UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PEDRO BELARMINO GARRIDO

Psicanálise no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta

São Paulo
2022

PEDRO BELARMINO GARRIDO

Psicanálise no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa

Versão Original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta

São Paulo

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo autor.

Garrido, Pedro Belarmino
Psicanálise no tratamento multidisciplinar e cirúrgico da obesidade severa/ Pedro Belarmino Garrido; orientadora Ivonise Fernandes da Motta. -- São Paulo, 2022.
188 f.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Obesidade severa. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Processos psicoterapêuticos. 4. Psicanálise. I. Fernandes da Motta, Ivonise, orient. II. Título.

Nome: GARRIDO, Pedro Belarmino

Título: Psicanálise no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica
do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

RESUMO

Garrido, Pedro Belarmino. Psicanálise no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

A obesidade é definida na comunidade científica como um excesso de tecido adiposo no organismo, sendo considerada uma doença desencadeada por múltiplos fatores interrelacionados, que incluem os hormonais, hereditários, psíquicos, nutricionais e sociais. A obesidade grau II, que manifesta afecções graves associadas, e a obesidade grau III são denominadas de obesidade severa uma vez que agravam muito o quadro de saúde do paciente, colocando em risco sua integridade física. Diante da gravidade que permeia o fenômeno da obesidade, a cirurgia bariátrica tornou-se uma ferramenta potente para minimizar as doenças oriundas do excesso de peso. O psicólogo tem desempenhado um relevante papel na equipe multidisciplinar que acompanha o paciente nessa cirurgia. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar se o processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica contribui para a melhoria da saúde de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. O método de pesquisa compreendeu a revisão integrativa da literatura e estudo de caso baseado na análise de *vinheta clínica* de uma paciente submetida à cirurgia e que foi acompanhada pelo pesquisador. Foram analisados trechos de conversas do processo psicoterapêutico de uma mulher obesa, de 53 anos, que procurou uma instituição privada dedicada ao tratamento cirúrgico da obesidade com enfoque multiprofissional. Após diagnóstico de obesidade severa, foi efetuada uma avaliação psicológica inicial. Como extensão, seguiu-se o processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica, cujo material produzido foi utilizado para análise. Em relação à revisão integrativa, foram selecionados 18 trabalhos. O resultado da análise deste material indicou que psicoterapia psicodinâmica e de abordagem psicanalítica são eficazes no tratamento de pacientes que sofrem de obesidade associada a transtorno de compulsão alimentar. Em relação à paciente atendida pelo pesquisador, concluímos que o processo psicanalítico se mostrou efetivo: a paciente adquiriu mais condições de preservar suas redes afetivas constituintes e tornou-se menos vulnerável à ansiedade e impulsividade, favorecendo a permanência da redução do peso e evitando a formação de outras situações de padecimento como, por exemplo, o alcoolismo. Além disso, manteve-se integrada à equipe multiprofissional, sustentando os retornos devidos com nutricionista e médicos, o que contribuiu para a eliminação ou atenuação das morbidezes associadas à obesidade diagnosticadas no momento anterior à realização da operação. Contudo, o número de trabalhos publicados demonstra a escassez de estudos psicanalíticos que abordam os temas obesidade e cirurgia bariátrica. Recomendamos que estudos sistemáticos de trabalhos psicanalíticos com pacientes que sofrem de obesidade severa, ou que se submeteram à cirurgia, sejam desenvolvidos e publicados. A sustentação científica de que a integração do método psicoterapêutico de abordagem psicanalítica no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa contribui para a melhora da saúde do paciente, considerando os referenciais de saúde médicos e psicanalíticos exige trabalho contínuo de um grupo de pesquisa vinculado à Universidade.

Palavras-chave: Obesidade severa. Cirurgia bariátrica. Processos psicoterapêuticos. Psicanálise

ABSTRACT

Garrido, Pedro Belarmino. Psychoanalysis in the multidisciplinar and surgical treatment of severe obesity. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

Obesity is defined in the scientific community as an excess of adipose tissue in the body, being considered a disease triggered by multiple interrelated factors, which include hormonal, hereditary, psychological, nutritional and social factors. Grade II obesity, associated with serious disease, and grade III obesity are called severe obesity since they deteriorate the patient's health condition, putting their physical integrity at risk. Given the severity that permeates the phenomenon of obesity, bariatric surgery has become a powerful tool to minimize diseases arising from excess weight. The psychologist has played an important role in the multidisciplinary team that accompanies the patient in this surgery. Thus, the objective of this study is to evaluate whether the psychoanalytic psychotherapeutic contributes to the improvement of the health of patients who underwent bariatric surgery. The research method comprised an integrative literature review and a case study based on the analysis of a clinical vignette of a patient who underwent surgery and who was followed up by the researcher. Excerpts of conversations from the psychotherapeutic process of a 53-year-old obese woman who sought a private institution dedicated to the surgical treatment of obesity with a multiprofessional approach were analyzed. After diagnosis of severe obesity, an initial psychological evaluation was performed. As an extension, the psychotherapeutic process of a psychoanalytic approach was followed, whose material produced was used for analysis. Regarding the integrative review, 18 works were selected. The result of this analysis indicated that psychodynamic psychotherapy and psychoanalytic approach are effective in the treatment of patients suffering from obesity associated with binge eating disorder. Regarding the patient assisted by the researcher, the conclusion reached is that the psychoanalytic process proved to be effective: the patient acquired more conditions to preserve her constitutive affective networks and became less vulnerable to anxiety and impulsivity, favoring the permanence of weight reduction and avoiding the formation from other suffering situations, such as alcoholism. In addition, the patient remained integrated into the multiprofessional team, supporting the due follow up with nutritionists and doctors, which contributed to elimination or attenuation of morbidities associated with obesity diagnosed previously. However, the number of published works demonstrates the scarcity of psychoanalytic studies that address obesity and bariatric surgery. It is recommended systematic studies of psychoanalytic psychotherapy work with patients who suffer from severe obesity, or who have undergone bariatric surgery. The scientific support that integrates the psychoanalytic psychotherapeutic method in multidisciplinary and surgical treatment of severe obesity requires continuous work by a research group linked to the University.

Keywords: Severe obesity. Bariatric surgery. Psychotherapeutic processes. Psychoanalysis

RESUMEN

Garrido, Pedro Belarmino. Psicoanálisis en el tratamiento multidisciplinar y quirúrgico de obesidad severa. Disertación de Maestría, Instituto de Psicología, Universidad de São Paulo, 2022

La obesidad es definida en la comunidad científica como un exceso de tejido adiposo en el organismo, siendo considerada una enfermedad desencadenada por múltiplos factores interrelacionados, que incluyen los hormonales, hereditarios, psíquicos, nutricionales y sociales. La obesidad grado II, que manifiesta malestares graves asociados, y la obesidad grado III, son denominadas como "obesidad severa", cada una de ellas, porque agravan mucho el cuadro de salud del paciente, colocando en riesgo su integridad física. Delante de la seriedad que impregna el fenómeno de la obesidad, la cirugía bariátrica se volvió una herramienta potente para minimizar las enfermedades originadas por el exceso de peso. El psicólogo ha desempeñado un relevante papel en el equipo multidisciplinar que acompaña al paciente en esta cirugía. Siendo así, el objetivo de este estudio es evaluar si el proceso psicoterapéutico de abordaje psicoanalítico contribuye para la mejora de la salud de los pacientes que se sometieron a la cirugía bariátrica. El método de pesquisa comprendió la revisión integradora de la literatura y del estudio de un caso con base y el análisis de viñeta clínica de una paciente sometida a la cirugía y que fue acompañada por el pesquisador. Fueron analizados trechos de conversaciones del proceso psicoterapéutico de una mujer obesa, de 53 años, que buscó una institución privada dedicada al tratamiento quirúrgico de la obesidad con enfoque multiprofesional. Después del diagnóstico de obesidad severa, fue efectuada una evaluación psicológica inicial. Como extensión, se siguió el proceso psicoterapéutico de enfoque psicoanalítico cuyo material producido fue utilizado para análisis. En relación a la revisión integradora, fueron seleccionados 18 trabajos. El resultado del análisis de este material indicó que psicoterapia psicodinámica y de abordaje psicoanalítica son eficaces en el tratamiento de pacientes que sufren de obesidad asociada a trastornos de compulsión alimentar. En relación a la paciente atendida por el pesquisador, se concluyó que el proceso psicoanalítico se mostró efectivo: la paciente adquirió más condiciones de preservar sus redes afectivas constituyentes y se volvió menos vulnerable a la ansiedad e impulsividad, favoreciendo la permanencia de la reducción del peso y evitando la formación de otras situaciones de padecimiento como, por ejemplo, el alcoholismo. Además de eso, se mantuvo integrada al equipo multiprofesional, volviendo a ver siempre a los nutricionistas y médicos, lo que contribuyó para eliminar o atenuar la morbidez asociada a la obesidad diagnosticada en el momento anterior a la realización de la operación. Así mismo, el número de trabajos publicados demuestra la escasez de estudios psicoanalíticos que exponen los temas obesidad y cirugía bariátrica. Recomendamos que estudios sistemáticos de trabajos psicoanalíticos con pacientes que sufren de obesidad severa, o que se sometan a la cirugía, sean desarrollados y publicados. El apoyo científico de que la integración del método psicoterapéutico de abordaje psicoanalítica en el tratamiento multidisciplinar y quirúrgico de obesidad severa contribuye para mejorar la salud del paciente, considerándose los referenciales de salud médicos y psicoanalíticos, exige trabajo continuado de un grupo de pesquisa vinculados a la Universidad.

Palabras-llave: Obesidad severa. Cirugía bariátrica. Procesos psicoterapéuticos.

AGRADECIMENTOS

À Professora Ivonise Fernandes da Motta pela cuidadosa orientação deste projeto de pesquisa; pela sempre generosa e atenciosa maneira com que recebeu e conduziu minhas inquietações como mestrando; e pelo ensino valioso e profundo da obra de Winnicott, oferecendo a oportunidade de pensar e viver a esperança de forma única;

Às minhas colegas do Laboratório de Pesquisa sobre Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade em Diferentes Abordagens Psicoterápicas (LAPECRI, coordenado pela Prof. Ivonise Fernandes da Motta no Instituto de Psicologia da USP, Departamento de Psicologia Clínica) Cláudia Yaísa Gonçalves da Silva, Veridiana da Silva Prado Veja, Ligia Barboza Moreira Santos, Carolina Mourão Franco de Sá Barros, Flavia Andrade Almeida, Débora Manuela Serra Ferreira e Samara Oliveira Cassin de Carvalho. A atenção que deram à leitura atenta e dedicada de minha pesquisa colaboraram muito para a organização e desenvolvimento do meu pensamento e da minha escrita;

Aos meus colegas de trabalho do Instituto Garrido, que tratam e cuidam dos pacientes que sofrem de obesidade severa. O conhecimento particular de cada um deles conforme formação ou especialidade enriqueceu a minha percepção dos limites e potencialidades da minha formação como psicólogo e psicanalista. Agradeço especialmente aos médicos Dr. Arthur Belarmino Garrido Jr., Dr. Marcelo Roque de Oliveira, Dr. Alexandre Amado Elias, Dr. Renato Massaru Ito, Dr. Henrique Yoshio Shirozaki, Dr. Walter Takeiti, Dr. Thiago Luiz de Macedo Vidal, Dra. Josefina Dourado Matilelli; às nutricionistas Dra. Fabiana Sanches da Mota e Dra. Vivian Fernandes da Cunha Luiz; e ao psicólogo e psicanalista Dr. Luis Henrique de Oliveira Daló;

Aos meus colegas membros da Gesto Psicanálise e do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, com quem continuamente desenvolvo o ofício de ser psicoterapeuta e psicanalista;

À Maria Imaculada Cardoso Sampaio, pela parceria e pela disponibilidade de compartilhar sua vasta experiência na construção formal de textos e escritos;

Ao João Augusto Frayze-Pereira e à Marina Ramalho Miranda pela especial e delicada maneira como colaboraram com o desenvolvimento do meu raciocínio clínico e psicanalítico através de supervisão; à Marina agradeço também pela cooperação no desenvolvimento desta dissertação;

A todos os meus familiares, em especial meu pai Arthur, minha mãe Elsa e minha esposa Arielle, que acompanharam de perto a escrita desta dissertação e deram suas preciosas contribuições; e às minhas filhas Antonella e Martina que por vezes giravam minha cadeira enquanto eu escrevia, permitindo que eu pudesse dar um giro nos meus pensamentos, reescrevendo-os de forma mais elaborada;

E aos meus pacientes que continuamente trazem questões que me interrogam e me fazem buscar mais conhecimento.

Lista de Quadros e Figuras[1]

Número	Título	Página
Quadro 1	Classificação do peso corporal pelo IMC de acordo com a OMS	21
Figura 1	Razão entre mortalidade e IMC	22
Figura 2	Aumento da obesidade ao longo dos anos em homens e mulheres	23
Figura 3	Obesidade conforme faixas de idade	25
Figura 4	Mudança de peso médio ao longo dos anos e redução de doenças	70
Quadro 2	Situações nas quais os procedimentos cirúrgicos não são recomendados	73
Figura 5	Fluxograma da seleção dos registros	88

[1] Conforme aparecem no texto.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AN – Anorexia Nervosa

APA - American Psychiatric Association

APA - American Psychological Association

BN – Bulimia Nervosa

CA – Compulsão Alimentar

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

COESAS - Comissão das Especialidades Associadas

DE - Disfunção Erétil

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

FM – Faculdade de Medicina

HC – Hospital das Clínicas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

MDD - Major Depressive Disorder

MS- Ministério da Saúde

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

PsycINFO – Psychological Information

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPS - Organização Panamericana da Saúde

PDT – Psicoterapia Psicodinâmica

PeP - Psychoanalytic Electronic Publishing

PePSIC- Periódicos Eletrônicos em Psicologia

PubMed – Public Publish Medlene

RTC - Randomized Controlled Trial

SARS – Severe Acurate Respiratory Syndrome

SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SCN - Síndrome do Comer Noturno

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SOS - Swedish Obese Subjects

SUS - Sistema Único de Saúde

TA – Transtornos Alimentares

TCA - Transtorno de Compulsão Alimentar

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

UNIFESP - Universidade Federal do Estado de São Paulo

USP - Universidade de São Paulo

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....15
2 INTRODUÇÃO.....21
2.1 Obesidade severa: conceito e morbimortalidade.....21
2.2 Obesidade severa e transtorno alimentar: a perspectiva psicanalítica.....28
2.3 Obesidade severa e transtorno alimentar: a perspectiva da psiquiatria.....53
2.4 Depressão, suicídio e obesidade: saúde e o mal estar na contemporaneidade.....63
2.5 Tratamento cirúrgico para obesidade severa e a inserção do psicólogo em equipe multiprofissional.....68
2.6 O dispositivo psicanalítico no tratamento multidisciplinar de obesidade severa e a ampliação do conceito de saúde.....75
2.7 Objetivos.....80
2.7.1 Objetivo geral.....80
2.7.2 Objetivos específicos.....81
3 MÉTODO.....82
3.1 Revisão Integrativa da literatura.....82
3.2 Estudo de caso com base na análise de *vinheta clínica*.....84
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....88
4.1 Revisão integrativa: coleta de dados e análise crítica.....88
4.1.1. Subcategoria A: A eficácia do método psicanalítico.....98
4.1.2 Subcategoria B: Ajustes no método psicanalítico para aumentar a eficácia do tratamento em pacientes com transtorno alimentar.....111
4.1.3 Subcategoria C: Saúde e equipe multidisciplinar.....117
4.1.4 Subcategoria D: Compulsão alimentar: os primórdios da relação mãe-filha(o) e os pacientes de difícil acesso 119
4.1.5 Subcategoria E: O corpo obeso e os estágios iniciais da formação do ego e do conflito edipiano.....129
4.1.6 Síntese.....133
4.2 Análise de caso com base em *vinheta clínica*.....136
4.3 Discussão dos resultados.....143
4.3.1 O processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica 143
4.3.2 Luto e melancolia.....149
4.3.3 Ajustes no método psicanalítico.....157

4.3.4 Saúde e equipe multidisciplinar.....163
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....171
REFERÊNCIAS 173
ANEXO – Termo de consentimento livre e esclarecido.....187

A fome que devora e te come por dentro
A boca que mastiga sem parar
A boca que engole o mundo inteiro pra dentro
A fome, a boca, a sede sem cessar
O dente que tritura o outro corpo sedento
O corte, o corpo, o sangue a te lavar
A carne e a saliva na barriga, epicentro
O estômago recebe sem findar
(Metá Metá & Elza Soares, 2022)[2]

1 APRESENTAÇÃO – *De onde parti: sobre aquilo que se faz presente*

Desde que me graduei em psicologia pela Universidade de São Paulo em 2004, trabalho junto a um serviço privado de tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa. Atualmente minha prática profissional implica: 1- avaliação psicológica pré-operatória, 2- formação de grupo de apoio psicológico e grupo psicoterapêutico, 3- atendimento psicoterapêutico de abordagem psicanalítica, 4- coordenação e preparo de psicólogos que se integram à equipe, 5- atendimento hospitalar (apenas quando solicitado pelo médico ou paciente).

O desafio para mim sempre foi trabalhar com a escuta e intervenção psicanalítica junto aos pacientes que sofrem de obesidade severa e também junto aos profissionais (nutricionistas, clínicos gerais, endocrinologistas e cirurgiões bariátricos) que lidam com esses pacientes e que apresentam referenciais epistemológicos distintos.

No Instituto Sedes Sapientiae tive a oportunidade de aprofundar o estudo teórico das obras de Sigmund Freud e Melanie Klein integrando-o com a escuta clínica. Como fruto desse desenvolvimento, apresentei um trabalho teórico na IX Jornada de Membros do Departamento

[2] Trecho da música *Okuta Yangi No.* 2, gravado pelo grupo musical Metá Metá e Elza Soares, que faz parte da trilha sonora do espetáculo *Gira*, do Grupo Corpo (balé contemporâneo). Apresentação realizada em São Paulo em abril/maio de 2022.

Formação em Psicanálise (*Um estudo sobre a obesidade severa e o princípio do prazer*), que foi aprimorado e se tornou meu primeiro capítulo de livro sobre o tema em coautoria com minha colega de formação, Fabiana Hueb Abdala (Garrido & Abdala (2017) – *Transtornos alimentares na visão psicanalítica;* in: Intercâmbio das psicoterapias, primeira edição publicada pela editora Roca em 2011 e a segunda edição, em 2017). Apresentei também outro trabalho articulando conceitos kleinianos com um caso clínico na X Jornada dos Membros do Departamento, intitulado *Hermes e Klein*. Tratava-se de um paciente pós-bariátrico com questões de gênero. Esse caso se tornou o eixo clínico da monografia de conclusão da formação. Quem me orientou foi a Suzana Alves Viana, doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, e fizeram parte da banca examinadora, além da Suzana, Maria Luiza Scrosoppi Persicano e Nora Beatriz Susmanscky de Miguelez. A monografia foi escrita em 2011 e defendida no início de 2012, com o seguinte título: *A palavra e seu avesso: um estudo sobre o processo de formação simbólica* (Garrido, 2012).

Neste trabalho me propus a investigar a obra de Melanie Klein em diferentes momentos, em especial no momento em que ela define o conceito de identificação projetiva. Trata-se, para mim, de um conceito muito caro porque aborda justamente essa fronteira não muito bem delimitada entre o eu e o não eu, entre o analista e o analisando. Trata-se de um lugar em que o símbolo ainda não pode surgir e representar a ausência do outro, exatamente porque na posição esquizoparanóide o eu e o outro se fundem, confundem-se. Pensar essa fronteira ou essa a-fronteira, pensar esse objeto ou esse abjeto foi o tema central de minha monografia. A palavra define a fronteira, o avesso da palavra confunde. A ideia foi pensar também que a palavra e seu avesso pertencem a um mesmo tecido: é como se, apesar do símbolo, ainda houvesse um resto irrepresentável. Ou quando o avesso da palavra se apresenta (e não representa) no corpo, aonde *a carne parece estar solta*, parafraseando a fala do caso

clínico desenvolvido na monografia, surge potencialmente a possibilidade de se representar, desde que haja uma escuta analítica para isso.

O paciente Hermes, nome fictício criado para garantir o sigilo, foi atendido por mim por pouco mais de dois anos; ele não deitava no divã e vinha com frequência de duas vezes por semana. O encaminhamento ocorreu através justamente da equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica da qual faço parte em função das crises de angústia de que se queixava durante as consultas médicas. Não pude acompanhá-lo no período em que a cirurgia bariátrica ocorreu porque ainda não trabalhava junto à equipe. A sua cirurgia bariátrica ocorreu quatro anos antes de eu recebê-lo. Na ocasião em que o recebi, Hermes não era mais uma pessoa obesa e seguia o acompanhamento médico e nutricional de forma regular, como deve ser feito pelos pacientes que se submetem a esse tipo cirurgia, que altera o funcionamento normal do intestino, promovendo certo grau de má absorção de nutrientes.

Observei que a angústia presente no caso estava intrinsecamente relacionada às qualidades da ansiedade proposta por Klein. Ela dá ênfase ao fator destrutividade naquilo que é da ordem da origem da ansiedade e do processo de formação de símbolo. Ao tratar do medo persecutório, por exemplo, Klein salienta os elementos orais e anais da mentalidade arcaica. Na oralidade o bebê exerce o impulso oral de sugar, mas dependendo do estado mental, suga até exaurir; morde, escava e assalta o seio da mãe. Nos impulsos anais, ocorre a expulsão de substâncias perigosas e persecutórias para fora do *self* e para dentro do corpo da mãe. “Junto com excrementos nocivos, expelidos com ódio, partes excindidas do ego são também projetadas na mãe ou para dentro da mãe” (Klein, 1991/1946, p.27).

A ideia do recorte clínico foi justamente ilustrar a transposição da posição esquizoparanóide (PS) para a posição depressiva (PD), a transposição de um estado sem fronteira e sem palavra, para outro simbolicamente determinado, em que o objeto pode ser apreendido de forma integrada. A proposta da monografia também foi a de apontar a presença

de um resto não representável mesmo na presença da palavra. Trata-se do avesso da palavra que se apresenta no corpo ou na relação transferencial e contratransferencial. O recorte clínico também contém a ideia de que aonde não há palavra, o fator destrutividade se aloja. Nas crises de ansiedade, nas identificações que se estabeleciam ao longo da análise, a palavra *Afrodite*, representante da sexualidade feminina de Hermes, não encontrava lugar, tampouco as fantasias destrutivas a ela relacionadas. Até que num determinado momento da análise surgiram sonhos que traziam elementos simbólicos para dar conta de sua sexualidade feminina.

Hermes, inicialmente, não conseguia encontrar símbolo para falar de sua origem como Afrodite. A palavra *Afrodite* e as questões que surgiam a partir daí inseriam Hermes no universo simbólico. A Afrodite podia ser integrada através da análise. Não precisava ficar solta, como expressado corporalmente com tremores e verbalmente nas seguintes palavras: *"a carne parece estar solta"*. A análise fez da carne concreta, um símbolo que representa metaforicamente *Afrodite.* Do avesso à palavra, do concreto ao simbólico; do corpo ao signo – o trabalho do analista.

Em suma, desde os primórdios de meu trabalho como psicólogo (já se passaram mais de 15 anos) e durante a minha formação como psicanalista a questão da obesidade e da trama alimentar e simbólica estiveram presentes no meu cotidiano promovendo inquietações e o desejo de oferecer contribuições da minha experiência não apenas aos colegas psicólogos e psicanalistas, mas também aos colegas de outras especialidades que trabalham em equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica. Penso que esta dissertação representa uma ponte possível de integração entre os psicanalistas e os demais profissionais que compõem a equipe. Nem sempre essa ponte se faz presente, já que no meio médico a psicoterapia cognitivo comportamental é mais reconhecida, em grande parte porque dialoga com o meio médico realizando pesquisa e apresentando resultados (penso ser um mérito desta abordagem

psicoterapêutica a quantidade de pesquisas na área) e em parte porque há ainda no meio psicanalítico muita resistência ao tratamento cirúrgico de obesidade severa com críticas que nem sempre estão de acordo com as pesquisas científicas da área médica, fisioterápica e de nutrição. Também me parece válida a constatação de que isso que é da ordem do *não estar de acordo* se justifica em função de ser a psicanálise uma ciência que estrutura seu campo de investigação de uma maneira diferente da medicina e da psicologia cognitivo comportamental. Essas duas última apresentam estruturas de investigação científica que apresentam mais semelhanças.

Em palestra proferida na Oxford University Scientific Society intitulada *Psicanálise e ciência: amigas ou parentes?* e publicada no livro *Tudo começa em casa*, Winnicott (1999/1986) sustenta que Freud iniciou uma ciência nova que, de certa forma, se distanciou da medicina fisiológica e da psiquiatria clássica. A psicanálise se consolidou como uma ciência que se preocupa com a personalidade, o caráter, a cultura, a emoção e o esforço (Winnicott, 1999/1986). Interessante a escolha do título. Ele escreveu amigas ou parentes. Com um ponto de interrogação no final. Sendo o campo psicanalítico amigo ou parente, ou sendo amigo e parente, a dissertação aqui apresentada busca essencialmente propor um diálogo entre diferenças. Nesse sentido, a compreensão do poder de alcance e das limitações de cada especialidade científica é importante para dar sustentação à ponte e ao diálogo, possibilitando que o tratamento para o paciente que sofre de obesidade severa seja realizado em sintonia fina, objetivando o melhor resultado possível para o paciente.

Esta dissertação se inicia com a definição de obesidade, com uma introdução epidemiológica sobre o preocupante crescimento da obesidade no Brasil e no mundo e a repercussão desse aumento para o sistema de saúde. Também apresento o impacto da obesidade severa para a saúde do indivíduo e contextualizo a relevância desta pesquisa, expondo o entendimento da psicanálise sobre o transtorno alimentar, a partir de autores

reconhecidos e que me foram apresentados lentamente ao longo dos anos de trabalho. O saber da psiquiatria é posto na sequência, justificando a busca por articulações com o saber de outras disciplinas científicas. Uma conversa com especialidades médicas e de nutrição se faz presente ao longo da dissertação e como consequência surge a necessidade de delimitar a razão pela qual se indica a intervenção cirúrgica para pacientes que sofrem de obesidade severa e como se insere o trabalho do psicólogo neste campo de atuação.

O método e os resultados do trabalho apontam para as contribuições da psicanálise através de uma discussão entre os resultados de um caso clínico e pesquisas recentes publicadas nos principais periódicos nacionais e internacionais. O caso clínico se refere a uma paciente muito obesa atendida em função de uma demanda de avaliação psicológica para realização de cirurgia bariátrica e que iniciou psicoterapia de abordagem psicanalítica dois meses antes da operação. O processo psicoterapêutico continua em andamento e já dura mais de três anos.

2 INTRODUÇÃO

A seguir o objeto do estudo é introduzido, recorrendo aos textos científicos para embasamento do problema que levou à pesquisa.

2.1 Obesidade severa: conceito e morbimortalidade

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a obesidade é definida como um acúmulo excessivo de gordura no corpo que pode prejudicar a saúde (WHO, 2020). Sua etiologia é determinada por desequilíbrio energético, ou seja, ingestão excessiva de calorias em relação ao gasto energético do organismo. Esse desequilíbrio, por sua vez, é determinado pela interação de múltiplos fatores: genéticos, endocrinológicos, ambientais, comportamentais, sociais e psicológicos (Angelucci & Mancini, 2021).

Embora os graus de obesidade estejam relacionados com a quantidade de gordura no organismo, na prática as classificações se fazem de acordo com o peso de cada indivíduo, ou melhor ainda, através do índice de massa corporal (IMC), que correlaciona o peso com a altura (peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros). Esse índice é o adotado pela OMS, como indicado no quadro 1 (WHO, 2000).

Quadro 1: Classificação do peso corporal pelo IMC de acordo com a OMS.

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de complicações
Baixo peso	<18,5	Baixo
Faixa normal	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	25 a 29,9	Levemente aumentado
Obesidade grau I	30 a 34,9	Moderado
Obesidade grau II	35 a 39,9	Grave
Obesidade grau III	≥40	Muito grave

Fonte: Extraída de WHO, 2000.

A obesidade grau II, que manifesta afecções graves associadas, e a obesidade grau III são denominadas de obesidade severa uma vez que agravam o quadro de saúde do paciente,

com consequente piora da qualidade de vida e aumento da taxa de mortalidade (Garrido Jr., Matielli, Berti, Elias & Oliveira, 2010).

A figura 1 mostra a correlação de doenças com índice de massa corpórea (Bray, 2003). Abaixo de 19 kg/m² há risco de morte moderada em função de desnutrição. Os casos de anorexia nervosa estão inseridos nessa faixa de risco. A partir de 35 kg/m² observa-se também aumento de mortalidade, que se intensifica na medida em que há aumento da proporção de peso e altura (kg/m²), ou seja, conforme a obesidade se agrava. Acima de 40 kg/m² a taxa de mortalidade é muito alta.

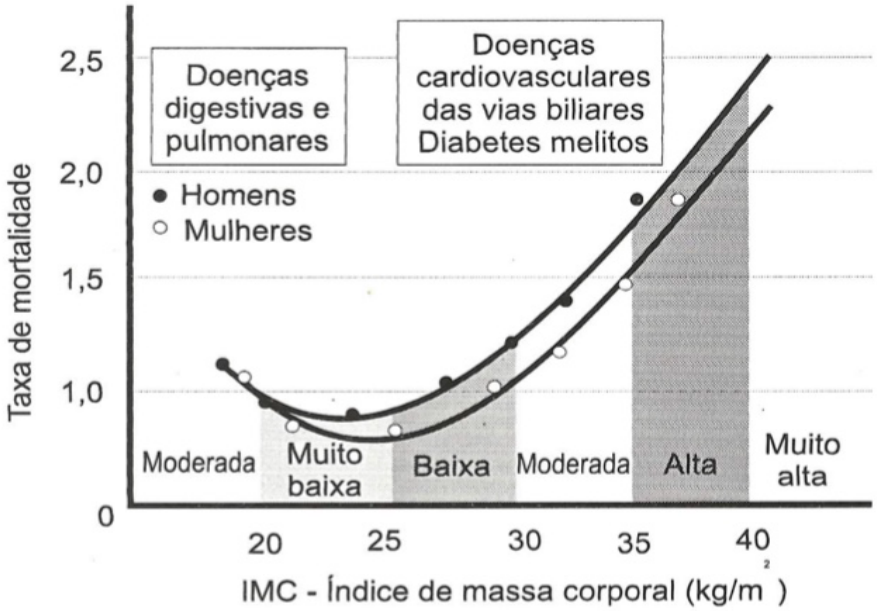

Figura 1: Razão entre mortalidade e IMC. Fonte: extraída de Bray, 2003.

Em 2016, mais de 1.9 bilhão de adultos estavam acima do peso e 650 milhões estavam obesos. A obesidade atingiu proporções endêmicas em todo o mundo, com pelo menos 2,8 milhões de pessoas morrendo a cada ano como resultado de excesso de peso ou obesidade. De 1975 a 2016, a prevalência de obesidade no mundo praticamente triplicou (WHO, 2020).

Já no contexto brasileiro, o percentual de pessoas obesas em idade adulta mais do que dobrou em 17 anos, indo de 12,2%, entre 2002 e 2003, para 26,8%, em 2019. No mesmo período, a proporção da população adulta com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) passou de 43,3% para 61,7%. Os dados são do segundo volume da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (IBGE, 2020). A comparação foi feita com as edições 2002-2003 e 2008-2009 da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e com edição anterior da PNS, em 2013, para as pessoas com 20 anos ou mais de idade.

A figura 2 mostra o avanço do excesso de peso e da obesidade na população brasileira nos últimos anos.

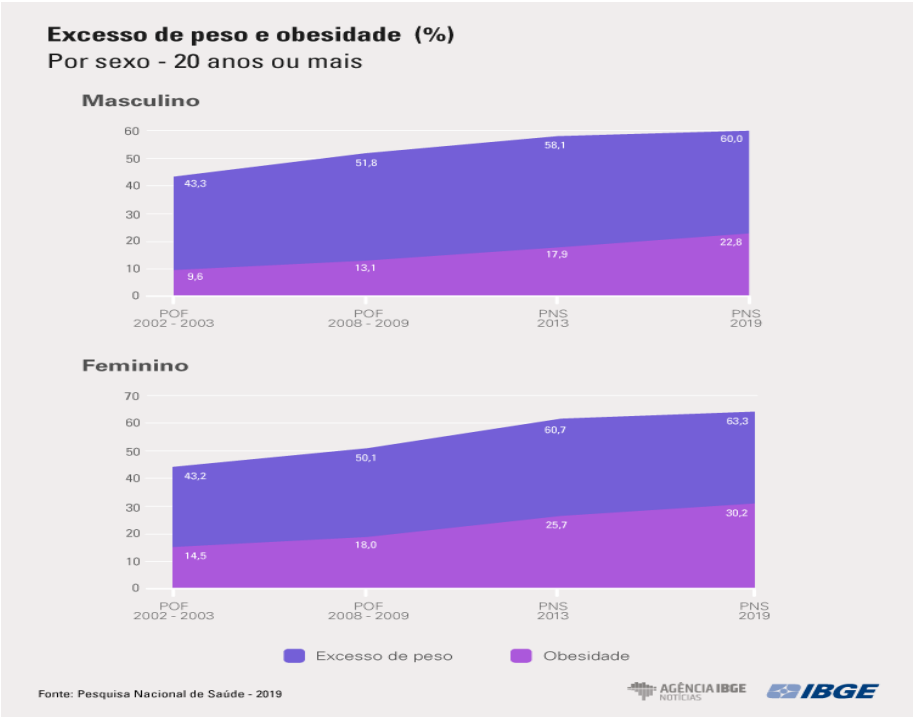

Figura 2: Aumento da obesidade ao longo dos anos em homens e mulheres. Fonte: extraída de IBGE, 2020.

