

Introdução

A BANALIDADE COM QUE TÊM SIDO TRATADOS TEMAS COMO CORPO E emagrecimento antecipa a importância deste estudo. Fala-se do corpo do outro, do corpo próprio, da imagem do corpo, do corpo ideal, do corpo saudável, enfim, fala-se do corpo que pesa. Peso que não pode ser medido pela balança, mas encontra nesse referencial seu maior peso. Emagrecer se tornou uma missão e uma obrigação. Fala-se do que se come, de como se come e do que se deve comer ou parar de comer. Essas falas perambulam pelo mundo, mas também são recolhidas na prática clínica dos analistas que se dedicam a acolher pacientes ditos obesos à procura de um espaço onde possam elaborar o mal-estar que advém do peso do corpo.

O horror à gordura se apresenta na clínica de modo bastante variado, contudo mantém algumas características comuns a grande parte dos analisantes. Na maioria dos casos, destaca-se um empobrecimento discursivo, assim como um esvaziamento afetivo que desponta localizado num sofrimento que se mostra numa fala, em vez de dialetizada ou metafórica, referida ao corpo físico, condensando na inadequação ao corpo ideal a dor e o sofrimento. O discurso, muitas vezes, limita-se ao pedido de uma técnica para emagrecer em que não se esboça qualquer afetação: é a radicalização da escassez discursiva que não veicula uma abertura, na qual possa inscrever-se um questionamento direcionado ao Outro. Trata-se antes da eterna expectativa de encontrar a fórmula mágica que livre o sujeito do estorvo que é a gordura.

São exatamente esses pontos de contato que levaram às questões desenvolvidas no livro, cuja escrita se fez de pequenos momentos que responderam a grandes desafios da prática clínica. Tais desafios confrontam o psicanalista a esta inquietante constatação: se o real da clínica não cede

à formalização, a palavra não cessa de tentar escrevê-lo. Nos sonhos de um poeta, encontra-se um caminho que antecipa seu fim:

Outro dia sonhei com uma caixa
Vazia
Sextavada por dentro
Como para conter um diamante
Mas não havia nada dentro
(Souza, 2013: 63)

Foi com o vazio que me deparei nos atendimentos a analisantes com sobrepeso e obesidade realizados desde 2000, assim como na experiência junto ao projeto de pesquisa e extensão *Psicanálise e Clínica dos Sintomas Alimentares*, da Universidade Federal Fluminense, coordenado pela professora Leticia Balbi, em que foi possível acompanhar diversos casos atendidos por estagiários e construir grande parte dos questionamentos de que este trabalho é testemunho. Vale destacar que o percurso aqui apresentado corresponde ao que desenvolvi ao longo do curso de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, concluído em 2013 sob a orientação do professor Joel Birman, e reúne elementos de uma primeira construção sobre o tema. Por óbvio, uma década depois da conclusão desse percurso, muitos outros questionamentos se impuseram a partir da clínica e outros caminhos teóricos se mostraram férteis, como a articulação entre o discurso do capitalista, proposto por Lacan (1969–70), e o modo como os pacientes ditos obesos se posicionam em face do gozo.

Na mesma direção, com a minha inserção no Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em especial no Internato de Nutrição em Saúde Coletiva (INSC/Uerj), a problemática da obesidade e dos transtornos alimentares ganhou novos contornos. A necessidade de abordar de modo aprofundado a complexidade do tratamento da obesidade na atenção primária à saúde se tornou uma questão premente, pois nesse espaço observa-se a dificuldade dos profissionais de saúde de construir uma visão ampliada da questão alimentar e mesmo de levar a cabo as políticas públicas que têm sido recentemente desenvolvidas. A interface com o campo da alimentação e nutrição, marcadamente inserido na perspectiva biomédica, aguçou ainda mais a escuta do que falha na abordagem dos pacientes ditos obesos, escancarando a dimensão do impossível que a obesidade tenta a todo custo elidir.

