

“Pedacinhos de comida” na obesidade

Fani Hisgail

Comentado por
Lisette Weissman e Maria Elisa Pessoa Labaki

Fani Hisgail é psicanalista e doutora em Comunicação e Semiótica pela PUC-SP, 2003. Membro da Associação Livre (São Paulo). Professora do curso “Cultura material: perspectivas Semiótica, Psicanálise e antropologia” pela ECA-USP. Autora de *Pedofilia: um estudo psicanalítico* (Iluminuras, 2007). Organizadora dos livros: *14 Conferências sobre Jacques Lacan* (Escuta, 1989), *Biografia: sintoma da cultura* (Hacker, 1997), *A ciência dos sonhos* (Unimarco, 2000); organizadora, com Lucia Santaella, de *Semiótica psicanalítica: clínica da cultura* (Iluminuras, 2013).

Lisette Weissman tem pós-doutoramento em Psicologia. Psicanalista de casal, família e individual. Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Autora de: *Famílias monoparentais* (Casa do Psicólogo, 2009), *Atendimento psicanalítico de família* (Zagodoni, 2014), *Parejas y familias migrantes* (Blucher, 2024).

Maria Elisa Pessoa Labaki é psicóloga e psicanalista. Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, onde é professora do Curso de Psicanálise. Autora de *Morte* (Casa do Psicólogo, 2001). Coorganizadora de *Psicanálise e Psicossomática: casos clínicos, construções* (Escuta, 2015) e *Psicossoma V: integração, desintegração e limites* (Casa do Psicólogo, 2014).

DOI: 10.70048/percurso.75.143-154

Introdução

O que apresento aqui é a história de um caso de histeria com obesidade acentuada, onde as manifestações somáticas como dor no peito e suspiros de angústia surgem acompanhadas de fantasias trágicas envolvendo filhos, familiares e a própria paciente. Esse desespero precede uma impulsão incontrolável para comer, revelando a angústia como um mecanismo de formação reativa frente ao sofrimento psíquico.

O caso é de Sula, uma mulher de 55 anos, cuja relação com o peso remonta à infância. Aos três anos já apresentava sobrepeso, enquanto sua irmã, nascida apenas onze meses depois dela, era “magra e desnurtida”. Diz que a irmã nasceu com a metade do peso com o qual ela mesma nasceu e que sempre precisou de cuidados da mãe na infância.

Sula costumava ficar todos os dias na casa da avó materna, que a alimentava e sempre a deixava repetir o prato. O laço amoroso entre ambas é “de se sentir importante”, ser amada, e se mantém até hoje. Aos cinco anos de idade, Sula começou a manifestar sintomas de anorexia, provocando vômitos deliberadamente e precisando retornar para casa com sua mãe. Nessa época, a mãe a vigiava em relação à alimentação e a recriminava com frequência. Como resultado, seu comportamento tornou-se agressivo com a irmã e as amigas. Logo após os episódios de agressividade, se desorganizava psiquicamente, e a saída era sempre ir atrás de “pedacinhos de comida”, para se acalmar. Esse contraste entre as duas meninas dentro da mesma estrutura familiar deu-se, inicialmente, como uma rivalidade branda, mas o que ela mais assinalava era a diferenciação corporal.

Para obter o reconhecimento das colegas de classe durante o período escolar, entre os sete e oito anos, se propunha a fazer a lição delas. Nos momentos em que se sentia excluída do grupo social, também se isolava na biblioteca da escola. A coexistência de dois desejos antagônicos, como “formação reativa”, não foi suficiente para evitar o sintoma da obesidade com suas variantes históricas.

Da puberdade em diante e na vida adulta o que prevaleceu em seu ser foi a simpatia e a bondade para com os necessitados, praticando serviços assistenciais com moradores de albergues, com problemas psíquicos e sexuais, sem emprego e moradia. Hoje a irmã trabalha como *influenciadora digital* nas redes sociais, onde mostra fotos de corpo inteiro, “que é magro, coisa que eu nunca poderei fazer”, diz ela. Demonstra ressentimento diante de um destino fatídico, mas não contra a irmã. Gosta dela e mostra fotos com alegria e afeto amoroso.

A relação com a obesidade se desdobra em múltiplas facetas, como a submissão em relação às amigas de infância que podiam vestir roupas e cores desejadas, o que lhe provocava uma frustração que não conseguia disfarçar. Esse desejo inatingível exprime um traço melancólico, quando a massa de gordura do corpo esconde e a impede de se desgrudar dessa amarração ligada à oralidade e à voracidade.

Apesar de seguir rigorosamente uma dieta durante o dia, à noite, transgredia as próprias regras para buscar “pedacinhos de comida” na geladeira ou aproveitar as sobras deixadas no prato de outras pessoas. Esse comportamento traduz a dificuldade de acessar a suficiência do ato de comer enquanto a saciedade plena remete a um padrão presente em muitos obesos que só interrompem a ingestão quando não há mais comida disponível.

A experiência traumática

Um episódio marcante ocorreu quando, brincando no pátio da escola, ela e um amigo lançavam saquinhos de areia. Um dos saquinhos ultrapassou o muro e atingiu um bebê no carrinho que passava



ambas as mães envolvidas na situação tinham o mesmo nome, e a professora que a defendeu possuía um nome semelhante ao da analista que conduzia sua análise.

na rua com a mãe. A comoção gerada por esse acidente e a reação furiosa da mãe da criança provocaram em Sula um sentimento intenso de desamparo, coincidindo com o período que diariamente ficava com a avó materna. Enfatiza ter sido a primeira vez que teve esse sentimento, aos três anos de idade, que veio a se repetir na vida adulta, quando não conseguia “dizer não” para algumas situações em que fica refém do desejo do Outro¹.

