

Um Corpo que Sofre: um caso clínico de obesidade na adolescência<sup>1</sup>

### **A Suffering Body: a case of obesity in adolescence**

Fernanda Silva Ferreira da Costa Garcia<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo dissertar sobre conceitos relacionados à obesidade, seus modelos de compreensão e a influência que o corpo fora do padrão e considerado ideal pelo social exerce na adolescência e nas descobertas desta etapa. Para um melhor entendimento e construção destes conceitos desenvolve-se a compreensão desde o início do desenvolvimento emocional do bebê e do olhar da mãe. Para ilustração, será apresentado o caso de uma adolescente obesa e triste com sua imagem, com dificuldades de relacionamento na escola, com seu grupo de iguais e dificuldade de identificação com seus vínculos parentais. Uma jovem com uma relação simbiótica com a mãe e sem espaço para o pai em seu desenvolvimento, ocasionando assim um complexo de Édipo deficitário e dificuldade com relação a sua identidade de gênero. Nas considerações finais são discutidas as relações entre a teoria e o material clínico na evolução do tratamento, no qual apresenta-se a ampliação da capacidade de mentalização da paciente em relação ao seu estado inicial de predomínio do funcionamento psicossomático.

**Palavras-chave:** obesidade; psicossomática; imagem corporal; identidade sexual.

**Abstract:** The main objective of this article is to debate over concepts related to obesity, its models of comprehension and influence of the body out of social patterns in adolescence and all the discoveries of this period. For a better understanding and building of these concepts, it is developed a comprehension from the beginning of the emotional development of a child and the look of the mother. To illustrate, a case study of an obese adolescent will be presented. She is unhappy with her body image, has social problems at school and difficulties regarding her sexual orientation as well as identification with parental bonding. A symbiotic relationship between mother and daughter with no room for the father in her development which results in a deficient Oedipus complex. In the final considerations it is discussed the relationship between theory and the development of the case wherein there is a widening of the patient's mentalization capacity concerning her prior state of psychosomatic functioning.

**Keywords:** obesity; psychosomatics; body image; sexual identity.

### **Introdução**

A obesidade na sociedade atual por vezes tende a ser vista como preguiça e desleixo, e não como uma doença com diversas causas e conseqüências. Quando um adolescente se

---

1 Monografia apresentada para a obtenção de título de especialista do curso de Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância e Adolescência do Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. Orientação de Maria Isabel Perez Mattos, professora do Contemporâneo.

2 Formanda do curso de Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância e Adolescência do Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. fernandasfc@ig.com.br

depara com a obesidade a situação se torna mais difícil, pois envolve um período de muitas mudanças e incertezas. Se o adolescente não estiver dentro dos padrões aceitos pelo grupo e pela percepção atual do que é certo ou errado, bonito ou feio, dentro do padrão de magreza exigido e considerado como belo, tende a despertar sentimentos de menos valia, depressão, ansiedade, raiva entre outros que poderão perdurar para as próximas etapas de sua vida. É neste período também que se manifesta o desenvolvimento psicosssexual repleto de prazeres e frustrações.

Este artigo tem como objetivo dissertar sobre o atendimento, realizado no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, de uma adolescente obesa em processo de construção de sua identidade sexual e de sua individuação. Os atendimentos foram realizados por uma equipe interdisciplinar: por uma psicóloga, uma nutricionista e um psiquiatra. Profissionais que compõem o setor de Transtornos Alimentares e Obesidade da instituição. Será abordada a teoria de alguns importantes autores que estudam profundamente obesidade e adolescência, que são: Bidaud, Bruch, Donato, Fonagy, Freud, Graña, Levisky, Mattos, McDougall, Rascovsky, Winnicott, Zimerman, Zukerfed entre outros citados ao longo do artigo.

### **Desenvolvimento Emocional e o Processo de Individuação**

A primeira simbiose, imprescindível para a criança poder se individualizar da mãe em estágios posteriores fornece segurança, permitindo a formação de laços sociais que serão fundamentais para a busca de novos objetos na adolescência saudáveis e duradouros.

O precursor no desenvolvimento emocional é o olhar da mãe. No início do desenvolvimento emocional o bebê ainda não se percebe como separado de sua mãe. O bebê quando olha para o rosto da mãe, olha para ele mesmo, ela devolve a ele o seu próprio *self*. Aos poucos a separação entre o não-eu e o eu vai se efetuando de acordo com o ritmo do bebê. A principal modificação acontece na separação e percepção da mãe como pertencente ao ambiente percebido pelo bebê (WINNICOTT, 1975).

Na medida em que a criança se desenvolve e outras identificações acontecem, a criança se torna menos dependente. Quando a família permanece inteira e em desenvolvimento, a criança extrai benefícios. Muitos bebês têm a experiência de não

receberem o que estão dando. Eles olham e não vêem a si no rosto da mãe. Alguns bebês, diante deste fracasso relativo das mães, estudam as varias feições maternas, tentando predizer o humor da mãe (WINNICOTT, 1975).

Para Kaës<sup>2</sup> (apud MATTOS, 2007), não podemos não estar no vínculo. É de uma união que viemos, de um vínculo, do desejo e dos sonhos de mais de um que nos constituímos. O que nos vincula é tanto um apego corporal, sexual como um apego fantasmático. A imaturidade biológica com que nos deparamos ao nascer instaura na psique a marca estrutural da falta e da dependência com o objeto. O vínculo está na experiência de satisfação e apego. Nos vinculamos pelo prazer da troca, do intercâmbio das fantasias e dos pensamentos.

O apego inicial e o processo de individuação do bebê são de extrema importância para um desenvolvimento adequado e uma evolução emocional segura e satisfatória para as etapas seguintes. O vínculo para o entendimento da dinâmica da obesidade é fundamental, já que é nesta relação com a mãe e com o pai que irá se dar o apego saudável ou não, podendo resultar em uma adição, uma separação do corpo e da psique para evitar as emoções e fugir das dores psíquicas consequentes deste fraco ou sufocante vínculo entre o bebê e os pais.

### **Psicodinâmica da Obesidade**

Diversos autores trazem a obesidade como uma síndrome, já que ela pode ser consequência de vários fatores: biológicos, psicológicos e sociais. Portanto, é uma doença multifatorial, que deve ser tratada por uma equipe com diferentes e específicos olhares. Deve ser pensada e estudada como uma doença séria, com risco de vida e causadora de diversas doenças e não como um desleixo por parte do obeso.

A obesidade é um desequilíbrio entre as calorias ingeridas e sua queima pelo organismo. A quantidade de calorias ingerida é maior do que a necessidade. O excesso se acumula no organismo sob a forma de gordura. A origem e a manutenção do distúrbio se relacionam com fatores internos e externos ao sujeito que estão interligados (DONATO et al., 2004).

---

<sup>2</sup> KAËS, R. **O grupo e o sujeito do grupo**: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

A cultura ocidental valoriza demasiadamente a imagem e tem padrões rígidos de beleza, submetendo os indivíduos desde a infância a estes padrões. A consequência disto é a discriminação, o isolamento ostensivo ou disfarçado, que de qualquer modo resultará em baixa autoestima e em sérias alterações do comportamento. O isolamento psicossocial e suas influências sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente culminam em menores índices de desempenho, de status socioeconômico e de qualidade de vida entre os adultos obesos (DONATO et al., 2004).

Na dinâmica do obeso podemos pensar em uma mãe que não conseguiu ou não soube aliar o momento da alimentação a uma situação de afeto, podemos ter uma condição externa não favorável ou um bebê sensível e com pouca capacidade de tolerância ou uma combinação de todas variáveis. Provavelmente teremos um indivíduo que compensará essa falta na comida, pela vida afora buscando o afeto representado nesta. Segundo Pizzinato<sup>3</sup> (apud DONATO et al., 2004), o bebê, durante a fase oral, se relaciona com o mundo representado pela mãe nutridora através da boca e dos órgãos do sentido, não incorporando apenas o alimento, como atividade principal, mas a intenção materna de acolher e compartilhar seu afeto.

