **A Criança Mal Acolhida e Sua Pulsão de Morte**. Obras completas, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 53-68.

_____. (1930) **Princípio de relaxamento e neocatarse**. Obras completas, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 47-51.

_____. (1933) **Confusão de línguas entre os adultos e a criança**. Obras completas, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 97-106.

_____. (1934 [1931]) Reflexões sobre o trauma. **Da revisão de A interpretação de sonhos**. Obras completas, v. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 111-115.

_____. (1934[1932]) Reflexões sobre o trauma. **Da psicologia da comoção psíquica**. Obras completas, v. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 109-111.

_____. (1934) **Notas e fragmentos**. Obras completas, v. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 235-284.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FERREIRA, F. R. Cirurgias estéticas, discurso médico e saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 16(5):2373-2382, 2011.

_____. **Os sentidos do corpo. Cirurgias estéticas, discurso médico e Saúde Pública**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1º semestre de 2006.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 18ª Ed. São Paulo: Loyola, 2009.

FREUD, S. (1983a) **Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1893b) **Estudos sobre a histeria**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. II, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1896) **A etiologia da histeria**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. III, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1914) **Recordar, Repetir e Elaborar** (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, XII, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1915a) **Reflexões para os tempos de guerra e morte**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1915b) **Os instintos e suas vicissitudes**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, S. (1917 [1916-1917]) **Conferências introdutórias sobre psicanálise: teoria geral das neuroses (Parte III)**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1917a) **Conferência XXIII: Os caminhos da Formação dos Sintomas**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1917b) **Conferência XVIII: Fixação em Traumas – O Inconsciente**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1917[1915]) **Luto e melancolia**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1918 [1914]) **História de uma neurose infantil**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1920) **Além do princípio do prazer**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1930) **O Mal estar na civilização**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E.S.B. Direção de Tradução por Jayme Salomão, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FRANCISCHI *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, Campinas, 13(1):17-28, jan./abr., 2000. Disponível: < www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7919.pdf > Acesso em: 14 ago 2016.

GONDAR, Jô. Ferenczi como pensador político. **Cad. Psicanál.** – CPRJ, Rio de Janeiro, v. 34, n. 27, p. 193-210, jul./dez. 2012.

GRANATO, T. M. M., RUSSO, R. C. T., AIELLO-VAISBER, T. M. J. O uso de narrativas na pesquisa psicanalítica do imaginário de estudantes universitários sobre o cuidado materno. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 17 (1), p. 43-48, jan/jun , 2009.

GREEN, A. **Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

HENRIQUES, M.S.M.T. et al. O exercício da função materna em mães de filhos obesos na perspectiva da psicanálise. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** São Paulo, 18(3), p. 461-475, set. 2015.

KUPERMANN, D. A “desautorização” em Ferenczi: do trauma sexual ao trauma social. Na construção da cena traumática, o outro está no lugar de agente provocador, seja em ato, seja em fantasia. **Revista Cult**, nº 205, ano 18, set. 2015. P. 39-46.

LE BRETON, D. **Sociologia do corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

LIMA, N. R. L. B. **Lúpus O que dizem as mulheres?** Maceió: edições Catavento, 2011.

LOLI, M.S.A. **Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2000. São Paulo: Vetor, 2000.

MANDET, E. S. C. **La fascinacion de los significados una problemática acerca de la nocion de cuerpo em psiconalisis. Psicoanalisis com niños e adolescentes**, 4, p. 114-124, 1993.

MARQUES, C. P. A crise do corpo na sociedade contemporânea: uma reflexão à luz da filosofia e da bioética. **Revista BIOETHIKOS** – Centro Universitário São Camilo, 2012; 6 (4): 416-421.

MIELI, P. **Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos**. Tradução Vera Ribeiro e Ana Vicentini de Azevedo. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

MILLER, J-A. **Lacan elucidado: palestras no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

MORENO, M. M. A. & COELHO JÚNIOR, N. E. Trauma: o avesso da memória. **Revista Ágora**, v. XV, n. 1, jan/jun, 2012, p. 47-61.