No grupo com 18 anos, ou mais, de idade 25,9% estavam obesos em 2019, o que representa 41,2 milhões de pessoas. Cerca de 96 milhões de pessoas, ou 60,3% da população nesse grupo etário, estavam com excesso de peso (IBGE, 2020).

Vale destacar o aumento de mulheres obesas em idade fértil e reprodutiva (20 a 44 anos). Quando a gestante não consegue sustentar o ganho de peso adequado durante a gestação, associam-se inúmeros riscos maternos e fetais, como pré-eclâmpsia, infecções, prolongamento do parto, maior necessidade de cesárias, macrossomia fetal e anomalias congênitas (Gadelha, & Cercato, 2021). A obesidade também é nociva em relação à fertilidade. Estudos demonstraram que a redução do peso em mulheres obesas inférteis mostrou-se associada ao aumento da frequência de ovulação e probabilidade de gravidez. Em obesas a subfertilidade é decorrente de disfunção ovulatória e está relacionada, com maior prevalência, à síndrome do ovário policístico. Este por sua vez decorre da maior resistência insulínica inerente à obesidade (Gadelha & Cercato. 2021). Estudos populacionais sugerem risco elevado de subfertilidade em casais cujos parceiros são obesos. Homens obesos apresentam nível reduzido de hormônios masculinos como o androgênio e globulina ligadora de hormônios sexuais, acompanhado de aumento do nível do hormônio feminino estrogênio. O excesso de estrogênio tem efeito deletério na espermatogênese. Hammoud, Gibson, Peterson, Meikle, & Carrel (2008) mostraram que a incidência de oligospermia (redução na quantidade de espermatozoide no líquido seminal) aumenta percentualmente conforme aumento do índice de massa corpórea: 5,32% dos homens com peso normal apresentaram oligospermia; 9,52% dos homens com sobrepeso e 15,62% dos obesos tiveram esse problema. A prevalência de contagem baixa de espermatozoides móveis também foi percentualmente maior com o aumento do IMC: peso normal = 4,52%; sobrepeso = 8,93% e obesos = 13,28%. A disfunção erétil (DE) também está relacionada com obesidade, já que doenças vasculares, dislipidemia, hipertensão e diabetes associam-se com DE e estão comumente presentes no quadro de obesidade (Mancini & Abdo, 2021). A Figura 3 remete à obesidade conforme faixas de idade

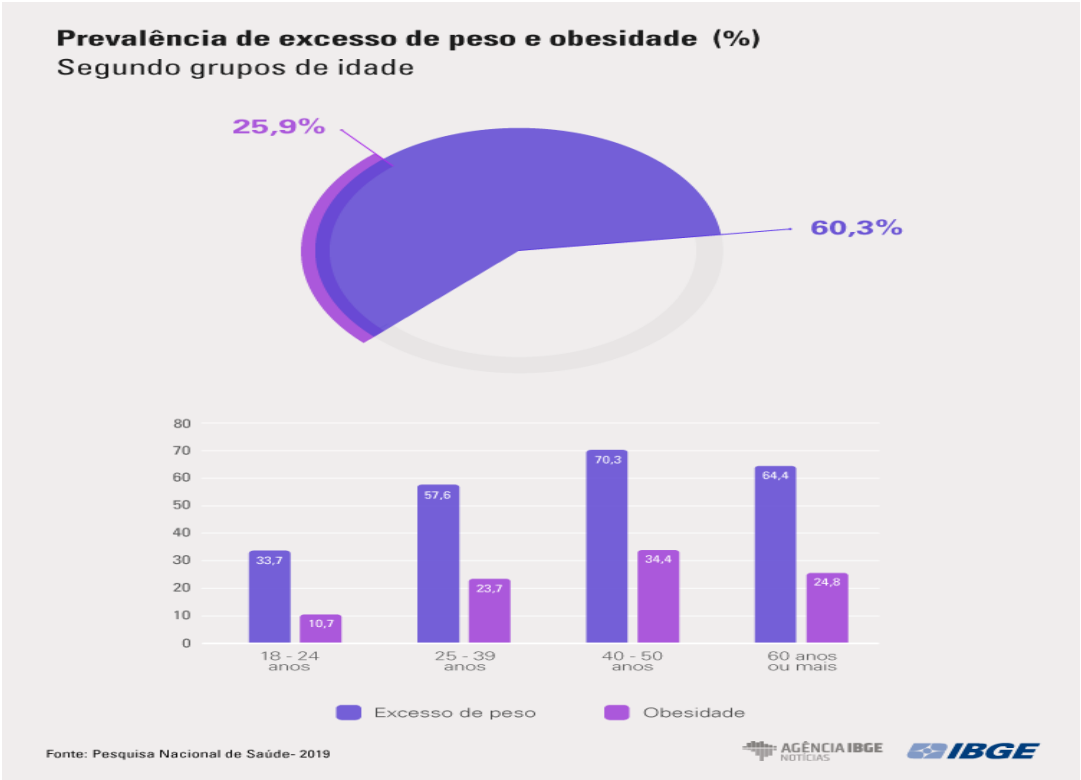

Figura 3: Obesidade conforme faixas de idade. Fonte: extraída de IBGE (2020).

Retomando o estudo do IBGE (2020), constatamos, também, que a obesidade cresce conforme o avanço das faixas de idade, exceto no grupo de pessoas com 60 anos ou mais. Cerca de 7,4 milhões de pessoas (33,7%) de 18 a 24 anos estavam com excesso de peso em 2019. Quando observamos o grupo da faixa de idade entre 40 e 59 anos, essa prevalência sobe para 70,3% (Figura 2).

A diminuição da prevalência de obesidade a partir dos 60 anos pode estar relacionado com o fato de que os obesos têm sobrevida reduzida. Pesquisas revelam que pacientes que sofrem de obesidade grave ou severa (Quadro 1), em função do risco magnificado das doenças associadas, apresentam aumento expressivo da mortalidade: 250% em relação a pacientes não obesos (Mancini, 2002).

Pesquisas que são norteadoras para se pensar meios de prevenção da obesidade são bem vindas, já que o tratamento de obesidade e das doenças associadas são de custo elevado (OPAS, 2007) e nem sempre são bem sucedidos. Acrescentemos a isso o fato de que a

obesidade pode alcançar um grau severo, colocando em risco a vida da pessoa, já que agrava ou desenvolve doenças tais como hipertensão arterial, diabetes, esteatose hepática, apneia do sono, câncer, doenças cardiovasculares e problemas ortopédicos graves (WHO, 2020)

O contínuo aumento dessa enfermidade impõe aos órgãos governamentais de todo o mundo preocupações relacionadas aos elevados custos sociais, individuais e de serviços públicos de saúde (Ogden, Yanovskii, Caroll, & Flegal, 2007). A questão relativa aos custos engloba cuidados preventivos; consultas médicas, nutricionais e psicológicas; consumo de medicamentos; internação hospitalar; exames diagnósticos e cirurgias. Indiretamente os custos também estão implicados com perda da capacidade produtiva, perda de tempo de lazer e mortalidade (Reis & Lins, 2021). No Brasil foi realizada, em 2018, pesquisa que estimou os custos atribuíveis a hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados revelaram que os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais em 2018. Desses custos, 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade. No total, 72% dos custos foram com indivíduos de 30 a 69 anos de idade e 56%, com mulheres. Considerando separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R$ 1,42 bilhão, ou seja, 41% dos custos totais (Nilson, Andrade, Brito, & Oliveira, 2020).

Além dos problemas médicos citados e os custos associados, as pessoas que estão muito acima do peso também sofrem porque não conseguem cortar as unhas do pé, amarrar os sapatos e realizar a higiene pessoal por não conseguirem alcançar suas partes íntimas. Também há todo o desconforto social em função de não passarem na catraca do ônibus, não caberem em acentos do metrô ou cinema e não conseguirem encontrar vestimentas em que possam se sentir razoavelmente bem.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) apresentou uma nova evidência preocupante: a obesidade é também considerada um dos fatores mais importantes de risco para o agravamento da COVID-19 (SBCBM, 2020). Um estudo realizado pela Universidade da Carolina do Norte sobre a Covid-19 confirma esse dado: o fato da pessoa ser obesa, com o índice de massa corporal acima de 30 kg/m², aumenta sua chance de internação em função da COVID em 113%; eleva a propensão para internação em cuidados intensivos em 74% e o risco de morte sobe em 48%. A mesma pesquisa, com base em todo conhecimento dos testes das vacinas da SARS, e da vacina contra a gripe, também alerta para a possibilidade da vacina da COVID-19 não ser tão eficiente em pessoas obesas, em comparação com o restante da população (Popkin et al. 2020).

Considerando que esta dissertação está fundamentada na psicanálise em sua interface com o tratamento multiprofissional de obesidade severa, os dados estatísticos apresentados podem incomodar o leitor psicanalista. Mas esses números, oriundos de pesquisas, apontam para uma realidade que precisa ser claramente exposta: a obesidade severa mata e sua incidência na população cresce de forma preocupante. Ela é tão ou mais letal que a COVID-19: pelo menos 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado de excesso de peso ou obesidade (WHO, 2020) e 3,8 milhões de pessoas morreram em função da COVID-19 do começo da pandemia (final de 2019) até junho de 2021 (WHO, 2021). Obviamente não temos uma vacina para a obesidade severa, mas temos tratamento. Diversas pesquisas em campos epistemológicos distintos estão em andamento e este trabalho procura acompanhar esses estudos, valorizando o esforço conjunto das diversas áreas do saber em prol da melhoria do estado físico e mental das pessoas obesas.

Diante desse contexto patogênico e mortífero que permeia o fenômeno da obesidade, a cirurgia bariátrica tornou-se uma ferramenta potente para minimizar as doenças oriundas do excesso de peso. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

(SBCBM), a assistência ao paciente deve integrar profissionais da área de nutrição, clínica médica e psicológica (SBCBM, 2020).

Em nosso meio, na área de saúde mental associada à cirurgia bariátrica, estudo pioneiro de Marina Pereira Gomes (1986) com enfoque fenomenológico-existencial já revelava a preocupação com o aspecto psíquico associado à obesidade e à boa evolução do paciente após cirurgia bariátrica. Desde então, diferentes abordagens psicoterapêuticas e psiquiátricas têm sido empregadas no Brasil com vistas a essa preocupação (Cordás, 1994, 2000, 2002, 2004; Marchesini, 2002, 2013, 2014, 2017; Franques, 2002, 2006, 2011; Benedetti 2001, 2006, 2011; Segal, 1999, 2004, 2007, 2012, 2021; Kussunoki, 2007, 2012; Fandiño, Nazar & Papelbaum, 2010; Godoy, 2012; Tonelli, 2020).

É nesse contexto que esta pesquisa busca inserção, corroborada pelos resultados da revisão que identificou "a escassez de estudos psicanalíticos que abordam os temas obesidade e cirurgia bariátrica" (Catharin, Campos, & Bocchi, 2020, p. 87).

2.2 Obesidade severa e transtorno alimentar: a perspectiva psicanalítica

Lidar com a temática dos transtornos alimentares é um desafio tanto do ponto de vista do tratamento em si como do ponto de vista da elaboração das articulações teórico-clínicas inerente ao campo psicanalítico e sua devida comunicação com outras áreas do saber. A pesquisa nessa área de atuação suscita percorrer elementos da história da alimentação, descrições da psiquiatria e de outras especialidades da medicina e revelações da epidemiologia para dar visibilidade à amplitude de descobertas que são realizadas por diversos campos do conhecimento para além do psicanalítico (Fernandes, 2006).

Em relação à história da alimentação, destaca-se a desestruturação das condutas alimentares na vida cotidiana contemporânea. O crescente acesso das mulheres à atividade profissional deslocou parte considerável do trabalho culinário da casa para a fábrica, escritório e comércio. Os irmãos McDonald introduziram de forma bastante eficiente um sistema de

produção de refeições em cadeia. Dezenas de pessoas se alinham para devorar suas refeições, como se fossem galinhas poedeiras (Fischler, 1998). Também existe a possibilidade de se passar no *drive through,* ou solicitar *delivery,* permitindo que a alimentação seja realizada na mesma mesa em que se trabalha. A "McDonaldização" dos costumes, afirma Fischler (1998), animaliza o ser humano na medida em que o afasta do convívio com seus pares, limitando a circulação da palavra, que é justamente uma característica exclusiva do *Homo sapiens*. Ou seja, ao invés dos rituais alimentares serem determinados pelos costumes sociais e pelas tradições, o ato de comer passou a ser um ato solitário, realizado às pressas no ambiente de trabalho, mas podendo também acontecer a qualquer momento do dia e muitas vezes na frente da televisão ou durante o manejo dos *smartphones*. No que se refere à constituição sociocultural da obesidade, além do aumento da oferta de alimentos com alto índice calórico, como os lanches oferecidos pelos *fast foods* e equivalentes, observa-se também o aumento de trabalhos sedentários, da urbanização e da dependência de veículos motorizados para a locomoção (Farah & Castanho, 2018). Estudos claramente revelam o impacto de tendências culturais atuais na constituição do ganho de peso dos membros de uma família: aquelas que têm refrigerantes sempre à disposição e aquelas cujos adultos relatam não ter tempo para sair com seus filhos e preparar um alimento mais saudável são consideravelmente mais vulneráveis a se tornarem obesas (Boere-Boonekamp et al. 2008). Crianças entre 2 e 6 anos de idade que assistem à televisão por mais de duas horas por dia também apresentam chances de se tornarem obesas significativamente maior (1,56 vezes) em relação as demais (Fisberg, Passos, & Ferretti, 2021). As discussões

> a respeito da articulação entre as vicissitudes culturais e a psicopatologia têm recebido a atenção dos psicanalistas que, cada vez mais, se recusam a lidar com os subprodutos clínicos da nossa cultura como se fossem meros casos isolados e individuais. Essa recusa responde à necessidade de considerarmos os registros social, ético e político implicados na teorização clínica (Fernandes, 2006, p.33).

Outro elemento importante da atualidade destacado pela psicanálise, e que está associado à problemática dos transtornos alimentares, diz respeito ao cultivo das aparências e ao ideal de magreza. Os produtos para emagrecer são imensamente consumidos, o que confirma o quanto a forma do corpo e sua imagem são valorizadas pelas pessoas, ou o quanto as pessoas acabam se submetendo às exigências de beleza determinadas pela cultura. Vianna (2016) destaca que a excessiva valorização do eu por meio da imagem, forma e peso do corpo é uma característica bastante comum observada nos pacientes que sofrem de transtorno alimentar. A magreza e os *botox* associados são objetos de um verdadeiro culto e os *selfies* correspondentes são continuamente postados nas mídias sociais, o que aponta para uma desvalorização da interioridade e do pensamento reflexivo. Dessa forma, "observa-se um movimento cada vez maior no sentido de eliminar a dor – de evitar contato consigo mesmo – do que para transformá-la em experiência" (Cecarelli, 2005, p. 11).

Em relação à psiquiatria há uma clara crítica da psicanálise ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Segundo Fernandes (2006), o diagnóstico do DSM descreve o caso clínico de uma maneira tal que se observa uma recusa da singularidade das dimensões subjetivas e das particularidades da história de vida de cada pessoa que busca cuidado para seu sofrimento. É como se o clínico não pudesse participar desse cuidado e sim um agente neuroquímico que se baseia apenas nos critérios sintomáticos. Porém, ela deixa claro que o tratamento medicamentoso tem um papel complementar e necessário quando os sintomas se mostram muito severos. O diálogo entre a psicanálise e a psiquiatria, assim como entre outras áreas do saber que pesquisam os transtornos alimentares, é destacado pela autora. Ela cita, inclusive, a Oitava Conferência Internacional dos Transtornos Alimentares (1998), em que foi dada ênfase ao diálogo multidisciplinar. Neste evento, as plenárias foram compostas por profissionais da área de epidemiologia, neurobiologia, genética, sociologia e antropologia. "A pluralidade dos recursos disponíveis atualmente para o tratamento dessas

patologias deixa claro que a psicanálise é um recurso entre outros, cabendo ao psicanalista conhecer a existência desses recursos para poder usá-los ou refutá-los, segundo a especificidade da demanda que lhe é dirigida" (Fernandes, 2006, p. 95)

No que se refere ao campo de pesquisa da obesidade severa, há ainda poucos trabalhos psicanalíticos publicados e "quando ampliamos a pesquisa para os transtornos alimentares, é sobre a anorexia que encontramos um número maior de publicações. Neste sentido, há também um número mais expressivo de artigos e capítulos de livros que tratam da compulsão alimentar presente na bulimia" (Farah & Castanho, 2018, p.45). Mas como é sabido, há estreitas correlações entre esses transtornos alimentares e a compulsão alimentar. Bruch (1973) já estabelecia articulações entre as moças que sofriam de anorexia com as que sofriam de obesidade: as mães de ambas teriam respondido a todas as demandas de seus bebês através da alimentação, impossibilitando que quando crianças as mesmas pudessem perceber suas próprias necessidades físicas reais como a fome, o cansaço e o sono. Miranda (2010) fala em perturbações antigas que compõem a clínica da atualidade e que se interseccionam pela concretude de suas expressões, pelo vazio de significação, pelo excesso de cisões e projeções e pela impulsividade das ações em detrimento da elaboração ponderada do pensamento. Sob a égide da ansiedade persecutória descrita por Melanie Klein (1996/1935), a força dos impulsos destrutivos em interação com os impulsos libidinais pode tanto promover a intensificação da voracidade e, portanto, de atos compulsivos, como ser a causa das primeiras inibições alimentares próprias da anorexia (Miranda, 2010). Um exemplo dessas correlações aparece numa paciente obesa que atendemos recentemente e que sofria de compulsão alimentar no momento da primeira consulta, mas já havia intercalado ao longo da vida momentos de anorexia e bulimia. Dizia ela que sempre teve uma relação ruim com a comida: "comida faz me sentir mal, como se eu tivesse comendo uma coisa viva". Passava períodos longos em que ou colocava a coisa viva para fora (vômito), ou não ingeria a coisa viva (anorexia) ou comia

descontroladamente sem pensar na coisa viva (compulsão). Ao ganhar peso, angustiava-se e procurava o endocrinologista ao invés do psicoterapeuta e/ou psiquiatra. Ao tomar Ozempic (medicação endocrinológica), acalmava-se porque perdia peso. Mas acabou por perceber que o mal-estar não passava, já que não conseguia encontrar sentido nos seus atos: "Com o Ozempic perdi peso, mas aumentou o meu refluxo. Antes eu cantava, hoje pigarreio".

Em sua forma típica a compulsão alimentar se dá pela ingestão impulsiva e voraz, geralmente às pressas e às escondidas, de uma grande quantidade de alimento frequentemente hipercalórico. Em alguns casos a alimentação é regressiva, assemelhando-se ao paladar de crianças pequenas que se atraem por alimentos derivados do leite, como a manteiga e o *chantilly*. Em outros casos os alimentos escolhidos são os adocicados (Fernandes, 2006). Recentemente recebemos uma paciente que sofre de obesidade severa decidida a se submeter à cirurgia bariátrica, e dizia o seguinte sobre o leite condensado: "Como brigadeiro como se fosse pipoca. Tem necessidade? Não tem, né?! Quando não tem brigadeiro, pego leite condensado e misturo com chocolate em pó e como" – sorri de uma maneira tal que transmite o incrível prazer da ingestão ao mesmo tempo em que expressa uma certa vergonha por promover tal ato. Continua: "Mas não é só prazer não! Como tanto que chega a me estufar aqui, óh!" – aponta para a região do estômago e faz cara de desconforto.

> Os fatores desencadeantes desses acessos são diversos, mas, frequentemente relacionam-se com sentimentos de desamparo, fracasso e solidão ou, ao contrário, de excitação e prazer. É habitual uma consciência clara do caráter patológico dessas condutas; o medo de não mais poder se controlar e de não mais poder se livrar de tais acessos é constantemente relatado ... parece que estamos diante de um transbordamento insano, no qual até mesmo a procura do prazer, através da ingestão do alimento, encontra-se abolida. O único limite parece ser a impossibilidade física de colocar ainda mais alimento no estômago (Fernandes, 2006, p.76).

Alguns pacientes de fato relatam a sensação de estarem de mãos atadas, de serem apenas espectadores de um comportamento que não controlam. Nestes casos, tornam-se

passageiros de um veleiro em alto mar sem leme e sem vela. Colocam em cena o fracasso de si mesmos como sujeitos de suas próprias ações. A falta do leme e da vela representam o empobrecimento da vida afetiva, relacional, fantasmática e da atividade psíquica como um todo. O leite em questão está mais para concretado do que para condensado: o sabor deste leite não orna com os processos de condensação e deslocamento descritos por Freud em *Interpretação dos sonhos* (1900). Loli (2000) entende que haveria nestes pacientes uma incapacidade de lidar com seus conflitos psíquicos internamente, sendo a compulsão alimentar e a obesidade, nestes casos específicos, uma expressão por meio do corpo de algo que não pode ser expresso através do pensamento e da linguagem. Isso significa que, para se falar em tratamento, deve-se considerar justamente os referenciais simbólicos e não apenas o desaparecimento do sintoma (Fernandes, 2006). Os pacientes passam a entrar em maior contato com seu mundo interno e com suas necessidades afetivas? Como se apresentam as tramas e desenlaces de suas principais relações pessoais e profissionais? E a relação com o próprio corpo, como caminha a representação e integração do *self*?

Apesar da anorexia e da bulimia não estarem em evidência no final do século XIX, Freud escreveu sobre o transtorno alimentar em 1895 numa carta a Fliess, definindo-o como uma neurose de angústia que, assim como a neurastenia e neurose narcísica, foi classificado dentro das neuroses atuais. Para Roudinesco e Plon (1998) Freud empregou o termo neurose atual para designar a neurose de angústia e a neurastenia, que não eram inicialmente consideradas por ele como patologias tratáveis pela psicanálise, já que o sintoma não provinha de um conteúdo recalcado e, portanto, não era simbolizável. O sofrimento se manifestava a partir de excitabilidade nervosa de conflitos referentes à atualidade do sujeito sem presença de conteúdo simbólico manifesto. Mesmo na anorexia há uma certa indefinição classificatória por parte de Freud. Segundo Fernandes (2006) ora a anorexia aparecia identificada à histeria, colocando o recalque como mecanismo de defesa principal; ora era identificada à melancolia,

localizando-a entre as neuroses narcísicas. Se Freud tivesse escrito sobre compulsão alimentar, provavelmente definiria o comer compulsivo do obeso ora pela lógica do recalque, ou seja, como um sintoma; ora como uma formação melancólica e mortífera, como um narcisismo que não se prestaria a autopreservação, mas à destruição, a um retorno a um estado anterior das coisas, que Freud nomeou de retorno ao estado inorgânico. Nesse último caso, a comida estaria a serviço da pulsão de morte, buscando a restauração do equilíbrio nirvânico (Cremasco & Ribeiro, 2017).

Para Farah & Castanho (2018) se o corpo da representação foi o que se destacou no início da obra freudiana, a psicanálise contemporânea privilegia as manifestações somáticas, cuja via de adoecimento se dá pela via da ação, não respondendo, portanto, à lógica do recalcamento. O modelo freudiano original das neuroses atuais, contudo, continua sendo útil para se pensar na atualidade a problemática da impulsividade e da compulsão alimentar,

> em que o funcionamento habitual do aparelho psíquico parece nocauteado pelo aspecto quantitativo da excitação. Incapaz de exercer suas funções em virtude de carências mais ou menos profundas, o aparelho psíquico se vê, duradoura ou momentaneamente, subutilizado, resultando em respostas comportamentais ou somáticas. O modelo das neuroses atuais pode servir para pensarmos a problemática da bulimia pela impulsiva passagem ao ato através da ingestão desmedida de alimentos [...] (Fernandes, 2006, p.114).

Interessante considerar os comentários de Fernandes sobre a forma como Freud buscava organizar inicialmente os transtornos alimentares. A partir da experiência clínica ela considera que fica difícil o encontro de neuroses na sua forma pura, ou seja, as neuroses se organizam em geral a partir de mecanismos mistos interligados, o que torna desafiante o estudo sobre os transtornos alimentares. Nesse sentido, a pesquisa de Fernandes revela que essas questões também surgiam nos trabalhos dos discípulos de Freud.

> A partir de 1920, Abraham chama a atenção para a equivalência comer-engravidar e para o prazer do controle anal particularmente presente na anorexia. Mas é a partir de 1924, quando tenta compreender os estados maníaco-depressivos, que ele afasta a

> anorexia do modelo da histeria, aproximando-a da melancolia. Nessa ocasião também relaciona o ciclo expulsão/devoração, acionado na melancolia, às crises de bulimia, assinalando o aspecto impulsivo desta última, assim como sua associação com outros atos impulsivos (cleptomania, condutas aditivas e suicidas) (Fernandes, 2006, p. 119).

Segundo a pesquisa de Gurfinkel (2011), Karl Abraham foi o primeiro psicanalista a explorar a clínica da compulsão alimentar ao relatar sua experiência clínica com uma paciente que apresentava enorme mal estar e angústia seguidos de um ímpeto devorador independentemente de o estômago estar vazio ou cheio. Após o jantar, a paciente de Abraham costumava comer mais duas ou três vezes, muitas vezes acordando de madrugada para dar continuidade à ingestão. E ao acordar, entre seis e setes horas da manhã, apressava-se para ir à cozinha preparar seu café da manhã. O resultado dessa alimentação era um aumento acentuado em seu peso. Esse fenômeno revela o caráter imediatista da paciente, absolutamente intolerante à espera e ao adiamento da satisfação, como se fosse um bebê que, ao acordar no meio da noite e se deparando com o vazio, chora de tal forma que só pode ser aquietado pela mãe através da ingestão de leite ou equivalente. Por essa lógica, o recurso alimentar utilizado pode ser entendido como um mecanismo de defesa que proporciona sensações de preenchimento e alívio do mal estar. Gurfinkel (2011) acrescenta que o consequente aumento do peso pode estar relacionado com esses comportamentos alimentares supostamente patológicos e a obesidade severa representaria um estágio avançado e perigoso desse processo. Pensando por essa perspectiva, sem o suporte psicanalítico, como o paciente pós-bariátrico se organizaria sem o recurso da ingestão do alimento?

> Em pesquisa recente realizada pela UNIFESP e divulgada pela grande imprensa, observou-se como, depois de serem submetidos à cirurgia de redução de estômago, 20% dos ex-obesos trocam a compulsão alimentar por outras, tais como o alcoolismo – a principal delas – ou outros excessos (nas compras, nos jogos, no sexo, nas drogas e no cigarro) (Gurfinkel, 2011, p. 331).

Nossa experiência clínica confirma essas limitações do procedimento cirúrgico. Exploraremos as falhas e também as potencialidades das operações bariátricas mais adiante. Por ora, vale ressaltar que é a manutenção, e não a troca de compulsão, o maior dilema dos pós-operados. A maioria das operações que se revelam mal sucedidas ao longo do tempo são aquelas cujos pacientes permaneceram ingerindo alimentos repetidamente de uma maneira mais "bem" adaptada à redução do estômago: alimentos liquefeitos e hipercalóricos como o chocolate e o sorvete, por exemplo, burlam o procedimento de contenção proposto pela intervenção cirúrgica e facilitam a retomada do aumento de peso em função de serem hipercalóricos.

Para Cremasco e Ribeiro (2017) a insistência da oralidade evoca a figura do canibal: uma pulsionalidade devastadoramente primitiva que, ao mesmo tempo que devora o objeto, destruindo-o, realiza sua incorporação ao torná-lo parte de si. Trata-se de uma tentativa de superar a perda do objeto, incorporando-o. Para as autoras a separação ou perda do objeto de amor é vivida como uma angústia do eu de não ser capaz de sobreviver para além do desaparecimento do objeto, o que remete à saída melancólica.

Gurfinkel (2011) ressalta aproximações entre a compulsão alimentar e outras formas de adicção, revelando também a importância decisiva da oralidade. Mesmo que a ingestão da droga não se dê pela boca, o que se constata é uma atividade autoerótica para onde deriva toda a excitação libidinal. Segundo o autor há duas dimensões relevantes nessa atividade: uma que está a serviço do prazer e outra que visa a evitar o sofrimento e remover toda a tensão interna. Freud elaborou de forma primorosa essa questão em *Além do princípio do prazer (1920)*. Até 1920 a teoria psicanalítica não hesitava em supor que o curso tomado pelos eventos mentais estaria regulado pelo princípio do prazer. Isso implica que o curso desses eventos seria invariavelmente colocado em movimento por uma tensão desagradável e que tomaria uma

direção tal, que seu resultado final coincidiria com uma redução dessa tensão, isto é, com uma evitação de desprazer, ou uma produção de prazer.

O princípio do prazer decorre do princípio de constância, que se define pela tendência do aparelho psíquico de manter constante a excitação intracerebral. Assim, o princípio de prazer relaciona o prazer e o desprazer à quantidade de excitação presente na mente: o desprazer corresponde a um aumento na quantidade de excitação, logo precisa ser evitado para manter a quantidade de excitação no limiar adequado; e o prazer corresponde a uma diminuição da quantidade de excitação, portanto, a repetição dessa satisfação deve ser providenciada. Contudo, Freud questiona essa lógica de funcionamento psíquico a partir de sua experiência clínica e de evidências cotidianas. Constata não ser uma verdade a dominância do princípio do prazer sobre o curso dos processos mentais.

> Se tal dominância existisse, a imensa maioria de nossos processos mentais teria de ser acompanhada pelo prazer, ou conduzir a ele, ao passo que a experiência geral contradiz completamente uma conclusão desse tipo. O máximo que se pode dizer, portanto, é que existe na psique uma forte *tendência* no sentido do princípio do prazer, embora essa tendência seja contrariada por certas outras forças ou circunstâncias, de maneira que o resultado final talvez nem sempre se mostre em harmonia com a tendência no sentido do prazer (Freud, 1996/1920, p.19).

Eis a questão: quais, então, seriam as circunstâncias, os mecanismos psíquicos que impedem a soberania do princípio do prazer? Num primeiro momento, Freud aponta para a influência da pulsão de autoconservação do ego: o princípio de prazer é substituído pelo princípio de realidade. Este último não abandona a intenção fundante de obter prazer; entretanto exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como etapa no – assim nomeado por Freud – *longo* e *indireto* caminho para o prazer (Freud, 1996/1920).

Freud ilustra e elabora a questão com o episódio de um menino de um ano e meio de idade que brincava de atirar para longe da cama os pequenos objetos que estivessem em seu

alcance. Esse gesto era realizado repetidamente e não havia nenhum sentido aparente, mas vinha acompanhado por uma expressão de satisfação e pelo som *o-o-o-ó*. Num determinado dia, Freud articulou *o-o-o-ó* por semelhança sonora com *fo-o-o-o-órt* (*fort*)[3]. Trata-se de um processo de apresentação: o menino encenava a partida da mãe – esta ia embora. Num outro momento, utilizando-se de um carretel, o menino apresentou seu recurso de adiamento da satisfação ao permitir, sem maiores berreiros, que a mãe partisse: *o-o-o-ó*; e jogou o carretel. A seguir representou: *da*[4]. Puxando o barbante, o menino fazia com que o carretel voltasse. O retorno do carretel representava o desejo: retorno da mãe, *da*; e era acompanhado de uma expressão de alegria. Portanto, reconhecemos a partir do segundo movimento *da* o princípio do prazer. Restava nomear teoricamente o primeiro movimento *fort*. O que já se esclarecia era a existência de um processo psíquico – a apresentação *o-o-o-ó* – anterior à representação. Falamos de um *aquém* do princípio de prazer, também traduzido por *além do princípio de prazer*.