Rascovsky, Rascovsky e Schlossberg (1951) conceituam a obesidade através de dois mecanismos psíquicos. Um deles seria a obesidade primária, consequência da organização de um intenso ego oral e a outra uma obesidade reativa, resultante de uma tentativa de restauração por uma situação depressiva básica, uma forma de defesa maníaca. Na obesidade primária, a satisfação se refere a uma satisfação real adquirida pelo ego e suas identificações. A reação maníaca, obesidade reativa, tem como base a situação melancólica subjacente, e vai ao encontro de satisfações fantasiadas quase sem contato com a realidade. Constitui uma substituição compensatória às frustrações repetidas. O alimento incorporado se relaciona com o peito originalmente alucinado. Na obesidade primária os mecanismos são tão regredidos que se estabelecem, definitivamente, como parte do ego. Os alimentos associam-se a um peito real (RASCOVSKY, RASCOVSKY e SCHLOSSBERG, 1951).

---

<sup>3</sup> PIZZINATO, V. T. **Obesidade infantil**: processo psicossomático evolutivo. São Paulo, Sarvier, 1992.

O intenso desenvolvimento do ego oral no obeso permite às suas expressões instintivas adquirir uma capacidade alta de realização. Este intenso desenvolvimento do ego na etapa oral, conseqüentemente faz com que se tenha um ego deficientemente integrado nas etapas seguintes. O superego segue um desenvolvimento paralelo. Adquire uma significação angustiante e intensamente proibitiva para o fraco ego das etapas posteriores. Há uma erotização do alimento. A expansão adequada das tensões que requerem o equilíbrio entre satisfação oral e frustração oral não se completa, prevalecendo a satisfação oral, em detrimento da força necessária para impulsionar o desenvolvimento do ego nas etapas seguintes (RASCOVSKY, RASCOVSKY e SCHLOSSBERG, 1951).

Rascovsky, Rascovsky e Schlossberg (1951) descrevem também o vínculo do obeso com os seus pais. Para eles, o elemento fundamental na organização familiar do obeso é “[...] uma mãe ou substituta superprotetora, que dirige uma carga de afeto exagerada sobre a criança devido a sua falta de vinculação suficiente com outros objetos, especialmente em um plano genital.” (RASCOVSKY, RASCOVSKY e SCHLOSSBERG, 1951, p. 147). Uma mãe que prolonga sua relação com seu filho e impede sua passagem para as etapas seguintes. O sujeito vive esta situação como uma realidade repleta de leite, peito, alimentos e, mais tarde como uma mãe que lhe instiga a resolver as frustrações comendo, limitando assim o desenvolvimento. A ausência do pai dificulta que se estabeleça identificação com este. “Sua ausência não permite a interação entre as representações inconscientes no superego e no objeto real. Não ocorre a passagem transicional na relação com o pai, destinado a equilibrar as identificações do ego e do superego.” (RASCOVSKY, RASCOVSKY e SCHLOSSBERG, 1951, p. 147).

As identificações do ego encontram-se durante muito tempo relacionadas com a mãe. Quando a figura do pai tenta intervir é difícil de conseguir romper a simbiose mãe-filho. As identificações com o pai são fracas por não terem sido produzidas no tempo adequado. Todos os objetos identificados do superego se carregam de conteúdos aterrorizantes, devido a ausência real do pai.

Os bebês sentem todo o prazer que uma mãe pode proporcionar ao doar-se para o bebê, doar seu peito, seu leite e seu carinho durante a fase oral. Nos transtornos alimentares também percebemos a falta de equilíbrio entre a satisfação e a frustração nesta etapa. O vínculo fusionado ou fraco das filhas com as mães faz com que estas voltem e fixem-se na

oralidade onde podiam receber mais de sua mãe, através da comida, ou menos, através dos vômitos. A obesidade, apesar de ser considerada uma doença orgânica e não um transtorno alimentar pode estar diretamente relacionado ao Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, em apêndice para estudos adicionais nos manuais de doenças e transtornos mentais como o DSM-IV-TR e CID-10. Aqui manifesta-se a área limite e tênue entre os transtornos alimentares e a obesidade mantendo forte ligação com o desenvolvimento emocional do indivíduo e não apenas relacionada a fatores orgânicos.

Evidenciam-se paradoxos nos pacientes que sofrem de transtornos alimentares, na alternância entre a voracidade por relacionamentos e a tendência ao isolamento e ao abandono destes relacionamentos. Mostram dificuldade em encontrar uma distância suficientemente boa do outro. Estes pacientes oscilam rapidamente de relações idealizadas a violentas rupturas com estas. Reagem com hostilidade às frustrações e ansiedades em decorrência do medo de separação e ao mesmo tempo de intrusão. Eles produzem nos seus relacionamentos afetivos a mesma relação que possuem com os alimentos, caracterizada por turbulentos afetos (MATTOS, 2007).

Percebe-se em pacientes com esse tipo de transtorno que confluem conflitos entre os desejos pela satisfação de ideais estéticos e a satisfação obtida com a imagem do próprio corpo, percebida como distante da desejada. Essa tensão psíquica implica em um conflito entre o ideal de ego (sede dos ideais estéticos e éticos que se transmitem entre gerações por via identificatória) e o ego (instância da organização psíquica que possibilita a administração dos desejos, da realidade e sua própria história). O ajuste da autoestima geralmente está comprometido, e é muito comum encontrarmos depressões caracterológicas em comorbidade (PERSANO, 2005).

A dificuldade de manter um controle adequado dos impulsos é frequente em pacientes com dificuldades alimentares. Em alguns casos estão associados fenômenos graves de impulsividade, agressividade, descontrole além de ameaças de suicídio.

Persano (2005) relembra a história da Branca de Neve, onde uma jovem sofre ataques de uma bruxa, a madrasta. A bruxa sempre se olha no espelho e vê uma feia imagem e a cruel realidade de que há uma menina mais bela que ela, o que provoca raiva e desejos de vingança

na bruxa, fazendo com que a menina desapareça através de uma comida enfeitiçada. A inveja toma aqui o papel principal.

Apesar destes transtornos estarem dentro das patologias narcisistas devido à dependência do olhar, eles diferem do mito de Narciso, pois as jovens não se apaixonam por sua própria imagem, ao contrário, sentem desprezo por ela. O espelho mostra uma imagem sempre distorcida, como se nunca fosse refletir uma bela imagem. A vingança se volta contra o próprio sujeito em um sentimento de ódio e inveja, inconscientemente destinado a outros, mas voltado contra si.

Assim, a compreensão dos transtornos alimentares implica o modelo psicossomático, o modelo aditivo e o transtorno da imagem corporal. Podendo acrescentar a compreensão da clínica do narcisismo, das patologias do vazio e das patologias de borda e da depressão (ZUKERFELD, 1992).

Para a melhor compreensão da psicodinâmica de pacientes com problemas alimentares serão abordados os três modelos descritos por Zukerfeld para uma visualização da dinâmica geral da obesidade.

A perspectiva do modelo psicossomático proposto por Philippe Jeammet<sup>4</sup> (apud PERSANO, 2005) propõe que o transtorno relacionado a dificuldades alimentares se inscreve na patologia psicossomática onde falhas precoces na estruturação do ego perturbam o desenvolvimento da personalidade. Por se tratar de uma etapa precoce do desenvolvimento do indivíduo, o processo alimentar é comprometido, já que o mesmo está estabelecido por uma modalidade vincular, perturbando assim os sistemas de ajuste afetivo.

Zerbe<sup>5</sup> (apud GALVÃO, PINHEIRO e SOMENZI, 2006) afirma que pensar nos transtornos alimentares como de natureza psicossomática pode ajudar a desvendar a dissociação que existe entre mente e corpo e como essa cisão impede que o paciente experimente seu mundo interior e seu corpo. Esses pacientes enfrentam dificuldade para

---

<sup>4</sup> JEAMMET, P. L'Anorexie mentale. In: ENCYCL. Med. Chir. Psychiatrie, 37350. Paris, 1984. p. A10-A15.

<sup>5</sup> ZERBE, K. J. The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. **The Psychiatric Clinics of North America**, v. 24, p.305-323, 2001.

discernir necessidades físicas, discriminar sensações, expressar sentimentos, entendê-los e verbalizá-los. O corpo se torna uma das únicas vias de expressão.