Desse relato um detalhe significativo emergiu: ambas as mães envolvidas na situação tinham o mesmo nome, e a professora que a defendeu possuía um nome semelhante ao da analista que conduzia sua análise.

O significante do mesmo nome da analista reforça a importância da transferência em análise, evidenciando como a paciente projeta uma demanda de amor e proteção à figura da analista como função materna. Mas o que ela diz hoje é que a mãe quer o que ela tem de coisas materiais e comidas sofisticadas encontradas em lojas de alimentos especiais e mais caros. Muitas vezes a mãe pede para passar na loja e comprar apenas um item, mas acaba voltando com a sacola cheia de comida que a paciente paga, pois a sustenta financeiramente. Pelo visto e depois de achar que a rival fosse a irmã, noto que se trata da mãe quem trapaceia a filha para obter pequenos prazeres e satisfações próprias. Por vezes, Sula fica com raiva. Em outras, para ela representa o quanto é importante para a mãe.

Por volta dos quarenta anos de idade fez um tratamento de emagrecimento e conseguiu perder 60 kg. Nesse período, mantinha consigo uma fotografia de criança, de seus três anos, que



com o marido, as relações sexuais eram conflituosas, e não conseguia conter impulsos agressivos em relação a uma amiga dele, de faculdade, que ela odiava.

constantemente observava como sua imagem. Essa informação é significativa, já que remete à convivência com a avó materna, mas, também, com a superação, mesmo que temporária, de se desamarrar de um núcleo melancólico com a mãe na fase oral do seu desenvolvimento.

Por alguns anos manteve o peso até reencontrar um amigo de juventude que a assediava sexualmente, dizendo que a desejava e que gostaria de manter relações sexuais com ela. A partir daí, a compulsão alimentar retorna aos poucos e ela vai adquirindo peso, principalmente quando entra o conflito psíquico de estar fazendo algo proibido, mas não conseguia deixar de ir ao encontro, nos cafés e bares, com este sujeito. Além disso, ele abusava de sua bondade, com demandas de dinheiro para comprar remédios, dos quais precisava para manter sua frágil saúde física e psíquica.

No início do processo analítico, seus encontros eram diários, sempre no mesmo local, e ela ficava fascinada com o que ele dizia. Com o esmiuçar da situação analítica, foi percebendo que estava sendo abusada e aos poucos foi diminuindo a frequência dos encontros, com desejo de conseguir parar de vê-lo. Com a pandemia, os encontros cessaram, mas ele ligava com insistência a ponto de ela se desorientar e sair da dieta. Hoje, os encontros são raros, mas diz que, quando depara com o olhar dele, um olhar de alguém que a impede de dizer “não” para aquilo que ainda não

sabe nomear, fica obediente, “perdida de mim e sem crítica”.

O desejo frustrado da perda de peso é o contraponto quando faz referência às mulheres que são magras, e nesta medida introjeta uma raiva de si por nunca alcançar seu propósito. Neste sentido, a reversão do amor em raiva remonta à primeira infância e, desde então, isso se repete de modos distintos, consolidando num corpo blindado de massa bruta.

Um evento particularmente impactante foi a notícia do suicídio de um conhecido, que a mobilizou emocionalmente de tal forma que seu impulso à comida diminuiu drasticamente e ela começou a perder peso. A sensação de possuir partes do seu corpo como “mortificado”, atuando como um escudo diante da impossibilidade de se mostrar ao mundo, foi suficiente para manter-se assim.

Além disso, questionava-se sobre a relação entre essa “mortificação do corpo” e uma figura interiorizada – alguém que estava “numa cadeira de rodas... com um corpo blindado, escondido e que não pode aparecer”. Aqui, a metáfora da invisibilidade e da impossibilidade de exposição social adquire contornos entre o que enxerga de si mesma e o que vê através do olhar do Outro. Quem está numa cadeira de rodas é ela própria impedida de enunciar uma palavra que funda um lugar simbólico de existência.

Os sintomas somáticos retornaram tempos depois, acompanhados de queixas como dor estomacal e coceira pelo corpo, associadas a fantasias sexuais provocadas pelos elogios recebidos do amigo de juventude. Esses elogios eram da mesma natureza dos “restos e beliscos de comida escondidos” que desejava abandonar.

Com o marido, as relações sexuais eram conflituosas, e não conseguia conter impulsos agressivos em relação a uma amiga dele, de faculdade, que ela odiava. Esse quadro remete à análise freudiana do “sonho da açougueira”², em que o ciúme e a insatisfação histórica de um desejo recalçado podem representar a privação do objeto sexual. Na interpretação de Freud, a expressão do desejo no

1 Possui mais dois irmãos homens.

2 S. Freud. “Sonho da bela açougueira”, in *Interpretação dos sonhos* [1893-1895]. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.



sonho da açougueira é desejo de insatisfação na medida em que ela tem salmão defumado e não caviar, para o jantar que ela ia oferecer ao casal. No caso de Sula o desejo de insatisfação, próprio das histéricas, é estar impedida de satisfazer o próprio desejo sexual.