O desejo presente no processo completo (*fort-da*; princípio de prazer) foi definido como desejo de que a mãe retornasse: o carretel que retornava representava o reencontro com a mãe. Um ano mais tarde, Freud observou que este menino costumava agarrar um brinquedo e, mostrando-se zangado com este, jogava-o ao chão, exclamando: "Vá para frente!". Seu pai estava na ocasião ausente de casa e presente na *frente* de batalha. Dessa forma, expulsando o pai através do objeto (transferência – representação), o menino realizava o desejo de manter a mãe sob sua posse exclusiva. Isso Freud já trabalhava em 1900 na *Interpretação dos sonhos*: o desejo era definido como uma força psíquica que procura recatexizar a imagem mnêmica da percepção e reevocar a própria percepção, isto é, restabelecer a situação de satisfação original. O reaparecimento da percepção *da* (mãe, aqui), de *fort-da*, é a realização do desejo. O objeto

[3] O termo alemão *fort* é traduzido para o português por *embora*, no sentido de *ir embora*.
[4] O termo alemão *da* é traduzido para o português por *aqui*.

carretel faz aqui o papel que os restos diurnos fazem no sonho: "o desejo inconsciente se liga aos restos diurnos e efetua uma transferência para eles", assim como o menino transfere para o carretel (objeto) sua relação com a mãe (objeto original) realizando a apresentação e representação do desejo inconsciente (Freud, 1996/1900, p.602).

Logo, a questão original desse trabalho de 1920 não é elaborar a articulação lógica *desejo – princípio de prazer*, mas analisar o movimento *fort* do processo de apresentação-representação *fort-da*, ou seja, investigar que processo psíquico é esse que se apresenta repetidamente não em função do prazer ou evitação do desprazer, e sim através de uma encenação aflitiva, em função da separação da mãe – a mãe vai embora *o-o-o-ó*.

O que Freud observa é que esse processo psíquico não se restringe ao universo das brincadeiras de crianças, há um processo análogo presente no tratamento psicanalítico com pacientes adultos. Processo esse que Freud denomina de compulsão à repetição. "Essas reproduções", diz, "que surgem com tal exatidão indesejada, sempre têm como tema alguma parte da vida sexual infantil, isto é, do complexo de Édipo, e de seus derivados, e são invariavelmente atuadas (*acted out*) na esfera da transferência, na relação do paciente com o analista" (Freud, 1996/1920, p.29).

Freud sustenta, neste ponto, que o processo psíquico repetitivo não contradiz o princípio de prazer; funciona independentemente dele, parecendo ser – assim diz ele – um processo mais primitivo, mais elementar e mais pulsional do que o intuito de obter prazer e evitar o desprazer. Ele localiza o processo psíquico mais primitivo e mais pulsional no *aquém do princípio do prazer*, como demonstrado no movimento de apresentação *fort* do jogo do carretel.

Quando falamos em processo ou sistema psíquico *mais primitivo*, isso implica a presença, por distinção lógica, de pelo menos dois sistemas. De uma forma simples poderíamos nomeá-los de 1-*processo primitivo* e 2-*processo elaborado*. Freud, articulando

suas observações com a teoria econômica da libido, distingue dois tipos de catexia: uma catexia que flui livremente e pressiona o aparelho psíquico no sentido da descarga (os processos mais primitivos estariam aqui contidos) e uma catexia quiescente, que procura ligar a energia Q a uma representação psíquica (processos psíquicos mais elaborados). E neste instante de reflexão, Freud acrescenta que esta vinculação da energia (catexia quiescente, ligada) que flui para dentro do aparelho mental representacional consiste justamente em uma mudança de um estado de fluxo livre inicial (*fort*) para um estado quiescente (*fort-da*), ligado à representação.

Mantendo o dualismo, Freud articula enfim a teoria da pulsão a esses processos psíquicos. A repetição fica, de início, associada à pulsão de autoconservação do ego, e a pulsão sexual fica associada às tendências que impulsionam no sentido do progresso e da produção de novas formas. A seguir, numa passagem mais avançada, formula a ideia de que há um grupo de pulsões, cujo objetivo é atingir o final da vida (morte – descarga total) tão rapidamente quanto possível, e um outro grupo de pulsões que faz oposição e procura efetuar nova saída e prolongar assim a jornada da vida (descarga parcial ligada). Suportado pela filosofia de Schopenhauer, que compreende a morte como o verdadeiro resultado e propósito da vida, Freud define conceitualmente sua visão dualística da vida pulsional: a pulsão de vida, que é a corporificação da vontade de viver, e a pulsão de morte, que procura descarregar todo fluxo de energia livre. Citando, também, Barbara Low e o princípio de Nirvana, define a tendência dominante da vida mental e, talvez, da vida nervosa em geral: esforço para reduzir, para manter constante ou para remover a tensão interna. O estado de não tensão é a volta ao inorgânico (Freud, 1996/1920).

A manutenção do dualismo pulsional nos parece fundamental para se pensar o tratamento psicanalítico na clínica da compulsão alimentar e das adicções descritas por Gurfinkel (2011), como bebida, sexo, jogo, droga, compras, entre outras. Nos casos de

compulsão alimentar, por exemplo, a descarga de tensão ou excitabilidade se efetiva sem ligação com qualquer representação simbólica. De forma repetitiva a pulsão alcança sua finalidade que é justamente a satisfação em função da descarga: a regulagem econômica do aparelho "psíquico" exige a descarga. É como se o aparelho psíquico funcionasse numa espécie de curto-circuito entre o impulso e a ação, de maneira que o processamento psíquico fica isolado da operação (Mayer, 2001).

Seguindo essa linha de raciocínio, Gurfinkel (2011) insere as adicções e a compulsão alimentar no campo da hipertrofia da esfera do agir. A problemática principal desses quadros clínicos é um uso compulsivo do objeto que domina o sujeito e tende a substituir o recurso representacional do aparelho psíquico pela descarga imediata da excitação pulsional.

> Trata-se, grosso modo, de uma hipertrofia da esfera da ação e uma espécie de "atrofia" do pensamento. Pois o aspecto impulsivo da adicção sinaliza – pelo menos em tese – uma região de não simbolização, ou seja, uma área onde há algum déficit na atividade de transformação do pulsional bruto em uma matéria pensável, moldável pela figurabilidade e articulável pelo trabalho da representação. O agir impulsivo é o resultado de uma *incapacidade de parar para pensar* e, conforme se perpetua enquanto uma conduta repetitiva, retroalimenta, em um círculo vicioso, esse "déficit simbólico", já que tende a anular as condições boas para o desenvolvimento do psíquico (Gurfinkel, 2011, p. 54).

Gurfinkel destaca, ainda, que a caracterização da compulsão alimentar e das adicções não se dá pelo objeto em si, mas pelo uso que se faz do objeto. Na prática isso significa que alguém pode fumar ou beber sem ser um viciado, na condição de que tais condutas não tenham um caráter impulsivo e irrefreável. Com hipertrofia do agir e com incapacidade de parar para pensar, chega-se à conclusão que o paciente que faz um uso compulsivo do objeto é um sujeito que está escravizado em relação ao mesmo. Essa relação remete à origem da palavra adicção: *adictu,* que na Roma antiga era a pessoa que não conseguia mais pagar sua dívida e como forma de pagamento, tornava-se escrava do credor. No caso da compulsão alimentar a pessoa se sente impelida a comer mesmo já estando de estômago cheio e se vê

incapaz de deixar de comer (Gurfinkel, 2011). “Portanto, o comer compulsivo presente em alguns casos de obesidade pode ser considerado um comportamento adictivo e pode se apresentar como tentativa de combater a angústia em diferentes modos de constituição subjetiva” (Farah & Castanho, 2018, p.48).

Seguindo, ainda, a ideia do *adictu* de Gurfinkel (2011), Kalil (2010), psicóloga clínica especialista em transtornos alimentares e obesidade, entende que os relatos dos pacientes obesos são carregados de sofrimento, na medida em que não conseguem, justamente, libertarem-se dessa repetição. Comumente trazem uma sensação de estranheza ao não conseguirem controlar seus impulsos desvinculados da sensação real de fome física.

> O paciente relata sentir, em algum momento do dia, uma necessidade incontrolável de comer grandes quantidades de alimentos. Não há escolha, preparo, ritual, ou qualquer comportamento que remeta o sujeito a um investimento simbólico no ato de se alimentar. Os alimentos são buscados de acordo com sua disponibilidade, facilidade de ingestão, muitas vezes misturando tipos variados de comida, sem saborear e tampouco mastigar os alimentos adequadamente. Come-se em pé, sozinho, escondido ou realizando outra atividade simultaneamente, engolindo o que ‘surge em sua frente’, sem se dar conta da quantidade que se come e, normalmente, desvinculado da real sensação de fome física (Kalil, 2010, p. 168).

Kalil enfatiza que a experiência psicanalítica identificou ao longo do tempo que um caminho a se percorrer na pesquisa dos transtornos alimentares e da obesidade se situa nos primórdios da relação mãe-bebê. Quando a função materna falha, surgem problemáticas no campo alimentar, como a de atender às solicitações do bebê sempre através do alimento, sem discriminar a fome do frio, do sono ou do cansaço. Essa falha compromete a capacidade da criança de reconhecer e integrar seus afetos e pensamentos. A própria percepção de corpo próprio fica comprometida.

> O investimento materno é o que constitui condição necessária à sobrevivência psíquica do indivíduo. Cabe à mãe atender às necessidades do bebê, nomeando seus afetos, mantendo uma distância adequada com intervalos regulares que possibilite

> proteger o bebê do risco de uma presença maciça ou de uma ausência intolerável. É exercendo uma escuta das necessidades da criança de forma sensível e investindo libidinalmente no corpo do bebê que a mãe assegura a constituição dos processos de simbolização da criança (Kalil, 2010, p.173).

Sem a devida contenção da mãe, a criança na tenra infância fica vulnerável ao excesso de excitabilidade inerente às experiências de vida. Ou seja, sem nomeação e significação da experiência emocional a criança vive estados de desamparo emocional e dor psíquica. Ou seja, quando as demandas do bebê não são suficientemente atendidas, ele "não acontece como um si-mesmo unitário com capacidade de relacionamentos futuros, um existente. Flutua entre a vida e a morte, ser e não ser, comer ou não comer, entre o amor e o isolamento, entre o absurdo e o que faz sentido. É tomado pela angústia" (Loparic, 2022).

Segundo Kalil (2010), um dos mecanismos de defesa possíveis para essa situação de extrema angústia é a incorporação de objetos externos, como a comida. Trata-se de uma tentativa de aplacar a dor. Sem sucesso, o ato tende a se repetir incessantemente. A maneira como a autora abordou o termo *incorporação* se aproximou da conceitualização dos mecanismos de defesa arcaicos descritos por Klein (1996/1935) na posição esquizoparanóide. O termo se opõe ao conceito de *introjeção*, que remete à capacidade adquirida pelo bebê de criar uma representação da função materna em seu mundo psíquico, aproximando-se da posição depressiva de Klein. "É a introjeção que substitui a presença da mãe, que assegura ao bebê a possibilidade de lidar com a ausência concreta dessa mãe, garantindo um apaziguamento diante das dificuldades no decorrer da vida" (Kalil, 2010, p.174). Em síntese, a incorporação denuncia uma lacuna no psiquismo, uma falta no lugar preciso em que uma introjeção deveria ter ocorrido.

Miranda (2010) enfatiza a presença de características persecutórias próprias da posição esquizoparanóide nas tentativas desses pacientes de controlar as angústias e atos compulsivos. Nesses casos faz-se uso de fantasias onipotentes arcaicas para se construir uma crença de que

tanto os objetos internalizados como os reais são passíveis de governo, controle ou aniquilação.

> Nossos pacientes talvez tenham sido bebês que tiveram dificuldades em tolerar a desilusão que a realidade impôs, assim aumentando a onipotência de seu pensamento até aniquilar a realidade insuportável e, nos casos mais perturbados, com danos na condição do pensar, pois a origem do pensamento reside [...] nesse processo de testar a fantasia contra a realidade (Miranda, 2010, p. 205).

Situando-se ainda nos primórdios da relação mãe-bebê, Cremasco e Ribeiro (2017) articulam a melancolia (neurose narcísica) com o trabalho *a mãe morta*, de Green. Partem do pressuposto de que a mãe sofre de um estado depressivo em que não pode ser para seu filho(a) um objeto vivo, fonte de vitalidade. Distante, a mãe figura-se como morta: "permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida" (Green, 1988, p. 239). Trata-se de um grande desinvestimento materno, que é "vivenciado pela criança como uma catástrofe e como um trauma narcísico, e irá demarcar para ela não apenas a perda do amor, como também a de sentido, visto que lhe faltam recursos psíquicos para elaborar o que lhe ocorreu" (Cremasco & Ribeiro, 2017, p. 266). Ocorre que juntamente a esse desinvestimento, a criança busca incorporar a mãe e acaba por se identificar pelo vazio vivenciado na relação. Com essa mãe impossibilitada de simbolizar sua própria experiência emocional, a criança fica diante de uma ausência e não de um objeto que fora perdido. Buscando uma articulação com a compulsão alimentar e a obesidade severa, Cremasco e Ribeiro (2017) explicam que o sujeito obeso e compulsivo teria uma intenção de alargar seu ego, mas se percebe cheio de vazio. Identificado com o buraco deixado pela mãe morta ele tentaria solucionar este problema em uma posição melancólica que propõe uma tentativa de "introjeção" imediata e ilusória, "engolindo e incorporando objetos, alargando seu invólucro corporal, mas sem enriquecer seu ego" (Cremasco & Ribeiro, 2017, p. 268).

O trabalho clínico do psicólogo, nos casos de melancolia em que a compulsão alimentar impera, exige um tipo de produção psíquica que convoca o analista a estabelecer

com o paciente uma comunicação pré-verbal. E desta comunicação primeira, o analista busca identificar aspectos que possibilitem a criação de representações psíquicas. Trata-se de construir significações junto com o paciente. E isso favorece a introjeção de objetos internos continentes e protetivos. Como consequência o paciente desenvolve uma menor dependência de objetos externos: inclui a comida, mas não se limita a ela. Em função disso Cremasco e Ribeiro (2017) insistem que no tratamento cirúrgico de obesidade severa deve ser integrado processo psicoterapêutico "tanto antes como após a cirurgia" (p. 269).

Do ponto de vista do manejo clínico, Kalil (2010) também traz grandes contribuições aos psicoterapeutas. Ela destaca que o início do trabalho tende a exigir do analista posicionamentos menos interpretativos e metafóricos, já que muitos pacientes que sofrem de compulsão têm dificuldade de compreender uma linguagem simbólica. Não se trata de abdicar da técnica psicanalítica, mas de entender os diversos momentos do tratamento. Isso exige criatividade por parte do psicólogo. É necessário criar uma maneira possível de trabalhar com o paciente num primeiro momento, potencializando o trabalho psicanalítico que se torna passível de inserção num segundo momento.

> Ser continente com as angústias do paciente, dar significado às suas comunicações, auxiliar o sujeito em sua capacidade interna de fazer um trabalho de ligação, relacionando os fatos externos da vida do paciente com seu mundo interno e com momentos de sua própria história, tudo isso é o que vai possibilitar que a psicanálise aconteça (Kalil, 2010, p.180).

Segundo a autora o manejo no início dos atendimentos clínicos exige muita sensibilidade do analista. Silêncios prolongados podem ser sentidos, no começo do processo, como um empurrão para o meio do vazio, gerando estados de desemparo e angústia intolerável com alto risco de interrupção do tratamento. Por outro lado, falar demais também pode obstruir o processo associativo do paciente, impossibilitando elaborações psíquicas (Kalil, 2010). O paciente compulsivo precisa vivenciar a conta gotas o vazio existencial a partir de um certo incômodo, de maneira que a palavra emerja no seu tempo próprio. Como o

vazio existencial não é quantificável, essa medida faz da análise um caminho de criação. De início, fundamentalmente "o paciente precisa da presença do analista, o que se faz com escuta genuína, sem pressa" (Kalil, 2016, p. 132).

Fernandes (2006) também compreende que os pacientes que sofrem de transtorno alimentar em geral não aderem a uma psicanálise nos moldes tradicionais. Apesar da interpretação do analista revelar algo sobre aquilo que se desconhece do paciente, e isso ser favorável na evolução do tratamento, para esses pacientes a ação interpretativa no início do tratamento pode fazer emergir angústias persecutórias, no sentido da mãe/analista saber tudo sobre o que lhe ocorre. Mas trata-se de um saber tudo que essencialmente reforça o senso de inadequação e ineficácia. Portanto, do ponto de vista técnico a saída é estimular o surgimento das capacidades próprias de pensamento dos pacientes, que passam a reconhecer o analista essencialmente como um colaborador e não como alguém onisciente, condenatório e ameaçador. A interpretação seria, supostamente, um atalho simbólico relevante para o paciente, mas diante do eventual efeito danoso para este paciente específico, a análise deve seguir um ritmo mais lento.

Trata-se, portanto, de um trabalho que se inicia em terreno frágil, razão pela qual o *setting* e sua definição em termos de horários e formas de pagamento, por exemplo, ocupam um lugar organizador para o paciente. Quando "nos deparamos com um paciente difícil de tratar pela via da palavra, do simbólico, as intervenções concretas relativas aos elementos que compõem o *setting* mostram-se extremamente importantes" (Kalil, 2010, p. 180). O termo *managment,* destacado por Kanter (1990), aborda também o cuidado do psicoterapeuta de se certificar se o paciente está realizando adequadamente os tratamentos complementares, muitas vezes requeridos em casos de psicopatologias graves. Kanter não discorre sobre a clínica dos transtornos alimentares, mas relata quão importante foram suas insistentes ligações a instituições de acolhimento social para encontrar uma paciente sua que, em estado de surto

psicótico, chegou até a ser presa antes de ser alocada devidamente numa instituição social de acolhimento para dar continuidade a seu tratamento. Associadas às ligações, as visitas presenciais, quando foram passíveis de realização, fizeram também diferença na construção de confiabilidade, de maneira que a paciente aceitou ser medicada e também auxiliou na sustentação do processo psicoterapêutico. Com isso Kanter (1990) sinaliza a relevância de se manejar o tratamento para além das quatro paredes do *setting* psicanalítico. No caso da obesidade severa isso implica cuidar não apenas dos determinantes psicológicos envolvidos na formação do quadro, mas também olhar de forma atenciosa para o respaldo multiprofissional do tratamento com médicos, nutricionista e educador físico, por exemplo. Nesse sentido, pensamos que a clínica psicanalítica deve estar sincronizada com as necessidades da atualidade.

Fernandes (2006) também alerta para a necessidade de manejos e arranjos técnicos particulares. Mesmo quando a análise já superou o congelamento e a lentidão inicial e o analista supõe que pisa em terreno sólido e seguro, a experiência clínica revela fragilidades no vínculo. Um detalhe pode deixar a relação analítica ameaçada ou à mercê de uma qualidade destrutiva, que fere. Recentemente uma paciente pós-bariátrica, que atendemos por alguns anos, e bem vinculada a nós desmarcou a sessão da terça-feira porque estava com a avó no hospital fazendo exames. Não solicitou reposição, disse apenas que estaria presente na sessão de sexta-feira (suas sessões ocorrem duas vezes por semana). Quinta-feira era feriado e sexta-feira eu também não trabalharia. A impossibilidade de sexta foi comunicada e tentamos realizar reposição. Ela respondeu na terça no meio do dia que o único horário que tinha era na própria terça às 19:00 hs e que quarta não tinha nenhuma disponibilidade. Os pacientes de horários fronteiriços às 19:00 hs compareceram normalmente. Portanto, não foi possível oferecer aquele horário, ou algum parecido. Por um lapso, não nos comunicamos na terça. Quarta pela manhã foi enviada uma mensagem, perguntando como estava a avó e se havia

alguma disponibilidade de que ela, ao longo do dia, comparecesse à sessão. Ela informou que estava preocupada, já que a avó apresentava problemas circulatórios (meses antes a avó teve COVID e chegou a ficar um mês hospitalizada) e disse que nos encontraríamos na segunda, já que neste dia (quarta) ela não teria nenhum horário disponível mesmo. Foi ofertado a ela um horário na quinta-feira (feriado), já que vivemos juntos toda a angústia da internação anterior da avó em função do COVID e a disfunção circulatória atual poderia estar associada ao vírus. Ela agradeceu e ficamos para segunda mesmo. Na segunda ela diz que se sentiu não importante por não termos nos comunicado na terça, que os outros pacientes provavelmente eram mais importantes e que só se acalmou com a mensagem enviada na quarta. Do ponto de vista transferencial, ela mesma pôde associar sua angústia com cenas já trabalhadas em análise referente a um sentimento de ser preterida pelo pai. Os demais pacientes representavam os filhos do segundo casamento do pai, os detentores de todo o seu ódio por sentir constantemente o pai mais ligado aos filhos de seu segundo casamento. Esse lapso revela como devemos nos atentar ao manejo do *setting*, como bem apontou Kalil (2010). Da mesma forma como ele tem um efeito organizador para o paciente, um descuido pode trazer à tona angústias ameaçadoras.

Segundo Fernandes (2006) há um paradoxo no atendimento psicanalítico em casos mais delicados como os que estamos abordando: o interesse no trabalho analítico e o prazer no contato acolhedor do analista, que supostamente diminui a intensidade da angústia, pode também intensificar o mal estar, já que o trabalho analítico caminha em direção da alteridade, colocando em risco processos arcaicos bem estabelecidos de fusão e indiferenciação. Nesse sentido, o atendimento compartilhado com outro profissional revela-se um reforço importante. Além do profissional da área de nutrição, há a presença muitas vezes do psiquiatra e, em casos muito preocupantes de anorexia, há também os médicos que cuidam da hospitalização do paciente. Os demais profissionais representam o outro na relação dual paciente-analista e

têm papel estruturante na relação edípica, preservando a continuidade do tratamento em momentos difíceis.

> A condição para que o atendimento compartilhado exerça seu benefício é, de um lado, o entendimento mútuo dos profissionais envolvidos e, de outro, a capacidade de cada um deles de se manter rigorosamente ancorado na especificidade de sua própria metodologia. Entendimento e rigor são, a meu ver, as condições para que se possam enfrentar as adversidades ao longo do caminho, sem se perder em expectativas de resultados rápidos, no mais das vezes idealizados (Fernandes, 2006, p. 253).

O atendimento compartilhado também é uma forma do analista se reconhecer castrado e limitado e não coadunado com as fantasias onipotentes dos pacientes. A possibilidade de o psicanalista negar o encaminhamento para o médico, supondo que seu trabalho se revelaria ineficaz ou com ausência de valor ou supondo que o trabalho fique manchado pela interferência de outro saber, não permite que o devido tratamento se concretize. Nesse caso, teríamos o pensamento idealizado e onipotente do analista, que evidentemente foge do tratamento adequado (Fernandes, 2006).

Miranda também ressalta a impotência do tratamento isolado. Segundo ela, o trabalho multidisciplinar caminha na "contramão do pensamento onipotente que permeia esses quadros o tempo todo" (2010, p.215). A equipe, nesse sentido, funciona oferecendo novos modelos identificatórios para os pacientes: "Verdadeiros casais parentais se formam no vínculo com a equipe, uma família-prótese, enquanto a interna está sendo reunida e integrada em seu universo mental" (Miranda, 2010, p. 215).

Apesar das dificuldades no atendimento, a psicanálise funciona porque permite resgatar fragmentos de memória, juntar pedaços, criar novas formas de sentido e construir uma narrativa da vida da pessoa repleta de significação, potencializando a atividade psíquica em detrimento do uso das modalidades impulsivas defensivas, que antes ocupavam um lugar de primazia na organização das experiências de vida.

> Assim, é por meio da delicadeza da escuta, de uma leitura em filigrana de palavras, na sutileza da busca dos detalhes, dos gestos, do olhar, do silêncio, que o analista vai reencontrar as marcas das imagens internas dos seus analisandos... de tal forma que as vivencias que tocam o corpo, o afeto e o pensamento não fiquem privadas de possibilidades metafóricas (Fernandes, 2006, p.263)

Para Miranda (2010) a psicanálise também é um método de intervenção que não deve ser descartado porque pode oferecer a estes pacientes um novo caminho que os reconduzam à nomeação de seus afetos e ao resgate das palavras perdidas. Através de processos de integração inerentes ao método psicanalítico surge

> a esperança de que eles interrompam esse processo de autocópia daquilo que já existe neles, como se fossem viciados em si, voltando a ser criadores de seus mundos. Antigos monstros internos dotados de bocas tirânicas compulsivas transformam-se em companheiros no mundo mental, solidários e protagonistas do processamento das angústias e dores, dos ódios e dos amores, acompanhando desta forma o veneno tóxico extraído da experiência emocional inominável ser gradualmente transformado em comida nutritiva e amorosa (Miranda, 2010, p.215).

Existe uma outra metáfora sobre a importância do método psicanalítico em sua interface com as intervenções cirúrgicas reparatórias e para perda de peso: a psicanálise seria uma cirurgia psíquica na qual as palavras e a nomeação dos afetos promovem "o efeito de um bisturi, que, atravessando e rompendo camadas de emoções primitivas e desordenadas, alcançará novos padrões de funcionamento mental favorecedores de um bom desenvolvimento" (Miranda, 2016, p.199).

Vale ressaltar que podemos trabalhar os diagnósticos dos transtornos alimentares com a condição de não nos privarmos da delicadeza de não identificar o paciente com a condição de doente. A escuta analítica é essencialmente a escuta do sujeito que se apresenta na sua singularidade e, com sua forma própria, faz surgir na análise algo que está além da problemática alimentar (Kalil, 2016). A respeito disso, uma paciente traz o seguinte questionamento numa sessão: "Engraçado, estou aqui há quase três anos com você e a gente não fala sobre comida, né?! Por que, hein?! Vim aqui porque você é o especialista nisso e não

conversamos sobre isso" (rindo). Respondemos: "Porque o que se fala não se engole." Metabolizando a resposta, que se apresentou de forma indigesta para a paciente, ficou claro para ela que as situações que geram sofrimento, conflitos e tensões são verbalizadas na psicoterapia, gerando produção de sonhos, de lembranças encobridoras e associações livres, promovendo construção de sentido. *O que se fala e não se engole* resume um trabalho psíquico que traz um ganho de significação para aquilo que originalmente era um mal estar, um ganho psíquico fundamentado numa história própria, com uma narrativa singular. Essa paciente realizou cirurgia bariátrica e a acompanhamos desde a chegada à equipe multiprofissional de cirurgia bariátrica. O desenvolvimento deste trabalho psicoterapêutico está delineado mais adiante nesta dissertação no item *resultados*. Pensamos, também, ser importante deixar registrada a seguinte observação: não é incomum lermos trabalhos psicanalíticos que aproximam de forma direta e sem diferenciação compulsão alimentar (CA) e obesidade. A relação tem lógica e comunica um conhecimento que é da ordem da verdade, mas podemos correr o risco de considerarmos que todo paciente que sofre de obesidade severa apresenta CA. Esta não ocorre exclusivamente em pessoas obesas e nem todos os obesos apresentam episódios de CA. A pesquisa de Sptizer e colaboradores (1993), por exemplo, indicou que 30% dos pacientes que procuravam tratamento para perda de peso sofriam de CA – essas delimitações foram mais bem desenvolvidas pela psiquiatria, conforme exponho no item posterior. Mas há trabalhos psicanalíticos que exploram bem este ponto, como o de Vianna (2016), que salienta

> que não há um perfil psicológico ou uma estrutura psíquica única para todos os indivíduos obesos, sendo temerária a generalização dos problemas psicológicos para todos os casos de obesidade. A obesidade é, segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), uma doença endócrina, nutricional e metabólica, e não um distúrbio mental ou comportamental (p. 22).

Esta paciente que apresentaremos mais adiante não sofria de compulsão alimentar, mas claramente situações geradoras de sofrimento em sua vida contribuíram para uma alimentação irregular que, associada aos demais fatores apontados por Vianna (2016), determinaram o agravamento da obesidade.

Adiante apresentamos a perspectiva psiquiátrica dos transtornos alimentares e correlações entre outras psicopatologias psiquiátricas e a obesidade. É interessante observar que historicamente, conforme vão surgindo novas edições do DSM, novas caracterizações fenomenológicas surgem para diferenciar os enquadres. É curioso que o esforço da psiquiatria em classificar e realizar o diagnóstico diferencial é acompanhado da complexidade do dinamismo psíquico, que dificulta esse trabalho classificatório. É como um sabonete escorregadio: quando se supõe que ele está ali bem firme e à mão, ele escapa e vai para outro lugar. Observo que esse dinamismo que escorrega e faz escapar é mais interessante para a psicanálise do que para a psiquiatria, porque é a matéria prima que revela a dinâmica singular e específica das relações humanas e dos investimentos emocionais a serem trabalhados em análise. Este foco na singularidade da pessoa que é atendida pela abordagem psicanalítica justifica uma compreensão não tão detalhada sobre os diversos critérios, especificações e preocupações classificatórias como o faz a psiquiatria. Nesse sentido a psiquiatria parece mesmo recusar a singularidade das dimensões subjetivas, como já apontava Fernandes (2006), em prol de uma preocupação outra que envolve a identificação da doença, sua gênese (considerando que pode ser do próprio cérebro associado à tendências herdadas; pode ser do corpo como disfunções hormonais que afetam o funcionamento mental e pode ser de origem psicológica, ou seja, não dependente de doenças do cérebro ou de outras doenças físicas) e a escolha do melhor tratamento farmacológico ou não farmacológico para a cura ou melhoria do estado psíquico. Importante deixar claro que a diferença de foco da psicanálise e da psiquiatria não significa que uma perspectiva é melhor do que a outra, ou que uma vale mais

do que a outra. A ideia de se trabalhar de forma multiprofissional é perceber que o arranjo de diferentes perspectivas pode ser melhor no tratamento de determinados pacientes. Ou de que, dependendo do terreno aonde se pisa, uma abordagem pode funcionar melhor do que a outra.

Winnicott (1983/1963), por exemplo, entende que áreas de doença chamadas de psicose oferecem menos terreno para o psicanalista, apontando, para além do psiquiatra, para o trabalho do assistente social. Há ainda a possibilidade de o arranjo psiquiatra-psicanalista não funcionar a contento.

> Precisamos reconhecer que há casos que estão além do remediável. Podemos morrer tentando ajudar onde a ajuda não pode ser dada. Afora isto, sabemos que psiquiatras e psicanalistas constantemente encaminham casos aos cuidados do assistente social psiquiátrico por nenhuma outra razão do que a de não poderem fazer nada eles próprios. Eu faço isso. (Winnicott, 1983/1963, p. 204)

2.3 Obesidade severa e transtorno alimentar: a perspectiva da psiquiatria

Associações entre obesidade e depressão já foram reconhecidas pela comunidade científica, embora uma associação causal entre obesidade e depressão seja ainda incerta (Mancini, 2010). Estudo realizado com mais de 40 mil indivíduos – *The Nacional Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* – avaliou a associação entre o IMC e distúrbios psiquiátricos. Foi revelado que o IMC foi significativamente associado a alterações de humor, ansiedade e transtornos de personalidade, com uma razão de chances para transtorno psiquiátrico de 1,21 entre os obesos e 2,08 entre os obesos com IMC maior e igual a 40 kg/m², e uma razão de chances para transtorno depressivo maior de 1,53 entre os obesos e 2,02 entre os obesos com IMC maior e igual a 40 kg/m² (Petry, Barry, Pietrzak, & Wagner, 2008).

Já pesquisa realizada nos Estados Unidos com 217.379 indivíduos, usando o sistema *2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System,* concluiu que adultos com diagnóstico de depressão e ansiedade foram significativamente mais propensos a ter comportamentos pouco saudáveis, como tabagismo, obesidade, inatividade física e consumo excessivo de álcool. A

razão de chances ajustada para depressão e obesidade foi de 1,6 *versus* 1 para indivíduos não obesos. O resultado também revelou que a prevalência de transtorno depressivo maior, moderado, ou grave aumentou de 6,5% nas pessoas com IMC normal para 25,9% nas pessoas obesas com IMC maior que 35 kg/m². Constatou-se também que a prevalência de obesidade foi de 25,4% entre os que não tinham transtorno depressivo maior e para as pessoas com transtorno depressivo maior moderado a grave a prevalência de obesidade foi de 57,8% (Strine et al. 2008).

Estudos sobre comorbidade em transtorno de compulsão alimentar (TCA) também revelam associações com depressão, ansiedade e transtornos de personalidade (Appolinario & Freitas, 2010; Tonelli, 2020). Especificamente no contexto da obesidade, o TCA é um marcador de maior risco para depressão, pânico e dependência de álcool (Moraes, Mourilhe, Rodrigues, Cascardo Neto, & Appolinario, 2021). Segundo Maria, Mattos, Marcilio, Dutra, & Avezum (2021) depressão e ansiedade estão presentes em 60% das pessoas que sofrem de obesidade. Também nos estudos sobre síndrome do comer noturno e sobre adicção por comida foram constatadas correlações significativas com ansiedade, depressão e impulsividade (Imperatori et al. 2014; Moraes et al. 2021).

Apesar da ausência de nexo causal entre a obesidade e o transtorno depressivo maior, conforme exposto por Mancini (2010), há claramente uma relação entre obesidade e distúrbios psiquiátricos como a depressão e o transtorno de ansiedade.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5

Para a psiquiatria, os transtornos alimentares (TA) são condições psíquicas que afetam de forma grave o comportamento alimentar e comprometem o indivíduo nos planos psicológico e somático (Moraes et al. 2021). Segundo Appolinario e Freitas (2010) a alteração que os pacientes têm de sua forma e de seu peso corporal tem sido considerada a característica

psicopatológica comum a todos os TA. Esses apontamentos estão de acordo com o posicionamento dos autores psicanalistas já citados.