É no espaço vazio desse nada a dizer que se especifica a diferença com relação à dimensão do ato e, que surge a mais-valia de uma enunciação subjetiva... Desempenhar o ato significa introduzir uma relação de significado... O ato, ao contrário do agir é uma forma de representar pela linguagem e incluir a questão do Outro, mas precisamente de se situar em uma relação com o Outro... As condutas adolescentes em marcar e cortar o próprio corpo testemunham essa insistência em permanecer no agir em que elas nada têm a dizer, como forma de se proteger do ato que significa relação, diferença. Ou seja, o encontro com a divisão subjetiva entre o eu e o Outro. (BIDAUD, 2010, p. 36)

A automutilação parece ser motivada por uma estimulante sensação na qual a dor aparece como destino final. Este paciente busca uma existência na dor. São tomados pela sensação de falta de pele, derivada de uma significativa falta de contorno. O vazio surge como experiência concreta, sente-se que não há corpo, contorno, não há proteção contra a dor (MALZYNER, 2010). As práticas de sangramento provocado dependeriam de uma descarga, de um alívio das tensões internas, mais do que obter uma satisfação (BIDAUD, 2010). Bonnet<sup>6</sup> (apud BIDAUD, 2010) remete a questão do sangramento a um fantasma homossexual que une mãe e filha. O sangue vertido pela filha se une ao sangue da outra, o fantasma de um encontro imaginário entre mãe e filha.

As fantasias são o elo entre o instinto e o mecanismo do ego. Como as fantasias derivam dos instintos na fronteira entre o somático e o psíquico, estas fantasias são vivenciadas como fenômenos somáticos e mentais. Os pacientes com transtornos alimentares sentem no corpo os objetos fantasiados, mostrando que estão muito próximos de uma época onde o corpo e a mente estavam ainda misturados e as fantasias, instintos de fome e os objetos de saciedade não eram discriminados. Quando os padrões de conduta alimentar se modificam, não estando mais a serviço do viver, estamos diante de organizações psíquicas que destacam o alimento e o ato de se alimentar como representantes de afetos, que em sua dimensão simbólica, carregam o peso de histórias emocionais implicadas com heranças psíquicas (MIRANDA, 2010).

O somatizador tem dificuldade de fantasiar, o ego não consegue processar, elaborar e representar as pulsões, resultando assim, uma superlibidinização do corpo de forma concreta.

---

<sup>6</sup> BONNET, G. La sang des femmes. Les saignements problématiques dans la dynamique transféréentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, n. 58, 1/1994, p. 103-113, 1994.



A alexitimia alude à dificuldade que os pacientes somatizadores têm de conseguir ler suas emoções e, assim, se expressarem no corpo. Zimerman (2004) traz o discurso da mãe hipocondríaca, onde qualquer desconforto que seu filho tenha é resignificado como um problema em algum órgão do corpo, ele chama estas mães de “mães psicossomatizantes” (ZIMERMAN, 2004).

Assim como a psicossomática trata da dissociação entre mente e corpo, podemos passar para outro modo de entendimento da compreensão dos transtornos alimentares que percebe no corpo e na sua imagem também uma dissociação. O transtorno da imagem corporal é de fundamental importância, claramente percebido nas questões sócio-culturais e na clínica. Segundo Stenzel (2006), a aparência do corpo exerce grande influência em nossas vidas, a forma como nos apresentamos determina como nos relacionamos em nossa vida afetiva e profissional. Não é somente a forma como os outros nos vêm que é importante, mas principalmente a concepção que nós temos sobre nossa imagem.

Bruch (1973, p. 396) refere o culto à magreza e a rejeição social à obesidade como uma “[...] distorção do conceito social sobre o corpo.” Essa distorção social determina aspectos da dinâmica das patologias alimentares. Esta autora reforça os aspectos sociais, cognitivos e comportamentais como construtores da imagem corporal. Na distorção desta imagem, o corpo é percebido distorcido não só na sua forma, mas na sua função. Tanto pacientes obesos como anoréxicos têm dificuldade de perceber a quantidade de comida que comem, isso também é uma distorção da imagem corporal.

A cultura determina certos comportamentos alimentares, assim como as representações sobre o corpo e os padrões estéticos que o tornam socialmente aceitos. Na África ocidental, homens ricos levam suas filhas para “casas de engorda”, onde elas ficam comendo sem se exercitar, associando assim, nesta cultura, obesidade, riqueza e fertilidade (NAKAMURA, 2004). Polhemus<sup>7</sup> (apud NAKAMURA, 2004, p. 21) afirma que o corpo humano é fisio, psico e sociologicamente determinado, é uma imagem da sociedade.

Para finalizar os modelos de compreensão dos pacientes com dificuldade alimentar, Abraham (1970) aponta elementos para o entendimento da compulsão alimentar através das

---

<sup>7</sup> POLHEMUS, T. (Ed.). **Social aspects of the human body**. London: Penguin Books, 1978.

adições. O critério para a adição é o sentimento que o sujeito tem de dependência com o objeto. Não é a quantidade de comida ingerida que caracteriza a compulsão, mas sim a forma com que a pessoa se utiliza do alimento.

A mãe precisa se apresentar não apenas fisicamente, mas também psiquicamente para a criança. O fracasso na função materna fará com que comprometa a capacidade da criança de integrar e reconhecer como seu o seu corpo, seus pensamentos e seus afetos. Segundo Kalil (2010), a mãe precisa atender às necessidades do bebê, nomeando seus afetos e mantendo uma distancia adequada que proteja o bebê de uma presença maciça e de uma ausência intolerável. Exercendo uma escuta sensível e investindo libidinalmente no corpo do seu bebê a mãe assegura a constituição dos processos de simbolização da criança.

No caso do paciente compulsivo, a mãe intrusiva ou ausente não possibilitou a distância adequada para o processo de individuação da criança, favorecendo sentimentos de desamparo psíquico em seu filho. A introjeção é que ajuda o bebê a lidar com a ausência real da mãe, garantindo um apaziguamento diante de dificuldades. A introjeção quer dizer que o bebê vai criando em seu mundo psíquico uma representação da função materna. Se a introjeção não acontece, o bebê usa da incorporação, que significa o protótipo corporal da introjeção. A incorporação enquanto defesa mostra o desamparo diante do excesso pulsional. O sujeito permanece desprotegido diante da perda do objeto, buscando em objetos externos, como a comida, uma ilusão para recheiar o sentimento de vazio, difícil de lidar. O alimento pode ser uma forma de evitar a perda do objeto por meio da incorporação, assim, não se confrontando com suas dores psíquicas.

O comer compulsivo reflete a necessidade, a urgência, garante um efeito anestesiador da dor e dos sentimentos. A comida apresenta-se como um objeto de prazer, uma forma de atenuar estados afetivos dolorosos. Em um primeiro momento é vivido como um objeto bom ou único. Em um segundo momento pode tornar-se um objeto persecutório, ameaçador do qual procura se livrar em um terceiro momento (MCDUGALL, 1987).

O vazio que aparece desde o início reflete a escassez de vida interior, assim como o uso do pensamento limitado, comprometendo as possibilidades de criação, novas ligações e associações. Aparece na fala das pacientes com dificuldades alimentares o discurso do cheio e do vazio. O cheio, fantasma paralelo ao vazio, aparece para os obesos como sentimento de

completude, que garante a paz de uma constância aparentemente imutável. Jeammet<sup>8</sup> (apud GURFINKEL, 2010) apontou estes movimentos como presentes em uma relação passional, que oscilam entre as polaridades o tudo e o nada.

Green (1988) observa na clínica do vazio situações similares ao luto, sem uma perda real. Trata-se de uma perda simbólica e por isso afeta a capacidade de simbolização. Não se trata da perda real da mãe, mas por esta estar atravessando uma condição de luto parece não haver investido eroticamente a criança. A depressão essencial se caracteriza pela presença constante de uma ausência estruturante. A clínica do vazio mental é determinada por mecanismos de defesa que se organizam em torno de desinvestimento, no mundo dos afetos e das representações.

Nesta breve exploração sobre a obesidade e os modelos que a permeiam podemos destacar a importância dos pais e de como acontece a relação com estes, propiciando assim uma difícil relação com a comida e com o corpo que sofre e recebe todas as dificuldades que a psique não consegue suportar. No caso que será relatado mais adiante poderemos notar estas inquietações com o corpo, com a alimentação e com o vazio que se instaura na paciente e ainda mais as inquietações próprias da sua idade, a adolescência.

### **As Implicações da Obesidade na Adolescência**

Para melhor visualização do caso, serão abordados aqui também alguns conceitos sobre adolescência, obesidade e o corpo na adolescência, fase crítica do desenvolvimento emocional, onde o corpo e a imagem corporal sofrem constantes alterações.