NETO, E. B. & ROCHA, Z. Um corpo marcado, lugar secreto das palavras. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, 2015, 35(1), p. 154-167.

NEWMAN, C. **La obesidad. National Geographic em Español**, Buenos Aires, p. 44-59, ago. 2004.

PAIM, M. C. C. & STREY, M. N. Corpos em metamorfose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações de corpos na atualidade. **Revista Digital: Buenos Aires**, ano 10, nº 79. Dezembro de 2004. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/> > Acesso em: 10 set 2016.

PHILLIPS, A. **Winnicott/Adam Phillips**. Aparecida, SP: ideias & letras, 2006.

PINHEIRO, T. **Ferenczi: do grito à palavra**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1995.

POLLO, V. & PESSOA, E. M. C. O alimento e a palavra: obesidade, uma leitura psicanalítica. **POLÊMICA**, v. 15, n. 2, 2015.

POGGI, B. G. **O movimento de pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica**. 2007. 147 f. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica) – Pró-Reitoria Acadêmica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2007.

QUEIROZ, E. F. O inconsciente é psicossomático. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Vol. III Núm. 4, diciembre, pp. 911-924. Universidade de Fortaleza, 2008.

QUEIROZ, M.I.P. Variações sobre a Técnica de Gravador no registro da informação viva. São Paulo: T.A. Queiróz, 1991.

RAMOS, C. Alguns apontamentos para se pensar a relação entre corpo e contemporaneidade. **A peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, v.1, n.1 (jan/jun 2009). São Paulo, 2010.

RECALCATI, M. O demasiado cheio do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade. **Latusa**, Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. A fuga nas doenças impossíveis, 7, 51-73, 2002.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar. 1998.

SAFRA, G. & Edições Sobornost (Editor). **O Narrar: perspectiva clínica na pós-modernidade?** [Filme-vídeo]. São Paulo: Resposta Editorial e Comercial Ltda, 2006.

SANT'ANNA, D. B. de. **Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

SELDES, R. D. Gozo da palavra, gozo do corpo. In: **X CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE, 2016**, Copacabana. Anais. *On-line* SELIGMANN-SILVA. A era do trauma. Ao lado do conceito de alienação, o trauma se tornou indispensável para entender o indivíduo moderno. **Revista Cult**, n. 205, ano 18, p. 47-51 set. 2015.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico: a alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais**. 2 ed. rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

SIEBERT, R. S. As relações de saber-poder sobre o corpo. In: ROMERO, E. (org.) **Corpo, Mulher e Sociedade**. Campinas SP: Papyrus, 1995. p. 15-42.

SOLER, C. A clínica do real. **Folha Revista da Clínica freudiana**. Ano 1, n. 1 (maio 1986). Salvador: Fator, 1986, v. 23. Trimestral ano 3, n. 30, jul/set, 1989.

NCD isk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. **The lancet**, 387: 1377-96, 2016. Disponível em:

<[www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)30054-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30054-X.pdf) >Acesso em 23 ago 2016

TIZIO, H. Considerações sobre o sintoma. In: BESSET, V. L. & CARNEIRO, H. F. A (org.) **sabedoria da clínica na psicopatologia do cotidiano**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

VARELA, A. P. **Você tem fome de quê?** V. 26. Brasília/DF, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-sisi.org.br/scielo.php?saip=sci_arttext&pid=>. Acesso em: 24 out. 2016.

VERZTMAN, J. S. O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**. Rio de Janeiro, Vol. 5, nº 1., jan/jun, 2002. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982002000100005> Acesso em: 30 out 2016.

VILHENA, J. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. VIII, n. 2, p. 379-406, jun. 2008.

ZYGOURIS, R. O olhar selvagem. **Percursos**, nº11, 2, 1993.

WINNICOTT, D. W. A família e o desenvolvimento individual. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, [1896-1971] 1993.