Esse impossível se expressa tanto nos impasses clínicos quanto na pouca produção teórica acerca da obesidade no campo psicanalítico, em oposição a um vasto investimento em teorias de base cognitivo-comportamental. Nas últimas décadas, o interesse na aplicação dessas teorias nas áreas da saúde, da educação, da criminologia, da economia, da energia e do clima, entre outras, aumentou consideravelmente, na esperança de que a compreensão da mudança comportamental melhore os serviços oferecidos à população. No que diz respeito à obesidade, não é diferente. Assiste-se, com assombro, à proliferação de abordagens comportamentais no campo da alimentação e nutrição como resposta à busca de uma fórmula mágica que permita aos profissionais da saúde construir estratégias “eficazes” e alcançar resultados satisfatórios ante os agravos (em especial, ganho excessivo de peso, diabetes tipo 2 e hipertensão) associados aos “maus” hábitos alimentares.

Para enfrentar essa tendência, é preciso apostar na psicanálise como uma terapêutica capaz de abordar o vazio, fazendo o discurso entrar no campo silencioso do sintoma. Diante do silêncio a que se é confrontado, esta pergunta se decantou: como se pode entender a satisfação oral que emudece e impõe ao sujeito um modo de sofrimento tão cruel? O horror em face do imperativo “Coma!” evoca uma das mais assustadoras figuras da mitologia grega, as Górgonas, em particular Medusa, que transformavam em pedra qualquer um que as olhasse diretamente nos olhos, e condensam o olhar impiedoso do supereu. Entre as hipóteses que se depreendem da petrificação causada pelo olhar de uma Górgona, reside a de que ela refletiria a imagem de uma culpabilidade pessoal, traduzida numa consciência escrupulosa e paralisante (Brandão, 1986). Esse olhar fulminante e a conseqüente petrificação constituem o protótipo da forma como os pacientes ditos obesos se apresentam na análise: a vida paralisada, na qual tudo gira em torno do corpo e do emagrecimento, tendo no ato de comer compulsivamente a única fuga que, ao mesmo tempo, aprisiona-os no real do corpo.

Assim, o objetivo deste exercício de escrita é reunir elementos da metapsicologia freudiana à luz da teoria lacaniana e, a partir dessa construção teórica, avançar no que diz respeito ao fazer analítico. Para tanto, a clínica me guiou pelos desfiladeiros da angústia – angústia do analista diante da impotência e angústia dos pacientes ditos obesos diante do irrefreável impulso de comer o mundo –, percorrendo fundamentalmente dois campos conceituais que se articulam: as proposições de Freud sobre a angústia, relidas por Lacan com a introdução do conceito de objeto *a*, e o campo da economia libidinal na obra freudiana, retomado à luz do conceito lacaniano de gozo.

Tal ampliação possibilita, em última análise, extrapolar as poucas reflexões teóricas já existentes, pensando além do deslocamento da queixa à demanda e do estabelecimento da transferência como condição de possibilidade de entrada no dispositivo psicanalítico. Delinear esses elementos teóricos constitui uma contribuição que subsidia a clínica psicanalítica não somente em relação às dificuldades da entrada em análise, mas sobretudo em relação aos momentos do tratamento em que a aderência à satisfação oral se mostra particularmente difícil de contornar e a dimensão do ato ganha maior pregnância.

Convém lembrar que o percurso que vai do objeto pulsional ao imperativo de gozo passa necessariamente pelo terreno escorregadio das identificações e impõe reflexões sobre as consequências que a realização do ideal do corpo magro pode trazer para os ditos obesos. Tais consequências decorrem de uma não correspondência entre o corpo almejado e popularizado pelas mídias e o senso comum, de um lado, e aquele que se produz no processo de emagrecimento, do outro, o que pode indicar um funcionamento diferenciado da função simbólica na constituição do corpo e na regulação das identificações.

O percurso se inicia na discussão sobre os impasses no tratamento dos pacientes ditos obesos, tendo em vista a necessidade de circunscrever o campo a que o livro se refere. Destaca-se daí a necessidade de lidar com a compulsão, por ser uma categoria conceitual que diz respeito ao campo psicanalítico mais do que ao campo médico. Enfatiza-se o modo imperativo que se apresenta na compulsão por comer e os seus desdobramentos para o dispositivo psicanalítico quer pelas dificuldades de entrada em análise, quer pela descontinuidade dos tratamentos, marca indelével nessa prática clínica. Assim como a clínica surpreende cotidianamente, não viso dar respostas definitivas, muito menos limitar as possibilidades teóricas de pensar a complexidade dos impasses que ela nos impõe. Busco antes registrar um percurso de investigação teórico-clínica que permita aos leitores interrogar o que se convencionou chamar de “clínica da obesidade”.¹