Segundo Levisky (1998), a adolescência é caracterizada por uma revolução psicossocial. Este processo marca a transição da infância para a idade adulta. A passagem saudável para a adolescência dependerá de experiências infantis, das relações afetivas primárias, das características de sua iniciação na vida social, do modo de resolução das relações triangulares, de suas angústias e temores. Blos<sup>9</sup> (apud GRAÑA, 1996) denomina o conflito da adolescência como o “segundo processo de individuação” e entende que o que na

---

<sup>8</sup> JEAMMET, P. Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, R. (Org.). **Anorexia e bulimia**. São Paulo: Escuta, 1999.

<sup>9</sup> BLOS, P. **La transición adolescente (1979)**. Buenos Aires: Amorrortu, 1981.

infância significa desprender-se da simbiose para converter-se em um ser individual, na adolescência implica desprender-se dos laços da família, dos vínculos objetivos infantis para integrar a sociedade.

Qualquer que seja o contexto sociocultural, a adolescência será marcada por período de crise pelas mudanças fisiológicas e psicológicas para inserção no mundo adulto. Torna-se necessário aprender a lidar com seu novo corpo, seus desejos e seus afetos. Estes níveis de envolvimento emocional e cognitivo requerem maturidade e disponibilidade para funcionarem dentro do princípio da realidade individual e social. As contradições entre a vida biológica e a imposição da cultura desencadeiam conflitos que serão tão mais intensos quanto são os pontos de fixação e as características regressivas da infância (LEVISKY, 1998).

É esperado do jovem que ele aprenda a controlar seus impulsos sexuais e agressivos em um período que ele não se sente apto a fazê-lo, podendo de forma impulsiva passar para a ação. Na primeira fase da adolescência surge uma sexualidade genital caracterizada pelo autoerotismo, o jovem está muito voltado para si e para o seu corpo (LEVISKY, 1998).

Em meio a todas as transformações hormonais, afetivas e sociais, as alterações corporais adquirem fundamental importância na adolescência. É pelo corpo que o jovem se apercebe e externaliza o que está vivendo. A medida que o corpo vai mudando, o jovem vai mudando a sua imagem mental, entretanto, a velocidade em que ocorrem as mudanças corporais não é a mesma com que ocorrem as transformações da imagem corporal. O adolescente é sensível diante de sua imagem corporal, reagindo com frustração pela imagem idealizada, podendo sentir-se desvalorizado, contribuindo assim, para um estado depressivo, por meio da rejeição que o jovem faz de si mesmo (LEVISKY, 1998).

De acordo com Graña (1996), o adolescente experiencia um sentimento de solidão no movimento individual. A caminhada é individual, mas normalmente respaldada por um grupo de iguais, utilizados como um objeto transicional, servindo como continente para as ansiedades. Levisky (1998) contribui ainda para esta explicação ao relatar que o jovem sente-se só sem seus pais externos e sem os pais da infância, o grupo torna-se um substituto parental. No grupo, o jovem pode dar vazão aos seus sentimentos sexuais e agressivos e expandir seu horizonte intelectual e social.

A cultura pode ser bastante cruel com estes jovens que buscam encontrar uma identidade e um lugar no grupo de iguais. A tentativa de encontrar seu espaço faz com que sintam necessidade de praticamente se igualarem uns aos outros, o que se torna muito difícil quando o adolescente é obeso. Esta situação causa isolamento, tristeza, autoestima baixa e por vezes uma homossexualidade como defesa.

A separação real dos pais implica em reconhecer tanto a semelhança quanto a diferença. E paradoxalmente, a semelhança é que representa uma verdadeira autonomia. A necessidade exagerada de se parecer diferente pode ser considerada uma defesa à separação, que ameaça o retorno das partes projetadas do *self*. Estes autores entendem que a maior consciência de complexidade emocional e cognitiva é essencial nas novas relações vinculares. Tanto o reconhecimento como a expressão dos afetos adquirem uma nova capacidade e com isso, novos significados (FONAGY E TARGET, 2004).

Essas novas sensações trazem a vontade de se experimentarem sexualmente, seja no princípio com amigos do mesmo sexo ou fazendo suas escolhas objetivas de acordo com seu gênero. Para isso, é preciso haver uma boa resolução do complexo de Édipo e na maneira como a descoberta do seu sexo foi percebida pela criança e pelos seus pais. A aquisição da nova imagem e da identidade torna-se central para se desenvolver e entrar na idade adulta.

### **De Menina a Mulher? Formação da Identidade Sexual e a Homossexualidade**

Ao descobrir sua sexualidade, a jovem quer poder experimentar e aplacar suas curiosidades em relação ao seu corpo, seus desejos e possíveis prazeres. Para isso busca no sexo oposto um companheiro para estas descobertas. Quando sente-se desejosa de explorar a sua sexualidade com outra menina, pode-se pensar que algo no desenvolvimento da sua sexualidade não saiu como esperado.

Sabe-se que na época em que a menina e o menino descobrem que existe uma diferença anatômica entre os sexos surge o complexo de castração nos dois sexos e da inveja do pênis na menina, na concepção de Freud (1905). A menina assim volta-se para seu pai a procura de um filho para substituir o pênis que não possui, sendo este movimento o promotor do Édipo feminino. O complexo de castração promove na menina os desejos edipianos (FREUD, 1924). Em 1925 Freud agrega que é o reconhecimento da diferença entre os sexos

que faz com que a jovem renuncie à masculinidade e se dirija à feminilidade. Em *Sexualidade Feminina* (1931), Freud relata o problema edipiano na menina pela necessidade de troca de objeto e uma mudança do órgão, que passa do clitóris para a vagina. Antes de surgir a ligação com o pai, existia uma poderosa ligação com a mãe que em alguns casos persiste além dos quatro anos e em outros permanecem estacionadas e não mudam de objeto.

A relação entre mãe e filha é construída por um intenso trabalho psíquico. Há alguns momentos críticos: o adolecer de menina em mulher, a sexualidade e a maternidade. Situações em que as fronteiras se delineiam, podendo sofrer desmoronamento ou não terem adquirido contornos, como no caso dos transtornos alimentares. A mulher deve separar-se parcialmente da imagem interna da mãe, descobrir seus sentimentos sexuais e aceitar sua identidade sexual (RIBEIRO, 2010).

Quando a homossexualidade se instaura, McDougall (1987) acredita que a menina desejará possuir a mãe, ser seu pai, criando com ela um todo, excluindo o homem. O pai, objeto de amor desconhecido e rejeitado, é incorporado para não ser mais abandonado, sob seu disfarce sádico-anal ao mesmo tempo erótico e hostil. Os ataques que a homossexual dirige contra si têm algo da qualidade das censuras clássicas da melancolia. Representam um ataque ao pai internalizado. A homossexual costuma descrever seu pai como um ser repulsivo, brutal e violento. Suas qualidades fálicas revelam-se contestadas, pois é igualmente descrito como ineficaz e impotente como homem. A imago paterna é revestida de todas as características da mãe má. A mãe fica relacionada a um objeto não-conflitual.

Na dinâmica da homossexual a autoridade paterna é sentida como anulada pela mãe e o pai parece aceitar esse limite imposto na relação com sua filha, mesmo que inconsciente. O pai é considerado perigoso e indesejado pela filha e pela mãe. A mãe aparece como uma figura que dá segurança total diante dos perigos que possam ameaçar a menina. Ao mesmo tempo a mãe é vista como constantemente exposta ao perigo, ameaçada de abandono ou de domínio por seu pai. A mãe é apresentada como um ideal que se pode adorar, sem conquistá-lo (MCDUGALL, 1987).

A mãe simbiotizadora não renuncia ao desejo de uma eterna gravidez, ela toma a posse de seu filho. Toma o filho como um mero prolongamento do seu narcisismo, delega ao filho o poder de representar o falo que ela almeja. Costuma haver um continuum confusional

entre o corpo da mãe e da filha. A imagem que a criança introjetará da figura paterna é a mesma que a mãe tem de seu marido (ZIMERMAN, 2004).

A homossexual adota o papel masculino na relação para afastar um desejo, que poderia ser expresso como uma tentativa de recuperação narcísica. Procura completar-se por outra mulher. A relação com a parceira é sentida como um componente integral de estabilidade de ego. Pode-se pensar em relação a economia psíquica que a homossexual tenta estabelecer fugindo da relação simbiótica imposta pela imago materna e conservando assim a identificação inconsciente com o pai. É uma tentativa de proteger-se de uma depressão profunda e de eventuais estados de dissociação, preservando a identidade e a coesão do ego. Muitas vezes, nestes casos, a obesidade é usada como proteção, como se seu corpo não pudesse assim ser desejado.