A hipótese de base, a meu ver, é que estamos tratando de uma neurose histérica em que, ao sinal da angústia, surgem sintomas somáticos e de ansiedade. O que retorna do recalcado é a fantasia de não ser desejada pelo marido, especialmente por ela ter descoberto que o marido mantinha relações com prostitutas. E na vertente da demanda de amor, na fase pré-edípica trata-se de não ser amada pela mãe e de estar só, apenas com a avó que teve papel fundamental no suporte afetivo. A criança precisa saber que ela é importante quando está na presença da mãe, isto é, que ela traz prazer para a mãe. Embora apoiada na pulsão oral – “onde é o que se não é, onde se é para a mãe tudo o que a mãe quer”³ – como defesa do Eu, vai comer e pegar na geladeira tudo o que pode para aliviar a angústia devastadora do ser.

O inconsciente insiste e não desiste, e além dos sintomas e de outras formações, dois sonhos recorrentes da paciente ilustravam esse ponto: ela via “uma criança em perigo, que precisava salvar”, mas despertava no momento em que iria alcançá-la. Outro sonho é estar em um lugar e não saber o caminho, são sempre muitos e não sabe qual pegar, aí desperta. Sonhos de desamparo, de abandono...?

Análise do caso

A redação de um caso clínico levanta questões cruciais para o analista, especialmente no que diz respeito à escuta da transferência e à responsabilidade de ser o porta-voz da investigação que o afeta. A construção do caso clínico sempre foi objeto de análise na psicanálise, sendo amplamente discutida por Freud em diversos artigos, nos quais ressalta a ética e os possíveis caminhos para sustentar os achados teóricos e práticos da clínica.

a redação de um caso clínico levanta questões cruciais para o analista, especialmente no que diz respeito à escuta da transferência e à responsabilidade de ser o porta-voz da investigação que o afeta

A análise dos sonhos, a transferência e as teorias sexuais infantis levaram Freud a consolidar uma técnica e uma teoria fundamentada pelos conceitos de inconsciente, tal qual Lacan define como o inconsciente estruturado como uma linguagem. Nos *Estudos sobre a histeria* (1897)⁴, expõe as histórias de pacientes com a preocupação de manter o anonimato das histéricas, destacando sintomas recorrentes entre elas. Também trouxe à tona narrativas sobre a sedução generalizada entre um adulto e uma criança, embasando sua teoria da pulsão. A teoria da “sedução perversa polimorfa” levou Freud a reformular as vicissitudes pulsionais, consolidando-as como pulsão do eu e pulsão do objeto, sustentando os conceitos de narcisismo primário e secundário⁵.

Sobre a clínica, a associação livre e a escuta flutuante são aspectos fundamentais para o manejo da transferência, pois, ao eleger certos aspectos do caso, o analista também evidencia suas próprias resistências na condução do tratamento. Essa concepção está baseada no trabalho de pesquisa em Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, do qual participei por dez anos sob a coordenação de Manoel Tosta Berlinck.

Diz ele: “É preciso formular uma questão enigmática a partir do que surpreendeu o pesquisador e traçar um caminho de ligações. Isso possibilita pensar que o caso é do clínico e não do paciente. É do clínico que se trata quando se trata do caso, do clínico e do seu desejo de transformar sua vivência em experiência socialmente compartilhada por meio de um tema de investigação”⁶.

A experiência clínica, por meio do método da associação livre – falar tudo o que vier à mente –,



*a dialética entre amor
e ódio na relação sujeito-Outro
(mãe) não a impediu de ter
uma ligação amorosa
com o pai, também obeso*

propicia momentos fecundos de abertura do inconsciente para que o analista eleja uma questão subjetiva de pesquisa sobre o caso. Sob essa perspectiva, relato minha vivência e compreensão do manejo técnico e da subjetividade exposta por aquele que fala.

No caso clínico abordado, a libido do objeto investida no corpo constrói uma identidade corporal obesa que, como ela diz, parece estar separada da parte superior – do pescoço à cabeça. A paciente menciona sentir-se sufocada pela angústia de algo pior que poderia acontecer. Seria o conflito fraterno inicial na infância, as reminiscências pré-edípicas de um corpo misturado ao da mãe fálica, de uma criança que não se defende ou não sabe tal qual a do sonho que precisa ser salva por Sula? A reflexão pessoal sobre si mesma permite à paciente a nomeação dos seus conflitos, de um desejo inalcançável e frustrado, com um corpo adoecido e mortificado.

Lacan irá destrinchar o Complexo de Castração no Seminário 4, *A relação de objeto*⁷, destacando as três dimensões da falta do objeto na estruturação do complexo de Édipo, a saber: a frustração, a privação e a castração. No caso acima, o objeto de amor é também o que a frustra, ejetando-a numa dimensão em que se vê privada de algo que viveu

junto com a mãe, de quem não se separava. É impossível “ter” e “ser” o falo, quando da descoberta da mãe fálica, do *pênis-neid*. Se transforma em vítima da significação do desejo do Outro e busca na comida um objeto impossível de satisfazê-la.

Na fase oral, a crise da frustração ocorre desde o início do narcisismo primário, e a oralidade canibalística⁸ tem seu lugar como ameaça de ser devorada pela mãe fálica. O jeito de ela se defender foi encontrar nos “pedacinhos de comida” o alívio de tensão de um corpo “mortificado”. A mãe fálica ocupa um lugar central na tríade edípica, como agente da frustração, a função é simbólica desde que ela esteja inscrita como faltante para o Outro, apesar de não controlar os efeitos resultantes para cada filho. Durante o desmame, o “real” se impôs com o nascimento do outro bebê, que assume seu lugar, deixando-lhe apenas “pedacinhos de comida” – restos do corpo materno.