Nas atuais classificações de transtornos mentais do DSM-5 (APA, 2013) são descritos critérios diagnósticos para as seguintes categorias de TA: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia e o transtorno de compulsão alimentar. Há outros transtornos alimentares específicos bem delimitados no DSM-5 como a síndrome do comer noturno, que interessa a este estudo pois apresenta correlações com obesidade.

Discussões sobre outras formas alteradas de alimentação como o beliscamento, adição por comida e comer emocional estão em pauta no meio psiquiátrico, apesar de não estarem descritos no DSM-5. Estes novos enquadres são relevantes para a pesquisa voltada para a problemática da obesidade, já que estão associados a ganho de peso e revelam a complexidade e dificuldade de classificar a diversidade dos fenômenos psíquicos. Em função disso, essas formas alteradas de alimentação também serão abordadas.

Pica

A característica essencial da pica é a ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas e não alimentares como papel, sabão, tecido, cabelo, fios, terra, giz, pedra ou cola. O critério de diagnóstico implica a persistência do fenômeno por pelo menos um mês. Geralmente não há aversão a alimentos em geral e a pica pode estar associada a outros transtornos mentais como autismo e esquizofrenia (American Psychiatric Association – APA, 2013).

Transtorno de ruminação

A característica essencial do transtorno é a regurgitação repetida de alimento depois de ingerido. O alimento pode ser remastigado e cuspido ou remastigado e deglutido novamente sem que isso manifeste no paciente sensações de náusea, ânsia de vômito ou repugnância. O

comportamento não é melhor explicado por problemas gastrointestinais, ou outra condição médica associada (APA, 2013).

Anorexia nervosa e transtorno alimentar restritivo/evitativo

A principal característica diagnóstica desse transtorno é a esquiva ou a restrição da ingestão alimentar, seguida de perda de peso, desnutrição, dependência de alimentação enteral e interferência marcante no funcionamento psicossocial. Os indivíduos anoréxicos apresentam medo de ganhar peso, ou de ficar gordo, a ponto de boicotar qualquer tratamento ou intervenção que vise à recuperação do estado de saúde.

A anorexia nervosa (AN) já era definida como uma das duas categorias principais de TA no DSM-4 (APA, 2003). A recusa em manter um peso corporal saudável e aceitável para a idade é uma das suas características essenciais. A perda de peso intensa e intencional é realizada por meio de dietas extremamente rígidas, acompanhada de uma busca desenfreada pela magreza. Na AN também se observa uma grande perturbação da imagem corporal. (APA, 2013)

Bulimia Nervosa

Além da AN, a bulimia nervosa (BN) era a outra categoria principal de TA já presente no DSM-4 (APA, 2003). O aspecto central da bulimia nervosa (BN) é o episódio de compulsão alimentar (ingestão de uma grande quantidade de comida em um curto período de tempo), seguido por comportamentos compensatórios inapropriados, como vômitos autoinduzidos ou a prática excessiva de exercício, com a finalidade de evitar ganho de peso. A autoavaliação que o paciente faz de si mesmo é excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo (APA, 2013).

Transtorno de compulsão alimentar

Dos principais critérios de diagnóstico presentes no DSM-5, o que mais interessa a este estudo de obesidade é o transtorno de compulsão alimentar (TCA). A definição do TCA

como categoria principal de transtorno alimentar é mais recente do que a AN e a BN. Apenas no DSM-5, o TCA passou a ser considerado como uma categoria principal. A primeira descrição formal de disfunção do comportamento alimentar em obesos foi feita por Stunkard, Greice, & Wolff (1955). Entretanto, a busca de definição de um padrão diagnóstico para o subgrupo *obesos que apresentam compulsão alimentar*, buscando discriminá-lo dos pacientes bulímicos e dos obesos que não apresentavam compulsão alimentar, é relativamente recente (Passos, Stefano, & Borges. 2005).

A tentativa de se delimitar uma categoria especial de TA que cobrisse o crescente número de obesos ganhou força em 1970, com Kornhaber, que descreveu a "síndrome do empanzinamento", ou seja, um tipo de obesidade caracterizada por hiperfagia, ausência de métodos compensatórios, retraimento social e depressão clínica (Vianna, 2016).

Na década de noventa ganha força a distinção entre BN e uma forma particular de transtorno do comportamento alimentar caracterizado por compulsões alimentares recorrentes que não apresentavam mecanismos compensatórios. O assim denominado *binge eating disorder* ou transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) passou a ser inserido nas discussões que envolviam os novos enquadres psicopatológicos do DSM-4. O título do artigo nomeado pelos autores Spitzer et al. (1991) retrata bem o momento histórico vigente: *Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV*.

O DSM-4 foi publicado em 2003 e o TCAP não foi definido como uma categoria principal de transtorno alimentar. Foi classificado dentro dos transtornos alimentares sem outras especificações e ficava localizado em seção separada: no apêndice B, como conjunto de critérios e eixos propostos para estudos adicionais (APA, 2003).

No DSM-5 o transtorno de compulsão alimentar (TCA), que deixou de receber a qualificação complementar *periódica*, tornou-se finalmente uma das categorias principais dos TA. Seus critérios diagnósticos são: A- Episódios recorrentes de compulsão alimentar,

caracterizado por 1- ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares; e 2- um sentimento de falta de controle sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se come). B- Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes critérios: 1- comer muito e mais rapidamente do que o normal; 2- comer até sentir-se incomodamente repleto; 3- comer grandes quantidades de alimentos, quando não está fisicamente faminto; 4- comer sozinho por embaraço devido à quantidade de alimentos que consome e 5- sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente. C- Acentuada angústia relativa à compulsão alimentar. D- A compulsão alimentar ocorre, em média, 1 dia por semana, durante três meses. E- A compulsão alimentar não é associada com o recorrente uso de comportamentos compensatórios inapropriados como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso da bulimia nervosa, ou anorexia nervosa. A gravidade do transtorno é considerada leve se há média de um a três episódios de compulsão alimentar por semana; moderada se há média de quatro a sete episódios de compulsão alimentar por semana, grave se há média de oito a 13 episódios de compulsão alimentar por semana e extremo se há média de 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana (APA, 2013).

Estima-se que a prevalência de TCA na população seja de 2 a 3%, o que impõe ao TCA a característica de ser o TA mais comum (Spitzer et al, 1993; Moraes et al, 2021). Um estudo que avaliou a relação entre obesidade e compulsão alimentar em cinco cidades brasileiras com uma amostra não clínica de 2.858 pessoas, identificou a prevalência de compulsão alimentar em 1,4% dos homens e 3,9% das mulheres com peso normal; enquanto a prevalência em pessoas com sobrepeso e obesidade foi de 6,5% em homens e 5,5% em

mulheres (Siqueira, Apolinário, Sichieri, 2004). Já entre pacientes obesos, que procuram tratamento clínico para perda de peso, a prevalência é de 30%, segundo estudo de Spitzer et al (1993). Revisão sistemática mais recente apontou para um aumento de variância para o mesmo grupo de indivíduos (pacientes obesos que procuram tratamento clínico). Nesta pesquisa a prevalência variou entre 16 e 51,6% (Palavras, Kaio, Mari, & Claudino, 2011).

Com o resultado dessas pesquisas é prudente destacar que a compulsão alimentar não é condição *sine qua non* para a pessoa ser obesa, já que há a prevalência (mesmo que baixa) desse fenômeno em pessoas com peso normal. Nos obesos a prevalência da compulsão varia, mas, no máximo, beira a metade da população de obesos que procuram tratamento clínico, o que sugere a correlação de outros fatores associados à formação do quadro. O posicionamento da psiquiatria também deixa claro que ser obeso não significa ser detentor de problemas psicológicos. Mas a transmissão de que a obesidade remete a riscos para a saúde precisa ser feita e, se acompanhada de TCA, os riscos são ampliados. Esse entendimento não é comum de se observar num trabalho psicanalítico, mas é importante ressaltar que a pesquisa da psicanalista Vianna (2016), já apontada, explorou bem este aspecto.

Em relação ao tratamento clínico do TCA, a psiquiatria sustenta que ele deve ser realizado através de uma combinação de farmacoterapia com intervenções psicológicas (Tonelli, 2020). Há poucos dados sobre os efeitos de longo prazo dos fármacos empregados, sejam eles antidepressivos, anticonvulsivantes ou inibidores de apetite. As intervenções psicológicas mais estudadas são as terapias cognitivo-comportamentais (TCC) (Farah & Castanho, 2018). Revisão integrativa recente identificou a escassez de trabalhos psicanalíticos que abordam os temas de obesidade e/ou cirurgia bariátrica (Farah & Castanho, 2018; Catharin et al, 2020).

Quando o tratamento se dá mediado também por intervenção cirúrgica, o quadro de compulsão alimentar precisa ser devidamente avaliado e tratado, pois há risco de estarem por

trás de insucessos no pós-operatório, como a perda de peso aquém do esperado e a recidiva da obesidade (Tonelli, 2020).

Síndrome do comer noturno

Trata-se de um novo transtorno alimentar inserido em 2013 no DSM-5 como Outro Transtorno Alimentar Especificado (APA, 2013). A síndrome do comer noturno (SCN) foi descrita pela primeira vez em 1955, como um comportamento alimentar noturno inadequado. Constatou-se numa população de pacientes refratários ao tratamento para a obesidade a presença de uma síndrome caracterizada por insônia, hiperfagia noturna e anorexia matinal. O sintoma *insônia* foi descrito como queixa de ausência de sono, referida como irritante e ansiosa. A insônia poderia surgir antes do início do sono, ou durante despertares noturnos, que ocorriam de forma recorrente em pelo menos metade das noites de seus portadores. Sucedia-se à insônia a ingestão alimentar sem característica de descontrole alimentar típico da compulsão alimentar. Segundo o estudo, a presença da síndrome era preditiva de prognóstico desfavorável no tratamento da obesidade (Stunkard et al. 1955). Em 1996 os critérios ficaram mais restritivos, exigindo que mais de 50% da ingestão calórica diária deveria ocorrer após às 19 horas, associada à dificuldade com o sono e à anorexia matinal (Stunkard et al. 1996).

Estima-se que a prevalência de SCN na população geral seja de 1,5%; 5,8% em pessoas que realizam tratamento para o sono; 10% entre pessoas em tratamento nas clínicas para obesidade e 27% em obesos grau III (Moraes et al. 2021; Azevedo et al. 2021). Novos estudos estão sendo realizados para sustentar as evidências da correlação entre SCN e obesidade (Moraes et al. 2021).

Avaliações neurológicas e endocrinológicas em pacientes com sintomas sugestivos de SCN revelam alterações no funcionamento do hipotálamo em relação à liberação de 1-melatonina, associando-se à insônia e a perturbações nos ritmos circadianos; 2-leptina, sugerindo uma via facilitadora de ingestão alimentar e 3-cortisol, associando-se a estresse

oriundo da vida particular dos indivíduos (Azevedo et al, 2021). Constatou-se também que os sintomas diminuem quando o estresse é aliviado (Appolinario & Freitas, 2010; Vianna, 2016). Curiosamente o critério diagnóstico de sentimento de tristeza e estado de estresse, ou tensão, passou a ser inserido nas discussões científicas de forma mais consistente apenas a partir de 1997 (Rand, McGregor, & Stunkard, 1997; Birketvedt et al, 1999).

Outros comportamentos alimentares atípicos

Comportamentos alimentares atípicos vêm sendo delimitados e discutidos na literatura, apesar de não poderem ter ainda uma classificação própria no DSM-5. São eles: *grazing* (comportamento beliscador), adição à comida e comer emocional. São termos que comumente se superpõem conceitualmente e podem até se assemelhar do ponto de vista fenomenológico, podendo ser descritos como sinônimos ou simplesmente não diferenciados (Tonelli, 2020). Conceição e colaboradores (2014) realizaram uma revisão do conceito *grazing* na literatura e assim o definiram: comportamento alimentar marcado pelo consumo repetitivo de pequenas quantidades de alimentos de forma não planejada e não como resposta à sensação de fome. Demarcam a existência de dois subgrupos clínicos: 1- o compulsivo, com perda de controle e dificuldade de resistir ao alimento e 2- o não compulsivo, em que o alimento é consumido continuamente em momentos de distração. Em uma revisão sistemática Heriseanu e colaboradores (2017) identificaram a prevalência de *grazing* em 23% dos indivíduos obesos em amostras comunitárias, e em relação a pacientes obesos em tratamento clínico a prevalência encontrada foi de 42,3% (pré-tratamento) e 33,9% (pós-tratamento).

A adicção à comida se caracteriza por um conjunto de comportamentos relacionados ao consumo de alimentos palatáveis, que muito se assemelha à dinâmica observada em dependentes de álcool e drogas, como a presença de *craving* (traduzido por fissura), perda de controle, consumo excessivo, tolerância, abstinência, estresse e comprometimento funcional. São casos em que se evidenciam alterações no sistema dopaminérgico mesolímbico. A

validade diagnóstica é ainda controversa: apesar de haver aproximação conceitual com adicções, não foi encontrado nenhum nutriente que suscite o fenômeno de tolerância e abstinência como ocorre com o álcool e cocaína, por exemplo (Tonelli, 2020). Contudo, acredita-se que o consumo alimentar esteja associado ao circuito de recompensa: os alimentos processados (ricos em açúcar, gordura e sal) apresentam características semelhantes às de substâncias de abuso, como a rápida absorção (Moraes et al, 2021). A prevalência de adição à comida na população brasileira é de 4,32%, sendo maior em mulheres (Nunes-Neto et al, 2018). Um estudo realizado por Gearhardt, Boswell e White (2014) constatou que em pacientes com bulimia nervosa 83,6% também apresentavam critérios diagnósticos de adicção por comida, ao passo que entre os pacientes com diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar 47,1% também apresentavam critérios diagnósticos de adicção por comida.

A alimentação emocional é definida como comportamento alimentar disfuncional deflagrado por emoções negativas ou positivas e pelo estresse. O comer emocional é uma das principais causas da dificuldade de se manter uma dieta permanente e estável, mesmo que não seja rígida; além de ser um possível mediador entre depressão e obesidade (Tonelli, 2020). Wiebe, Kersting e Suslow (2016) sugerem que nesses casos, a maneira como a pessoa pensa e percebe o mundo está desconectada das próprias emoções, revelando uma baixa capacidade de reflexão de conflitos e sentimentos desagradáveis.

Finalizamos a exposição do entendimento psiquiátrico dos transtornos alimentares, destacando que a descrição dos transtornos alimentares atípicos revela a diversidade e complexidade dos transtornos alimentares. É compreensível o rigor da psiquiatria na definição dos critérios para a realização do diagnóstico diferencial e consequente manejo medicamentoso do tratamento, que pode vir associado a eventuais intervenções em conjunto, como a psicoterapia. Porém, a dificuldade de classificar os fenômenos ou o sintoma do paciente, que por vezes flutua entre categorizações distintas, abre novos campos de

pensamento na psiquiatria, permitindo que a psicanálise entre no debate com suas contribuições. Em relação à alimentação emocional, por exemplo, a descrição da psiquiatria oferece explícita abertura de diálogo com a psicanálise: se para os psiquiatras Tonelli (2020), Wiebe e cols. (2016) a maneira como a pessoa pensa e percebe o mundo está desconectado das próprias emoções, revelando uma baixa capacidade de reflexão de conflitos e sentimentos desagradáveis; para a psicanalista Fernandes (2006) tudo se passa como se a palavra do analista incentivasse o paciente de tal forma que as vivencias que tocam o corpo, o afeto e o pensamento não fiquem privadas de possibilidades metafóricas. Já em relação ao *grazing* e *craving* também pensamos que o conceito de objeto adictivo de Gurfinkel (2011) poderia enriquecer o debate da psiquiatria, mesmo considerando que no caso do *craving* a visão da psiquiatria se restrinja a analisar o funcionamento neurológico do sistema de recompensa e o sistema dopaminérgico mesolímbico.

2.4 Depressão, suicídio e obesidade: saúde e o mal estar na contemporaneidade

Entre os anos de 2000 e 2015, o Brasil registrou um aumento de 47% nos casos de suicídio de adolescentes: de 1,71 por 100 mil habitantes para 2,51 (Cicogna, Hillesheim, & Hallal, 2019). De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention*, de cada cem mil crianças americanas, com idade entre 10 e 14 anos, pelo menos duas morrem por suicídio, e entre os jovens com idade que varia de 15 a 24 anos o aumento da taxa de suicídio foi expressivo entre os anos de 2000 e 2016. O índice de suicídio entre as moças subiu de três a cada 100 mil para 5,4 e entre os rapazes o índice aumentou de 17,1 para 20,5, em cada 100 mil habitantes (Hedegaard, Curtin, & Warner, 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos (WHO, 2014).

A depressão em si afeta 322 milhões de pessoas no mundo. De 2005 a 2015, o número de pessoas que sofrem de depressão cresceu 18,4%; já o número de pessoas com transtorno de ansiedade era de 264 milhões em 2015, um aumento de 14,9% em relação a 2005 (WHO, 2017). Byung-Chul Han, professor de Filosofia e Estudos Culturais da Universidade de Berlim, acrescenta o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e a síndrome de *burnout* às patologias de depressão e transtorno de ansiedade para determinar a perspectiva psicopatológica contemporânea nomeada por ele de *sociedade do cansaço* (Han, 2017). Trata-se de uma sociedade que se constitui por meio de *doping,* não se restringindo ao uso de drogas ilícitas, tabaco e bebida alcoólica; mas se ampliando através também do "*doping* cerebral", ou seja, técnicas e instrumentos de melhoramento cognitivo (*neuro-enhancement*) capazes de fazer do ser humano uma máquina de desempenho. Nesta cultura, mesmo o conceito de vitalidade se reduz a uma função de desempenho: desempenho vital. Como contraponto, afirma Han, a sociedade do desempenho gera cansaço e esgotamento: "Esses estados psíquicos são característicos de um mundo que se tornou pobre em negatividade e que é dominado por um excesso de positividade" (Han, 2017, p.70). Esgotados, os homens e mulheres afastam-se uns dos outros, cada um com seu cansaço extremado, distantes na comunicação e no uso da linguagem. Han vai além: sugere que o fenômeno se faz violento na medida em que destrói a própria linguagem. Como resto dessa equação temos a solidão e o "recurso" da pseudo-linguagem que as mídias sociais e os *smartphones* nos apresentam. Curiosamente a ciência da computação utiliza-se do conceito *pseudocódigo* para escrever e identificar de forma genérica e simplista o algoritmo de cada usuário no sistema. Algoritmo esse que está famoso entre os exploradores do mundo digital: costumam dizer que o algoritmo conhece mais sobre cada um de nós do que nossas próprias mães. As redes sociais, circunscrita neste campo que sugere um ser esgotado que faz uso de uma linguagem empobrecida, a que lhe cabe neste estado emocional, oferecem imagens e ideais que se tornam soberanos para aceitação social, em detrimento do que realmente se é, em detrimento dos valores morais, éticos, humanos, assim como da espiritualidade ligada à compreensão e

ao sentido mais profundo da existência humana. Valores essenciais humanos vão se perdendo gradativamente. O excesso de informação e necessidades que vem das demandas de desempenho e das demandas da rede digital se torna, também, para o ser desta sociedade identificada por Han, uma grande distração das reais angústias existenciais e relacionais. E dessa maneira o excesso pode ser entendido como uma camuflagem para o indivíduo não entrar em contato com o seu eu e, consequentemente, com seus vínculos emocionais primordiais. E assim o ciclo vicioso se fecha: o ser, envolto com seu desempenho vital, esgota-se; encontra nas redes sociais a pseudolinguagem que lhe cabe neste estado emocional e faz desse mundo digital uma camuflagem em que a percepção de quem se é e de quem é o outro se esvai sem dor, sentimento ou pensamento.

Essas profundas transformações engendradas pela cultura contemporânea e o aumento da incidência de psicopatologias merecem pensamentos mais profundos que não cabem no escopo desta dissertação, mas não podem deixar de ser pelo menos apresentadas, já que vêm também acompanhadas de aumento de casos de obesidade, o que nos faz supor que há correlações entre os fenômenos observados. Por exemplo, da mesma maneira como se observa nos últimos 10 anos o aumento de depressão e suicídio em crianças e adolescentes, constata-se o crescimento de obesidade infantojuvenil e a massificação do uso das redes sociais. Para Lopes Filho e Livramento (2021), crianças e adolescentes que buscam tratamento para obesidade apresentam distúrbios de comportamento, retraimento ao contato, baixa autoestima entre outros prejuízos psicossociais. Segundo os autores, são jovens que se tornam mais vulneráveis a prática de *bullying* e/ou *ciberbullying*, termo de língua inglesa que se refere a todo tipo de violência física e/ou psicológica atuada com o objetivo de intimidar e agredir aquele que, isolado socialmente do grupo, não apresenta recursos para se defender. Humilhados, discriminados e excluídos, esses jovens obesos tendem a ter baixo rendimento

escolar e a desenvolver transtorno de ansiedade e depressão inclusive com risco de suicídio (Lopes Filho & Livramento, 2021).

Quando um paciente está completamente adoecido física e/ou mentalmente, urge a necessidade de intervenções imediatas, o que torna relevante a intervenção de profissionais da área da saúde. A psicanálise se atenta não apenas ao paciente adoecido na sua individualidade e singularidade, mas também àquilo que se refere ao adoecimento cultural, ou seja, com aquilo que implica perda de valor nos registros sociais, éticos e políticos de uma nação e o impacto disso na subjetividade das pessoas (Fernandes, 2006).

Para Winnicott (1999/1986a), por exemplo, a ideia de saúde inclui a ausência de doença psiconeurótica, mas não se limita a isso. A vida de uma pessoa saudável inclui a condição de lidar com situações ansiógenas oriundas das experiências cotidianas, medos, sentimentos conflitantes e paradoxais, um leque extenso de vivencias de frustração, satisfação e outras qualidades positivas e realizadoras inerentes ao ser, como a capacidade de ter confiança na relação objetal. "O principal é que o homem ou a mulher sintam que *estão vivendo sua própria vida*, assumindo responsabilidade pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir os aplausos pelo sucesso ou as censuras pelas falhas. Em outras palavras, pode-se dizer que o indivíduo emergiu da dependência para a independência ou autonomia" (Winnicott, 1999/1986a, p.10). A palavra-chave aqui é *integração*, que envolve a entrada na posição depressiva e a elevação do bebê/indivíduo à categoria unitária, ou seja, ao reconhecimento de si como pronome pessoal *eu*, no singular, como representante do número *um*. Isso implica a diferenciação do eu em relação à figura da mãe (ao não-eu) e a possibilidade de representar simbolicamente o mundo e o eu em sua relação de alteridade. Isso também torna possível o eu sou, que dá sentido ao eu faço. Para uma pessoa saudável o uso do próprio corpo e suas funções é uma das coisas prazerosas da vida (Winnicott, 1999/1986a). Na doença, ao contrário, há forças destrutivas que favorecem a sustentação de

cisões, identificações projetivas e delírios persecutórios que podem levar a pessoa a acabar com sua própria vida. O suicídio revela a ausência de sentido na vida de uma pessoa, implicando falhas no processo de consolidação de processos de integração que favorecem a formação simbólica e a construção de sentido. Para Winnicott (2000/1954), a depressão, apesar de tão comum, é um sintoma de doença: indica um estado de humor desvitalizado em que a esperança não tem lugar. Sem sentido e sem esperança, algumas pessoas cometem suicídio como uma solução trágica para seu destino. Isso implica, na concepção winnicottiana, uma falha essencial nas precondições para a aquisição da posição de estágio de concernimento, que se assemelha com a posição depressiva de Klein (1996/1935). A depressão implica em conflitos inconscientes que poderiam tornar-se conscientes, o que exige um processo de escuta analítica, que oferece ao paciente a possibilidade de integrar elementos simbolizáveis, inicialmente impossibilitados em função da ação de mecanismos de cisão e projeção (Winnicott, 2000/1954b).

A psicanálise oferece, portanto, a possibilidade de o paciente conseguir tecer um constructo simbólico sobre o sofrimento que lhe acomete, na cultura em que está inserido. Como a mãe, o analista é capaz de influenciar nessa organização: auxilia o paciente na criação desse tecido, que em si é a narrativa de sua vida e, sendo assim, carrega um sentido. O tecido simbólico em criação representa estados psíquicos de integração próprios do estágio de concernimento, apontando para a superação de um estado inicial de adoecimento. Estamos aqui considerando a presença construtiva de um psicoterapeuta ou de pais suficientemente bons e, portanto, não completamente submetidos às exigências da sociedade do desempenho, apontada por Han (2017).

Sintetizando e referenciando autores que trabalham no tratamento de pessoas obesas, na ausência de um espaço psicoterapêutico e de cuidado multidisciplinar e na presença de um ambiente familiar e cultural desfavorável, os jovens contemporâneos ficam mais vulneráveis a

desenvolver transtornos alimentares ou distúrbios psiquiátricos de outra natureza (Lopes Filho & Livramento, 2021). A psicanálise denuncia as falhas na formação simbólica e a necessidade de uma reflexão maior sobre os problemas da atualidade, considerando os registros sociais, éticos e políticos. Com isso questiona o uso maciço de tecnologia medicamentosa e cirúrgica como método de resolução de uma problemática que se situa para além do organismo de um indivíduo. Há um posicionamento psicanalítico que faz pensar o mal estar na cultura. O adoecimento implica uma ideia de ausência de sentido e valor: é como se o ambiente cultural não oferecesse recursos suficientes para as pessoas elaborarem suas perdas, dores e sofrimentos. Nesse sentido o uso excessivo do recurso médico-tecnológico é visto pela psicanálise "como um aspecto da 'não saúde' no plano sociocultural: corre-se para o remédio – como para outras drogas – como se corre para uma suposta sanidade por incapacidade de tolerar o sofrimento e as dores inerentes à saúde" (Figueiredo, 2014, p. 24)

Mas é claro que, ao ter que lidar com um indivíduo específico, bastante adoecido, o psicanalista também entra em cena através do uso do método psicanalítico, dispondo-se a trabalhar conjuntamente com a medicina e outras áreas do saber, como a nutrição. Não faz o menor sentido deixar de intervir com todos os recursos possíveis para a preservação de uma vida e ampliação de potenciais de vida, que a medicina oferece com recursos clínicos e cirúrgicos.

2.5 Tratamento cirúrgico para obesidade e a inserção do psicólogo em equipe multiprofissional

Recente pesquisa psicanalítica brasileira apresentou um resultado empírico interessante: paciente com 44 kg/m² de IMC perdeu mais de 40 kg em três anos e meio de análise. Além do método psicanalítico, o paciente também se apoiou nos recursos oferecidos por uma nutricionista. A alteração do peso esteve associada a uma mudança de funcionamento

psíquico definido na linha de pesquisa como *psycho change*, referenciando o conceito criado pela psicanalista kleiniana Betty Joseph (Altobelli & Motta, 2018).

Na área médica, nutricional e de psicoterapia cognitivo comportamental, também há pesquisas que revelam resultados positivos no tratamento da obesidade (Mancini & Melo, 2021; Segal, 2021). Para indivíduos obesos, o critério de sucesso varia de 5% a 10% de perda do peso inicial, sendo que o resultado de pelo menos 5% de perda de peso é alcançado entre 45% a 70% dos pacientes, a depender do tipo de medicação farmacológica em uso (Halpern & Schimidt, 2021). Entretanto, considerando o paciente que sofre de obesidade severa, a redução do peso corporal ao redor de 25 kg/m² (saudável) seria um resultado ideal e raramente atingível na prática (Mancini & Melo, 2021). Ou seja, os tratamentos clínicos para obesidade severa até oferecem bons resultados individualmente; porém, em larga escala e em longo prazo, apresentam resultados modestos, limitados ou ineficientes. Pesquisas mostram que o tratamento cirúrgico é mais eficiente do que os tratamentos clínicos (Picot et al. 2009). Na Suécia, por exemplo, realizou-se o primeiro estudo prospectivo (SOS: *Swedish Obese Subjects*) que promoveu informações claras que sustentam a afirmativa de que o tratamento cirúrgico em relação ao clínico é mais eficaz na redução mantida do peso e traz como resultado uma diminuição das doenças, uma diminuição da mortalidade e um aumento da estimativa de vida. A Figura 4 apresenta a mudança de peso médio ao longo dos anos e redução de doenças. (Sjöström, 2012).

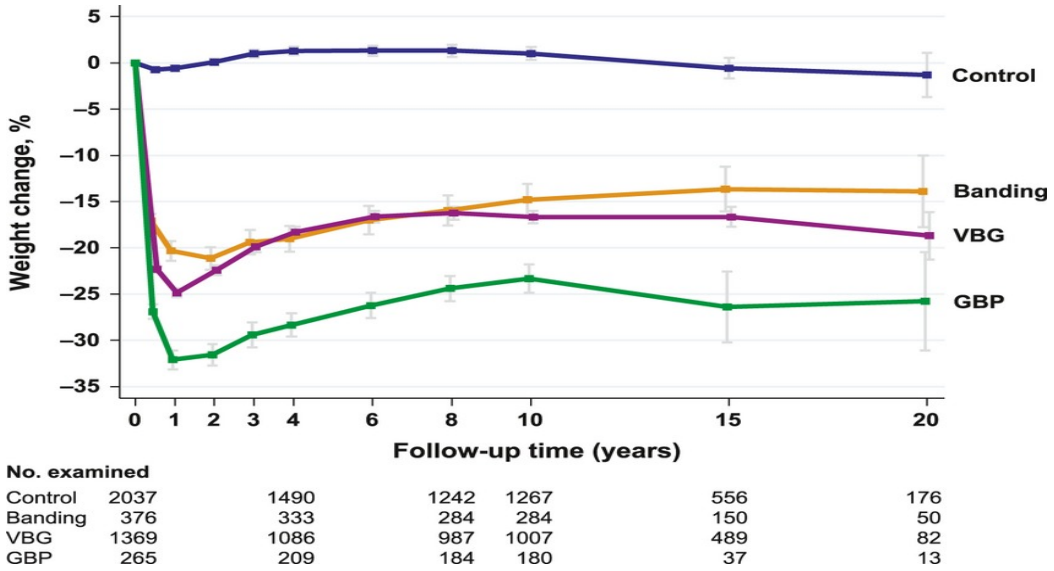

Figura 4 – Mudança de peso médio ao longo dos anos e redução de doenças (Sjöström, 2012)

Fizeram parte dessa pesquisa 2010 pacientes obesos que se submeteram à cirurgia bariátrica (GBP ou gastroplastia em Y de Roux ou *by pass*, 13%; *Banding* ou banda gástrica, 19% e VBG ou cirurgia de gastrectomia vertical com anel, 68%) e 2037 pacientes obesos que seguiram tratamento clínico convencional. Dos 2037 pacientes que seguiram tratamento clínico, a média de perda ou ganho de peso ao longo dos anos mostrou pouca oscilação: de início a média de todos os pacientes revela uma pequena perda de peso (1% do peso total). Ao longo dos anos, o resultado foi negativo (a média apresentou ganho de até 1% do peso) e decaiu novamente após 15 anos de análise, chegando a 1% de perda de peso, em média, após o vigésimo ano de acompanhamento. Como toda a média, é possível que encontremos pontualmente resultados bons, mas que se tornam não significativos quando analisados em larga escala (no caso n>2000). Já em relação aos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, cada tipo de cirurgia teve um resultado diferente, mas todos os tipos apresentaram perda de peso significativa e manutenção da perda do peso ao longo dos anos: a média de perda de peso dos pacientes operados passados 20 anos da data da cirurgia é de 14% com a

cirurgia de banda gástrica, 19% com a gastrectomia vertical com anel e 26% com a *by pass*. O resultado da pesquisa revela que a perda de peso significativa nos pacientes que fizeram a cirurgia bariátrica e a manutenção proporcional dessa perda de peso, ao longo do tempo, estão correlacionados com a redução da mortalidade em geral, com destaque para a diminuição de incidentes com diabetes, diminuição de infarto do miocárdio, diminuição de acidentes vasculares encefálicos e diminuição da incidência de câncer (Sjöström, 2012).

Considerando o resultado expressivo do método cirúrgico, vale ressaltar como prática de pesquisa psicológica e aumento da qualidade do resultado final da intervenção multidisciplinar, que a esperança de melhoria da saúde física e mental do paciente pode se revelar falsa para uma parcela pequena, mas expressiva desse todo, se não nos atentarmos para os determinantes psicológicos que contribuíram para o ganho de peso de determinados pacientes. Nem sempre os determinantes psicológicos como a compulsão alimentar e transtorno de ansiedade associado à ingestão não equilibrada de alimentos estão presentes na constituição do quadro de obesidade severa. Sendo uma doença multifatorial, aspectos hereditários, hormonais e sociais podem ser mais significativos na formação do quadro do que os psicológicos. Portanto, para aqueles que apresentarem determinantes psicológicos na constituição do quadro de obesidade severa, a esperança de readquirir a saúde pode se revelar falsa se o cuidado com a saúde mental for negligenciado. Se aquilo que foi engolido não encontrar um veículo de contenção psíquico, a pessoa fica vulnerável a se reencontrar com a obesidade novamente. São os casos de recidiva. É importante ressaltar que, nesses casos, os determinantes psicológicos não agem sempre de forma isolada: há evidências que sugerem que a recidiva de ganho de peso na cirurgia de *by pass*, por exemplo, é também consequência de um desequilíbrio nos mecanismos fisiológicos que regulam o apetite e o gasto calórico (Tinoco & El Kadre, 2012); e também há casos em que houve falha técnica no ato cirúrgico, impedindo que a intervenção pudesse exercer sua adequada função. Mas na literatura médica

especializada se dá muito destaque, nesses casos de recidiva, às questões psicológicas correlacionadas ao escasso comprometimento dos pacientes nos cuidados alimentares e nos cuidados que envolvem autopromoção de bem estar e/ou de atividades físicas cotidianas (Bradley et al. 2017).