_____. O ambiente saudável na infância. In: _____. Os bebês e suas mães. Tradução Jefferson Luiz Camargo; 4 edição. São Paulo: editora WMF Martins Fontes, [1896-1971] 2013.

_____. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, [1960]1993.

_____. A localização da experiência cultural. In: _____. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975. (publicado originalmente em 1967)

_____. Objetos e fenômenos transicionais. In: _____. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Ed., [1951] 1975 (publicado originalmente em 1971).

WINOGRAD, M. & MENDES. Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. **Psicologia: teoria e prática**. Vol. 11, nº2. São Paulo, dez, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva, 1990, p. 69-73. (Technical Report series, 797).

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Corpo como testemunha: o registro simbólico e o trauma na obesidade”, cujo objetivo geral é Investigar a possibilidade de trauma na constituição da obesidade e seus efeitos na capacidade de simbolização. Sua participação é voluntária. Caso aceite participar desta pesquisa, será agendado um horário de sua preferência. Sua tarefa será fazer uma narrativa de sua história de vida, sobretudo no que diz respeito ao seu corpo. Nosso encontro durará aproximadamente duas horas.

A pesquisa não oferece riscos, todavia, se você sentir-se constrangido(a) ou desconfortável, em algum momento de sua narrativa, poderá interromper e daremos o suporte psicológico necessário ou indicaremos um serviço que possam proporcionar um acompanhamento continuado, como os oferecidos pelas clínicas escolas.

Aceitando participar, garantimos o sigilo para que você não seja identificado (a) e estará contribuindo com a possibilidade de um novo enfoque para os estudos sobre a obesidade, proporcionando novas possibilidades clínicas de tratamento e beneficiando os programas que tratam da obesidade, como os Programas de Cirurgia Bariátrica.

O resultado desta pesquisa será retornado a você e também poderá ser objeto de publicação, contribuindo assim para outros estudos no campo da obesidade e da psicanálise, alargando o campo teórico dessa temática, o que poderá também ter efeito sobre o trabalho de outros profissionais que trabalham com essa problemática. Poderemos, além disso, apresentá-lo em Congressos, Jornadas e Simpósios, sem, contudo, permitir sua identificação, será guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento e o endereço do Comitê de Ética.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Nome: EDILENE FREIRE DE QUEIROZ

Endereço completo: Universidade Católica de Pernambuco, Rua do Príncipe, 526, Bloco G-4, 7º. Andar, Recife-PE, CEP 50050-900.

Telefone: (81) 2119.4069

Endereço do Comitê de Ética: Universidade Católica de Pernambuco, Rua do Príncipe, 526, Bloco G-4, 7º. Andar, setor A. Recife-PE, CEP 50050-900.

Telefone: (81) 2119. 4376

Eu, (nome do (a) participante), dou meu consentimento livre e esclarecido para minha participação como voluntária do projeto de pesquisa “Corpo como testemunha: o registro simbólico e o trauma na obesidade”, sob a responsabilidade

da pesquisadora e professora doutora, Edilene Freire de Queiroz, professora da Universidade Católica de Pernambuco.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que minha participação se restringirá a conceder um momento de duas horas para narrar sobre a história do meu corpo, da minha obesidade, cujas orientações já me foram apresentadas previamente e, além disso, afirmo que:

- 1) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação nesta pesquisa;
- 2) Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada;
- 3) Terei acesso aos resultados da pesquisa, através da pesquisadora responsável pelo projeto, assim que esta tiver sido encerrada;
- 4) Poderei contatar o Comitê de Ética da UNICAP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, se o achar necessário, o qual encaminhará o procedimento adequado.

Eu, _____, RG nº _____, Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa descrito acima.

Telefone do pesquisador: (82) 99613-1702.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na PRÓ-REITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE (81)2119.4376 – FAX (81)2119.4004 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: pesquisa_prac@unicap.br

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.