Discuto como esses casos trazem dificuldades para o diagnóstico psicanalítico e suas consequências na direção do tratamento, resgatando uma discussão recorrente sobre as estruturas clínicas e os modos de in-

1 A expressão aqui indicada diz respeito a toda abordagem biomédica da obesidade, pois não há uma especialidade que permita circunscrever uma clínica da obesidade no que tange à clínica psicanalítica.

tervenções possíveis. Um dos pontos críticos desses tratamentos reside na dificuldade de promover um arrefecimento da compulsão e do sofrimento dela decorrente, o que leva a uma pergunta sobre a eficácia ou não do dispositivo analítico para conter o desregramento compulsivo. Sendo a lógica fálica o que baliza as intervenções do analista no campo da neurose e o previne dos trágicos efeitos das interpretações no campo das psicoses, a discussão acerca do diagnóstico traz à tona o entrelaçamento entre as estruturas clínicas, lançando-se mão da categoria de “psicose ordinária” como horizonte para enfrentar a dificuldade de diferenciá-las. Com a psicose (desencadeada ou não) como limiar de uma intervenção diferenciada, o questionamento permanente é necessário para não causar rigidez na escuta e impotência da função do desejo do analista.

Nesse contexto, um dos grandes desafios teóricos é delimitar o que está em jogo no ato compulsivo. Para dar conta desse desafio, procuro diferenciar algumas dimensões clínicas do ato, conceituando com Freud o *acting out*, o ato falho e o ato sintomático, e com Lacan a passagem ao ato. Tal diferenciação visa instruir uma nova maneira de apreender a compulsão por comer, tendo como referência o campo psicanalítico, em que a compulsão pode configurar-se como um sintoma (na neurose obsessiva) ou como uma tarefa do aparelho psíquico que tenta dar conta da invasão por um excesso de energia livre (na compulsão à repetição). Essas duas apresentações freudianas da compulsão, todavia, parecem-me insuficientes para explicar a compulsão por comer, pois não se trata de uma compulsão que responde a uma ideia obsessiva *stricto sensu*, nem da compulsão à repetição, cujo exemplo paradigmático é o *Fort-Da*. Em contrapartida, há nessa repetição compulsiva algo que merece ser investigado.

Como, então, pensar a compulsão por comer dos pacientes ditos obesos? É preciso considerar que os sintomas, além de serem formações substitutivas, comportam, de modo geral, uma satisfação que ultrapassa o princípio de prazer, o que é notório na insistência de certos sintomas já apontada por Freud, e permite, a partir de uma leitura lacaniana, pensar a dimensão de gozo que a compulsão por comer adquire. Nesses termos, a ampliação do conceito de sintoma aqui proposta acompanha os passos de Freud em sua segunda tópica, quando ele passa a admitir definitivamente a pulsão de morte como um dos princípios do funcionamento do aparelho psíquico, conduzindo a outra leitura do sintoma, cuja função implica a manifestação da insistência pulsional que não se esgota na satisfação sintomática. O ganho secundário da doença e a reação terapêutica negativa são analisados como corolários da intrincada relação entre isso,

eu e supereu na segunda tópica e indicam o caminho a ser perseguido ao longo de uma investigação psicanalítica.

Abordo, além disso, a questão da angústia norteadada pelo conceito de gozo, uma vez que cabe não apenas indagar se a compulsão por comer pode ser um modo de defender-se da angústia, mas também verificar em que medida a incidência das exigências superegoicas estaria diretamente relacionada à manutenção do sintoma e ao aumento da angústia, devido a uma falha na operação simbólica que regula as relações entre ideal do eu, supereu, gozo e desejo. Um breve histórico recobre as permanentes mudanças na concepção freudiana da angústia, desde o “Manuscrito E” (Freud, 1894) até a trigésima segunda nova conferência de introdução à psicanálise, “Angústia e vida pulsional” (Freud, 1933), quando se admite uma dupla origem da angústia: sinal que coloca em funcionamento o princípio de prazer e manifestação que provém diretamente do trauma.