Devemos ter em mente que o desvio da identidade sexual tem como condição uma distorção da matriz familiar nas identificações. São as formas de organização primária das relações objetais e o modo como se internalizam as relações dos primeiros anos de vida que farão com que criança encontre a relação compatível entre seu sexo e seu gênero (GRAÑA, 1996).

Toda família está inserida em um contexto sociofamiliar e sofre suas influências repassando para seus filhos. Os padrões de sexualidade podem ser criados, com isso, adquire muita importância a identificação dos filhos com seus pais, assim como a comunicação com estes sobre a sexualidade. A formação do gênero sexual vai depender muito dos desejos inconscientes dos pais em relação às expectativas que têm em relação ao comportamento dos seus filhos.

### **Material Clínico**

Será descrito o atendimento de uma paciente através da apresentação de sua história e sob a forma de vinhetas e fragmentos de sessões que ilustrarão a teoria estudada neste artigo. Para fins éticos foi alterado seu nome e alguns dados da paciente e de sua família.

Juliana quando chegou para tratamento tinha 14 anos, pesava 108kg em 1,58m de estatura e apresentava humor deprimido. Usava o cabelo longo, vestia-se sempre de preto e

roxo. Falava com tom de voz baixo e delicado. Muito ligada à mãe, saía de casa apenas com ela. Era tímida e com dificuldade de se relacionar com as pessoas, piorando após a saída de sua melhor amiga da escola, fazendo-a perceber-se mais sozinha e sem amigos. Começou então a passar o intervalo no banheiro jogando no celular. Negava-se a ir para a escola e ficava trancada em seu quarto o dia inteiro. Diante de tudo isso acabou perdendo o ano escolar. Durante o dia dormia e à noite jogava no computador. Sentia muita vergonha de seu corpo a ponto de não ir à sua formatura do ensino médio.

Quando Juliana nasceu, sua mãe precisou ficar internada por um longo período de tempo, pois teve complicações no pós-parto. A menina, no início, foi cuidada por sua avó e sua tia. Marta, a mãe de Juliana, foi quem a trouxe para atendimento. Estava preocupada com a perda do ano escolar e com a infelicidade da filha em relação à sua aparência. Marta dizia: “Sempre tive medo que ela fosse me cobrar sobre seu peso, me cobrar porque eu nunca fiz nada para evitar que ela engordasse e ajudá-la com seu peso, já que desde criança ela é assim” (sic). E a paciente realmente cobrou mais tarde: “fico com muita raiva da minha mãe não ter me levado antes para eu me tratar” (sic). Marta nunca conseguiu se impor com a filha e colocar limites em sua educação.

O pai de Juliana teve que fazer uma cirurgia no coração, pouco antes do início do tratamento da filha, que deixou toda família preocupada. A paciente sentia ao mesmo tempo medo que o pai morresse, mas também raiva e impaciência por este haver tirado sua mãe de casa e cada vez mais prolongar sua estada no hospital deixando-a sozinha. “Eu não sei fazer nada, a casa virou uma bagunça e eu ficava sozinha” (sic). Quando o pai voltou do hospital, tiveram que se readaptar com ele, já que este passou a ficar tempo integral em casa, após a aposentadoria por invalidez. Enquanto o pai trabalhava, quase não ficava em casa. Viajava bastante a trabalho e quando estava em casa preferia ficar descansando vendo televisão, o que fortalecia ainda mais o vínculo mãe e filha.

No início dos atendimentos, a menina não queria conversar muito e não conseguia colocar o que estava sentindo e pensando. Não conseguia se expressar pela fala, somente pelo corpo. Cortava-se e machucava-se. Fazia pequenos arranhões em suas pernas e em seus braços, como se precisasse se livrar e se aliviar das aflições e da comida que a preenchia como uma droga, conseguindo manifestar-se apenas pelo corpo e pelas dores. A dificuldade de se expressar e de se compreender, a alexitimia que a jovem expressava, foi aos poucos se



dissolvendo e dando lugar a uma menina inteligente e associativa na medida em que aumentava sua confiança na terapeuta e era proporcionado a ela um local onde pudesse se expressar não apenas através do corpo e sim de suas emoções e de sua fala.

Juliana era muito ligada à mãe, mantinha uma relação simbiótica com esta, confundindo-se com ela em seu corpo e em sua fome. A paciente dormiu na cama com sua mãe até os 12 anos de idade. Seu pai dormia na sala. Quando indagada pela terapeuta sobre esta situação, não conseguia perceber o problema e dizia: “meu pai até gostava, assim ele ficava vendo TV até tarde” (sic). A menina e a mãe misturavam-se, como “um corpo para dois” (conceito de MCDUGALL, 1987, onde em fantasia a criança visa fazer um com a mãe da infância). Usava sua obesidade para afastar-se dos outros e não desvincular-se de sua mãe, já que esta era a única que poderia gostar dela obesa, na concepção da paciente.

A mãe abatida e cansada, que ficou internada após o parto, ao retornar para casa com culpa, toma sua filha para si e não a divide com mais ninguém, prolongando assim a simbiose e dificultando mais ainda a separação e individuação da filha. Juliana mudava sua expressão e linguagem diante da mãe. Quase que somente a mãe falava nas sessões em conjunto. Sempre que precisava falar olhava para sua mãe para perceber se esta concordava e dizia: “Ela já sabe de tudo isso” (sic). Aqui se percebe a *ilusão simbiótica*. Cria-se uma ilusão de que a mãe sabe tudo e se não sabe ela conta, mesmo intimidades suas, que na verdade não existem, pois não há fronteira.

Para a compreensão da dificuldade em estabelecer fronteiras psíquicas na relação mãe e filha, Ribeiro (2010) emprega dois termos: *culpada narcísica* de Eric Bidaud e *ilusão simbiótica* de Halberstadt-Freud. Este último descreve a não resolução do vínculo mãe e filha. Pressupõe que nem ódio, inveja, agressão ou diferença de opiniões podem ser toleradas. É a simbiose como ilusão.

A mãe de Juliana, no início do tratamento, a colocava em posição infantil, não deixando a paciente responsabilizar-se por nada. Inclusive nas refeições servia seu prato e escolhia a quantidade de comida que ela ia ingerir. Mantinha em casa doces e comidas calóricas mesmo sabendo que Juliana precisava fazer dieta. Achava que era preciso agradar a sua família com comida. O doce era como uma droga para a paciente.

“Não posso saber que tem doce em casa, que fico pensando só nele, minha mãe comprou doce mesmo eu pedindo para ela não fazer isso, passei o dia pensando, mas me controlei, quando chegou a noite, não agüentei, fui na geladeira e peguei um pedaço enorme de torta, era a minha preferida” (sic).

O objeto presente e de satisfação imediata era a mãe. O pai era um pai ausente e quando surgiu o desejo de participar de seu desenvolvimento, se mostrou um pai rígido e sem tato para lidar com suas questões da adolescência. A identificação com o pai se faz tardia e fraca, com pouca significação no processo de estruturação. O convívio com seu pai foi uma sucessão de proibições e tentativas frustradas de impor limites. Além disso, seu pai era visto como a tendo rejeitado quando ainda muito nova.

“Meu pai é um grosso, eu tenho nojo dele, se ele pensa que eu vou começar a gostar dele desse jeito, querendo mandar em mim, fazendo chantagem emocional ele está muito enganado, vivi até hoje muito bem sem ele e posso muito bem continuar vivendo sem (sic)... Eu quase nunca o via em casa. Aparecia somente nos finais de semana e ainda não podíamos incomodá-lo, já que ele estava precisando descansar. Agora ele resolve querer se impor, querer fazer o que deveria ter feito antes... me trazia das viagens *barbies*, como se isso fosse adiantar alguma coisa” (sic).

Essas tentativas de impor limites deixava a paciente com raiva e mais distante e enojada de seu pai. Durante o início do processo terapêutico ficou claro a agressão que invadia o ego. Não conseguia elaborar os mecanismos para expressar e socializar a agressão. Em casa ficava trancada no quarto e não falava com ninguém. Na escola não conseguia se socializar com os colegas e nem participar da educação física por sentir falta de ar e dor nas juntas. Juliana falava de suas doenças, asma, dores nas juntas devido ao seu peso e dores de cabeça, como se isso fosse ela, como se o sofrimento físico a reassegurasse de quem ela é, e como se deles pudesse falar, e das suas dores internas não.