Recife, _____ de _____ de 2016.

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável 1

Pesquisador responsável 2

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Corpo como testemunha: o registro simbólico e o trauma na obesidade

Pesquisador: EDILENE FREIRE DE QUEIROZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57247916.5.0000.5206

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE CATOLICA DE PERNABUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.615.488

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de natureza teórico/prática, cujo objetivo é Investigar a possibilidade de trauma na constituição da obesidade e seus efeitos na capacidade de simbolização. Terá como referencial teórico metodológico o psicanalítico, especialmente a metapsicologia freudiana e a concepção de trauma sob as perspectivas de Freud e Ferenczi.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Investigar a possibilidade de trauma na constituição da obesidade e seus efeitos na capacidade de simbolização.

Os objetivos Específicos são: Investigar na literatura psicanalítica a questão da obesidade e corpo;• Caracterizar a noção de trauma nas perspectivas de Freud e Ferenczi;• Identificar nas relações primárias os possíveis traumas que se expressa no corpo do sujeito obeso;• Compreender a relação do sujeito obeso com o próprio corpo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos, a pesquisadora diz que a pesquisa não oferece riscos, todavia, o participante pode vir a se sentir constrangido ou desconfortável, em algum momento de sua narrativa. Nesse caso, precisará interrompê-la para se recompor emocionalmente e será dado o suporte psicológico necessário e, ao mesmo tempo, indicado um serviço que possa proporcionar um acompanhamento continuado, como os oferecidos pelas clínicas escolas.

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 7º Andar - Setor A
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2119-4376 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep_unicap@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 1.615.488

Quanto aos benefícios, poderá trazer ao sujeito participante o benefício de poder narrar sua história, no sentido de reconstruí-la e (re) elaborá-la, numa reconstrução de sentidos para o vivido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado, a pesquisa é de natureza qualitativa e os dados serão coletados através de narrativas que serão analisadas tomando como base "a prerrogativa história de vida/história do corpo, sob o referencial psicanalítico, considerando a metapsicologia freudiana (perspectivas dinâmica, relativa ao conflito psíquico e à composição das forças de origem pulsional; tópica, relativa à diferenciação da psique em sistemas ou instâncias com diferentes funções; econômica, relativa à distribuição e circulação da energia psíquica ou pulsional) e a concepção de trauma tanto para Freud como para Ferenczi" (segundo a pesquisadora).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados atendem ao que é solicitado pelo CEP: TCLE, cartas de Aceite, Cronograma e informações básicas sobre o Projeto.

Recomendações:

A única recomendação é que a pesquisadora ao elaborar o cronograma, coloque mês a mês e não trimestralmente, como está, pois isto pode confundir o leitor. Por exemplo, a submissão ao CEP, a coleta dos dados e a análise dos dados estão no 3º trimestre da pesquisa. Quando deveria ser em julho, em setembro e em outubro, respectivamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

A coordenação do CEP acompanha o parecer do relator ad referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_681182.pdf	22/06/2016 00:16:19		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartadeAceite.pdf	21/06/2016 21:22:07	EDILENE FREIRE DE QUEIROZ	Aceito

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 7º Andar - Setor A
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2119-4376 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep_unicap@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 1.615.488

Outros	IMG_4770.JPG	21/06/2016 15:50:14	Roseane Farias da Silva Aleluia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	21/06/2016 13:32:06	Roseane Farias da Silva Aleluia	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	21/06/2016 13:22:35	Roseane Farias da Silva Aleluia	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	21/06/2016 12:31:00	Roseane Farias da Silva Aleluia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	21/06/2016 12:25:41	Roseane Farias da Silva Aleluia	Aceito
Folha de Rosto	folhadeRosto.pdf	20/06/2016 21:12:50	EDILENE FREIRE DE QUEIROZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 28 de Junho de 2016

Assinado por:

Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo
(Coordenador)

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 7º Andar - Setor A

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4376

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep_unicap@unicap.br