O sintoma da obesidade pode ser determinado por uma certa impossibilidade de acessar a castração edípica e de se identificar com uma imagem corporal marcada pelo significante da criança preenchida de comida/ser amada. Por outro lado, a formação reativa é um dos mecanismos de defesa do eu, em que amor e ódio se tornam afetos predominantes no enfrentamento do outro rival e de si mesma.

A dialética entre amor e ódio na relação sujeito-Outro (mãe) não a impediu de ter uma ligação amorosa com o pai, também obeso, mas que na verdade funcionou como um pai imaginário, do dia a dia, carinhoso e companheiro nas tarefas escolares e sociais. Porém, a castração merece ser isolada na história de cada sujeito, e na minha paciente não há nada que a faça deter o impulso de comer. Com o aumento de peso a saúde física piorou, e com diagnóstico de pré-diabética e colesterol alto, se assustou e mais uma vez disse que iria mudar os hábitos.

Nem preciso dizer que isso não funcionou, apesar de todo o esforço real de ser obediente ao tratamento médico e ao analítico. A cada sessão, traz elementos importantes em direção a saber sobre si, colaborando com o analista na intenção de desvendar a resistência em relação à cura.

3 J. Lacan, 1994, p. 232.

4 S. Freud. “Estudos sobre a histeria” [1898]. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*.

5 S. Freud. “Introdução ao narcisismo” [1914]. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*.

6 M.T. Berlinck; A.C. Magaz. “O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. xv.

7 J. Lacan. *Seminário 4: A relação de objeto*.

8 F.P. Obaid, “Las pulsaciones canibalísticas de la oralidad”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. xvi.



a obesidade exige atenção à noção de fantasia, conflito psíquico entre as pulsões do eu e do objeto, especialmente no contexto da sexualidade infantil e suas vicissitudes

Isso não impediu a paciente de renunciar ao objeto de satisfação pulsional: a comida, que aqui não ocupa um papel de alimento que nutre, mas de um substituto imaginário dos desejos edípicos. Dinâmica essa reveladora de uma mediação entre as pulsões de vida e de morte.

O sujeito se percebe tanto pelo que “*eu sou e sei sobre mim*”, quanto pelo modo como os outros o veem. O olhar e o ser visto convocam a pulsão escópica diante da imagem projetada e introjetada no eu. Para a paciente, a condição atual de se ver no espelho é uma experiência dolorosa, marcada por angústia. Lacan, no Seminário 8, *A transferência*⁹, diz que “na imagem, ou no fantasma narcísico que vem preencher na fantasia, a função de \$ encaixa no desejo. E podemos conceber que talvez seja justamente a isso, a seu apelo, que responde a produção do sinal de angústia”¹⁰.

É no eu que aparece a angústia, e é aqui que Sula renuncia a ultrapassar o recalque e a função de desconhecimento inerente ao estágio do espelho e a imagem do corpo do qual ela introjeta. O que é insuportável é ter o desejo de desejo insatisfeito, e no sinal de angústia a imagem especular instiga a agressividade na falta de não encontrar o caminho de volta.

Portanto o sentimento de estranhamento entre o interno e o externo – aquilo que é familiar e, ao mesmo tempo, estranho (*Unheimlich*) – a ameaça, pois confronta o cálculo neurótico diante do gozo do Outro e do falo simbólico convocado pela castração do *Nome-do-Pai*. Assim, a obesidade adquire uma dimensão obscena no contexto social.

A obesidade exige atenção à noção de fantasia, conflito psíquico entre as pulsões do eu e

do objeto, especialmente no contexto da sexualidade infantil e suas vicissitudes. Os transtornos alimentares refletem a primazia da oralidade ou da pulsão oral, na qual a necessidade orgânica e a satisfação psíquica se entrelaçam. As fantasias de autopunição e o boicote a si mesma costumam ser a tópica do insucesso do desejo de curar-se.

Referências bibliográficas

- Berlinck M.T.; Magaz A.C. (2012). O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. xv, Rio de Janeiro.
- Cosenza D. (2024). *A Psicanálise e a relação conturbada com a comida*. YouTube [vídeo].
- Freud S. (1914/1977). Introdução ao narcisismo. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago.
- _____. (1898/1977). Estudos sobre a histeria. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. São Paulo, Imago.
- _____. (1893-1895/1977). Sonho da bela açougueira. In *Interpretação dos sonhos*. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago.
- Obaid F.P. (2013). Las pulsaciones canibalísticas de la oralidad. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. xvi, S.P.
- Pollo V.; Cunha Pessoa, E.M. (2015). O alimento e a palavra: obesidade, uma leitura psicanalítica. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/17956/13308>>.
- Lacan J. (1992). *Seminário 8: A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (1996). *Seminário 4: A relação de Objeto*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Comentário de Lisette Weissmann

Repensando o caso Sula – “Pedacinhos de comida” na obesidade

Gostaria de começar explicitando como penso o material clínico para depois fazer uma leitura pessoal clínica e teórica. Cada recorte clínico nos aproxima de um olhar específico atravessado pela

transferência e contratransferência entre paciente e analista. Entendo o caso clínico como uma apresentação ficcional, desde que parte das lembranças do analista e aponta ao que foi trabalhado



tentarei me referir ao caso a partir do olhar analítico que pensa em um “sonhar a dois”, analista e material clínico apresentado, o que acho que enriquece a forma de abordá-lo

em análise no vínculo analítico. Trata-se, pois, de aproximar a memória ao que foi escutado na clínica, já que “a realidade é uma aposta impossível e só pensamos em lampejos do real, orientados pelas lembranças do árduo trabalho de escuta entre as paredes de nossos consultórios”¹¹.