Além da recidiva, nossa experiência clínica aponta para o surgimento de casos pontuais de pacientes que passaram a ingerir bebida alcoólica em excesso, tornando-se alcoólatras; ou pessoas que passaram a fazer uso de drogas, o que aponta para questões psicológicas a serem analisadas. Com relação ao alcoolismo, pesquisas recentes já confirmam a preocupação da comunidade científica com o risco de consumo excessivo de bebida alcoólica em pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica (Blackburn, Hajnal, & Leggio, 2017; Gregorio, Locchese, Silva, Silva, & Moraes, 2018). Entende-se que a velocidade de absorção de álcool após a bariátrica aumenta. Isso significa que o efeito da ingestão de uma dose de álcool equivale a três depois da cirurgia, já que, sem a contenção de uma quantidade maior de alimento como elemento protetor e diluidor do álcool, aumenta a concentração da substância no sangue, potencializando seus efeitos no sistema nervoso central. Portanto, o paciente que realiza uma troca direta de angústia-comida ou excitabilidade-comida para angústia-bebida ou excitabilidade-bebida fica mais vulnerável a se tornar alcoólatra. Fazemos referência aos pacientes que não ingeriam bebida alcoólica em grande quantidade antes da cirurgia bariátrica. Aqueles que fazem uso excessivo de álcool ou que já apresentam um quadro de alcoolismo bem definido não devem ser operados do ponto de vista psicológico (Quadro 2), conforme a posição do Consenso Brasileiro de Cirurgia da Obesidade, formado em 2005 pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e

Metabologia (Segal & Kussunoki, 2021). O quadro 2 demonstra as situações nas quais as operações não são recomendadas.

Considerando o Núcleo da Saúde Mental, não se recomenda a realização dos atuais procedimentos cirúrgicos para o controle da obesidade nas seguintes situações: a- Quadros depressivos graves atuais sem controle b- Quadros psicóticos atuais graves sem controle c- Quadros de abuso/dependência de substâncias d- Quadros de limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado

Fonte: Extraída de Segal & Kussunoki (2021).

Uma das funções da avaliação psicológica antes da realização da cirurgia é justamente identificar esse tipo de situação e indicar tratamento psicológico e/ou psiquiátrico para cuidar da problemática com o álcool.

Retomando o estudo de SOS (Sjöström, 2012), a média de perda de peso dos pacientes operados justamente tira de foco os insucessos, que são as minorias que voltam a se deparar com a obesidade novamente ao longo dos anos de pós-cirúrgico. Pesquisa já citada (Tinoco & El Kadre, 2012) revelou que entre um e dois pacientes operados, a cada dez, recidivam entre 5 e 10 anos de pós-cirúrgico.

Direcionamos agora nossa atenção para esses pacientes que não tiveram sucesso com a intervenção cirúrgica ao longo do tempo e perderam o benefício da cirurgia (casos de recidiva, que não estão visíveis na curva de SOS) ou adquiriram outras problemáticas fora do campo alimentar (resultados também não observáveis neste estudo de SOS), mas que não são sem relação com os determinantes psicológicos passíveis de identificação antes da realização da cirurgia.

A recidiva e o alcoolismo são casos de insucesso claramente observáveis, mas é relevante destacar que a dificuldade desses pacientes específicos, que tinham como um dos determinantes principais na constituição do quadro de obesidade severa o determinante psicológico, pode aparecer de formas não tão evidentes e, por isso mesmo, pouco pesquisados pela ciência. Considerando a dificuldade desses pacientes específicos em conter o excesso de angústia, ou excitabilidade que atravessa o aparelho psíquico, e considerando a evolução pós-cirúrgica, é possível observar clinicamente a passagem de um estado primeiro (ingestão excessiva e/ou desequilibrada de alimento) para um estado psicológico segundo não saudável.

Por exemplo: alguns pacientes passam a redirecionar a descarga de tensão do aparelho psíquico do alimento para relacionamentos íntimos e profissionais e, nesse redirecionamento, muitas vezes se observam estados mentais brutos (de empobrecimento simbólico) e agressivos. Na linguagem popular costumamos dizer "fulano estourou", "beltrana explodiu". Como extensão desse raciocínio, recebemos pacientes pós-operados na clínica que não iniciaram o processo psicoterapêutico inicialmente, como recomendado pela equipe, com síndrome do pânico ou síndrome de *burnout*, o que justifica e dá valor às iniciativas das equipes multidisciplinares de cirurgia bariátrica em integrar o trabalho de psicólogos e psiquiatras no acompanhamento desses pacientes.

Eis, portanto, a importância da avaliação psicológica anterior à realização da cirurgia bariátrica: identificar o nível de vulnerabilidade psíquica do paciente no que diz respeito a se reencontrar com estados mórbidos preocupantes, capazes de promover prejuízos significativos físico-mentais. Uma vez identificado o estado de vulnerabilidade, a função da equipe multiprofissional como um todo é indicar tratamento psicológico e/ou psiquiátrico para o paciente. Quando se efetiva, o tratamento psicológico comumente se inicia pouco antes da cirurgia. Em função da gravidade da morbidez médica associada à obesidade, não faz sentido

o prolongamento do trabalho com o psicólogo antes da cirurgia bariátrica, a não ser em casos especiais.

Com as devidas delimitações do campo cirúrgico e psicológico postas, aprofundemos a questão psicológica, articulando a teoria psicanalítica com a prática clínica. Em outras palavras: como se insere a psicanálise no tratamento multidisciplinar de obesidade severa?

2.6 O dispositivo psicanalítico no tratamento multidisciplinar de obesidade severa e a ampliação do conceito de saúde

Pensando nos referenciais desenvolvidos por Melanie Klein, especificamente no conceito de *identificação projetiva*, sustentamos a compreensão sobre um funcionamento mental que, num estado de insuficiência para lidar com as vicissitudes da vida, liberta o aparelho psíquico do excesso de ansiedade, promovendo cisões e projeções. Como consequência, as diversas redes de afetos que nos constituem ficam desconectadas umas das outras e a capacidade de criar símbolos fica empobrecida (Cintra & Ribeiro, 2018).

E como se daria, então, a transposição de um estado mental de cisões e projeções para um estado mental integrado e capaz de criar símbolos? Iniciemos o desenvolvimento dessa questão com a origem do que chamamos vida. Apesar de as pesquisas científicas na área da psicologia apontarem para a existência da vida intrauterina, partimos do pressuposto de que ao sair de dentro da barriga da mãe o bebê se depara com uma situação nova, que chamaremos de vida[5]. Dentre as diversas situações de estímulo apresentadas para o bebê surge uma situação específica que se cria: a relação desse eu bebê com aquilo que chamamos mãe, mas que num primeiro momento é algo que se presentifica, ausenta-se, que nutri, acolhe e frustra. Frustra porque rompe com um estado primeiro de satisfação e porque promove um

[5] Segundo D.W. Winnicott, ao final dos nove meses de gravidez o bebê torna-se maduro para o desenvolvimento emocional. Se o bebê é pós-maduro ele atinge esse estágio vital ainda no útero, exigindo que consideremos seus sentimentos antes e durante o nascimento. Analogamente, os bebês prematuros, apesar de pertencerem ao estado que chamamos de vida, considerando o critério *nascimento*, não estão ainda fisicamente aptos para o desenvolvimento emocional; portanto, compreendemos a ausência de uma dimensão vital nesta circunstância específica (Winnicott, 2000/1945).

mal estar nisso, que é o que chamamos de um eu, mas que se configura inicialmente como um mal-estar gerado justamente pela experiência de não satisfação. A origem do psiquismo está justamente associada a esse universo primitivo, originário que exige uma organização desse eu primitivo. A experiência clínica com crianças pequenas revela que o eu primitivo reage à experiência de frustação com fúria e ansiedade (Klein, 1997/1932).

A fúria é dirigida para fora do eu, em direção a essa mãe que, se estiver num estado psíquico saudável, é capaz de conter a agressividade do bebê acolhendo e emitindo diferentes sons para cada mal estar vivido, assim como para cada experiência de excitação que provenha dessa relação do eu com o ambiente. Como esse eu primitivo ainda não pode se reconhecer como um eu em separado da mãe, isso que parte do eu e apresenta uma qualidade destrutiva (fúria) em função da frustração vivida, passa a ser a característica mais marcante da mãe (não-eu). Em fantasia o bebê organiza sua compreensão mental da experiência vivida dessa forma: a mãe se torna uma espécie de bruxa má que irá devorá-lo com a mesma característica cruel de sua fúria sádica inicial (Klein, 1997/1932). Trata-se de uma identificação por projeção de partes excindidas do eu, ou seja, cindidas e postas para fora do eu, e direcionadas para dentro do objeto[6], sendo que este passa a adquirir, na fantasia do eu, essas qualidades sádicas e destrutivas (Klein, 1991/1946). O uso do verbo *devorar* se justifica porque estamos no campo da oralidade: a intimidade da troca relacional entre o bebê e a mãe se dá nessa travessia do leite materno, do seio da mãe à boca do bebê. E quando tudo parece temível e persecutório, caótico e desértico; eis que surge surpreendentemente, da desesperança e da fúria, uma outra qualidade circunscrita nesse local de travessia do leite: a experiência de gratificação,

[6] "Muito do ódio contra partes do *self* é agora dirigida contra a mãe. Isso leva a uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação de objeto agressiva. Sugiro o termo *identificação projetiva* para esses processos. Quando a projeção é derivada principalmente do impulso do bebê de danificar ou controlar a mãe, ele a sente como um perseguidor. Nos distúrbios psicóticos, essa identificação de um objeto com as partes odiadas do *self* contribui para a intensidade do ódio dirigido contra outras pessoas. No que diz respeito ao ego, a excessiva excisão e a excessiva expulsão de partes suas para o mundo externo debilitam consideravelmente o ego. Isso porque o componente agressivo dos sentimentos e da personalidade está intimamente ligado na mente com poder, potência, força, conhecimento, e muitas outras qualidades desejadas". (Melanie Klein, *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides – 1946*. p.26).

satisfação e prazer. Surge nesse contraponto a esperança de que é possível superar o horror cruel da indigesta frustração. Portanto, temos uma primeira organização de mundo que é confirmada e remarcada com as sucessivas experiências de gratificação e frustração. Neste modelo de organização mental primitiva, originário, temos um mundo, que na mente do eu primitivo é a mãe boa, que se apresenta como boa e gratificante; e a mãe má, um mundo cruel, sádico e devorador. A mãe é capaz de influenciar nessa organização, evidentemente. Uma mãe que, ao lidar com o choro perturbador do filho, apresentar de forma ansiosa o alimento pode mais atrapalhar do que ajudar, porque o bebê sentirá a ansiedade da mãe e isso intensifica seu mal estar ao invés de diminuir. A capacidade da mãe de suportar o mal estar do bebê e intuitivamente estar à disposição para que o bebê possa criar novamente um estado de relação gratificante, potencializa um estado de esperança e confiança, reafirmando a crença no bom (Klein, 1991/1957).

Para Klein, quando se estabelece na fantasia do bebê a constatação da existência do objeto bom, da existência da generosidade intrínseca à gratificação vivida na relação com o seio, este passa a ser "instintivamente sentido como sendo a fonte de nutrição e, portanto, num sentido mais profundo, da própria vida. Essa proximidade física e mental com o seio gratificador em certa medida restaura, se tudo corre bem, a perdida unidade pré-natal com a mãe e o sentido de segurança que a acompanha." (1991/1957, p.210). E isso favorece o início de processos de integração, ou seja, processos mentais mais desenvolvidos. Conforme o bebê vive as sucessivas experiências de frustração e gratificação, como descrito, ele projeta (projeção) no não-eu o mal estar associado a fúria, toma para si (introjeção) a característica de generosidade da experiência terna vivida com a mãe, e dessa forma cria um mundo mental próprio em que o eu e o não-eu apresentam características misturadas ou trocadas. Tal mistura vai, na continuidade desse processo de projeção e introjeção, desfazendo-se e o eu passa a apreender as experiência de vida de uma maneira mais fidedigna em relação à realidade.

Surge, portanto, um momento em que se constata o firme estabelecimento do objeto bom no núcleo do ego do eu-bebê, o que permite que lentamente o aspecto destrutivo se amenize e surja a oportunidade do objeto ser apreendido não de forma cindida (seio bom e seio mau; ou mãe boa e mãe má[7]), mas de forma total e integrada. Isso implica a percepção de que a mãe que cuida e é generosa é a mesma que falha. Associado a isso o eu se percebe enquanto tal, o eu se percebe como um ser diferente do não-eu, e inaugura uma experiência emocional mais madura: de preocupação e cuidado com o objeto amado. Melanie Klein (1996/1935) nomeia esse estado mais maduro de *posição depressiva*[8]

A entrada na posição depressiva é o ponto de maior aproximação com o campo de funcionamento mental que Freud nomeava de representacional (Freud, 1996/1920). A representação psíquica só pode ser inscrita no aparelho psíquico quando a organização mental constrói uma relação objetal com um objeto total e integrado, ou seja, com a mãe (e não com seio bom ou com o seio mau). Com o psiquismo mais integrado, o nível de ansiedade diminui e abre-se espaço para o desenvolvimento simbólico propriamente dito.

Para Klein (1996/1935), o psiquismo humano normal oscila entre estados mais integrados (posição depressiva) e estados de não integração, em que se observa a presença dos mecanismos de identificação projetiva, projeção e cisão (posição esquizoparanóide). O pressuposto básico dos processos psicanalíticos envolve o desenvolvimento de um aparelho psíquico que se organize essencialmente de forma integrada, oferecendo amplos ganhos simbólicos ao paciente e, nesse sentido, minimizando a sua vulnerabilidade em relação à ação

---

[7] Klein propõe o conceito *seio bom* ou *mau* para designar um estágio do desenvolvimento em que distinção entre eu/não-eu, ou seja, a diferenciação entre bebê e mãe ou entre sujeito e objeto ainda não está clara o bastante. Nesse momento do desenvolvimento os objetos são assimilados de forma parcial e não de forma total e integrada. Sendo assim, o conceito *seio* (bom ou mau) contém a noção de objeto parcial e aborda um ponto específico da relação da criança com a mãe.

[8] Para aqueles que não estão familiarizados com a terminologia kleiniana, é estranho pensar o uso da palavra *depressão* para denominar um estado ou posição mental mais amadurecido. Donald Winnicott, psicanalista e grande conhecedor da obra de Klein, entendia que o uso da expressão *estágio de concernimento* seria mais adequado em relação à expressão *posição depressiva*, escolhida por Klein (Loparic, 1997).

da pulsão de fluxo livre ou pulsão de morte (Freud, 1996/1920) e à ação dos mecanismos de identificação projetiva, projeção e cisão (Klein, 1996/1935).

Circunscrevendo-se no campo da obesidade severa, este estudo enuncia articulações entre teoria psicanalítica e experiência clínica relacionadas com obesidade severa, cirurgia bariátrica e o conceito de saúde. Importante posicionar que o ser saudável não implica apenas viver com ausência de enfermidade. Desde 1948 a Organização Mundial de Saúde considera o estado humanamente saudável aquele em que se presentifica o bem-estar físico, mental e social (Moretto, 2019). A psicanálise justamente introduz o valor da subjetividade no campo da saúde. A exclusão da subjetividade é o grande risco a ser evitado. O pensamento psicanalítico desde os seus primórdios desvincula a doença do campo da anatomopatologia ao separar o corpo de sua função puramente biológica. "A constatação da diferença entre o organismo que se oferece às intervenções médicas e o corpo pulsional, recoberto por fantasias e palavras, que se oferece à escuta, coincide com a própria elaboração dos conceitos psicanalíticos" (Moretto, 2019, p.48).

Esta dissertação, portanto, considera o conceito de saúde não apenas em função do desaparecimento do sintoma e das referências médicas de tratamento e/ou cura, mas também a partir da atividade psíquica como um todo. Além de perder peso e atenuarem ou reverterem doenças graves associadas à obesidade, os pacientes pós-bariátricos passam também a entrar em maior contato com seu mundo interno, com sua vida fantasmática e com suas necessidades afetivas? Em outras palavras, o conceito de saúde proposto neste trabalho implica a constatação de uma personalidade bem integrada. A palavra-chave no que tange aos objetivos da psicanálise é *integração* (Klein, 1991/1960; Winnicott, 1999/1986; Barros, 2020). Para Melanie Klein (1991/1960) uma personalidade bem integrada é aquela que apresenta maturidade emocional, ou seja, capacidade de lidar com sentimentos de perda, aceitando a criação de relações substitutas e capacidade de sustentar um equilíbrio entre a vida interna e a

adaptação à realidade, o que não significa evitar conflitos, ao contrário, supõe a força de lidar com emoções penosas e uma bem sucedida integração das diferentes partes da personalidade como um todo, o que implica não excindir e projetar no outro o fator destrutivo inerente a determinadas experiências de dor psíquica. O objetivo do tratamento psicanalítico é justamente mitigar o fator destrutividade que milita contra o desenvolvimento psíquico e o processo evolutivo de integração.

> Para tanto é necessário recuperar as conexões perdidas ou bloqueadas entre as diversas redes afetivas que se organizaram e continuam a se organizar durante a nossa vida e assim criarmos um ambiente interno para aprofundarmos nossa vida emocional. Isto nos permitiria manter um desenvolvimento emocional contínuo, ou seja, um processo de permanente aprofundamento. Só assim, a meu ver, adquirimos a responsabilidade pelo que somos e nos comprometemos (desenvolvemos uma lealdade) com nossas relações emocionais. Um paciente que busca análise não muda apenas por se informar melhor de como ele é, o que transforma alguém são experiências emocionais de como ele está sendo, baseado na ampliação de sua capacidade de pensar e de fantasiar (Barros, 2020, p. 87).

2.7 Objetivos

A seguir o objetivo geral e os específicos da pesquisa são declarados.

2.7.1 Objetivo geral

O presente estudo visa a destacar as contribuições da abordagem psicanalítica no processo psicoterapêutico de pacientes com obesidade severa. Nesse contexto, as articulações entre teoria e experiência clínica são enunciadas. O objetivo geral da pesquisa é o de avaliar se o processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica contribui para a melhoria da saúde física e mental de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. Ou seja, a partir da intervenção psicanalítica o paciente passa a funcionar mentalmente de forma mais integrada; passa a fazer um melhor uso dos seus recursos simbólicos e de sua capacidade de pensar e fantasiar, diminuindo o uso de recursos não verbais e impulsivos e favorecendo os devidos cuidados médicos e nutricionais?

2.7.2 Objetivos específicos

- Discutir sobre a prática da psicoterapia psicanalítica no contexto da obesidade severa, salientando sua limitação e potencialidade.
- Elaborar revisão integrativa da literatura científica sobre a relevância do processo psicoterapêutico, com abordagem psicanalítica, para a melhoria da saúde de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.
- Apresentar estudo de caso de paciente submetida à cirurgia bariátrica amparada pelo processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica.

3 MÉTODO

A metodologia utilizada para integrar o campo cirúrgico, o campo nutricional e o campo psicanalítico no tratamento de pacientes que sofrem de obesidade severa é fundamentada em revisão bibliográfica e em estudo de caso, desenvolvido com base na análise de *vinheta clínica*. Utilizamos os conceitos psicanalíticos de Sigmund Freud, Melanie Klein e Donald Winnicott para articular os referenciais metapsicológicos com a análise de material clínico. A abordagem da análise dos dados é, portanto, qualitativa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da USP e recebeu o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 37626820 5 00005561.

3.1 Revisão integrativa da literatura

Dentre as possibilidades metodológicas para realizar a revisão bibliográfica, optou-se pela revisão integrativa, que permite a inclusão de estudos quantitativos e qualitativos publicados recentemente para a compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e clínica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (Souza, Silva, & Carvalho, 2010). A revisão integrativa deve conter seis fases: 1-elaboração da pergunta norteadora, 2-busca ou amostragem na literatura, 3-coleta de dados publicados, 4- análise crítica dos estudos incluídos, 5- discussão dos resultados e 6-apresentação da revisão integrativa (Ganong, 1987).

Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de levantamento bibliográfico e baseado na experiência clínica e acadêmica vivenciada pelo autor e sua orientadora. A pesquisa se lança ao encontro de semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência. Almeja-se, desse modo, encontrar na literatura científica atual o que se sabe a respeito do tema de modo a engendrar uma organização

conceitual que sustente o desenvolvimento da pesquisa em sua articulação com o resultado da análise das vinhetas do caso clínico e com o conhecimento dos autores nacionais já reconhecidos e apresentados na introdução. A revisão integrativa surge nesse sentido como meio de abordar uma amostra de estudos ampliada, permitindo a construção de um panorama consistente a respeito de dificuldades clínicas, fenômenos e conceitos circunscritos no campo específico a ser analisado.

Para o levantamento dos artigos na literatura, foram realizadas buscas manuais em periódicos e capítulos de livros conforme indicação de pesquisadores e foi efetuada uma ampla revisão bibliográfica de trabalhos psicanalíticos nas principais bases de dados: SciELO, PePsic, Aguia PBI (Portal de Busca Integrada da USP), PEP – Psychoanalytic Electronic Publishing, PubMed, American Psychological Association (APA - PsycNet Record) e The American Journal of Psychiatry (Psychiatry online).

Para busca dos artigos nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa, espanhola, inglesa: *psicanálise, obesidade* e *cirurgia bariátrica*. Em algumas bases de dados de língua estrangeira, foi acrescido o descritor *binge eating disorder* para potencializar o resultado. O foco da pesquisa não é realizar um estudo sobre compulsão alimentar, mas há sim uma prevalência significativa desse transtorno no grupo de pacientes que sofrem de obesidade severa. Utilizar estrategicamente esse descritor permitiu um acesso maior a pesquisas que articulam o método e conceitos psicanalíticos com a problemática da obesidade.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: 1- artigos publicados em português, inglês ou espanhol; 2- artigos que retratam a temática dos transtornos alimentares e da obesidade (associada ou não à cirurgia bariátrica) relacionados à psicoterapia psicanalítica e 3- artigos publicados e indexados nos bancos de dados referidos adiante, a partir do ano de 2014.

Já os critérios de exclusão foram: 1- ausência de referenciais psicanalíticos no desenvolvimento do artigo; 2- pesquisa que mencione o transtorno alimentar por um viés específico que não englobe a questão da obesidade, como por exemplo, trabalhos que enfoquem apenas a anorexia nervosa; 3- trabalhos publicados em outras línguas que não a língua portuguesa, inglesa e espanhola e 4- pesquisas que foram realizadas antes de 2014.

3.2 Estudo de caso com base na análise de *vinheta clínica*

Foram analisados trechos do processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica de uma mulher obesa de 53 anos de idade. O tratamento teve início com frequência de uma vez por semana, passando a duas vezes após um ano de atendimento. Cada sessão teve duração de 45 minutos. A paciente optou por não deitar no divã. Ao término das sessões mais significativas foram registrados por escrito no caderno de notas trechos relevantes do atendimento (vinhetas clínicas) e eventuais reflexões teórico-clínicas que articulavam o material atual com o material já registrado anteriormente, tendo em vista a evolução do tratamento. Portanto, o material para a análise das *vinhetas clínicas* foi colhido do caderno de notas do psicoterapeuta.

Antes de ser atendida pelo psicólogo a paciente foi recebida por um dos médicos cirurgiões da equipe especializada em tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa. Segundo o registro do prontuário da paciente, constata-se que ela, em conformidade com a avaliação médica, apresentava IMC=42 kg/m² (105,4 quilogramas e 1,58 metros de altura) e as seguintes doenças associadas: dispneia ao esforço (aparelho respiratório), histórico de trombose venosa profunda (aparelho circulatório), condromalácia patelar (aparelho osteomuscular) e incontinência urinária (aparelho geniturinário). Com o diagnóstico de obesidade severa foi recomendada cirurgia bariátrica em conjunto com tratamento e acompanhamento multidisciplinar incluindo clínicos, nutricionista e psicólogo. Após ampla

informação sobre as técnicas operatórias disponíveis e seus benefícios, mas não isentos de eventuais efeitos indesejáveis, a paciente assinou um termo de consentimento livre e esclarecido. Do médico clínico recebeu cuidados pré operatórios e da nutricionista, recomendações e avaliações antropométricas (grau da obesidade, composição corporal).

A avaliação psicológica foi realizada por mim em duas entrevistas. Na primeira trabalhou-se com conhecimentos relacionados à cirurgia no sentido de desmistificar o procedimento como um todo, garantindo que a escolha da paciente fosse feita apoiada na ciência e não em ideias distorcidas que eventualmente pudessem comprometer a tomada de decisão. Portanto, inicialmente se trabalhou com o conceito de autonomia, que a preparou para a compreensão do segundo conceito: o de corresponsabilidade. Isto é, se por um lado a equipe se responsabiliza pela construção de uma rede de cuidados multidisciplinar para dar sustentação à evolução da paciente, por outro ela também precisa ter ciência da função de cada profissional, responsabilizando-se pelos devidos retornos. Ainda nessa primeira entrevista foi solicitado que a paciente refletisse sobre qual seu entendimento sobre seu ganho de peso, se já havia feito tratamento clínico anteriormente e se já havia ingerido algum psicotrópico prescrito por endocrinologista ou psiquiatra. Trata-se de um momento que permite o questionamento sobre o uso de bebida alcoólica e uso de drogas. E também oferece uma forma de conversa mais aberta e espontânea que prepara a paciente para a segunda entrevista. Nesse segundo encontro a ideia é que a paciente possa trazer através de associações livres, ou seja, sem questões diretivas proferidas pelo psicólogo, o que pensou sobre os fatores que contribuíram para seu ganho de peso. Durante a entrevista buscou-se construir uma narrativa inicial que, no caso desta paciente, produziu questões de forma a lhe fazer sentido o início do processo psicoterapêutico. Ao final das duas entrevistas foi redigido parecer psicológico fundamentado na análise técnica feita do material colhido e desenvolvido. Este documento é entregue ao médico cirurgião e fica registrado anexo ao prontuário geral da

clínica, fazendo parte dele. Um outro exemplar foi entregue à paciente. Segundo o parecer elaborado, a paciente apresentava clareza e autonomia na escolha de se submeter ao procedimento cirúrgico proposto. Isso significa que a paciente compreendia bem os riscos do ato cirúrgico em si; a necessidade de mudança dos hábitos alimentares e sua responsabilidade no que se refere aos retornos com a equipe multiprofissional (cirurgiões, endocrinologistas, clínicos gerais, nutricionistas e psicólogo ou psiquiatra) por toda a vida, em especial nos dois primeiros anos. A avaliação psicológica também revelou ausência de histórico de uso de drogas ilícitas ou alcoolismo, ausência de quadros demenciais graves e ausência de quadros psicóticos graves em curso. Não havia, portanto, contraindicação psicológica para a realização da cirurgia. Mas foi indicado início de psicoterapia, já que a paciente sofria de excesso de ansiedade associado à ingestão impulsiva e desordenada de alimentos. Isso poderia torná-la vulnerável a se deparar com a obesidade novamente ao longo de sua evolução futura, ou a ter outras sintomatologias associadas à ansiedade.

Durante a segunda entrevista do processo de avaliação psicológica a paciente formulou uma demanda de psicoterapia fundamentada na percepção de que havia uma série de situações ansiógenas em sua vida que sobrecarregavam o campo alimentar. Também se mostrou intrigada com o fato de ter atingido peso tão elevado. Após a finalização da avaliação psicológica iniciou-se processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica com o mesmo psicólogo. A partir do início do processo psicoterapêutico a paciente passou a ser atendida no consultório particular do psicólogo e não mais no espaço físico da instituição de atendimento multidisciplinar. Importante esclarecer também que o caderno de notas do psicólogo encontra-se sob seus cuidados, não ficando acessível para os demais profissionais da equipe no prontuário da instituição originária, preservando assim o sigilo daquilo que é dito confidencialmente para o psicólogo apenas.

A operação bariátrica foi realizada dois meses após o primeiro atendimento psicológico. O processo psicoterapêutico se iniciou, portanto, pouco antes da intervenção cirúrgica e já dura mais de três anos. Foi escolhido um nome fictício (Sofia) para representar a paciente ao longo deste processo de escrita. Características pessoais consideradas não relevantes para o estudo também foram alteradas para garantir o sigilo em relação à paciente e aos envolvidos.

Como cheguei a pesar tanto? – se interroga a paciente. A resposta a essa questão se constrói com o uso do método. O método psicanalítico não se caracteriza por coleta de dados quantitativos, generalizáveis, com o objetivo de esgotar todo o saber possível sobre o tema em questão. O instrumento metodológico adotado baseou-se nos fundamentos enunciados por Freud, lançando mão da atenção flutuante, modo peculiar de escutar o sujeito que fala a respeito de seu sofrimento. É através dela, junto com a associação livre do paciente, que se constrói um registro lógico e simbólico, oferendo a possibilidade de se ter acesso ao sentido expresso daquilo que é levado de forma adoecida e inconsciente pelo sujeito.

Portanto, a questão posta pela paciente não terá uma resposta pronta e acabada. A proposta do método psicanalítico é oferecer como resultado uma transformação: um aparelho psíquico que promove ganhos em significação e construção de sentido, rompendo com aquilo que inicialmente a fazia adoecer. Ou seja, o que é dito pela paciente e escutado pelo analista está inserido no registro simbólico e diz respeito aquilo que se sonha, às lembranças rememoradas e à narrativa das experiências de vida. Já o que se engole de forma impulsiva e desordenada carece de sentido e revela um veículo de comunicação pré-verbal repleto de cisões e projeções. A proposta da psicanálise é justamente oferecer um método de transformação de um funcionamento mental inicial que gera adoecimento ou perda de saúde física e mental.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciamos com a apresentação dos resultados da revisão para, na sequência, discorrer sobre o caso clínico, tendo como sustentação a narrativa das vinhetas. Posteriormente, expõe-se uma discussão mais aprofundada sobre os resultados.

4.1 Revisão integrativa: coleta de dados e análise crítica

Todo o percurso para a elaboração da revisão é detalhado a seguir.

Foi realizada busca nas principais bases de dados e busca manual, a partir da indicação de pesquisadores e colegas psicanalistas que trabalham na área. A Figura 5 apresenta o processo de recuperação, aplicação dos critérios de exclusão e resultados finais nas fontes secundárias.

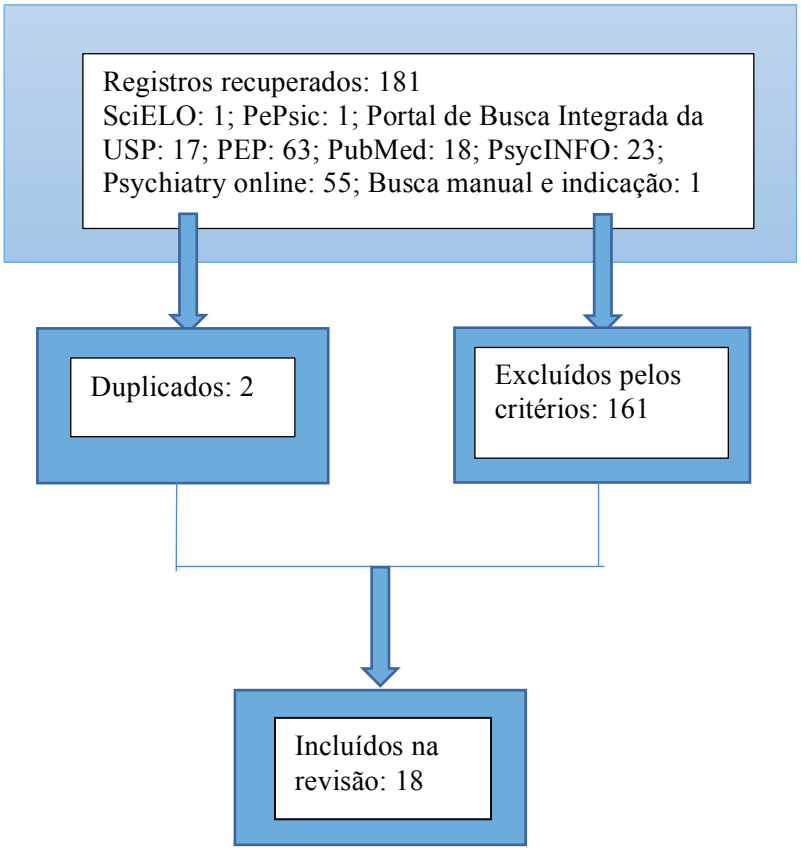

Figura 5: Fluxograma da seleção dos registros. Fonte: dados da pesquisa.