A adolescente vivia este momento de incertezas, de confusão e incoerência entre o que ela conhecia e o que estava sendo reformulado em sua vida biopsicosocial. Com a chegada da adolescência, começou a sentir impulsos sexuais e agressivos. Impulsos sexuais dirigidos a amigas, o que a deixava mais confusa e perdida. Isolava-se em seu quarto em busca de conforto regressivo, reorganizando sua autoestima e reintegrando seu *self*. Passava por

sentimento de solidão e angústia. Defendia-se no isolamento para manter o equilíbrio egóico, já que os pais já não representavam o apoio esperado para suas ansiedades. Estava entrando na adolescência, na idade, mas na vida psíquica era um bebê solitário buscando completude através de outra mulher, que não mais a mãe.

Em casa, Juliana passava horas seguidas diante do computador, vendo vídeos, filmes, escutando música e jogando. Seu jogo preferido trazia a possibilidade da paciente viver muitas vidas. Tinha a feiticeira, o cavaleiro entre outros. Podia usar todos os personagens, e ela usava, mas o seu preferido era a feiticeira, pois ela podia utilizar-se da mágica e com isso conseguir os seus desejos facilmente. Associamos em terapia o seu desejo de poder mudar o que a entristecia, como o seu peso e suas inquietações e mudanças típicas da adolescência, num passe de mágica.

A obesidade começou a ser controlada quando pôde em terapia falar de suas fantasias e preocupações homossexuais, de sua feminilidade, a ambivalência entre ser feminina ou não e de seu vínculo com seu pai e sua mãe. Segundo Mattos (2007), a ambivalência pode ser originária das dificuldades maternas, podendo ser de ordem depressiva, com sua imagem ou com sua feminilidade. Sabe-se que na adolescência a libido tem de se afastar das figuras objetais para investir em outras figuras. Quando a adolescência evolui normalmente o jovem tem de reinvestir o narcisismo para si. Juliana não conseguia fazer este investimento, pois parecia ainda persistir a vida anobjetal.

Foi preciso fortalecer o vínculo com a paciente e cortar aos poucos o vínculo com a mãe para conseguir com que ela pudesse crescer e tomar conta da sua alimentação como qualquer jovem da sua idade. A menina passou a evitar que sua mãe a servisse nas refeições, tomando conta de seu apetite e do que estava disposta a ingerir. No supermercado comprava ingredientes e mantimentos para sua dieta.

“Minha mãe me servia um prato enorme, pensando hoje me dou conta, vejo ela servindo meu sobrinho e lembro que ela me servia igual, fico apavorada, é muita coisa, coitado... No supermercado, gosto de ver o carrinho dos outros, e compará-lo com o nosso. O nosso só tem comidas leves, frutas e verduras, nos dos outros é cheio de porcarias” (sic).

A jovem estava emagrecendo e tendo dificuldades de se perceber magra. Havia uma falta de reconhecimento do seu corpo. Para ela, sua imagem determinava seus relacionamentos, como se não pudesse fazer amigos estando acima do peso. Com o novo ano e a mudança de escola se aproximando tornou-se mais ansiosa. Relatava querer se mostrar uma Juliana diferente e ao mesmo tempo ela mesma. Queria poder estar apta para se relacionar e fazer novos amigos. Queria recomeçar com um novo corpo e uma nova imagem de si, mas ao mesmo tempo conseguir encontrar sua identidade, questão fundamental para os adolescentes. A paciente demonstrava sentir na adolescência um recomeço, buscando se diferenciar dos pais e do corpo de criança sem forma, que ainda a acompanhava. Tentava buscar no grupo sua identificação.

Juliana não conseguia olhar-se no espelho e nem em fotos, sentia horror diante de sua imagem. Com isso, a terapeuta combinou com a paciente de trabalharem um dia com fotos suas, fotos antigas de sua infância, atuais e fotos de mulheres com quem ela se identificava ou gostaria de se parecer. Para Juliana foi muito difícil, já que tirar fotos para ela era como mostrar todas as suas falhas e sua capa de gordura, de defesa. Não se olhava no espelho há bastante tempo e quando olhava era apenas para maquiarse, nunca de corpo inteiro. Não se reconhecia no espelho, nas fotos e nem em sua mãe enquanto mulher.

Juliana não se reconhecia no corpo envolto em uma capa protetora e nem no corpo feminino. Defendia-se através gordura de uma sexualidade ainda em fase de descoberta e confusa. Não sabia qual objeto devia buscar, em virtude dos aspectos do seu desenvolvimento e de sua fase edipiana. No momento buscava, apenas, o amor pelo objeto materno como sempre. Não sabia se queria se parecer com um rapaz ou com uma moça como estava se tornando. Seu corpo estava mostrando sua feminilidade ao emagrecer.

Paciente: Meu cabelo está uma bagunça, eu mesma estou cortando ele. E não consigo parar de cortar, daqui a pouco vai estar curto como o de um menino.

Terapeuta: E te agrada se parecer com um menino?

Paciente: Tenho pensado sobre isso. Tem uma professora em minha escola que ela é visivelmente homossexual. Fico pensando que se eu realmente quiser chamar a atenção das meninas preciso me parecer homossexual, se não, como vão saber.

Terapeuta: E tu sabes?

Paciente: Não, não sei, só sei que ainda não senti atração por meninos. Não sei como quero me parecer. Não sei ainda que tipo de relação quero ter. Só sei que não quero ser como meus pais.

Terapeuta: Parece que os modelos que tu tiveste de casal não foram suficientes para ti. Podemos pensar juntas sobre como é ser um casal e que modelos te agradam.

Paciente: Para mim, minha mãe não é feliz. Ela é submissa e meu pai vive brigando e xingando ela, ele é um grosso. Quando eles brigam eu fico prestando atenção para ver se ele não vai fazer nada. Ele nunca bateu nela, mas às vezes parece que ele já vai bater, de tão brabo que fica. Eu não quero ter uma relação assim.

Terapeuta: O papel de mulher para ti parece que fica rebaixado e submisso. É um papel de sofrimento.

Paciente: É, pode ser. Mas ao mesmo tempo estou gostando do meu corpo mais magro, pareço mais mulher. O que sei é que estou me sentindo bem emagrecendo e não quero mais engordar. Quero poder manter alguma coisa, dar continuidade, eu sempre desisto de tudo.

Terapeuta: Então precisas permanecer com a idéia de que gosta de meninas também.

Paciente: Agora que tu falou, pensei nisso, parece que já que eu afrontei meus pais com isso tenho que ir até o final. Ai, não sei, é difícil começar a pensar sobre isso tudo.

Terapeuta: Antes com teu corpo sem forma não precisavas te preocupar, nem pensar.

Paciente: Com certeza. Ninguém olhava para mim mesmo. Nem eu (sorri). Mas eu estou gostando e muito do meu corpo de mulher e até de que me olhem.

Juliana ainda precisa do espelho para desenvolver sua identidade, já que no início de seu desenvolvimento o papel da mãe, como espelho, não pode devolver a ela as partes do seu *self*, provavelmente por ter encontrado uma mãe doente e depressiva. Ainda precisa descobrir como é ser a Juliana e como é ser independente de sua mãe. Sabe-se que a etapa de simbiose com a mãe é fundamental e estruturante, mas o prolongamento ou ruptura precoce pode ser patogênico. No caso de Juliana não houve uma resolução adequada do complexo de castração e do complexo de Édipo ao não conseguir se afastar da mãe e se aproximar do pai, propiciando, assim, uma defesa onde a negação e a desmentida prevalecem na voracidade pelo alimento.

Juliana mascarava a dificuldade de relacionamento dos pais, que projetavam seus problemas de casais nela. Ficava assim, comprometida com essa aliança inconsciente e

ambivalente em relação ao seu crescimento e modificação do seu corpo e de se parecer com sua mãe. As defesas utilizadas por ela para assegurar seu bem estar e aplacar suas angústias e a falta, falta do pai e de um modelo de casal que pudesse se espelhar, encontram-se presentes na relação com o alimento e com as pessoas. A voracidade é uma forma de retomar a segurança perdida pela ausência dos pais em alguns momentos e de não se confrontar com o vazio.

A visão de Juliana, sobre seu pai e irmãos, é de que eles têm relacionamentos machistas com suas companheiras e que a mulher não é reconhecida e respeitada. Questionava-se nos atendimentos o lugar que a mulher ocupa em sua casa e o papel que esta tem para ela. Juliana ficava confusa se gostava realmente de meninas ou se apenas não queria ocupar este papel feminino. Discordava e sentia muita raiva de seu pai, mas identifica-se com este e com os gostos em comum. Juliana estava colocando-se no lugar de homem para não precisar pertencer ao mundo feminino que sua família lhe mostrava.