Alguns autores referem ao trabalho clínico como um sonho a dois, representado por analista e paciente. Roosevelt Cassorla fala da sala de análise como um espaço de envolvimento emocional, no qual os participantes se encontram e desencontram, trazendo contribuições pessoais que se misturam e se descobrem no campo analítico que criam. Descreve assim um espaço no qual se manifestam as experiências emocionais que serão transformadas em representações. Cassorla nos diz que “em áreas de simbolização possível, paciente e analista ‘sonham’, cada qual a seu modo e também em conjunto, o que ocorre no campo analítico”¹². Vemos como o autor tenta transmitir uma forma muito vivencial de trabalho com as emoções e a tradução delas em pensamento. Este seria um trabalho intenso de coparticipação na cena analítica, na qual os participantes se encontram vinculados intersubjetivamente.

Assim, tentarei me referir ao caso a partir do olhar analítico que pensa em um “sonhar a dois”, analista e material clínico apresentado, o que acho que enriquece a forma de abordá-lo. Proponho pensar Sula através da psicanálise dos vínculos,

que entende sua subjetividade construída sempre nas relações com outros ao longo de sua vida.

Sula nasce em uma família cujas mulheres se apresentam no material clínico – aparecem a irmã, a mãe e Sula mesma. Vemos que no relato clínico os homens ficam de fora. Fui-me perguntando fortemente pela figura paterna que parece não aportar subjetividade ao caso. Somente sabemos no final que era uma pessoa presente, mas sem muito valor efetivo para regimentar as gerações e as posições dentro do espaço familiar e legislar o complexo de Édipo aqui desenhado. Também sabemos que Sula tem dois irmãos homens que somente são citados em uma nota de rodapé. Pensamos, junto com a Psicanálise das Configurações Vinculares, que a família teria que ser pensada como um todo, assinalando tanto os membros com maior carga libidinal para a paciente, quanto aqueles que ficam relegados e/ou excluídos de sua vida fantasmática. Dessa forma conseguiríamos ter um olhar abrangente para todos os vínculos dos quais Sula participa, as posições nas quais foi colocada pela família, e aquelas que ela escolheu se colocar e/ou tentar modificar, alterando os lugares estabelecidos na dinâmica familiar.

Que lugar ocupa Sula na estrutura familiar? Pensamos que toda família é sustentada por uma estrutura familiar inconsciente, na qual os sujeitos se posicionam em diversos lugares e operam com suas funções familiares. Sula é a irmã mais velha que, onze meses depois de seu nascimento, foi deslocada pela irmã mais nova. Não sabemos que lugar ocupam essas duas irmãs do sexo feminino em relação aos dois irmãos homens mencionados sem mais dados em nota de rodapé.

Os vínculos mencionados são os da mãe, irmã e Sula. Parece se estabelecer aqui um triângulo frente ao qual Sula se posiciona para se defender como “a obesa”, e a sua irmã como “a magra e desnutrida”, necessitada de intensos cuidados maternos. Para a mãe conseguir providenciar esses cuidados com a irmã recém-nascida, Sula é enviada para a casa da avó, que passa a cuidar dela e a nutre com comida e carinho. Sula precisou nessa família ser a excluída para que toda a atenção materna se

9 J. Lacan. *Seminário 8: A transferência*.

10 J. Lacan. *Seminário 8*, p. 350.

11 L. Weissmann. *Anuário de Psicanálise*, v. VI. São Paulo, Zagodoni, 2025, p. 86.

12 R. Cassorla. *O psicanalista, o teatro dos sonhos e a clínica do enactment*. São Paulo, Blucher/Karnac, 2019, p. 20.

remettesse estritamente para sua irmã. Fica a pergunta: por que o pai não se faz presente como figura de possível cuidador para Sula frente a falta materna? Algo da ordem da triangulação não parece ter influído nesses vínculos, não aparece um terceiro que possa interceder ou ajustar o “fiel da balança” no cuidado das filhas mulheres.

O vínculo de Sula e sua irmã parece prevalecer ao longo dos anos através da obesidade e da compulsão pela comida na paciente. Pensemos esse relacionamento dentro da família com suas vicissitudes. Vamos apelar ao pensamento de René Kaës que discorre sobre o vínculo fraterno atrelado ao complexo de Édipo para dar compreensão ao caso clínico. Kaës¹³ diz:

Ainda que Freud não dê um conteúdo explícito ao complexo familiar, podemos pensar que ele é composto do complexo de Édipo espontâneo da criança, dos efeitos dos pais sobre sua atração sexual em relação a seus filhos, e do complexo fraterno tal como ele se forma “espontaneamente” nos irmãos e irmãs, mas também sob o efeito do complexo fraterno dos pais.