A intensa busca da literatura recuperou 181 registros. Após retirada das duplicações e aplicação dos critérios de exclusão e inclusão foram selecionados 18 estudos que serão analisados a seguir.

Na base de dados SciELO foram usados os seguintes descritores: psicanálise, obesidade e cirurgia bariátrica. Período: a partir de 2014. Foi encontrado um trabalho, o de Cremasco e Ribeiro (2017). De todos os artigos de todas as bases de dados, este era o único que já tínhamos conhecimento e que, por essa razão, foi devidamente citado na introdução desta dissertação.

Estudo 1	Quando a cirurgia falha: implicações da melancolia na cirurgia da obesidade
Autores	Maria Virginia Filomena Cremasco e Camila Chudek Ribeiro
Revista	Psicologia: ciência e profissão
Publicação	2017
Critério	Inclusão
Justificativa	Aborda o tratamento da obesidade mórbida pelo viés psicanalítico.

No Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePsic) foram usados os seguintes descritores: psicanálise, obesidade e cirurgia bariátrica. Período: a partir de 2014. Foi encontrado um trabalho.

Estudo 2	Psicanálise, cirurgia bariátrica e obesidade: uma revisão integrativa
Autores	Verônica Catharin, Érico Bruno Viana Campos e Josiane Cristina Bocchi
Revista	Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar
Publicação	2020
Critério	Inclusão
Justificativa	Aborda o fenômeno da obesidade em sua complexidade buscando definir sua etiologia e buscando articulações com a psicanálise.

Utilizando os mesmos três descritores – psicanálise, obesidade e cirurgia bariátrica – foram encontrados 17 trabalhos no Portal de Busca Integrada da USP (Aguia PBI). Doze deles descartados em função da data de publicação, com variação de 2005 a 2013. Dos cinco

trabalhos a serem analisados, um foi logo descartado porque já havia sido analisado pelo SciELO – trata-se do Estudo 1. Dos quatro restantes, três foram incluídos para análise:

Estudo 3	Significados atribuídos à imagem do corpo em pacientes que buscam a cirurgia bariátrica e metabólica: um estudo psicanalítico.
Autores	Verônica Catharin
Tese	Mestrado
Universidade	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem
Publicação	2019
Critério	Inclusão
Justificativa	O trabalho é sobre pacientes que sofrem de obesidade severa. A discussão mostra que os aspectos referentes ao esquema corporal dos pacientes encontram modificações muito basais. O trabalho sustenta que a saída pela pulsionalidade compulsiva e auto-erótica no âmbito do gozo oral se configura a partir de uma inconsistência na reposição da imagem narcísica especular em função de uma falha na chancela do simbólico.

Estudo 4	O corpo (im)possível através da intervenção cirúrgica: uma revisão sobre a imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica.
Autores	Fabiana Brum Schakarowski e Viviane Ziebell de Oliveira
Revista	Aletheia - Rev. Interdisciplinar de Psicologia e Promoção de Saúde
Publicação	2014
Critério	Inclusão
Justificativa	Trabalha-se com o conceito de imagem corporal através do referencial psicanalítico em pacientes que procuram a cirurgia bariátrica em função do excesso de peso.

Estudo 5	Investigação dos padrões relacionais do vínculo mãe-filha envolvidos na obesidade feminina
Autores	Paula Pereira Teodoro, Tatiane Mitsue Koga e Maria Vilela Pinto Nakasu
Revista	Revista de Medicina
Publicação	2017
Critério	Inclusão
Justificativa	O artigo se refere ao estudo sobre a relação mãe-filha em mulheres Obesas com IMC acima de 30 kg/m². No corpo do artigo há articulações com autores da psicanálise.

Na base de dados *Psychoanalytic Electronic Publishing* (PEP) o descritivo que apresentou resultados significativos foi *binge eating disorder*. Surgiram 52 resultados para

essa pesquisa. Entretanto, apenas 15 deles foram publicados a partir de 2014. E destes, sete foram selecionados:

Estudo 6	Putting It All Together: An Integrative Approach to Psychotherapy with Eating Disorders
Autores	F. Diane Barth
Revista	Psychoanalytic Social Work
Publicação	2014
Critério	Inclusão
Justificativa	Enfoque em transtorno alimentar pelo viés psicanalítico com inclusão de outras técnicas psicológicas (*detailed inquiry*).

Estudo 7	Heathen Talk: Psychoanalytic Considerations of Eating Disorders and Dissociated Self
Autores	Judith Brisman (a)
Revista	Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy.
Publicação	2016
Critério	Inclusão
Justificativa	Em relação aos transtornos alimentares indica a incorporação de técnicas cognitivo-comportamentais no processo psicoterapêutico ao mesmo tempo que valoriza a dimensão psicanalítica como algo que o trabalho que olha apenas para a exteriorização do comportamento não comporta.

Estudo 8	Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review
Autores	Falk Leichsenring e Susanne Klein
Revista	Psychoanalytic Psychotherapy
Publicação	2014
Critério	Inclusão
Justificativa	Posiciona as psicoterapias psicodinâmicas como eficazes para o tratamento de psicopatologias, incluindo os transtornos alimentares.

Estudo 9	The Efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a 2013 Update of Empirical Evidence
Autores	Falk Leichsenring, Susanne Klein e Simone Salzer
Revista	Contemporary Psychoanalysis
Publicação	2014
Critério	Inclusão
Justificativa	Posiciona as psicoterapias psicodinâmicas como eficazes para o tratamento de psicopatologias, incluindo os transtornos alimentares.

Estudo 10	On Targeting Emotion Regulation Deficits in Eating Disorder through Defense Analysis
Autores	Timothy Rice
Revista	Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy.
Publicação	2016
Critério	Inclusão
Justificativa	Artigo sustenta o posicionamento de abordagens psicodinâmicas no tratamento de transtorno alimentar.

Estudo 11	What's Fat Got to Do with It? On Different Kind of Losses and Gains in the Analytic Relationship
Autores	Caryn Sherman-Meyer
Revista	Psychoanalytic Inquiry
Publicação	2015
Critério	Inclusão
Justificativa	Trata do dispositivo psicanalítico com uso do conceito de identificação projetiva no tratamento de um paciente obeso.

Estudo 12	Psychodynamic Improvement in Eating Disorders: Welcoming Ignore, Unspoken, and Neglected Concerns in the Patient to Foster Development and Resiliency
Autores	Kathryn J. Zerbe e Dana A. Satir
Revista	Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy.
Publicação	2016
Critério	Inclusão
Justificativa	Os autores descrevem os benefícios do processo psicoterapêutico de abordagem psicodinâmica de longo prazo com pacientes com transtornos alimentares, e com isso expandem a base de conhecimento sobre o que constitui melhora terapêutica e resiliência, levando a uma vida mais plena, criativa e produtiva.

Na mesma base de dados (PEP) realizou-se a busca através do descritor *obesity surgery*. Surgiram 11 resultados para essa pesquisa, sendo que dois deles foram publicados a partir de 2014. Porém, os dois artigos não estavam compatíveis com os critérios de inclusão.

Na base de dados PubMed realizamos a busca através dos descritores *psychoanalysis and obesity*. Surgiram 18 resultados para essa pesquisa, sendo que apenas um foi publicado a partir de 2014 e não seguia os critérios de inclusão.

Na base de dados da *American Psychological Association* (APA - PsycNet Record) foram realizadas duas buscas. Na primeira, com os descritores *psychoanalysis and bariatric surgery*, apareceram oito artigos, e na segunda, com os descritores *psychoanalytic psychotherapy and binge eating disorder*, encontramos 15 artigos. Ao todo, essa base de dados ofereceu cinco artigos para o estudo, considerando a exclusão daqueles que não correspondiam aos critérios.

Estudo 13	What we talk about when we talk about food.
Autores	Judith Brisman (b)
Capítulo de livro	Unknowable, Unspeakable, and Unsprung: Psychoanalytic Perspectives on truth, scandal, secrets, and lies. Edited by Jean Petrucelli and Sarah Shoen.
Publicação	2016
Critério	Inclusão
Justificativa	Análise de estudo de caso clínico: do comer, alimentar e perder peso para uma linguagem própria e simbólica inerente à intervenção analítica.

Estudo 14	Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátriacas en obesidad mórbida
Autores	Rodrigo Bilbao Ramírez
Revista	Psicoperspectivas: individuo y sociedad
Publicação	2016
Critério	Inclusão
Justificativa	Este artigo revisa o tratamento da obesidade por meio de intervenções cirúrgicas, enfocando algumas de suas consequências clínicas. Oferece um olhar na perspectiva da psicanálise de orientação lacaniana.

Estudo 15	Relationship-focused psychotherapies for eating disorders come of age
Autores	Giorgio A Tasca
Revista	Psychotherapy
Publicação	2016
Critério	Inclusão
Justificativa	Avaliação de resultado de terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia dinâmica em casos de transtorno alimentar.

Estudo 16	Relationship-focused therapy for bulimia and binge eating: Introduction to special section
Autores	Heather Thompson-Brenner
Revista	Psychotherapy
Publicação	2016

Critério	Inclusão
Justificativa	Oferece resultados de processos psicoterapêuticos distintos (inclui a abordagem psicanalítica) para tratamento de bulimia nervosa e para prevenção de obesidade.

Estudo 17	Psychodynamic issues in the treatment of binge eating: Working with shame, secrets, no-entry, and false body defenses
Autores	Kathryn Zerbe
Revista	Clinical Social Work Journal
Publicação	2016
Critério	Inclusão
Justificativa	Trabalho lida com pacientes que sofrem de compulsão alimentar, lida com aspectos cindidos do self e considera o aspecto transferencial e contratransferencial relevantes na evolução do tratamento.

Na base de dados *The American Journal of Psychiatry (Psychiatry online)* utilizamos os descritores *psychoanalytic psychotherapy and eating disorder.* A busca trouxe 55 artigos, sendo sete deles a partir de 2014. Um era repetido, portanto, não foi reutilizado e os demais não estavam compatíveis com os critérios de inclusão.

A partir das buscas manuais em periódicos conforme indicação de pesquisadores e colegas psicanalistas que trabalham na área, foi selecionado um trabalho para análise.

Estudo 18	The clinical treatment of obesity from a psychoanalytical perspective
Autores	Cecília Célis Alvim Altobelli e Ivonise Fernandes da Motta
Revista	Journal of Health Science
Publicação	2018
Critério	Inclusão
Justificativa	O artigo aborda o resultado do método psicanalítico num caso clínico em que o paciente que sofria de obesidade mórbida.

Os trabalhos selecionados discorrem sobre o tema *transtornos alimentares,* a partir de conceitos psicanalíticos, ou a partir de enunciações desenvolvidos através dos efeitos de intervenções terapêuticas psicodinâmicas com referências bibliográficas atreladas à metodologia psicanalítica. Nem sempre os autores fizeram uma clara distinção entre psicoterapia psicodinâmica e psicoterapia de abordagem psicanalítica. A *American*

Psychoanalytic Association (APA) as toma como sinônimo, por exemplo (APA, 2021). Pesquisa bibliográfica de Rosenthal (2008) revela que, de fato, há muitas semelhanças entre a psicoterapia psicodinâmica e a psicanalítica. Os referenciais teóricos da psicoterapia psicodinâmica são absolutamente psicanalíticos, como os conceitos de associação livre, desejo, inconsciente, sonho, fantasia, transferência e resistência. Os princípios da compreensão da mente são fundamentados principalmente nas obras de Freud e de psicanalistas que dão ênfase às relações objetais como Klein e Winnicott (Oliveira, 1999). Do ponto de vista da técnica, a psicoterapia psicodinâmica apresenta algumas particularidades: 1- as sessões geralmente são apenas uma vez por semana e o divã é dispensável; 2- o tratamento é um processo interativo entre o paciente e o psicoterapeuta, o que significa na prática que se trabalha bastante com o conceito de contratransferência para se pensar a relação analítica e o que o paciente expressa de si, de seu sofrimento ou de seu sintoma; 3- a duração do tratamento varia, podendo seguir o modelo de longa duração das psicanálise tradicionais ou seguir o modelo de 12 sessões da psicoterapia breve (Oliveira, 1999; Rosenthal, 2008). Motta (2021) esclarece que as psicoterapias psicodinâmicas apresentam modalidades de intervenção mais curtas derivadas da psicanálise e que vem sendo utilizadas em relatos de atendimentos clínicos aplicados em situações especificas. “Tem por características: planejamento, eficiência, foco e seleção de pacientes.” (Motta, 2021, p. 22).

De forma geral, também constatamos que a compreensão de psicoterapia psicodinâmica está fundamentada em dois métodos de intervenção terapêutica: interpretação e intervenção de suporte. As intervenções interpretativas aumentam o *insight* do paciente sobre os conflitos repetitivos que sustentam seus problemas. Há um ganho de percepção e sentido sobre desejos, impulsos ou mecanismos de defesa inconscientes que se tornam conscientes através do uso da interpretação. As intervenções de suporte visam a fortalecer as funções do ego que estão temporariamente indisponíveis para um paciente devido ao estresse agudo (por

exemplo, eventos traumáticos) ou que não foram suficientemente desenvolvidas (por exemplo, controle de impulso no transtorno de personalidade limítrofe). Assim, as intervenções de suporte constroem ou fortalecem as funções do ego. A psicoterapia psicodinâmica também se atenta ao vínculo proporcionando aliança terapêutica (Leichsenring & Klein, 2014).

Todos os trabalhos psicodinâmicos de discussão de caso clínico de pacientes com transtorno alimentar pesquisados nesta dissertação tiveram duração longa, ou seja, nenhum se deu pelo modelo de psicoterapia breve. A frequência com que se usou o termo *psicoterapia psicodinâmica* e não *psicoterapia psicanalítica* nos periódicos internacionais chamou a atenção, considerando que há muito mais semelhança do que diferença no uso dos termos. Em relação à semelhança, foi interessante constatar que na procura de periódicos internacionais no banco de dados não foram usados descritores que faziam referência direta ao termo *psicoterapia psicodinâmica*, porém o resultado trouxe trabalhos cujo conteúdo se referia estritamente à psicoterapia psicodinâmica, sem usar em momento algum o termo *psicanálise* ou *psicoterapia psicanalítica.* Também foi possível observar que as publicações de trabalhos brasileiros não usaram em momento algum o termo *psicoterapia psicodinâmica*, mesmo quando a publicação se deu em periódico internacional. Para não perder as contribuições das pesquisas que estão sendo divulgados mundo afora, optamos por integrar os trabalhos que usavam o termo *psicoterapia psicodinâmica* usando o critério de identificar conceitos psicanalíticos e/ou referências a autores que trabalham com a abordagem psicanalítica.

Também é importante colocar que alguns trabalhos de psicoterapia psicodinâmica referenciaram a *Teoria do apego*, do psiquiatra e psicanalista John Bowlby. De acordo com a teoria do apego, os bebês se ligam a adultos que são sensíveis e responsivos nas interações sociais e que permanecem como cuidadores consistentes. As respostas parentais levam ao desenvolvimento de padrões de apego que, por sua vez, conduzem a modelos internos de

desenvolvimento que conduzirão sentimentos, pensamentos e expectativas do indivíduo em relacionamentos posteriores. Através da teoria do apego, abordado em três volumes (1-Apego e perda; 2-Separação e 3-Angústia e raiva), Bowlby explora como os seres humanos desenvolvem um modelo de trabalho interno do eu e um modelo de trabalho interno na relação com os outros. O automodelo e modelo do outro são construídos nas experiências iniciais com seu cuidador primário, que ele chama de mãe, mesmo que a mãe seja o pai ou qualquer outra figura que ocupe esse lugar, e moldam a expectativa do indivíduo em futuras interações relacionais. O automodelo determinará como o indivíduo se vê, o que afetará sua autoconfiança, autoestima e dependência. O modelo do outro determinará como um indivíduo concebe o outro e como seus vínculos serão construídos. Na abordagem de Bowlby, considera-se que a criança precisa de uma relação segura com cuidadores adultos, sem os quais o desenvolvimento social e emocional normalmente não ocorrerá de forma a garantir o bom desenvolvimento psíquico (Bowlby, 1998/1973).

> A figura de apego deve ser acessível; mais do que isso, contudo, deve estar disposta a responder de maneira adequada. Com relação a alguém que sente medo, isso quer dizer disposição para agir como protetor e provedor de conforto. Apenas quando uma figura de apego é acessível e se mostra potencialmente receptiva, tem sentido declará-la verdadeiramente disponível. No que vem a seguir, portanto, o vocábulo 'disponível' deve ser entendido de modo a implicar que uma figura de apego está acessível e é receptiva. (Bolwlby, 1998/1973, p.220)

A categorização final dos temas relevantes identificados nos trabalhos analisados foram organizados da seguinte forma: 1- a eficácia do método psicanalítico; 2- ajustes no método psicanalítico para aumentar a eficácia do tratamento em pacientes com transtorno alimentar; 3- Saúde e equipe multiprofissional; 4- Compulsão alimentar: os primórdios da relação mãe-filha(o) e os pacientes de difícil acesso e 5- O corpo obeso e os estágios iniciais da formação do ego e do conflito edipiano.

4.1.1 Subcategoria A: A eficácia do método psicanalítico

O estudo de Leichsenring e Klein (2014) avaliou a eficácia do método terapêutico psicodinâmico e de abordagem psicanalítica através de estudo clínico randomizado e controlado (*randomized controlled trial – RCT*). Trata-se de um método científico utilizado para testar a eficácia de uma abordagem terapêutica em uma população de pacientes ou para coletar informações sobre efeitos secundários de um dado tratamento. O termo *randomizado* significa que os grupos utilizados no experimento têm seus integrantes escolhidos de forma aleatória. E o termo *controlado* diz respeito a determinadas variáveis que são controladas, buscando-se identificar a relação entre elas. Embora os RCTs sejam muito bem reconhecidos como método de pesquisa, há limitações relevantes. Ao aplicar um alto grau de controle experimental, os RCTs generalizam diagnósticos dos pacientes e os métodos de tratamento conduzidos na prática clínica. Eles também não costumam fornecer informações sobre efeitos de longo prazo, o que é uma limitação significativa, já que uma abordagem psicoterapêutica pode ser eficiente num curto período de tempo e apresentar efeitos secundários importantes num momento mais longínquo (Leichsenring & Klein, 2014).

Como resultado do trabalho, os autores sustentam que há evidências disponíveis mostrando que a psicoterapia psicodinâmica é eficaz ou potencialmente eficaz na maioria dos transtornos mentais comuns. O termo *potencialmente eficaz* significa que os resultados desta pesquisa revelaram que a psicoterapia psicodinâmica é eficaz, mas que novos estudos devem ser realizados para confirmar a eficiência. No transtorno de ansiedade social, transtorno de personalidade limítrofe, transtorno de dor somatoforme, depressão e anorexia nervosa, a psicoterapia psicodinâmica pode agora ser considerado eficaz. A psicoterapia psicodinâmica pode ser considerada potencialmente eficaz no luto prolongado ou complicado, transtorno do pânico, transtorno da compulsão alimentar periódica, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos relacionados a substâncias. Em relação, especificamente, à questão da compulsão

alimentar há uma particularidade: os autores relataram que pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica e com alto nível de ansiedade de apego se saíram melhor na terapia psicodinâmica de grupo, enquanto aqueles com baixo nível de ansiedade de apego se saíram melhor na terapia cognitivo comportamental (TCC) em grupo. Devido à escassez de pesquisas, estudos futuros são recomendados para formular e testar hipóteses sobre moderadores do resultado do tratamento. Também há evidências de estudos clínicos randomizados e controlados que revelam que a psicoterapia psicodinâmica é eficaz em pacientes com sintomas somáticos (Leichsenring & Klein, 2014).

As contraindicações gerais para psicoterapia psicodinâmica não são conhecidas. A pesquisa apontou que essa psicoterapia pode ser adaptada às necessidades individuais do paciente usando intervenções mais interpretativas ou de suporte. Assim, conforme observado anteriormente, um amplo espectro de transtornos mentais pode ser tratado com sucesso com a psicoterapia psicodinâmica. No entanto, existem algumas contraindicações para a terapia psicanalítica realizada no ambiente clássico de divã com uma alta frequência de sessões por semana, por exemplo, para pacientes limítrofes ou psicóticos gravemente perturbados. Nessas condições, o paciente pode desenvolver dependência da terapia e do terapeuta, o enfoque da narrativa pode se centrar na história do paciente em detrimento das questões atuais e do papel ativo do paciente em relação a seu sintoma. Porém, a pesquisa demonstra que os riscos associados a tratamentos de longo prazo não são específicos da psicanálise, uma vez que alguns tratamentos de TCC, como terapia comportamental dialética ou terapia focada no esquema, também são de longo prazo. Em termos de resultado e eficácia, esta pesquisa deixou claro, portanto, que há poucas e pequenas diferenças no resultado entre a psicoterapia psicodinâmica e outras abordagens, como a TCC (Leichsenring & Klein, 2014).

Vale mencionar que a pesquisadora Simone Salzer juntamente com Falk Leichsenring e Susanne Klein, em um artigo posterior, publicou que as pesquisas que sustentavam que a

TCC era mais eficiente que a psicoterapia psicodinâmica eram aquelas que sofriam deficiências metodológicas. Portanto, eram questionáveis (Leichsenring et al, 2014).

Um outro estudo (Thompson-Brenner, 2016) trouxe uma análise de caso clínico de uma paciente que sofria de bulimia nervosa. Ela foi tratada com psicoterapia psicanalítica. O resultado foi considerado bom. O caso ilustra o benefício potencial de se adotar uma abordagem não estruturada e direcionada ao paciente que faz conexões contínuas entre os relacionamentos do passado e do presente, tanto dentro quanto fora da díade terapêutica. Embora o terapeuta fique frequentemente confuso com o processo de pensamento e autoexpressão do paciente perturbado, a postura comprometida do terapeuta com os princípios psicanalíticos proporcionou uma maior capacidade da paciente de refletir sobre suas emoções e comportamento, particularmente aqueles que refletem em longo prazo perturbações nos relacionamentos. Thompson-Brenner (2016) também destaca que indivíduos com bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica comumente relatam problemas interpessoais concomitantes, e o tratamento que se concentra nos relacionamentos e no funcionamento relacional tem se mostrado benéfico em relação a outras formas de tratamento. Nesse sentido, a compulsão alimentar pode funcionar como uma tentativa de regular ou expressar emoções que podem se tornar mais bem reguladas por meio do processo de terapia direcionado ao paciente. Entretanto, a compulsão alimentar, a purgação e a alimentação insuficiente também funcionam como hábitos poderosos e aprendidos que requerem (ou, no mínimo, se beneficiam de) intervenção comportamental direta (as pesquisas mostram, inclusive, que terapias focadas no sintoma tendem a ter bons resultados). Essas intervenções não são mutuamente exclusivas, mas a questão de como melhor integrá-las requer mais pesquisa e atenção clínica (Thompson-Brenner, 2016).

O trabalho de Zerbe (2016) debate especificamente sobre as contribuições da psicoterapia psicodinâmica no tratamento de compulsão alimentar (CA), considerando que

historicamente o tratamento psicológico foi realizado através do método de terapia cognitivo comportamental (TCC). Seu trabalho mostra que incorporar perspectivas psicodinâmicas em um plano de tratamento integrado para CA tem o potencial de gerar recompensas únicas para o paciente como o de construir um sentido mais completo de si mesmo. Para tanto urge a necessidade de integrar elementos cindidos do *self*. A autora também destaca o aspecto transferencial na evolução do tratamento e acrescenta a relevância de se trabalhar também com a contratransferência (Zerbe, 2016).

Em outro modelo psicodinâmico de abordagem psicanalítica, Rice (2016) salienta o conceito de mecanismo de defesa. Os casos de transtorno alimentar e os episódios de compulsão alimentar e vômito são entendidos como mecanismos de defesa que proporcionam alívio de sensações dolorosas. Outros mecanismos de defesa aparecem na relação analítica através de crítica, provocação ou agressão ao terapeuta, a fim de evitar o processamento psíquico de material doloroso. Abordar esses mecanismos de defesa fornece um ponto de entrada para o estilo autorregulador mal adaptado do paciente. A observação persistente e gentil das defesas mal adaptadas do paciente ajudará a diminuir a rigidez e tenacidade pelas quais o indivíduo é forçado a se defender. Estilos autorreguladores alternativos se desenvolverão quando os estilos autodestrutivos forem privados de seu poder. Ao manter uma presença estável e resistir às atuações durante a sessão, o clínico demonstra que o temido afeto doloroso do qual o indivíduo com transtorno alimentar se defende não sobrecarregará a relação terapeuta-paciente. O sentimento doloroso e defensivo aceitos pelo analista diminui a necessidade de uso dessas defesas mal adaptadas ao longo do tempo e, assim, o paciente começa a explorar e a integrar modos alternativos de autorregulação (Rice, 2016).

No trabalho com transtorno alimentar, observam-se falhas do eu na compreensão da própria agressividade. Os ataques são dirigidos ao outro ora explicitamente, ora de forma encoberta. Os ataques também podem ser direcionados para o próprio eu, o que permite

articulação com o trabalho freudiano sobre o masoquismo originário. A distribuição da agressão pode existir em um espectro que inclui pacientes com bulimia nervosa, anorexia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica e outros transtornos alimentares não especificados. Independentemente do modo de agressão, a perspectiva centrada no mecanismo de defesa sugere que o fator destrutividade associado aos transtornos alimentares podem ser mais bem compreendidos como meio de autopreservação do indivíduo. A postura empática e acolhedora do terapeuta permite o entendimento do significado e da função dos sentimentos destrutivos, gerando novas possibilidades de desenvolvimento para o tratamento dos transtornos alimentares (Rice, 2016). O autor critica o método da psicoterapia comportamental, na medida em que este não utiliza o relacionamento paciente-terapeuta como o meio de mudança, o que permite que tanto o terapeuta quanto o paciente se distanciem de emoções que são difíceis de tolerar. Embora esse método possa permitir que os clínicos se protejam do esgotamento, eles falham na compreensão da relação paciente-terapeuta como um valioso ponto de entrada para efetuar mudanças (Rice, 2016).

O autor salienta que em pacientes com transtorno alimentar é comum aparecerem defesas como atuação, racionalização, negação e identificação projetiva. O foco do tratamento deve ser mantido nas defesas e regulação do apego. Essa abordagem organiza o paciente e mantém o foco no aqui e agora. Isso pode ser especialmente útil para indivíduos com transtornos alimentares que podem tender a se dissociar, intelectualizar ou usar outros comportamentos para se desligar do tratamento. Essa abordagem também permite que os psicoterapeutas abordem todo o conjunto de preocupações do paciente, em vez de restringir a intervenção apenas no comportamento alimentar (Rice, 2016).

Baseando-se em exemplos de casos de experiência clínica, de supervisão e de ensino, Zerbe e Satir (2016) também criticam a abordagem cognitivo-comportamental e sugerem que o tratamento do transtorno alimentar que aborda a mudança de comportamento, que via de

regra é de prazo relativamente curto, deixa muitos pacientes para trás na busca por um senso mais completo de *self* e resiliência. Elas descobriram que a melhoria da sintomatologia depende da descoberta de déficits de desenvolvimento e outros fatores na infância que foram ignorados, não mencionados e negligenciados e, sem refletir sobre e sem integrar essas experiências iniciais, os pacientes sentem que uma parte de si mesmos continua perdida após a redução dos sintomas. As autoras sustentam que a psicoterapia psicodinâmica, apesar de ser demorada e cara, apresenta resultados importantes. O tratamento psicodinâmico de longo prazo facilita a melhora terapêutica abordando seis domínios principais: 1- mitigação da vergonha em relação ao TA; 2- integração de projeções e cisões de afetos e defesas; 3- conquista de maior intimidade e/ou capacidade de brincar; 4- confrontação com tendências de prejudicar o movimento de evolução do tratamento e a autossabotagem; 5- identificação com objetos bons introjetados e melhoria da qualidade cruel e sádica do superego primitivo e 6- reconhecimento da vulnerabilidade e capacidade de enfrentar a negação da morte (Zerbe & Satir, 2016).

Com a composição poética de Franz Kafka *Estou acorrentado. Não toque nas minhas correntes*, Zerbe e Satir (2016) buscam ilustrar o imbróglio experienciado na díade terapêutica. Se, por um, lado busca-se a libertação das correntes que aprisionam o paciente na doença, por outro essas mesmas correntes servem como amarras protetivas para um frágil senso de identidade e, portanto, só podem ser abandonadas com muita luta. Mesmos os psicoterapeutas mais experientes se deparam com o retorno dos sintomas após sua remissão inicial. Os sintomas precisam ser vistos e analisados para diminuírem sua frequência e intensidade, mas apenas com sentimentos melhor metabolizados e metaforizados é que o clínico pode encontrar uma maneira de ajudar o paciente a abandonar as correntes que o prende, protege e sufoca. Contratransferencialmente não tem como o clínico também não experienciar isso que prende, protege e sufoca. Nesse sentido, é a dupla que tem que se

libertar das correntes. Essa é uma contribuição relevante das psicoterapias que trabalham com o conceito de transferência e contratransferência. As autoras apontam para um entendimento de que a principal questão para os pacientes de transtorno alimentar não pode ser respondida em curto prazo. Vai além da questão alimentar: a questão incide sobre como criar uma vida que faça sentido. Desacelerar, refletir, sentir e ser são necessidades universais e desejos fundamentais, mas segundo as autoras, esses aspectos valiosos da humanidade muitas vezes são rejeitados pelos pacientes em favor da necessidade prevalecente de desempenho e sucesso. Entende-se que uma abordagem de psicoterapia psicodinâmica é um solo fértil para os pacientes com transtorno alimentar porque acolhe as preocupações e angústias ignoradas, não ditas e negligenciadas e cultiva um terreno que resulta em um sentido mais rico de entendimento de si (Zerbe & Satir, 2016).

Zerbe e Satir (2016) colocam também que alguns desafios metodológicos limitaram o escopo da base de pesquisa existente. Em primeiro lugar, embora as definições de recuperação tenham variado um pouco entre os estudos de resultados de tratamento, a maioria das investigações concentra-se, quase exclusivamente, na ausência de sintomas do transtorno alimentar específico como meio de avaliar a eficácia do tratamento. Para as autoras, esse critério não é suficiente para determinar a eficácia do tratamento. Os pacientes que sofrem de transtorno alimentar são especialmente vulneráveis à recaída por causa de sentimentos incontidos de vazio e confusão; eles também são oprimidos por estados de *self* dissociativos que temporariamente parecem se multiplicar à medida que a proteção fornecida pelo problema alimentar desaparece. A pesquisa qualitativa também sugere que os pacientes e terapeutas percebam a recuperação em domínios relacionados à saúde psíquica para além do transtorno alimentar em si, como regulação de afeto, melhorias de relações interpessoais e da sexualidade tão essenciais para os pacientes encontrarem um verdadeiro eu para além da doença (Zerbe & Satir, 2016).

Em outra pesquisa, Tasca (2016) apresentou trabalhos que descobriram que a ansiedade de apego estava associada a sintomas de transtorno alimentar e que as psicoterapias para tratar tais transtornos baseados nos domínios interpessoal e de apego (ou vínculo) estão amadurecendo e fornecendo resultados consistentes. Os trabalhos analisados por Tasca revelaram que: 1- a evitação do apego estava associada a sintomas depressivos em pessoas com transtornos alimentares; 2- que os problemas e sensibilidades interpessoais, a falta de habilidades sociais, o apoio social baixo e os problemas com a intimidade amorosa desempenham um papel fundamental na ativação de psicopatologias associadas aos transtornos alimentares.