Por sua obesidade tinha vergonha dos meninos e das meninas, parecia ainda não ter saído do estado bissexual normal citado por Freud. Por sua obesidade escondia-se ao ver seu corpo se tornar feminino e fazer com que assim fosse necessário perceber suas curvas femininas, sua sexualidade, suas escolhas, seu lugar em sua casa, perceber-se como mulher e colocar-se diante de sua família como submissa e sofredora. Assim como é descrito nos mitos onde o feminino é sempre colocado em um papel de sofrimento e o masculino sempre como herói e agressivo. Segundo Graña (1996), a descrição da mulher na mitologia é sempre dentro do mundo da infelicidade, onde ela encontra sofrimento, dor e privações. Assim também a paciente percebe o mundo feminino.

Juliana, no decorrer do tratamento, vai conseguindo perceber suas limitações e medos da adolescência. Hoje, consegue ficar em silêncio e conversar sobre o que tem vontade durante os atendimentos, fica segura e tranquila ao fazer seu relato para a terapeuta, diferente da vergonha que sentia no início. Quando sua mãe é chamada para conversar junto com a terapeuta e a filha, Juliana fica mais calada, deixa que sua mãe e a psicóloga conduzam mais a sessão. Entretanto, quando indagada sobre algo ou sobre sua opinião ela não deixa de colocar e falar o que pensa, mesmo que de uma maneira um pouco mais cuidadosa do que quando está sozinha com sua terapeuta. Quando está apenas com a psicóloga, em sessão, reflete sobre seus medos e desejos.

“Penso nesses sonhos que tenho tido. Na verdade penso no mundo dos sonhos, de como me vejo neles e de como me sinto neles, mas quero antes de tudo me sentir bem no meu mundo. Não preciso mais ficar jogando tanto, tenho passado bem pouco tempo na frente do computador... Outro dia meus avós e meus tios foram lá em casa e eu sai do quarto e fiquei na sala com todos. Fui no final de semana visitar meus avós também. Eles mudaram de casa faz três anos e eu ainda não tinha ido conhecer” (sic).

A jovem está conseguindo se desligar um pouco do computador, de suas vidas fantasiosas e podendo viver e preocupar-se mais com sua vida real. Tem podido conviver com sua família, seus avós, que quando a visitavam não conseguiam vê-la, pois ela não saía do quarto. Esta começando a romper o forte laço com sua mãe e podendo realizar outros com outras pessoas.

Juliana eliminou quase 30kg até o momento. Está conseguindo fazer amigos na escola nova. Está deixando o cabelo crescer e voltou a usar calça jeans, bermuda, vestido e roupas com cores diferentes. Já sai de casa sozinha, vai ao cinema e combina encontros com colegas e amigos. Está tirando notas boas na escola, o que a impressiona. Para ela tirar notas boas e crescer é ainda ao mesmo tempo estar em um mundo masculino, já que só os homens trabalham na sua família, mas também diferenciar-se deles, pois aparece o desejo de fazer faculdade e ter uma profissão. “Não quero ser como meu pai ou meus irmãos que não têm uma faculdade, quero estudar e me formar em algo que eu goste, ainda não sei em que, mas vou saber quando chegar perto” (sic).

A jovem conseguiu durante o tratamento perceber seus sentimento e assim deixar de buscar sensações no corpo para sentir-se viva. Fazia seu corpo sofrer com o excesso de alimento preenchendo assim o vazio e cortando-se para esvaziar e aliviar a dor psíquica. Pode colocar em palavras estas dores e preencher o vazio quando se permitiu sentir e pensar junto com a terapeuta possibilidades e descobrir na relação com os colegas e com o grupo, como é ser adolescente e descobrir sua sexualidade.

Paciente: Essa semana foi difícil seguir a dieta, comi um pouco mais e não é vontade de comer porcaria, parece fome mesmo, não sei parece que preciso comer.

Terapeuta: O que será que está precisando ser preenchido?

Paciente: Não sei. Ainda sinto aquele vazio algumas vezes. Sempre senti isso. Eu não sei o que fazer para parar de me sentir assim.

Terapeuta: Antes preenchias com a comida.

Paciente: Sim, comia muito, até me sentir totalmente cheia. Mas não adiantava por muito tempo, logo voltava a me sentir mal. Mas tinha a comida e hoje não tenho mais. Agora preciso entender por que sinto isso. Não quero mais destruir meu corpo comendo e me machucando, me cortando.

Terapeuta: Me fala dos machucados.

Paciente: Eu não sei por que, mas precisava me cortar, comecei com uma tesourinha quase sem ponta e aos poucos fui aumentando para algo mais afiado, precisava sentir.

Terapeuta: Sentir?

Paciente: Parece que me cortar de uma certa maneira me aliviava, não sei explicar, mas sentia alívio, por isso comecei a cada vez mais me cortar mais fundo e com alguma coisa mais afiada.

Terapeuta: A comida preenchia e o corte aliviava.

Paciente: Exatamente. É bem isso. Parece que é o que eu sinto com minha mãe e meu pai. As vezes é demais, são sufocantes, minha mãe me liga o tempo inteiro para meu celular para saber onde estou e o que estou fazendo, outras vezes parece que não estão nem aí, me criticam, tudo que eu faço é errado, se juntam contra mim. Parece que eu nunca acerto para eles. É tudo muito às vezes e pouco em outras.

A jovem continua pensando e refletindo sobre seus sentimentos, diminuindo cada vez mais a necessidade de manifestar no corpo suas decepções, frustrações e dores. A adolescente continua em busca do que é ser feminino para ela e na busca de como seu corpo saudável pode lhe ajudar nesta descoberta. Sua sexualidade ainda em definição não pode ser vista aqui com maior aprofundamento, pois o trabalho se estenderia por muitas páginas. Entretanto abre-se um novo leque de possibilidade para mais estudos e novas etapas no decorrer de seu tratamento.

### **Considerações Finais**

O desenvolvimento emocional do indivíduo tem como base o vínculo existente entre o bebê e a mãe e mais tarde a entrada do pai como um terceiro para separar este vínculo dual. O bebê no início não percebe a separação entre o eu e o não-eu. Quando percebe a mãe como



objeto e não mais como sua extensão, começa a entender que existe um outro que cuida e que proporciona prazer e desprazer. Quando o vínculo com a mãe é fraco ou se prolonga por mais tempo que o necessário, quando este vínculo é simbiótico não permitindo o deslocamento do desejo futuramente para outro objeto, pode ocorrer déficits emocionais importantes, graves e persistentes para o indivíduo. Assim como se percebe no caso da paciente Juliana, onde a mãe e a adolescente tinham uma relação simbiótica com total interdição da entrada de um homem neste meio. A mãe que ficou doente logo após o parto não conseguiu suprir as necessidades iniciais da filha, causando, naquela, culpa e desejo de reparação, tornando a filha, assim, o seu objeto único de desejo e de amor.

Na obesidade aparecem mães que não souberam aliar alimentação e afeto, que não percebem a necessidade real dos seus filhos a tempo, reagem a todas as solicitações como se fossem pedidos de alimento, substituem a intimidade e carinho por alimento, denominadas como mães operatórias ou psicossomatizantes. Surgem também pais ocupados, distantes de seus filhos e de sua família e bebês vorazes, dispostos a buscar no alimento a mãe que se manifesta apenas desta forma.

Juliana defendia-se de suas inseguranças infantis e inquietações da adolescência através da obesidade. Uma obesidade reativa, uma tentativa de restauração por uma situação depressiva básica frente ao luto adolescente e a perda do corpo infantil bissexual.

Surgem paradoxos nos relacionamentos futuros dos obesos. É como se existisse uma voracidade por relacionamentos, assim como há com a comida, e ao mesmo tempo uma capacidade de isolamento e abandono dos mesmos. Mostrando com isso, a dificuldade de manter um distanciamento suficientemente bom dos outros, assim como do alimento. No caso citado neste artigo, a mãe da jovem não conseguiu instituir uma distância suficientemente boa com a filha, provocando assim dificuldade desta em seus relacionamentos. Em alguns momentos estava com amigas no colégio e em outros, trancada no banheiro na hora do recreio por não saber lidar com seus sentimentos.