Vemos como Kaës norteia seu pensamento do vínculo fraterno dentro do triângulo edípico familiar. No caso de Sula, não aparece uma figura paterna que interceda entre a mãe e as filhas, pelo que a mãe faz uma escolha arbitrária de acordo com seu desejo, excluindo uma das filhas do convívio familiar e providenciando colo e extremados cuidados à outra. Sula ficou desse modo com uma grande carência oral só compensada pela comida que sua avó providenciava de forma muito abundante. Assim se constitui o complexo fraterno como estrutura na qual se organizam diversas posições em que os sujeitos irão se dispor dentro dele. Pensemos como definir o conceito de complexo.

Do ponto de vista psicanalítico, o complexo é classicamente definido como um conjunto organizado de representações e de investimentos inconscientes, constituído a partir dos fantasmas das relações intersubjetivas nas quais a pessoa toma seu lugar de sujeito desejante em relação a outros sujeitos desejantes.¹⁴



*no caso de Sula,
não aparece uma figura
paterna que interceda entre a mãe
e as filhas, pelo que a mãe
faz uma escolha arbitrária
de acordo com seu desejo*

O autor planteia como necessário ver a imbricação que o complexo fraterno tem em relação ao complexo de Édipo. Seria impossível pensar um complexo sem visualizar como se atrela ao outro. Assim, “o complexo fraterno designa uma organização intrapsíquica triangular dos desejos amorosos, narcísicos e objetais do ódio e da agressividade em relação a este ‘outro’ no qual o sujeito se reconhece como irmão ou como irmã”¹⁵.

Sula expressava sua agressividade em relação a sua irmã e depois sentia-se confusa e desorientada, em função do que apelava à comida como forma de aplacar sua angústia. Vemos como ela faz um manejo de seu ódio e agressividade contra sua irmã, voltando esses afetos contra si mesma. Assim desenvolve obesidade e bulimia desde uma idade precoce. O sintoma da obesidade foi ao mesmo tempo um alento, comendo “pedacinhos de comida” como forma de recuperar aquilo que tinha perdido – o amor materno – assim como uma forma de encontrar um lugar na família. Dessa maneira, ficam as duas irmãs em lugares bem delimitados e opostos: Sula como a obesa que não consegue se vestir como as jovens de sua idade e cuida dos necessitados e relegados da sociedade; sua irmã como a magra, exitosa nas redes sociais e amada por ela. A escolha de Sula, que a deixa fixada no ponto de frustração oral, a coloca numa posição desvantajosa frente à irmã, sem conseguir sair do lugar de excluída, da não desejada e não bonita.

Essa descrição do complexo fraterno posiciona Sula no lugar da doente que, apesar de todos seus esforços, reincide na obesidade como forma de resguardo que a protege da percepção de que



*o episódio traumático/acidente
vivido na escola parece selar
a fogo seu desejo reprimido
de ferir a bebê “escolhida”
que passeava com a mãe*

ocupa um lugar secundário na vida de sua mãe, fortalecendo a rivalidade fraterna que nunca assumiu e transformou em ódio contra si mesma. Um pai ausente que não intercede e não a salva, irmãos homens enigmáticos, com pouco protagonismo na sua vida. A obesidade a coloca como a excluída que come “restos de comida” como única possibilidade de obtenção de apoio e aconchego, só engolindo aquilo que os outros deixam em seus pratos, tal como foi relegada a receber somente as sobras que outros não queriam aceitar – a comida oferecida por sua avó.

O episódio traumático/acidente vivido na escola – quando lança com um amigo sacos de areia sobre um bebê que passeia com a mãe – parece selar a fogo seu desejo reprimido de ferir a bebê “escolhida” que passeava com a mãe, expressando nesse ato (fortuito) toda sua agressividade e desejos de ataque a sua própria irmã. A culpa pela expressão do ódio vivido no acontecimento traumático da infância parece perdurar durante a vida adulta, desde que Sula se submete a vínculos abusivos com um companheiro da escola sem poder se defender. Também essa culpa se estende ao vínculo adulto com sua mãe, que a obriga a

cumprir com todos os desejos dela, forçando Sula a comprar-lhe comida e pagar seus mantimentos.

O lugar outorgado no núcleo familiar de mulher doente, obesa, escolhida secundariamente se manteve pela vida toda de Sula. Talvez julgasse ser esse o único lugar que lhe cabia na família e teria de aceitá-lo para não ser totalmente excluída. Colocar-se em outro lugar equivaleria em sua fantasia a exilar-se da família, perdendo o lugar de pertencimento no vínculo primário? Teria sido por isso que nunca conseguiu reverter a história de frustração e desejo inalcançável atribuída a ela no núcleo familiar?

Sula na vida adulta se casa com seu marido, mas nesse vínculo também não consegue ter prazer. Talvez o aporte narcísico recebido pela sua avó não tenha sido suficiente para despertar nela seu próprio desejo; ao não ser autorizada por seus pais e não libidinizada, fica estagnada no lugar de um não desejo ou numa proibição de gozar e cumprir seu desejo sexual.

De acordo com o relato clínico, Sula parece somente repetir aquilo vivenciado nos vínculos primários na família, dominada pela compulsão à comida e a pulsão de morte que a coloca sempre no lugar de submissão, ocupando um papel secundário frente ao outro. Talvez seja necessário mais tempo de análise para ver se no vínculo analítico conseguiriam reverter a repetição e assim oferecer oportunidades para Sula se posicionar em um lugar de maior valia, que lhe providencie o apoio narcísico para achar seu desejo e se sentir merecedora de um lugar de sujeito desejado numa cadeia geracional humana. Árdua tarefa fica pela frente para a paciente e analista.