Os três casos analisados por Tasca (2016) foram de pacientes com transtorno alimentar, cujos tratamentos eram focados no relacionamento. Os resultados foram considerados bons. O primeiro caso era de psicoterapia de grupo e o método utilizado era psicoterapia interpessoal. O segundo era um caso de bulimia e metodologicamente foi realizada a terapia dinâmica integrativa: na primeira fase foram realizadas intervenções de natureza psicoeducativa, com ênfase no aprendizado sobre transtornos alimentares, automonitoramento e trabalho com sintomas desencadeantes comportamentais e cognitivos; e na segunda fase as intervenções foram de natureza psicodinâmica, concentradas na regulação emocional, nos conflitos e nos relacionamentos interpessoais. O terceiro trabalho analisado, de autoria de Lunn e Poulsen (2012), interessa-nos mais porque o método utilizado foi o psicanalítico. O tratamento foi mais longo que os demais e o caso envolvia episódios de compulsão alimentar e purgação. A terapeuta não direcionava as sessões, havia pouca ênfase nos sintomas e mais ênfase na simbolização, transferência, contratransferência, motivação inconsciente e sentimentos internos. Segundo Tasca (2016), a apresentação de caso por Lunn e colaboradores (2012) mostra claramente porque a psicoterapia psicanalítica não pode ser descartada como uma opção de tratamento para alguns transtornos alimentares. A paciente

deste trabalho suportou uma quantidade significativa de violência, abuso e ruptura de apego desde jovem. Como resultado, seus relacionamentos eram altamente instáveis, a regulação da forma de criar vínculo era deficiente, seu estado mental de apego era desorganizado, sua narrativa de apego era incoerente e sua capacidade de funcionamento reflexivo era limitada. Se o terapeuta neste estudo de caso tivesse se concentrado exclusivamente na redução dos sintomas ao adotar uma abordagem psicoeducacional desde o início, aponta Tasca, a paciente provavelmente teria experimentado isso como se o psicoterapeuta fosse desatento a ela (no sentido de não a escutar, de não oferecer *holding*) e poderia ter abandonado o tratamento. A abordagem psicanalítica, com ênfase na sintonia empática, no monitoramento da transferência/contratransferência e no encorajamento à função reflexiva forneceu contenção suficiente para a paciente tolerar a vulnerabilidade inerente ao encontro terapêutico. A terapeuta, para seu crédito, foi capaz de administrar e tolerar reações contratransferenciais ao se sentir oprimida e inútil. Um evento chave na terapia ocorreu quase um ano após o início do tratamento, quando a paciente se permitiu ser altamente vulnerável na presença da terapeuta. Isso abriu a possibilidade de a paciente explorar questões sensíveis como sua necessidade de contar mentiras como uma forma de manter uma visão idealizada de si mesma em face de um mundo ameaçador. As mudanças mais notáveis foram sua maior habilidade no funcionamento reflexivo e uma maior coerência em sua narrativa que lhe permitiu ser mais estável emocionalmente, diminuindo os sintomas alimentares. A descrição deste caso é um importante lembrete de que no transtorno alimentar os sintomas não podem ser tratados ignorando a disfunção interpessoal e a incoerência na narrativa do apego (Tasca, 2016).

Os estudos de caso analisados por Tasca demonstram métodos altamente sofisticados, baseados em evidências, de como e quando aplicar intervenções focadas no relacionamento para o tratamento de transtornos alimentares. Segundo o autor, teoria e pesquisa sobre fatores interpessoais e regulação emocional que determinam os sintomas de transtorno alimentar

percorreram um longo caminho nas últimas décadas. As terapias para tratar transtornos alimentares que se baseiam nesta pesquisa, nos domínios interpessoal e de apego, estão amadurecendo e fornecem aos terapeutas uma gama mais ampla de opções terapêuticas que podem ser verdadeiramente personalizadas para seus pacientes (Tasca, 2016).

Outros trabalhos de Tasca em parceria com colaboradores trouxeram boas evidências de que 1- problemas interpessoais levam a desregulação da forma de se criar vínculo, que por sua vez leva à psicopatologia do transtorno alimentar, ou seja, os problemas interpessoais precedem o transtorno alimentar e não o contrário (Ivanova, Tasca, Proulx, & Bissada, 2015); 2- a desregulação na forma de se criar vínculo agrava os sintomas do transtorno alimentar e impacta negativamente a relação terapêutica e os resultados do tratamento (Tasca & Balfour, 2014).

Já o trabalho clínico apresentado por Sherman-Meyer (2015) foi fundamentado em conceitos psicanalíticos kleinianos e bionianos, com ênfase na identificação projetiva e na dualidade conceitual de continente/contido. A pesquisa usa o termo gordura já no título (*What's fat got to do with it? On different kind of losses and gains in the analytic relationship*) para sacudir as atitudes dos leitores e desafiá-los a pensar sobre como seus próprios preconceitos sobre a gordura afetam o tratamento de pacientes obesos. Explora o caso clínico de uma paciente que sofria de obesidade. O que não era dito sobre seu sofrimento passou a ser elaborado simbolicamente e a alimentação gordurosa e compulsiva passou a ter significação. A paciente perdeu peso durante o processo, mas para a pesquisadora o resultado relevante do tratamento não está na concretude dos quilogramas, mas sim no ganho da capacidade simbólica.

Segundo Sherman-Meyer (2015) o papel do analista inicialmente deve ser o de aceitar e conter as projeções inconscientes de seu paciente. Essas projeções são compostas por objetos arcaicos persecutórios e representações do *self* que foram separados e localizados no

terapeuta com a intenção de proteger a experiência subjetiva. Por meio de um processo de identificação introjetiva, o analista absorve e experimenta o material cindido. Então, nas melhores circunstâncias, ele metaboliza e interpreta as projeções, devolvendo essas projeções ao paciente de maneiras mais nutritivas, isto é, utilizáveis simbolicamente. E a partir de então se iniciam ciclos repetidos de projeção, contenção, metabolização e reprojeção que criam capacidades para o paciente manter uma imagem mais integrada de si mesmo e dos outros. Porém, quando o analista não consegue metabolizar a agressão persecutória, o efeito é um ataque ao vínculo. O analista fica incapaz de pensar, ou seja, de assimilar e dar sentido às comunicações inconscientes de seu paciente. As comunicações do paciente permanecem não formuladas. Em tal impasse, o analista não pode ajudar o paciente a aprender sobre si mesmo. As funções arcaicas de se alimentar e ser alimentado estão na base de fantasias psíquicas trabalhadas em análise. A autora traz concepções psicanalíticas menos ortodoxas, transmitindo que no trabalho do analista as projeções e introjeções passam do paciente para o analista, bem como do analista para o paciente. A aceitação do fluxo de identificações projetivas permite que o analista esteja aberto para detectar a problemática por meio de mudanças sensíveis na relação transferencial e contratransferencial. No caso clínico que a autora trouxe, foi possível reencenar o relacionamento superficial e vazio da paciente com sua mãe, que era incapaz de realizar as funções de contenção, metabolização e pensamento encontradas no apego saudável. Como resultado, o desenvolvimento da paciente de um ego psicológico reflexivo, regulado e diferenciado foi limitado. O trabalho da análise teve efeitos positivos, promovendo profunda intimidade e confiança. Permitiu também empreender um tratamento que trouxe ganho de significação ao examinar a psicodinâmica da gordura de fora para dentro, bem como de dentro para fora. Na análise ficou mais claro para a paciente que sua fome era fome de afeto. O trabalho analítico também permitiu que fantasias de ódio da gordura ou do ser gordo viessem à tona e postas em palavras. A perda de peso da analista foi

vista pela paciente como uma ameaça a fantasias idealizadoras, fazendo com que a paciente reagisse com raiva ao que ela pensava ser traição e abandono. Por meio de uma série de encenações, paciente e analista criaram um campo de pensamento que envolvia a distinção entre fusão e apego. O tratamento avançou nesse sentido, já que o não dito passou a ser elaborado simbolicamente e a alimentação gordurosa e compulsiva passou a ter significação. Tanto a analista, quanto a paciente, perderam peso durante o processo, mas para a pesquisadora o resultado relevante do tratamento não está na concretude dos quilogramas, mas sim no ganho da capacidade simbólica. Ao longo do tratamento a paciente pôde viver e simbolizar a experiência da fome como fome de afeto e não de comida. E essa é a saída psiquicamente saudável para uma paciente que sofre de compulsão alimentar (Sherman-Meyer, 2015).

Por fim, Altobelli e Motta (2018) abordaram o doloroso despertar de conteúdo inconsciente durante processo de psicoterapia psicanalítica de um paciente obeso que sofria de compulsão alimentar. O trabalho de análise proporcionou ao paciente uma aproximação mais verdadeira consigo mesmo, encontrando sua subjetividade e permitindo uma mudança psíquica definida pela transposição de um estado repleto de identificações projetivas para estado mais integrado. O paciente também organizou sua vida alimentar e perdeu bastante peso (esse caso será melhor explorado mais adiante).

Em suma, os autores citados sustentam que o resultado da psicoterapia psicodinâmica e/ou de abordagem psicanalítica são sim eficazes em transtornos mentais específicos, que inclui os transtornos alimentares. Alguns trabalhos apresentaram as características qualitativas próprias do método psicodinâmico e psicanalítico diferenciando-se do método cognitivo-comportamental. De maneira geral, os artigos apontam para a necessidade de serem realizadas mais pesquisas para fortalecer a eficácia do método psicodinâmico e psicanalítico no meio científico, em especial no campo que estuda os transtornos alimentares.

As revisões de literatura apresentadas nos artigos, como a de Catharin e colaboradores (2020), também concluíram que o número de trabalhos publicados demonstra a escassez de estudos psicanalíticos que abordam os temas obesidade e cirurgia bariátrica, a despeito dos altíssimos índices de obesidade no Brasil e no mundo. Salientando a importância do psicólogo na equipe multidisciplinar de saúde e do acompanhamento psicológico pré e, principalmente, pós-cirúrgico, os autores insistem que o número limitado de estudos ainda pode ser percebido como um entrave para a prática psicanalítica neste campo de atuação. Outro entrave implica a polifonia de conceitos de diferentes autores (Bion, Winnicott, Green, Freud e Lacan) que atrapalham a compreensão daqueles que não são psicanalistas. Essa dificuldade na comunicação das contribuições da psicanálise no tratamento de pacientes que sofrem de obesidade severa pode incorrer no risco de se obter um menor nível de evidências, se compararmos com os resultados e discussões de outras pesquisas não psicanalíticas em Psicologia (Catharin et al. 2020).

Os trabalhos analisados sinalizam também que, conceitualmente, o psicanalista que produz pesquisa na área dos transtornos alimentares, com pacientes que sofrem de obesidade severa, deve se debruçar sobre trabalhos que se aprofundem no entendimento sobre melancolia, narcisismo, recusa da perda (perversão), processo de simbolização, primórdios da relação mãe filha(o) e pulsão de morte. Em relação aos artigos que abordaram diretamente o processo de cirurgia bariátrica, como o de Schakarowski e Oliveira (2014), sustenta-se que, se por um lado o sofrimento por ser obeso é atenuado com a perda de peso promovida pela cirurgia bariátrica, por outro os aspectos inerentes às falhas simbólicas permanecem presentes após a cirurgia bariátrica, em determinados pacientes, e exigem um cuidado maior, como intervenção psicológica sistemática, antes e após a realização da cirurgia. Nesse sentido, interroga-se Ramirez (2016), qual é o *by-pass* que não pode ser feito na cirurgia bariátrica? *By pass* é o nome de um tipo de cirurgia bariátrica e sua tradução literal para o português é

atalho. Nesse sentido, o autor questiona qual o atalho que não pode ser realizado com a operação de *by pass.* A cirurgia bariátrica recorta e modifica um corpo em um aspecto do real, com efeitos nítidos no campo da imagem, mas definitivamente sem intervenção psicoterapêutica de abordagem psicanalítica o correlato simbólico não entra em cena nem como parte do problema nem como solução. O estudo do registro simbólico permite ampliar as noções conceituais do corpo, contribuir para o trabalho clínico sobre o corpo em diferentes dimensões e, por sua vez, oferecer um tratamento mais global que amplie as atuais esferas de compreensão e intervenção; diminuindo, teoricamente, as falhas do procedimento que envolvem as recidivas, por exemplo (Ramirez, 2016).

4.1.2 Subcategoria B: Ajustes no método psicanalítico para aumentar a eficácia do tratamento em pacientes com transtorno alimentar

Zerbe e Satir (2016) comunicam a relevância de integrar o método psicodinâmico, no caso de pacientes que sofrem de transtorno alimentar, a outras formas de terapia (por exemplo, terapia cognitivo comportamental, suporte nutricional, modalidades de educação do paciente e terapias artísticas). Os relatórios iniciais indicam um efeito robusto quando uma abordagem integrativa é tomada. Muitos modelos existentes de tratamento de transtorno alimentar recomendam abordagens graduais que se concentram inicialmente na estabilização e contenção dos sintomas antes da transição para psicoterapias mais profundas, orientadas para a interpretação e para o *insight*. Apesar das autoras destacarem as relevantes evidências empíricas da psicoterapia psicodinâmica, elas apontam para uma maior eficiência quando há integração de técnicas para lidar com os pacientes que sofrem de transtorno alimentar. Isso implica o uso de técnica comportamental no início do tratamento transpassando de forma gradativa para o uso de técnicas psicodinâmicas (Zerbe & Satir, 2016).

Brisman (2016a) concorda com a integração de técnicas diversas para lidar com paciente de TA. Quando recebeu Angelina (nome fictício), uma moça de 27 anos que havia se

submetido à cirurgia bariátrica (pesava 109 kg quando se submeteu à operação, seu peso mínimo chegou a 73 kg e estava com 82 kg quando buscou a psicoterapeuta), Brisman foi pega pela intrigante questão que a paciente evocava: buscaria ela intervenções diretas focada no sintoma comportamental (compulsão alimentar) ou exploraria o que levou a paciente a expressar sua problemática, a partir do comportamento alimentar? A psicanalista concluiu que deveria iniciar o trabalho através de *analytic inquiry* (investigação analítica), que é uma técnica de iniciar a conversa com o paciente através da linguagem possível para o paciente no momento inicial do processo psicoterapêutico (por exemplo, falar sobre comer, comida e peso). Com essa estratégia a profissional evita a ruptura precoce do tratamento com intervenções que o paciente não estaria ainda preparado para escutar e, com isso, possibilita que uma linguagem própria e singular entre em cena num momento posterior. Essa decisão técnica se revelou importante no caso clínico apresentado, porque permitiu que a paciente pensasse sobre o que comeu e como se sentia ao comer ou antes de comer. A analista observou que o pensamento não mediava o ato de comer. Para Angelina comer era como respirar: ato automático. A paciente começou, então, a prestar atenção sobre o ato de comer. Com isso, sessão após sessão, foi possível explorar o que se passava com a paciente antes de comer. Criou-se a noção de se cuidar, ao olhar para o campo alimentar e a noção de se acalmar em situações em que se percebia ansiosa. O que conseguia mudar para se alimentar melhor e não ficar ansiosa em excesso? A paciente passou a perceber alterações na forma de se alimentar dependendo da presença ou ausência de determinadas pessoas e dependendo do conteúdo da comunicação, por exemplo. Isso permitiu planejar como comer e com quem comer. Também possibilitou a exploração sobre o que se passa na vida da paciente do ponto de vista relacional e como isso apareceria na transferência seria o resultado maior para o trabalho psicanalítico. A ideia da analista era poder pensar sobre o que está ocorrendo entre as duas pessoas presentes na sessão. Quem está dentro da sala e quem ficava de fora. A técnica

de *analytic inquiry* possibilitou, segundo Brisman, a construção de uma relação de segurança e confiança inicial de forma que aspectos inconscientes da vida emocional da paciente pudessem ser integrados na relação transferencial lentamente (Brisman, 2016a).

Em outro artigo, Brisman (2016b) coloca que os transtornos alimentares são meios psíquicos de adaptação, em face do estresse ou ansiedade avassaladores. O paciente sai da terra dos vivos para a segurança da compulsão alimentar, vômito ou fome. Nessa trajetória de pensamento, a sintomatologia dos transtornos alimentares é meramente uma concretização de uma questão muito maior que envolve o ser. O trabalho psicoterapêutico, portanto, implica em explorar e compreender o conflito interno, a regulação emocional e as interações relacionais. Neste artigo, Brisman também aponta a relevância dos pais serem emocionalmente acessíveis à comunicação da criança. O significado da comunicação não deve ser apenas compreendido, mas principalmente afetivamente reconhecido. Nesse sentido, a vitalidade afetiva comunicada pelos pais faz emergir o senso de *self* da criança e as palavras simbolicamente se ligam à experiência. Quando isso não acontece, quando os pais reagem involuntariamente ao filho como se seu estado de espírito naquele momento não tivesse significado, a capacidade da criança de manter e expressar alguns de seus próprios estados – como um eu comunicável – pode ficar comprometido. Quando as palavras perdem o significado, o uso da linguagem no campo psicanalítico pode não surtir efeito. Para esses pacientes (alguns pacientes de transtorno alimentar contêm essa característica) as palavras não são meios de comunicar experiência ou emoção; antes, palavras são ações, mercadorias usadas para controlar, exigir ou trocar. Brisman (2016b) reforça que o uso do método psicanalítico na sua forma tradicional tende a não funcionar com esses pacientes. Ela sugere a integração do trabalho comportamental e de intervenção ativa ao método psicanalítico. Intervenções ativas são frequentemente um meio de aprofundar o processo de exploração e promover maior acesso às partes afastadas do *self.* Essa técnica pode se tornar uma parte ativa

de uma experiência psicanalítica inclusive, fornecendo material valioso para uma exploração analítica complexa que resulta em novas maneiras não apenas de se relacionar, mas também de experimentar a si mesmo e os outros (Brisman, 2016b).

O uso da técnica mista na prática clínica sugere ao paciente que pense quais comportamentos alternativos podem substituir o comer, purgar ou restringir. Se o paciente não estivesse pensando em comida ou peso, o que mais ele estaria pensando? À medida que o paciente começa a considerar alternativas concretas para o comportamento sintomático, contratos são desenvolvidos entre o paciente e o terapeuta. Contratos são acordos feitos entre terapeuta e paciente em relação à substituição de comportamentos alimentares ou pensamentos desordenados por comportamentos alternativos. Trata-se de uma maneira direta de colapsar o ato de compulsão alimentar. O foco comportamental e os contratos com os pacientes permitem que o terapeuta funcione estimulando o desenvolvimento e a integração de habilidades até então não aprendidas. Esse tipo de trabalho direto permite também abordar aspectos não reconhecidos do *self*. Enfoca a questão da capacidade de desenvolvimento para o autocuidado. Para muitos pacientes, o trabalho direto é frequentemente necessário para desenvolver meios de se auto acalmar, de encontrar equilíbrio emocional e de modular a ingestão de alimentos (Brisman, 2016b). Num caso clínico exposto pelo autor, a paciente concorda em não comer compulsivamente e vomitar em uma noite de domingo entre as sessões semanais. Ficou combinado, como um contrato verbal, que ao invés de comer ela iria escrever em seu diário, ou enviar um e-mail para a terapeuta, que por sua vez combinou de informar que leu o e-mail. O objetivo desse contrato é fazer com que o paciente se lembre da parte dele que deseja ser recuperada. E a partir daí, potencialmente surgem comportamentos calmantes. Também são momentos em que é possível obter mais informações sobre quem o paciente é quando quer se voltar para a comida e se interrogar aonde estão os outros nessas ocasiões. Essa técnica pode funcionar ou falhar. Mas mesmo que falhe, e em algum momento

vai falhar, o questionamento sobre “o que aconteceu?” é o que permite uma maior integração da linguagem do paciente e da emergente linguagem relacional orientada do analista (Brisman, 2016b). O contrato é um meio de explorar a relação do paciente não apenas com a comida, mas também com as pessoas - neste caso, com a terapeuta, com quem ela fez um acordo verbal e negociado. É também um meio direto de dar voz ao eu dissociado, a parte dela que ainda não iniciou o tratamento. O que a paciente não faz com o acordo é importante porque faz emergir um aspecto da personalidade da paciente que de outra maneira não apareceria (Brisman, 2016b).

O objetivo do tratamento que integra aspectos comportamentais e psicanalíticos não é meramente propor a anulação do sintoma, embora certamente se espere por isso também. O objetivo é a exploração do que acontece entre o paciente e o analista à medida que esse trabalho direcionado é feito. Quem está falando com quem? E como a repulsa, o medo e a indignação na relação analítica podem permitir a introdução de uma parte do paciente na sala? Aqui reside o potencial para conceituação psicanalítica: não necessariamente através da interpretação do conflito interno ou da vida interior, mas essencialmente através da análise do que realmente acontece entre duas pessoas e com a questão de quais duas pessoas estão realmente na sala. O que está acontecendo por aqui? O que acontece quando duas pessoas estão entre quatro paredes, quando elas fazem um acordo juntas? Quem está presente? Quem está sendo abraçado, descartado ou expulso da sala? Brisman (2016b), neste artigo, traz reflexões importantes sobre os avanços e retrocessos ao longo do tratamento de pacientes que sofrem de transtorno alimentar. Entre acordos comportamentais cumpridos e rompidos, aparece na trama analítica um caleidoscópio de momentos e pessoas, com as inevitáveis interações entre paciente e psicoterapeuta. Com o método misto apresentado pela autora, ora entra em foco o sintoma, ora aquilo que se revela transferencialmente e contratransferencialmente no *setting*. Ora o foco está nos acordos e contratos, ora o foco se

faz na experiência emocional que inesperadamente (e via de regra tardiamente) surge na relação analítica como um elemento a ser integrado pelo analista que está vivo ali para escutar e interpretar.

Para Barth (2014), uma mistura de intervenções focadas no sintoma do transtorno alimentar, como o cognitivo-comportamental, de apoio, orientadas para o *insight*, reguladoras do afeto, abordagens psicanalíticas, médicas e psicofarmacológicas costumam ser mais úteis para essa população do que uma abordagem linear única. À sua maneira, Barth concorda com Zerbe e Satir (2016) e Brisman (2016a, 2016b) sobre a relevância de se utilizar técnica mista ao lidar com os pacientes que sofrem de TA: buscar intervenções mais estruturadas, mais exploratórias e não psicanalíticas (a autora usa a técnica de investigação detalhada – *detailed inquiry*) também podem fornecer uma experiência de apego segura e uma oportunidade para os pacientes trabalharem a capacidade de estarem conectados a outra pessoa e de desenvolverem um senso de autonomia e identidade individual (Barth, 2014).

A investigação detalhada não apenas ajuda o paciente a organizar mentalmente o material psíquico não articulado ou dissociado, como também faz com que ele se sinta seguro e consolado pela experiência de ter um terapeuta buscando compreendê-lo. Por exemplo, no caso clínico apresentado, a paciente, através da técnica de investigação detalhada, inicia o processo psicoterapêutico contando sobre os pequenos detalhes de sua vida diária, temas como insônia e situações disparadoras de compulsão e ansiedade (principalmente relacionadas ao noivo). Num segundo momento, a psicanalista pôde começar a explorar o que a paciente era capaz de expressar em palavras sobre seus mundos interno e externo. Pareceu claro à profissional que os atos de compulsão alimentar, purgação e os pensamentos de se cortar ocorriam em momentos em que ela estava lutando com sentimentos sobre sua mudança no relacionamento com seu noivo – sentimentos que ela, a princípio, era incapaz de articular ou controlar sem a ajuda de seus sintomas. Para Barth (2014), a mistura de uma investigação

detalhada com técnicas psicanalíticas fornece um ambiente de *holding* em que o paciente pode se desenvolver em quaisquer áreas de que necessite, a fim de não precisar mais dos sintomas do transtorno alimentar para se proteger ou se autorregular. Ensinar o paciente a ser cuidadoso e autorreflexivo, e a fazer uso de uma ampla gama de técnicas de *self-soothing* (auto calmante), ao mesmo tempo que explora o significado de experiências conhecidas, mas não elaboradas do ponto de vista representacional, também ajuda o paciente a internalizar uma ampla variedade de ferramentas e técnicas de gerenciamento de seus sintomas. Integrar a exploração e a compreensão psicanalíticas com técnicas mais diretivas e de apoio para a autocompreensão, a autoconsolação e a autorregulação oferece aos pacientes uma oportunidade de crescer, mudar e avançar em direção a um futuro mais saudável e significativo, na medida em que o psiquismo se torna capaz de construir sentido a partir das experiências de vida (Barth, 2014).

4.1.3 Subcategoria C: Saúde e equipe multidisciplinar

Como extensão da subcategoria anterior, em que a integração de diferentes abordagens psicoterapêuticas foi valorizada, assim como a inclusão de outras formas de terapia ou tratamento, como terapia artística, de educação física e nutricional e uso de psicofármacos (Zerbe & Satir, 2016; Barth, 2014); optamos por criar uma subcategoria própria para destacar a dimensão multiprofissional do tratamento de pacientes que sofrem de TA e obesidade Apesar de ser referido e valorizado nas publicações, o aspecto multiprofissional raramente foi aprofundado nos artigos selecionados no que diz respeito a como a integração dos diferentes saberes ocorre na prática clínica.

Rice (2016) foi um autor que se destacou, nesse sentido. Ele trouxe em seu artigo vinhetas de um caso clínico de uma jovem que sofre de anorexia nervosa. Por meio de um foco nas defesas, a paciente passou de uma relação briguenta com o clínico e equipe multidisciplinar (recusava-se, inclusive, a ingerir Fluoxetina) para uma gama de defesas mais

ampla e mais flexíveis, incluindo o humor. Essas mudanças que apareceram ao longo do tratamento representavam uma maior capacidade de aceitar e explorar afetos anteriormente inaceitáveis. A intenção das intervenções foi a de ajudar a paciente a internalizar o autocuidado e o respeito próprio, podendo no futuro promover sua capacidade de tolerar melhor os afetos dolorosos que a levaram ao masoquismo anoréxico. Isso auxiliou a paciente no autocuidado com a medicação e com a alimentação. A paciente pôde com isso ganhar peso saindo da zona de risco própria da desnutrição anoréxica. Ou seja, essa capacidade adquirida da paciente de se manter integrada aos cuidados da equipe multidisciplinar já é, em si, um avanço propiciado pelo próprio processo psicoterapêutico que, associado às intervenções médica e nutricional, promoveu ganho de saúde. Vale destacar também o trabalho psicológico realizado com os pais. O entendimento de que o manejo deveria ir além do que acontecia entre terapeuta e paciente, nas quatro paredes do consultório, possibilitou que o terapeuta pudesse ajudar a mãe a compreender as consequências e implicações de sua decisão de tomar a medicação, ajudou-a a manter um senso de direcionamento e a assumir uma postura em relação à filha em que os comportamentos tinham significados. Com o tempo, essas intervenções presentes na relação terapeuta-paciente e o manejo com a família ajudaram a prevenir determinadas ações da paciente e a desenvolver um estado psíquico interno mais forte em que outras saídas poderiam ser consideradas para lidar com o mal estar. Essa postura conseguiu interromper também um ciclo familiar de tomada de decisões de característica impulsiva (Rice, 2016). Para o autor também é importante a articulação entre o conhecimento psicanalítico e a linguagem da neurociência. Uma estrutura integrada de saúde e doença baseada no cérebro está em maior sincronia com as direções contemporâneas de pesquisa e financiamento. Descobertas paralelas de progressão do desenvolvimento existem na literatura da neurociência sobre regulação da emoção. Cada indivíduo provavelmente tem uma combinação única de contribuições constitucionais e ambientais para atrasos no

desenvolvimento das capacidades de autorregulação. Esses são os alvos de uma abordagem centrada no mecanismo de defesa. Portanto, entende-se que a pesquisa neurocientífica pode complementar e se integrar de maneira flexível ao trabalho das terapias de abordagem psicanalítica contemporânea (Rice, 2016).

Barth (2014), também uma autora que chamou a atenção para a importância de se trabalhar de maneira multidisciplinar com os pacientes que sofrem de transtorno alimentar, como parte da prática integrativa, solicita que todos os seus pacientes façam um *check-up* físico. Isso é parte do que chama de formação de equipe virtual, que pode incluir médico, psiquiatra, nutricionista, terapeuta de abordagem comportamental cognitivo-comportamental, a família do paciente, professor de pilates e ioga, massoterapeutas, treinadores físicos e assim por diante. No caso do sintoma de insônia, relatado pela paciente do caso clínico apresentado, a recomendação foi de buscar um psiquiatra e outros profissionais que a ajudassem a contornar essa dificuldade (Barth, 2014).

4.1.5 Sucategoria D: Compulsão alimentar: os primórdios da relação mãe-filha(o) e os pacientes de difícil acesso

Teodoro e colaboradores (2017) analisaram aspectos da relação mãe-filha em pacientes que pertencem a um programa de cirurgia bariátrica vinculado a um hospital do Estado de Minas Gerais. No estudo transversal, foram realizadas entrevistas não-diretivas com mulheres com IMC acima de 30 kg/m². As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise posterior segundo a Metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin. Na pesquisa não se discrimina com clareza os diversos tipos de determinantes associados à constituição do quadro da obesidade. Trata-se de uma forma de conceber a problemática da obesidade, em que o aspecto psicológico se apresenta como o principal:

> A partir do final do século XX, baseando-se na ideia de que o corpo e a mente se correlacionam, a obesidade tem sido considerada uma doença psicossomática, que envolve um desajustamento emocional. Nesse sentido, estudos sugerem que a excessiva ingestão de alimentos seria influenciada por fatores psicológicos, dentre

> os quais, o receio de sofrer privações, a reação a uma frustração (perda e/ou separação) ou, até mesmo, a necessidade de ser amado. A obesidade poderia estar igualmente relacionada a uma fixação na fase oral do desenvolvimento psicossexual, tal como proposto por Freud (Teodoro et al. 2017, p. 64).

Particularmente, penso que seria mais interessante se fossem associados os fatores psicológicos à gênese da compulsão alimentar, já que o termo é bastante citado no artigo e não passa a impressão de que toda a obesidade implica problemáticas psicológicas. Apesar deste posicionamento, o artigo é relevante na medida em que foca no vínculo mãe-filha como um aspecto constituinte da obesidade de determinadas mulheres. Ou seja, aspectos relevantes deste vínculo interferiram negativamente no cuidado nutricional através de atos compulsivos. Nas entrevistas realizadas constatou-se que 41,6% das mulheres fizeram referências à imagem de uma mãe superprotetora e dominadora. No depoimento de uma delas, encontra-se a seguinte narrativa: "A imagem que eu tenho da minha mãe é o meu tudo. Até hoje, acho que não saí de casa, porque eu tenho condição de morar sozinha, mas eu não saí por esse laço que eu tenho" (Teodoro et al, 2017, p.67). As autoras associam a origem da obesidade a uma dependência excessiva da mãe, sobretudo a presença de uma mãe superprotetora nas primeiras modalidades de relação junto ao filho recém-nascido. Salientam, também, um aspecto hostil no vínculo mãe-filha anterior à superproteção, embora nem todas as mães lidem mal com o processo maturacional dos filhos, sentindo perda na qualidade da relação. Diante dessa situação, as autoras colocam que a mãe pode tentar adiar o desapego da filha, adotando atitudes de superproteção associadas ao oferecimento excessivo de alimentos prazerosos. Esse pensamento pode ser transposto para um momento anterior à tentativa da criança de ser ela mesma, inserida numa relação de autonomia com a mãe. Algumas mães não renunciam ao desejo de uma eterna gravidez, tomam a posse de seu filho, assumindo-o como um mero prolongamento do seu narcisismo e promovem, assim, uma relação simbiótica com o filho. No laço afetivo, seja por uma compensação ao ato devoto do filho, seja por uma compensação

em função da culpa de perceber que algo na relação não vai bem (a criança não se desenvolve como deveria), inserem-se alimentos em excesso. Isto, também, se relaciona com a dificuldade da mãe de lidar com seus sentimentos, fazendo uso contínuo do recurso de inserção do prazer alimentar, inaugurando uma forma de lidar com problemáticas da vida que não passa pela palavra e pelo pensamento e sim pela ingestão alimentar. Na impossibilidade de elaborar seus próprios sentimentos, a filha aprende a recorrer à comida para saciar suas angústias (Teodoro et al. 2017).

Outra correlação que as autoras estabelecem com a gestação implica o surgimento de ansiedades arcaicas oriundas da transposição do ser filha para o ser mãe. A qualidade do vínculo da grávida com seus filhos se relaciona com o vínculo estabelecido pela mãe quando ela era bebê e com as angústias inerentes a este vínculo. Há uma relação entre as mães que se tornam obesas com uma deficiência afetiva de suas próprias mães vivida na tenra infância. Foi expressivo (60%) o número de falas das entrevistadas que evidenciam uma correlação entre gravidez e posterior ganho de peso, possibilitando o surgimento da obesidade. Associa-se às angústias arcaicas as atuais, inerentes ao desafio de integrar o ser mãe, com o ser esposa, ser profissionalmente ativa, ser promotora de saúde para si mesma etc.

A pesquisa sustenta, portanto, que a fragilidade no vínculo mãe-filha pode atuar como importante fator predisponente ao surgimento do transtorno alimentar. A criança privada do afeto da mãe pode nutrir um sentimento de desamparo associado à compulsão alimentar. As autoras colocam que a tarefa da mãe é garantir ao bebê que ele estará protegido das perturbações do ambiente. As perturbações que não ultrapassam a capacidade da criança para lidar com elas, tendem a não interromper o adequado amadurecimento. No entanto, se as perturbações do ambiente são excessivas para a criança, de forma que ela não possa dar conta da intensidade do fenômeno que se apresenta ao seu redor, o entorno passa a se configurar como ameaçador e hostil. Nesse sentido, atos alimentares compulsivos podem ser

considerados uma saída psíquica para essa situação. A comida eliminaria, então, qualquer tensão oriunda desse ambiente que se tornou hostil e perigoso (Teodoro et al. 2017).

Para Cremasco e Ribeiro (2017) a insistência da oralidade retrata uma pulsionalidade primitiva que, ao mesmo tempo em que devora o objeto, realiza sua incorporação ao torná-lo parte de si. Trata-se de uma tentativa de superar a presença de um ambiente hostil ou a ausência do objeto de amor (ou protetor). Para as autoras, a constatação da falência do objeto de amor – que pode ser experienciada, por exemplo, pela sua ausência prolongada e frequente – é vivida como uma angústia do eu de não ser capaz de sobreviver para além do desaparecimento do objeto, o que remete à saída melancólica.