Pode-se pensar, assim, nestes pacientes como pertencentes à estrutura borderline? Acredita-se que muitos deles sim. Estes pacientes não fazem parte de nenhum tipo de funcionamento psíquico ou de estrutura, aproximando-se conforme o caso de um ou de outro: neurótico, psicótico, perverso ou de borda. A agressividade, a impulsividade e o risco de

suicídio são percebidos como presente em muitos destes pacientes que oscilam tanto em seus sentimentos e relacionamentos. A paciente relatada neste texto ainda é uma adolescente em fase de estruturação e descobertas, mas que com certeza sentia e ainda sente dificuldade em controlar seus impulsos e sua agressividade contra ela mesma e contra sua família.

Conforme abordado ao longo do trabalho, a obesidade e os transtornos alimentares podem ser estudados e compreendidos através do modelo psicossomático, do modelo aditivo e dos transtornos da imagem corporal e da depressão. A percepção da complexidade desses quadros envolve a compreensão da psicopatologia, da personalidade, de conflitos edípicos e pré-edípicos, de déficits evolutivos, da dinâmica familiar, de falhas na regulação da auto-estima, da influência dos aspectos socioculturais, do desenvolvimento da psicologia feminina e da função cognitiva do pensamento.

A paciente Juliana evidenciava isto quando sentia vergonha de seu corpo e sofria na escola ao ser chamada por apelidos depreciativos relacionados ao seu peso. Com isso, isolava-se e machucava-se. Cortava o corpo que provocava tantos sentimentos ruins e que a aprisionava. Não conseguia colocar em palavras as suas dores psíquicas, utilizava-se da comida como uma droga que lhe preenchia do vazio e, dos cortes que lhe aliviavam. Era pela impossibilidade de se ver como sujeito inteiro, refletida no espelho que precisava se marcar, se cortar, como recurso para sentir-se viva, livre de um vazio que não a possibilitava criar.

Ao entrar na adolescência a paciente começou a sentir a necessidade de mudar suas escolhas e sua relação com a comida. Precisava sentir-se bem com seu corpo e com seu grupo de iguais. Os adolescentes costumam andar em grupos, precisam se identificar uns com os outros e afastarem-se de seus pais para construir uma identidade deles, mesmo que com aspectos parciais dos pais. Esta etapa é de mudanças e de sentimentos diversos em relação a si, a família, aos amigos e ao seu corpo. Juliana começou a perceber que sentia interesse por uma colega do mesmo sexo, o que a deixou mais confusa e isolada. Em terapia pode-se refletir sobre a obesidade atuando como uma defesa para sua sexualidade homossexual ou a sexualidade homossexual como uma defesa para seu corpo obeso.

A sexualidade feminina tem início ainda muito cedo, quando a criança experimenta o complexo de castração e o complexo de Édipo. É a partir da saudável passagem por estes estágios que a sexualidade da menina vai tomando forma. A feminilidade se forma com os

modelos que a criança presencia e almeja para si. Com a erotização saudável por parte de seus pais e do vínculo com estes. No caso de Juliana pode-se perceber que não houve este vínculo saudável. Sua relação com sua mãe se prolongou para além da fase saudável, dormiu com ela na cama até os 12 anos de idade, tirando o lugar do pai no leito e como marido de sua mãe.

Pode-se perceber assim, que tanto para a dinâmica da obesidade quanto para uma passagem adequada pelo período da adolescência e a construção da identidade sexual da jovem, a importância que os relacionamentos objetivos primários e a identificação com estes proporcionam. Ao revisar os referenciais teórico-clínicos sobre a obesidade e formação da identidade de gênero homossexual na infância e adolescência observou-se aspectos em comum quanto as características da relação adolescente com seus objetos primários e dinâmica familiar. O vínculo forte de Juliana com a mãe e deficitário com pai proporcionou um crescimento baseado na insegurança e nos fracos modelos parentais, causando assim a obesidade, uma sexualidade ainda indefinida, porém tendendo para a homossexualidade, e uma dificuldade de entender seus sentimentos, já que não foram traduzidos para ela ainda criança, fazendo do seu corpo sua via de escape.

Em um ano de terapia foi possível para a paciente começar a compreender seus sentimentos em relação a seu corpo, sua adolescência e sua sexualidade. Com isso teve a perda de quase 30 kg e a aproximação com os seus colegas e amigos, vivendo importantes momentos da etapa da adolescência que estava perdendo trancando-se em seu quarto e trocando o dia pela noite. Tenta se aproximar mais de seu pai e buscar um relacionamento de pai e filha com este. Seu atendimento continua, agora com o vazio e as sensações podendo cada vez mais ser colocado em palavras e não mais em seu corpo.

### Referências

ABRAHAM, K. O primeiro estágio pré-genital da libido. In: \_\_\_\_\_. **Teoria psicanalítica da libido**: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 51-80.

BIDAUD, E. Reflexões sobre a clínica dos sangramentos provocados. In: GONZAGA, A. P.; WEINBERG, C. (Org.). **Psicanálise de transtornos alimentares**. São Paulo: Primavera, 2010.

BRUCH, H. **Eating disorders**: obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books, 1973.

DONATO, A. et al. Obesidade. In: BUSSE, S. de R. (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. São Paulo: Manole, 2004. p. 329-361.

FONAGY, P; TARGET, M. Questões desenvolvimentais na adolescência normal e colapso na adolescência. In: GRAÑA, R. B; PIVA, A. B. S. (Org.). **A atualidade da psicanálise de adolescentes**: formas do mal-estar na juventude contemporânea. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 91-106.

FREUD, S. A dissolução do complexo de Édipo. [1924, ano da 1. ed.]. In: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19.

FREUD, S. Sexualidade feminina. [1931, ano da 1. ed.]. In: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. [1905, ano da 1. ed.]. In: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7.

GALVÃO, A. L.; PINHEIRO, A. P.; SOMENZI, L. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al. (Org.). **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 59-72.

GRAÑA, R. B. **Além do desvio sexual**: teoria, clínica, cultura. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.

GURFINKEL, A. C. Depressividade e manejo clínico no transtorno das problemáticas alimentares. In: GONZAGA, A. P. et al. (Org.). **Psicanálise dos transtornos alimentares**. São Paulo: Primavera, 2010. p. 71-86.

KALIL, F. A compulsão alimentar e suas implicações na clínica psicanalítica. In: GONZAGA, A. P. et al. (Org.). **Psicanálise dos transtornos alimentares**. São Paulo: Primavera, 2010. p. 167-186.

LEVISKY, D. L. **Adolescência**: reflexões psicanalíticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MALZYNER, G. A clínica do vazio: a relação entre masoquismo e transtornos alimentares. In: GONZAGA, A. P. et al. (Org.). **Psicanálise dos transtornos alimentares**. São Paulo: Primavera, 2010. p. 253-262.

MATTOS, M. I. P. Os transtornos alimentares e a obesidade numa perspectiva contemporânea: psicanálise e interdisciplinaridade. **Contemporânea**, Porto Alegre, n. 2, p. 78-98, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.revistacontemporanea.org.br/site/wp-content/artigos/artigo77.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2009.

MCDUGALL, J. **Conferências brasileiras: Corpo físico, corpo psíquico, corpo sexuado.** Rio de Janeiro: Xenon, 1987.

MIRANDA, M. R. A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha. In: GONZAGA, A. P.; WEINBERG, C. (Org.). **Psicanálise de transtornos alimentares.** São Paulo: Primavera, 2010.

NAKAMURA, E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: BUSSE, S. de R. (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade.** São Paulo: Manole, 2004. p. 13-29.

PERSANO, H. L. Abordagem psicodinâmica do paciente com transtornos alimentares. In: EIZIRIK, C. L. et al. (Org.). **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.** Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 674-688.

RASCOVSKY, A; RASCOVSKY, M. W; SCHLOSSBERG, T. Estructura psíquica básica del obeso. **Revista de Psicoanálisis,** Buenos Aires, v. 8, n. 2, p. 141-151, 1951.

RIBEIRO, M. A ilusão simbiótica e a cilada narcísica entre mãe e filha: um caso de bulimia. In: GONZAGA, A. P. et al. (Org.). **Psicanálise dos transtornos alimentares.** São Paulo: Primavera, 2010. p. 157-166.

STENZEL, L. M. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al. (Org.). **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 73-81.

WINNICOTT, W. D. O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: \_\_\_\_\_. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 153-162.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica: uma revisão.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZUKERFELD, R. **Acto bulimico, corpo y tercera tópica.** Buenos Aires: Ricardo Vergara, 1992.