Comentário de Maria Elisa Pessoa Labaki

Comentar um caso clínico a partir da leitura de sua redação exige do comentador uma dose ainda

maior de imaginação, se comparada à usualmente empregada para uma discussão ao vivo junto ao analista que o apresenta. Na interação presencial da dupla, é o encontro maleável entre analista-narrador e analista-interlocutor, ambos

13 R. Kaës. *O complexo fraterno*. São Paulo, Ideias e Letras, 2008, p. 27-28.

14 R. Kaës, *op. cit.*, p. 15-16.

15 R. Kaës, *op. cit.*, p. 42-43.

pensando alto, que conduz o ritmo das trocas, figurabiliza o caso e permite esclarecer na hora pontos e lacunas do material clínico, proporcionando a ele novos sentidos. Diferente disso, a tarefa de elaborar um comentário clínico a partir da leitura de um texto convida o comentador a uma tarefa solitária e dialógica consigo próprio. Não haverá associação alguma do analista do caso em resposta às curiosidades, dúvidas ou elucubrações que se delineiem e se perfaçam no leitor-comentador. Assim como as emoções deste ao ler o caso clínico ficarão restritas a uma abrangência exclusivamente interna e autoerótica. Por essas características, o texto a seguir pode ser considerado a tradução para a linguagem escrita de uma elaboração secundária àquilo que no processo onírico corresponderia ao trabalho do sonho. Aqui, personagens e ações de um caso clínico foram processadas a figuras e conceitos do campo psicanalítico. Agradeço a *Percurso* pela oportunidade e ao/à analista autor/a do caso pela generosidade ao partilhar sua clínica.

Sula é uma mulher que se tornou compulsiva e sempre às voltas com sua oralidade. A luta contra as oscilações de seu peso, o agigantamento de suas proporções e amorfias de seu corpo remetem à bebê desmamada aos onze meses, quando do nascimento da irmã. Mas não só. Aos três anos, Sula passou a viver seus dias em companhia da avó, acolhida na casa desta, junto a quem se alimentava em abundância, repetindo pratos e refeições. Provavelmente a mãe de Sula precisou que a própria mãe a ajudasse com a filha mais velha para poder dedicar-se integralmente à caçula, que nasceu com baixo peso. Nada demais, coisas que se passam em muitas famílias, mas que, não sendo necessariamente inócuas em suas consequências imprevisíveis, podem produzir marcas e consequências nas demais crianças da família. Penso que Sula foi atingida pela separação da mãe e que o governo de *bocas cheias*¹⁶, instalado quicá pela avó, calou seu grito de dor da falta e da raiva pelos ciúmes da irmã, transformando o silêncio que daí redundou em ato compulsivo. Penso que estava em marcha uma prática excessiva de investimento



*mas aos cinco anos, parece
que o regime mudou
de lógica e passou
da abundância à ausência,
da passividade à atividade*

na alimentação em prejuízo das relações objetivas¹⁷ ou a tentativa de acalmar uma criança indócil ao invés de procurar descobrir o que ela deseja, jogando a escanteio a experiência de falta¹⁸. Imaginem uma casa de avó cheia de gostosuras – como comer é bom! Um lugar paradisíaco em que o sustento ofertado como simulacro da mãe anulava a violência que significou para Sula ter de forçosamente renunciar à presença dela e de seus deleites. Pôr para dentro comidas deliciosas e incorporar¹⁹ a mãe outrora perdida *toda para si* poderia ser visto como uma espécie de recusa a introjetar uma separação? Hipótese possível. Sendo um Eu principiante, antes dos três anos de idade, como tomar pé e ciência plenamente das separações sem ficar desentendida ou sentir-se a causa da perda? *Empanturramento compensatório da oralidade em pleno exercício de abundância* é o título que eu daria a essa primeira fase.

Mas aos cinco anos, Sula já maiorzinha, começou a recusar encher a barriga de comida tendo desenvolvido uma anorexia acompanhada de vômitos. Parece que o regime mudou de lógica e passou da abundância à ausência, da passividade à atividade. Chamo essa segunda fase de *empanturramento sob protesto na forma de boca vazia*. De fato, a essa altura, sendo um Eu mais formado, mudam também seus mecanismos de processamento, elaboração e defesa das experiências de dor e prazer. Sabendo diferenciar dentro e fora, eu e outro, desejo e impedimento, Sula não mais toma a mãe pela comida, como antes fazia numa espécie de submissão passiva aos intuitos da avó que buscava compensá-la. Agora, é a anorexia que encena a lucidez dos traumatizados, como escreve



*as perguntas e impressões
proliferam à medida
que vamos destecendo
os fios e analisando o caso
de trás para frente*

Minerbo²⁰. Uma força que se caracteriza por purgar o alimento como forma de resistência à alimentação forçada. Ora, se a mãe falta, o oco do estômago se encarrega de pôr à mostra essa privação que, noes fora, exigirá a volta da presença mais próxima e constante dela como guardiã da boa alimentação de Sula.