Com base na virada de 1920, trato da experiência de satisfação e da compulsão à repetição para acompanhar a construção freudiana do fator traumático como elemento nodal da economia psíquica. Diante do traumático, entendido a partir de 1920 como excesso pulsional, é preciso recolher subsídios para pensar a identificação como o que permite a construção de recursos psíquicos para lidar com esse excesso que invade o aparelho psíquico. Como tudo que diz respeito à clínica com pacientes ditos obesos, mais uma vez há dificuldades conceituais, pois é preciso investigar como a angústia se apresenta nesses analisantes e, ainda, se a compulsão por comer responde à angústia traumática que invade o aparelho psíquico ou se é sinal do que possivelmente já se inscreveu como trauma.

Ante essa dificuldade, tomo os diferentes tipos de angústia propostos por Freud em *Inibição, sintoma e angústia* (1926) para adentrar a concepção lacaniana de angústia, enfatizando o problema econômico trabalhado pelo primeiro com base na noção de masoquismo originário. O conceito de objeto *a* é apresentado a partir do esquema óptico, no intuito de demonstrar sua dupla incidência: resto da operação da castração e causa de desejo. Um primeiro fragmento clínico assinala que a entrada em análise desvela o recobrimento imaginário fornecido pela comida ao objeto do desejo que, a céu aberto, promove o desdobramento da demanda de emagrecimento e faz emergir a fantasia cuja marca aponta para a alienação do desejo do sujeito no desejo do Outro, articulando sua identificação.

Nessa perspectiva, a clínica lança luz sobre a dialética das identificações que circunscreve os possíveis modos de responder ao desejo do Outro, cujo sinal é a angústia. Ao percorrer a literatura freudiana sobre

a identificação, busco alinhar um fio condutor para pensar a prática clínica, tendo em vista que o sintoma, como gozo e satisfação pulsional, paralisa e mortifica o sujeito, desviando-o para uma ação que esvazia o trabalho psíquico de elaboração. Para tanto, empreendo um exame minucioso de diferenciação dos conceitos de introjeção, incorporação e identificação, tradicionalmente utilizados de maneira indistinta no campo da psicanálise pós-freudiana. Eles são trabalhados com base tanto nos textos freudianos da primeira e segunda tópicos quanto no ensino de Lacan, reordenando o vocabulário com o qual se discute o que o sujeito dito obeso *in-corpo-ra*.

Outra diferenciação essencial é feita com relação aos termos eu ideal e ideal do eu, a fim de destacar o aspecto simbólico do segundo deles e sua relação com o traço unário na dialética das identificações. Indo além, identifico que a dificuldade freudiana em diferenciar ideal do eu e supereu – termos que se apresentam de forma indefinida em textos clássicos como *O eu e o isso* (1923) – demanda um tratamento teórico que ressalte, do lado do ideal do eu, uma vertente tipificadora do desejo e, do lado do supereu, sua face crítica que se faz ouvir como imperativo de gozo. A melancolia é tratada justamente como uma maneira de explicitar a incidência devastadora do supereu, revelando a face melancólica apresentada por muitos pacientes ditos obesos.

Pensando no trabalho de luto como correlato do trabalho de análise, adoto a indicação de Lacan de que, diante da perda, a possibilidade de identificar-se em outro lugar e não com a sombra do objeto perdido é condição para que o sujeito caia na neurose e não na melancolia ou no luto patológico (Lacan, 1960–1). Um segundo fragmento clínico aponta como a opacidade da identificação narcísica leva invariavelmente a uma necrose da vida claramente melancólica.

Enfim, o conceito de gozo em articulação ao supereu busca circunscrever a especificidade do imperativo que se apresenta na compulsão por comer. Ao retomar os casos apresentados, pontuo a incidência do supereu na neurose e nas neuroses narcísicas, articulando a questão da culpa com o conceito de masoquismo. Se na psicanálise pesquisa e clínica caminham juntas, é por meio do cotejamento com os casos que se pode relacionar a compulsão por comer ao supereu em sua vertente de imperativo de gozo, sem que isso constitua uma tentativa de eliminar os paradoxos que lhe são próprios. Afinal, são essas considerações acerca do supereu, articuladas à angústia e à identificação, que permitem elaborar algumas considerações sobre a clínica e a direção do tratamento com os pacientes ditos obesos.