A música de Cazuza *Maior abandonado* (“migas dormidas do seu pão, raspas e restos me interessam, pequenas porções de ilusão, mentiras sinceras me interessam...”), de 1984, poderia ser a canção-tema de Sula, depois que passou a interessar-se por pedacinhos ou restos de comida para acalmar as emoções que não conseguia acolher em si, entre elas a raiva. Muito do pouquinho em ritmo fracionado, este sintoma do impulso em ingerir comidinhas ou sobrinhas parece afinal condensar os dois modos anteriores de funcionamento de sua oralidade. Será que come os restos da irmã? Será Sula uma menina sem-teto? Ou serão os pedacinhos um equivalente aos golinhos perdidos do leite de um bezerro desmamado? Quanta polissemia para um único sintoma!

Sula se permite pouco, se dá muito pouco, mas aos outros... quanta obediência, simpatia e

quanta fartura! O que deseja Sula ao buscar satisfazer os outros, dando a eles o que pedem ao distribuir seus *presentes-cocôs* em abundância? Que repetição se impõe aqui? De fato, sabemos que Sula dá à mãe mais do que esta pede, assim como sente receber dela menos do que precisou quando criança e do que precisa na vida adulta. Em relação ao *affair* da juventude, o amigo que reapareceu, algo semelhante parece ter se dado, já que não resistia em atender às demandas dele por dinheiro, justificando sua aquiescência em razão do fascínio exercido sobre ela quando conversavam. Seria sua generosidade uma forma de dar ao mundo aquilo que deseja obter? Ou uma via de sedução para ser amada, prometendo coisas boas a retribuir? Sentir-se-ia indigna do amor por odiar quem também ama? Obra de um supereu cruel que a acusa de ter sido má com o novo bebê que a destronou? Seria Sula afinal libertada da indigência?

As perguntas e impressões proliferam à medida que vamos destecendo os fios e analisando o caso de trás para frente. Nesse sentido, insinua-se um ruído masoquista tanto em relação à mãe, quanto em relação ao amigo, que queria estar sexualmente com ela sem que ela desejasse corresponder. Sula sofreu, sentiu-se abusada e explorada pelos dois, mas não conseguiu desenredar-se da trama dentro da qual havia procurado incessantemente descobrir se teria ou não afinal um lugar de relevância junto ao outro. Dúvida que a persegue também em relação ao estado atual de seu casamento. Seriam outras as mulheres que rondam o espaço íntimo do casal e a tiram do páreo? Ou seria porque seu corpo estaria escondido sob o manto de gordura? Achar-se insuficiente a seu marido parece dilacerar sua autoimagem e autoestima, atingindo em cheio seu erotismo adulto, que regride da genitalidade para a triangulação, desta para a oralidade e da oralidade à somatização. Daí, trocar um encontro íntimo a dois por uma visita à geladeira para engolir pedacinhos ou restinhos de comida é um pulinho que opera o circuito vicioso da obesidade de Sula e que a impede de viver plenamente sua sexualidade. Produzindo inclusive os efeitos somáticos e

16 Imagem inspirada nos desenvolvimentos de N. Abraham e M. Torok acerca do conceito de introjeção proposto por Ferenczi. *A casca e o núcleo*. São Paulo, Escuta, 1987.

17 A. Camargo, “O encontro dos corpos na clínica: o oco do corpo obeso e o corpo do analista”, in P. Gipsztein; CEPPAN (orgs.), *Psicanálise de transtornos alimentares III*. São Paulo, Primavera, 2022.

18 A. Camargo, “A função do ambiente, as relações de troca e as angústias postas na mesa”, in S.L. Alonso; D.M. Breyton; H.M.F.M. Albuquerque; L. Cartocci (orgs.), *Corpos, sexualidade, diversidade*. São Paulo, Escuta/SEDES, 2016.

19 Cf. conceito desenvolvido por N. Abraham e M. Torok, *op. cit.*

20 M. Minerbo. *Transferência e contratransferência*. São Paulo, Blucher, 2021.

de angústia descritos, como o despontar de dores viscerais, pruridos na pele e pensamentos catatônicos relacionados aos filhos e a toda família.

Por último, mas não menos importante, externo minha curiosidade em relação a alguns aspectos específicos deste enquadre analítico, que não foram abordados no relato, mas que funcionam como bússolas para a navegação em águas transferenciais e contratransferenciais. Há quanto tempo o processo analítico em questão vem sendo sustentado e qual a frequência? Faz uso de divã ou acontece face a face? E o ritmo, constante ou interrompido? Pagamentos pontuais ou atrasados? Da perspectiva que considera a sessão analítica um encontro de dois inconscientes com suas resistências mútuas, o que pode ser percebido em relação à qualidade da interação e da comunicação verbal e não verbal da dupla? Afetos presentes, elididos, inibidos, reprimidos, projetados?

Do ponto de vista que concebe a repetição como lembrança colocada em ato, termino minha participação lançando uma hipótese relacionada à figura da obediência em Sula, seu padrão mais anal de viver algumas mazelas no campo relacional. Transcrevo: "[...] obediência no tratamento médico e no analítico. A cada sessão, traz elementos importantes em direção a saber sobre si, colaborando com o analista na intenção de desvendar a resistência em relação à cura". Parece claro que se trata aqui de transferência positiva incluída ao enquadre e à figura do/a analista, sem a qual ficaria mais difícil entregar-se ao jogo da associação de ideias e ao trabalho qualitativo e quantitativo de perlaboração. No entanto, vale ressaltar, não seria a tal presença colaborativa e obediente de Sula insígnia de uma velha neurose, forma de repetição no presente passível de abordagem e elaboração?