No caso clínico de TA que Sherman-Meyer (2015) trouxe, foi possível reencenar transferencialmente e contratransferencialmente o relacionamento vazio da paciente com sua mãe, que era incapaz de estar verdadeiramente presente e realizar as funções de contenção, metabolização e pensamento encontradas no apego saudável. Para Bowlby (1998/1973), "quando uma pessoa tem confiança em que uma figura de apego estará disponível, ao dela necessitar, essa pessoa está muito menos sujeita a medo intenso e crônico do que a outra pessoa a quem falte, por qualquer motivo, a mesma confiança" (p.220). Na experiência citada por Sherman-Meyer (2015) a sua aceitação do fluxo de identificações projetivas permitiu a detecção de uma problemática que perpassava pelos conceitos de confiança e de disponibilidade do outro (mãe/analista) em relação às demandas afetivas. Quando a mãe/analista está verdadeiramente disponível, isso significa que está acessível e receptiva em relação a estados de insegurança e aflições vividas pelo bebê. A confiança na figura de apego se estrutura a partir dessa disponibilidade primeira (Bowlby, 1998/1973). No caso clínico discutido ficou claro para a analista a limitação da paciente, que apresentava um ego psicológico pouco reflexivo e com baixa capacidade de regulação de afeto, o que apontava para falhas na consolidação de uma relação de apego saudável (Sherman-Meyer, 2015).

Já no caso clínico discutido por Zerbe (2016), sustenta-se que uma defesa psíquica, nomeada pela autora como defesa de não-entrada ou de impermeabilidade, pode vir associada à ingestão de alimento em situações em que na tenra infância a criança, ou bebê, tenha que se deparar com um ambiente tenso e potencialmente hostil oferecido pela mãe, ou quem a represente. Anton (nome fictício) é o paciente escolhido por Zerbe (2016) para desenvolver sua posição. O rapaz era obeso quando lhe procurou e sofria de compulsão alimentar. Este rapaz sabia tudo sobre obesidade e questões médicas e nutricionais associadas a bem estar. Mas não conseguia seguir o que sabia. Inicialmente o rapaz despertou na analista uma sensação de que ela não tinha nada a oferecer. A força das projeções de Anton na analista é um exemplo do que Zerbe chamou de defesa de não-entrada ou defesa de impermeabilidade. A autora cita o fator destrutividade presente na transferência: algumas intervenções terapêuticas geravam estados psíquicos violentos de tal forma que parecia existir um míssil na relação transferencial (Zerbe, 2016). Interessante a analogia com armas e explosões que a autora faz para comunicar a dificuldade de se trabalhar com pacientes compulsivos. É como se esses elementos destrutivos aparecessem muito silenciosamente na relação analítica podendo provocar rupturas precoces no tratamento. Não apenas o paciente pode impedir que interpretações ou simplesmente informações úteis para seu cuidado permeie sua psique (sem entrada), como também o paciente pode redirecionar o míssil para o objeto-terapeuta, desmontando assim o arsenal terapêutico simultaneamente. A ideia contida no verbo *redirecionar, em vez de direcionar,* implica a constatação de um mundo interno previamente consolidado com características destrutivas, e que as experiências de vida são sentidas de forma violenta e explosiva. Por melhor que seja a intenção do analista, a interpretação pode ser sentida como excessivamente invasiva, como um míssil que visa a destruir as defesas protetivas do paciente. Portanto, se o outro carrega em si o fator ameaçador e violento, um recurso compatível utilizado pelo eu imaturo do paciente é redirecionar o fator destrutividade

(míssil) para o outro e buscar fortalecer o núcleo do eu de ataques (defesa de não entrada). Com base nos princípios da teoria do desenvolvimento e estudos de sobreviventes de trauma, a defesa de não entrada ocorre porque o paciente bloqueia o contato com um cuidador vivido como inadequado ou como perpetuador de abuso como mecanismo de sobrevivência (Zerbe, 2016). A autora sustenta a hipótese de que o cuidador original usava seu bebê para conter e metabolizar suas necessidades, ansiedades e histórias traumáticas. Assim, o bebê (o futuro paciente) não é apenas deixado para metabolizar seus próprios sentimentos, mas também tem que erguer uma barreira impermeável para sobreviver ao que foi psicologicamente imposto a ele (Zerbe, 2016).

A autora entende que quando o terapeuta sente contratransferencialmente vergonha e culpa em relação à ideia de que um sintoma não pode ser tratado, como o de compulsão alimentar e seus efeitos residuais no corpo do paciente, deve-se considerar que os terapeutas podem ter sido vítimas de uma projeção maciça de partes cindidas do paciente que está totalmente fora de sua consciência. Nesse sentido o terapeuta deve estar preparado para jogar um jogo muito lento de contenção e ficar perto da experiência emocional. É interessante prestar atenção ao que o próprio corpo do terapeuta está dizendo no processo para oferecer ao paciente uma ressignificação que seja palatável para ele (Zerbe, 2016).

A autora correlaciona a defesa *de não entrada* (ou de impermeabilidade) ao conceito de identificação projetiva, de Klein (1991/1935). No caso de Anton, os aspectos cindidos da personalidade estavam associados à sua origem. Anton revela que quando sua sobrinha necessitava de teste genético para doação de medula de algum membro da família, ele se recusou a fazer o teste, já que sabia que não era filho do mesmo pai dos irmãos (sendo que os irmãos não sabiam dessa informação). Ele mantinha esse conhecimento secreto às próprias custas, o que gerava muita tensão psíquica e necessidade de construir barreiras para protegê-lo. Isso trouxe dificuldades significativas na forma como ele manejava essa tensão nos

relacionamentos e na relação com a comida. Para a autora o psicoterapeuta deve ser sensível a esse sofrimento na transferência, buscando ajudar o paciente a normalizar o anseio de relacionamento através de processos de integração (Zerbe, 2016).

Altobelli e Motta (2018) abordaram o doloroso despertar de conteúdo inconsciente durante processo de psicoterapia psicanalítica de um paciente obeso, com uma mãe superprotetora e que sofria de compulsão alimentar. Como o caso Anton, de Zerbe (2016), o de Altobelli e Motta (2018) se constituiu ao longo do tratamento como um paciente de difícil acesso. O rapaz, de nome fictício Ari, construiu sua demanda inicial de análise a partir de um sofrimento que implicava uma busca incessante por um corpo ideal em resposta à exigência narcísica. O trabalho de análise proporcionou ao paciente uma aproximação mais verdadeira consigo mesmo, encontrando sua subjetividade e permitindo uma mudança psíquica definida pela transposição de um estado repleto de identificações projetivas para um estado psíquico mais integrado. O paciente também organizou sua vida alimentar e perdeu bastante peso.

No início do tratamento, Ari estava solteiro, desempregado e com 29 anos. Namorava uma psicóloga da mesma idade, porém o relacionamento estava em crise. Ari trancou a faculdade de química quando faltava apenas um ano para encerrá-la. Ele é o filho mais velho de três. As sessões ocorriam semanalmente com duração de 50 minutos. Cada encontro analítico permitia a possibilidade de se reviver experiências emocionais de maneira única através das associações livres. Portanto, sem roteiro pré-determinado. Ao descreverem a evolução do tratamento, as autoras colocam que um ano antes de iniciar a psicoterapia, Ari havia iniciado trabalho em uma grande empresa e se permitiu ser capaz de perder peso. Porém, de uma hora para outra, ele perdeu tudo o que havia conquistado. Ari relata que se viu incapaz de alcançar seus objetivos, sentindo-se inseguro. Quando criança menciona ter sofrido *bullying*. Se sentia excluído e percebeu que não era desejado pelas meninas. Passou a se isolar e a brincar sozinho, afundando-se no refúgio da solidão. Aprendeu a se divertir sozinho. Ari

relata ter um bom relacionamento com sua família nuclear. Contudo, a superproteção da mãe o irritava e achava muito difícil falar sobre seu passado. Isso gerava muito incômodo nele. Logo no início do tratamento ele encerrou seu relacionamento com a namorada porque se sentia inferior a ela e incapaz de realizar as expectativas dela em relação a ele. Ela desejava que ele tivesse mais iniciativa e determinação em perder peso e também em encontrar um trabalho. Ari percebia a existência de obstáculos internos para realizar seus objetivos, o que o deixava furioso e esse estado era agravado quando se sentia pressionado por alguém. As dificuldades de Ari se tornaram visíveis nas primeiras sessões do tratamento; apareceram de forma regressiva, em posição esquizoparanóide. Na tentativa de lidar com sua ansiedade causada pela dor, Ari acabava por promover cisões e ejetava suas tensões em direção aos objetos externos (mãe/terapeuta) e, assim, encontrava alívio de tensão interna (identificação projetiva) (Altobelli & Motta, 2018).

O artigo aponta que depois de um ano de tratamento o paciente já havia manifestado evoluções: podia se sentir mais preparado para lidar com as adversidades do mundo adulto. Ele foi capaz de encontrar um novo trabalho, como técnico de laboratório de uma indústria têxtil. O trabalho não lhe trazia satisfação, assim como o salário, que era bem baixo e havia muita intriga e competitividade entre os colegas. Apesar da insatisfação, ele suportou a empresa por dois anos, participando da competição, sendo promovido pela empresa e se propôs a participar de um programa de saúde motivacional chamado *Medida Certa* com o propósito de promover perda de peso do time. Prêmios seriam concedidos para o time que alcançasse a maior perda de peso. Ari ficou entusiasmado com essa competição, alcançando autocontrole e se inscreveu numa academia de ginástica. O resultado foi que ele perdeu 40 kg em 5 meses, aprimorando sua autoestima e recebendo prêmios da empresa. Animado com as conquistas ele decidiu procurar um novo relacionamento amoroso e foi em busca dessa parceira pela internet. Ele encontrou Y, sua atual namorada, com quem mantém um

relacionamento sério. Ari concluiu seus estudos e se graduou na faculdade e, então, saiu à procura de um novo trabalho com um salário melhor, com possibilidade de crescimento profissional. Contudo, apesar das mudanças, a analista constatou a existência de uma rachadura na personalidade de Ari, uma dificuldade em receber do terapeuta uma verdadeira compreensão emocional. É como se parte do ego do paciente se mantivesse isolado do que acontece durante a interação do analista e sem conexão com outra parte do ego que se apresenta de maneira mais frágil. Essa primeira parte do ego agiria de forma destrutiva, evitando assim um contato mais genuíno e integrado (Altobelli & Motta, 2018).

O processo psicanalítico revelou o permanente conflito entre satisfação e frustração, prazer e sofrimento, que todo processo de perda de peso implica. Já na transferência, a analista se configurou como alguém por quem ele esperava um olhar de admiração e aprovação, de maneira que pudesse se sentir amado, bonito e consequentemente uma pessoa de valor. Era muito difícil a Ari conversar com a analista sobre sentimentos em relação a ela, ou em relação à terapia. Mesmo quando eram apontados sentimentos negativos, como hostilidade e desconfiança; ou os positivos, como o desejo de ser valorizado, eles eram rejeitados. Usando os termos de Zerbe (2016), ele manifestava psiquicamente uma defesa de não-entrada ou de impermeabilidade. Altobelli e Motta (2018) citam um paciente de difícil acesso, referenciando o trabalho da psicanalista kleiniana Betty Joseph (1992/1975).

Incontáveis vezes Ari verbalizou seu desejo de perder peso acreditando que assim (perdendo peso) seus desejos e anseios seriam mais bem atendidos e acolhidos (implicando capacidade de provocar admiração do outro; capacidade de ter uma relação bem sucedida com outra pessoa). Na avaliação das autoras, os recursos que sustentaram o tratamento eram relacionados com o desejo do paciente de ser recuperado (restaurado), com sua inteligência, com sua tentativa de encontrar um novo caminho com condições egóicas favoráveis e, especialmente, com uma aliança terapêutica que se mostrava notável transferencialmente e

contratransferencialmente. Nos três anos e meio de tratamento o paciente foi confrontado em alguns momentos com um estado acomodado de vida. Esperava que o processo para ter um corpo elegante se desse de forma mágica ou que alguém fizesse por ele. A mudança estava relacionada com o aumento de confiança de Ari a ponto de se sentir capaz de superar repetitivos padrões de comportamento autodestrutivo. Isso se deu em parte pelo fortalecimento do registro simbólico que se desenvolvia ao longo do tratamento – as palavras surgiram no lugar da compulsão: "Eu sinto uma grande dor", disse Ari, "dor por pensar que eu não alcancei nada de significativo". E em parte em função do engajamento de Ari ao tratamento e da habilidade da terapeuta em favorecer seu envolvimento. Ao final dos três anos de tratamento, o paciente pareceu se mover para a posição depressiva, demonstrando uma maior integração do *self*. Ou seja, ele passou a se relacionar com objetos de uma maneira mais completa e mais realística. A mudança psíquica foi alcançada quando parte do ego foi fortalecida, quando surgiu uma identificação positiva entre analista e analisando. Assim, o paciente foi capaz de reconhecer seu estado mental e perceber as escolhas que fez. Transferencialmente, a analista percebeu também que viveu um jogo importante em termos de idealização, no qual Ari tinha uma provedora potente. E contratransferencialmente, a terapeuta tinha uma sensação de lidar com um bebê que almejava um cuidado maternal para dar conta de suas necessidades. Isso implicava não fome por comida, mas fome por atenção, carinho, cuidado, amor. Ou seja, fome por afeto, tal qual o caso clínico apresentado por Sherman-Meyer (2015). No caso de Ari, em várias sessões ele solicitava da analista respostas por diversas questões de sua vida, como se ela fosse um parâmetro a ser seguido. As autoras sinalizam que pacientes de difícil acesso como Ari precisam de um espelho e idealizam os outros. Reclamam de sentimentos inespecíficos de vazio, depressão ou insatisfação nos relacionamentos. Além disso, apresentam uma autoestima baixa e suas angústias são primárias, fragmentadas, com perda dos próprios sentimentos que lhes dão identidade.

Compreender as vicissitudes da psicopatologia de Ari, que envolvia também a compulsão alimentar, significou compreender como se deu o relacionamento com seu corpo e com os outros, o que implicou lidar com uma transmissão não metabolizada da angústia, dores da infância, emoções e memórias. No tratamento psicanalítico, a renovação do processo primário exalta o lugar da imagem da obesidade, que constitui em si mesma o espaço interior que assegura as condições da nova imagem narcísica, abrindo espaço para uma infinitude de possibilidades, incluindo mudança psíquica, no sentido de não depositar mais no mundo externo as soluções para suas próprias dificuldades e se apresentar de forma mais integrada com um funcionamento mental condizente com a posição depressiva (Altobelli & Motta, 2018).

4.1.5 Subcategoria E: O corpo obeso e os estágios iniciais da formação do ego e do conflito edipiano

Em outro caso clínico desenvolvido por Zerbe (2016), a autora apresenta seu trabalho psicanalítico com Anais (nome fictício), com 35 anos de idade, que procurou o tratamento em função de depressão e compulsão alimentar, condição que ela sofreu por pelo menos duas décadas, mas nunca havia decidido se tratar até ter o seu primeiro filho.

> Eu não tenho que parar no supermercado depois do trabalho e comprar doces e donuts agora, mas eu faço isso mesmo assim! A vida está indo bem, mas a compulsão alimentar continua acontecendo e eu odeio meu corpo. Isso não é racional. Você acha que sou apenas uma esnobe autodestrutiva que tenta parecer uma intelectual? (Zerbe, 2016, p.10)

Com psicoterapia de abordagem psicanalítica e medicação psicotrópica seus sintomas compulsivos melhoraram em poucos meses. Também foram empregadas técnicas de TCC, como sugerir registros de alimentos para ajudar a estruturar sua alimentação. Embora Anais ainda tivesse alguns dias ruins com *binge*, ela também sentiu uma sensação de orgulho e bem-estar por sua habilidade de controlar um comportamento que a havia dominado por anos.

Apesar dos episódios de compulsão alimentar terem diminuído em número, quando ela comia compulsivamente ela se sentia muito pior com relação a si mesma e a seu corpo. A perturbação da imagem corporal passou a ser o sintoma que parecia perturbar mais Anais, em relação à compulsão em si, roubando a cena e sua felicidade. A terapeuta contratransferencialmente passou a sentir-se envergonhada e fracassada. A psicoterapia aparentemente ajudou Anais a diminuir um sintoma apenas para revelar um núcleo de ódio logo abaixo da superfície psicológica que aparecia na relação com a analista, mas também da paciente consigo mesma quando expressava seu desprezo por si mesma ao se denominar de *nojenta, podre* e *feia*. Quando a terapeuta se permitiu pensar sobre o que estava acontecendo entre a dupla, percebeu que precisaria interpretar mais ativamente a tendência de Anais de se derrotar repetitiva e masoquisticamente por meio de manifestações punitivas sobre seu corpo. E de certa forma, a derrota aparecia no transcorrer do tratamento na medida em que a terapeuta se sentia fisicamente enfraquecida e psiquicamente impotente durante as sessões com Anais. O que estava acontecendo ali?

Zerbe (2016) não citou Melanie Klein, mas cabe trazer suas contribuições neste ponto. O termo *devorar* bastante usado nos escritos de Klein não é qualquer um, diz respeito à organização canibalística do desenvolvimento, portanto, oral. Ela sustenta que a própria criança deseja destruir o objeto libidinal mordendo-o[9], devorando-o e cortando-o, o que potencializa a angústia na medida em que o objeto, uma vez introjetado, reage. Esse objeto que Klein nomeia de superegóico se torna, então, algo que morde, devora e corta (um superego primitivo, cruel e sádico). Em outras palavras, o ego, em função da pulsão hostil (de

[9] Abaham em 1924 assinalou que o excesso de satisfação assim como a falta dela no período de sugar podem levar a uma fixação forte no prazer em morder. (Esse trecho da nota de rodapé foi extraído do trabalho de 1932 de Melanie Klein *Estágios iniciais do conflito edipiano e da formação do superego*, pág.145). Ainda em relação ao ato de morder, Winnicott discorre sobre as raízes da agressão, sustentando que a partir dos 5 meses de idade a criança já aceita a conjugação do ódio e do amor e, através do impulso de morder o seio, busca dar algum sentido ao corpo da mãe. Originalmente é o corpo da mãe que "excita o morder e produz ideias de morder. Assim, o alimento acaba por ser aceito como um símbolo do corpo da mãe, do corpo do pai ou de qualquer outra pessoa amada" (Winnicott, 2005/1964, p.108).

destruição), cuja origem está fundamentada em experiências de frustração com o objeto primeiro (objeto parcial *seio*), lança para o exterior[10] sua crueldade em direção ao objeto introjetado e, consequentemente, só hostilidade receberá em troca. Os pacientes Ruth e Peter de Melanie Klein temiam ser cortados em pedaços e devorados pelos pais (Klein, 1997/1932).

Quanto a isso, Klein retoma Freud que sustenta em *O problema econômico do masoquismo* que a libido narcísica do organismo lança a pulsão de morte para fora em direção aos seus objetos com a finalidade de evitar sua própria autodestruição. E prossegue citando Freud: "Outra porção [da pulsão de morte] não partilha dessa transposição para fora; permanece dentro do organismo e, com o auxílio da excitação sexual que a acompanha, acima descrita, se torna ali libidinalmente ligada. É nessa porção que temos que reconhecer o masoquismo erógeno original" (Freud, 1996/1924, p.181).

Para Rice (2016), o trabalho com pacientes que sofrem de transtorno alimentar implica lidar com as falhas do eu imaturo em relação a compreensão de sua própria agressividade. O autor indica o estudo de Freud sobre o masoquismo originário e compreende que a perspectiva freudiana centrada no mecanismo de defesa sugere que o fator destrutividade associado aos transtornos alimentares podem ser mais bem compreendidos como meio de autopreservação do indivíduo. Nesse sentido, o objeto interno incorporado se torna o veículo de defesa contra os impulsos destrutivos dentro do organismo e, a seguir, o ego transfere toda essa tensão pulsional para o objeto externo. "Contra esses perigos externos, seu ego imaturo procura então defender-se por meio da destruição do objeto" (Klein, 1997/1932, p. 149).

Retomando o caso clínico de Zerbe (2016), quando a paciente Anais foi questionada pela analista se seria possível pensar que se sentir *nojenta, podre* e *feia* estava mais relacionado com descontentamento com suas escolhas de vida do que com seu corpo, ela desabafou dizendo que o papel de professora nunca foi o que ela desejava para si. Ela

---

[10] *O exterior* é diferente de mundo externo. *O exterior* está contido no mundo interno, portanto, faz sentido dizer que o sadismo é ejetado (lançado para o exterior) e direcionado ao objeto introjetado.

elaborou que adorava trabalhar com crianças e imaginou para si mesma uma carreira de ensino de uma língua estrangeira em uma escola primária ou média, porém a ideia de ser apenas uma pessoa normal que se casa, tem filhos e leciona, simplesmente, não se encaixa nas concepções de sua família, onde todos alcançam o máximo em sua área e fazem algo realmente grande e importante. Na fantasia de Anais seus pais esperavam que ela ganhasse um Pulitzer algum dia. Sua acomodação patológica aos requisitos de seus pais para um alto desempenho foi o contexto no qual a terapeuta começou a entender melhor sua incapacidade de manter um estado de espírito saudável. A revelação inicial de vergonha corporal verbalizado pela paciente e a posterior associação com uma experiência secreta de expectativa excessivamente alta em relação a funções profissionais (superego arcaico e cruel), tornou-se o caminho a ser percorrido no processo de psicoterapia. A jornada que Anais e a terapeuta haviam embarcado permitiu o aparecimento de um senso mais verdadeiro de *self* e, assim, pôde emergir também sentimentos negativos ou amargos que poderiam agora ser testados no relacionamento psicoterápico sem que a terapeuta precisasse ocupar o lugar dos exigentes pais. Em outras palavras, ao poder questionar a terapeuta e ir ao encontro de seus pensamentos próprios, a paciente pôde enfrentar as rígidas imagos parentais que a atormentavam e a faziam se sentir envergonhada de si mesma (Zerbe, 2016).

Considerando o complexo de Édipo primitivo e os primórdios da relação mãe-bebê, as frustrações promovidas pela mãe sugerem a presença do pai, porém num estado arcaico do desenvolvimento o pai é fantasiado como um pênis/pai aterrorizante que combinado à figura da mãe (o pênis do pai dentro da mãe) representa o coito dos pais. A fúria e ansiedade vivenciada pela criança, a partir da frustração da falta da mãe e pela fantasia da cena primária, se associam a fantasias sádicas de destruição da figura da mãe e do pai tanto individualmente como juntos.

> A criança também tem fantasias em que os pais se destroem um aos outro por meio de seus genitais e excrementos, que são sentidos como armas perigosas. Essas

> fantasias têm efeitos importantes e são muito numerosas, e contêm ideias tais como: o pênis, incorporado na mãe, se transforma em um animal perigoso ou em armas carregadas de substâncias explosivas; ou a vagina da mãe, também, é transformada em um animal perigoso ou algum instrumento de morte, como por exemplo, uma ratoeira envenenada" (Klein, 1997/1932, p.153).

Ou seja, a *pulsão destrutiva*, própria do linguajar kleiniano (Freud utilizaria *pulsão de morte*), liga-se ao objeto mãe ou pai (seio ou pênis) transformando-o segundo sua qualidade. A qualidade principal da pulsão destrutiva é justamente o sadismo, que se direciona ao objeto no processo de ejeção e projeção e retorna como ameaça e hostilidade, já que este objeto, uma vez atacado, reage com a mesma qualidade sádica.

Retomando novamente o artigo de Zerbe (2016), ela conclui que os problemas com a compulsão alimentar superficialmente pareciam estar relacionados à regulação do humor e da ingestão de alimentos. A partir da perspectiva psicanalítica, Zerbe (2016) sustenta que a melhora no tratamento nesses casos aparece quando a dupla paciente-analista pode suportar num primeiro momento o fator destrutividade presente na relação (transferencial e contratransferencial, em que o corpo entra em cena). No caso de Anais, num momento posterior, ela pôde se descolar das figuras imperativas dos pais, afastando-se da vergonha e do ódio ao próprio corpo. Zerbe (2016) considera que o TA é difícil de remediar até que o paciente possa abraçar um sentido mais completo de si mesmo, incluindo o seu próprio ser corporal. Esse processo exige a entrada na posição depressiva, em que o objeto aparece de forma integrada e se instaura uma clara distinção entre eu e não-eu.

4.1.6 Síntese da revisão integrativa

Os trabalhos selecionados sustentaram que o resultado da psicoterapia psicodinâmica e de abordagem psicanalítica são eficazes no tratamento de pacientes que sofrem de obesidade e/ou de transtorno de compulsão alimentar. Alguns trabalhos apresentaram as características qualitativas próprias do método psicodinâmico e psicanalítico, diferenciando-se claramente do método cognitivo-comportamental. O manejo clínico psicanalítico se fez presente nos artigos

que discutiram casos, com especial destaque para o manejo da transferência e contratransferência, em que fantasias inconscientes se manifestavam, proporcionando elaboração simbólica a partir do trabalho interventivo do analista. Apesar dos resultados positivos, considerando que os pacientes tiveram melhora de saúde, tanto do ponto de vista médico como psicanalítico, os artigos apontam para a necessidade de serem realizadas mais pesquisas para fortalecer a eficácia do método psicodinâmico e psicanalítico no meio científico, em especial no campo que estuda os pacientes que sofrem de obesidade severa. As revisões de literatura apresentadas nos artigos, como a de Catharin e colaboradores (2020), concluíram que o número de trabalhos publicados demonstra a escassez de estudos psicanalíticos que abordam os temas obesidade e cirurgia bariátrica, a despeito dos altíssimos índices de obesidade no Brasil e no mundo. Salientando a importância do psicólogo na equipe multidisciplinar de saúde e do acompanhamento psicológico pré e principalmente pós-cirúrgico, os autores insistem que o número limitado de estudos ainda pode ser percebido como um entrave para a prática psicanalítica neste campo de atuação. Além disso, dificuldades na comunicação dos psicanalistas com os médicos e outros profissionais da área da saúde podem incorrer no risco das contribuições da psicanálise no tratamento de pacientes que sofrem de obesidade severa não serem razoavelmente compreendidas, diminuindo sua acessibilidade.

Os trabalhos analisados, como o de Cremasco e Ribeiro (2017), sinalizam também que, conceitualmente, o psicanalista que produz pesquisa nesta área de atuação deve se debruçar sobre trabalhos que se aprofundem no entendimento sobre luto e melancolia, narcisismo, processo de simbolização, primórdios da relação mãe filha(o) e pulsão de morte. Em relação aos poucos artigos que abordaram diretamente o processo de cirurgia bariátrica, como o de Schakarowski e Oliveira (2014), sustenta-se que, se por um lado o sofrimento por ser obeso é atenuado com a perda de peso promovida pelo cirurgia bariátrica, por outro os

aspectos inerentes às falhas simbólicas manifestados por parte dos pacientes permanecem presentes após a cirurgia bariátrica e exigem um cuidado maior como intervenção psicológica sistemática antes e após a realização da operação.

Uma contribuição relevante discutida em alguns trabalhos foi a valorização do uso de técnicas mistas associadas à psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica. Brisman, por exemplo, usou a técnica de *analytic inquiry* que possibilitou, num momento anterior à análise, a construção de uma relação de segurança e confiança inicial de forma que aspectos inconscientes da vida emocional da paciente pudessem ser integrados lentamente na relação transferencial (Brisman, 2016b). Para Barth (2014), uma mistura de intervenções focadas no sintoma do transtorno alimentar, como a técnica cognitivo-comportamental, de apoio, orientada para o *insight*, reguladora do afeto, de abordagens psicanalíticas e intervenções psicofarmacológicas costumam ser mais úteis para essa população do que uma abordagem linear única. Zerbe e Satir (2016) também apontam o uso de técnica comportamental no início do tratamento e o posterior uso de técnicas psicodinâmicas como o meio mais adequados para se alcançar os melhores resultados com os pacientes de transtorno alimentar.

Também observamos a valorização da visão multiprofissional de tratamento. Barth (2014) destaca a prática integrativa. Esta autora solicita que todos os seus pacientes de TA façam um *check-up* médico ao iniciar o tratamento psicoterapêutico. Isso é parte do que chama de formação de equipe virtual, o que significa que a equipe multidisciplinar não precisa existir fisicamente no mesmo espaço, a equipe pode existir como uma rede de atendimento e encaminhamento distribuído em diversos locais da mesma região. Para além do *check-up* inicial, Barth (2014) relata também não abrir mão ao longo do tratamento do acompanhamento de um médico especialista, de um psiquiatra e nutricionista ao tratar de pacientes com TA. Já Rice (2016) coloca que os processos psicoterapêuticos facilitam que os pacientes se mantenham vinculados aos tratamentos farmacológicos e de orientação

nutricional e destaca também que a Psicologia deve estar articulada com a linguagem da neurociência. Para Rice (2016), uma estrutura integrada de saúde e doença baseada no cérebro está em maior sincronia com as direções contemporâneas de pesquisa e financiamento, o que me parece ser uma comunicação relevante para nós psicólogos que desenvolvemos pesquisa junto à universidade.

Mesmo considerando que o aspecto multiprofissional foi valorizado, os artigos psicanalíticos podem potencializar mais a capacidade de integração do saber da psicanálise com o de outras áreas do saber. Isso tende a revelar a eficiência do método psicanalítico e também suas limitações, principalmente, quando se discute o tratamento de pacientes que sofrem de obesidade severa, cuja etiologia é multifatorial e o tratamento de alta complexidade.

4.2 Análise de caso com base em *vinheta clínica*

A paciente Sofia (nome fictício), ao longo do processo de avaliação psicológica prévia à cirurgia bariátrica, iniciou com a seguinte questão sua demanda de análise: "*Como cheguei a pesar tanto?"* Nas primeiras sessões preocupava-se com questões vinculadas à operação e sua recuperação: expectativas em relação ao agendamento da cirurgia e desafios da dieta líquida e sólida no pós-operatório, por exemplo. Mas logo começou a intercalar falas referentes à perda de sua mãe e conflitos no casamento (no momento quase simultâneo à perda da mãe, seu marido lhe comunicou ser pai de uma menina, fruto de um relacionamento extraconjugal). Klein sugere que no processo de luto urge a necessidade do psiquismo de se reestabelecer e reintegrar o mundo interno. Em última instância, em reconquistar a posição depressiva. Algumas pessoas apresentam dificuldade nessa reconquista, reativando ansiedades persecutórias e mecanismos de cisão e projeção (Klein, 1996/1940). Sofia justamente entendia que seu peso havia subido muito em função do sofrimento que viveu nesse momento de sua vida, que compensava com ingestão inadequada de alimentos. Situações de muito sofrimento

eram revividos em sessão, cada vez que mencionava uma dessas situações, que se apresentavam misturadas pela lógica simbólica e cronológica.

No entanto, lentamente passou a trazer questões de seu relacionamento extraconjugal, que ela mantinha há anos. Com esse homem ela viveu em parte uma vingança, assim por ela nomeada, e também viveu a expectativa de se separar do marido e se casar novamente. Em psicoterapia ficou mais claro esse duplo sentido do amante. Além disso, pôde perceber, não sem sofrimento, que seu amante não abandonaria a mulher e filhos para se casar com ela.

Na medida em que ia tecendo um novo sentido para os seus relacionamentos conjugal e extraconjugal, Sofia foi ficando mais leve e menos ansiosa. Neste novo tecido, fez sentido para ela encerrar seu relacionamento extraconjugal e buscar um parceiro em que pudesse viver de forma mais integrada seu dia a dia, uma pessoa que pudesse viver com ela com seus defeitos, limitações e qualidades. Ela escolheu seu marido para ser esse parceiro. Abordando a problemática com ele, encontrou grandes distanciamentos entre os dois, alguns que considera difícil reverter, como por exemplo conhecer a filha do marido. Apesar das dificuldades, aproximações construtivas se efetivaram e o casal começou a se reaproximar.

Num outro momento do processo psicoterapêutico, interroga-se sobre o aspecto do excesso alimentar: “Engraçado, estou aqui há quase três anos com você e a gente não fala sobre comida, né?! Por que, hein?! Vim aqui porque você é o especialista nisso e não conversamos sobre isso” (rindo). O psicoterapeuta respondeu: “Porque o que se fala não se engole.” Metabolizando a resposta, que se apresentou de forma indigesta para Sofia, ficou claro para ela que as situações que geram sofrimento, conflitos e tensões são verbalizadas na psicoterapia, gerando produção de sonhos, de lembranças encobridoras, associações livres e construção de sentido. “O que se fala e não se engole” resume um trabalho psíquico que traz um ganho de significação para aquilo que originalmente era um mal-estar. Ou seja, quando ela dá forma ao mal-estar, quando dá sentido a ele, não precisa engoli-lo ou se livrar dele

imediatamente em atos dissipatórios correspondentes ao destino da pulsão de morte, tal qual postulado por Freud (1996/1920). Observações não exatamente iguais são indicadas por Joseph (1992/1975) ao trazer o conceito de *psycho change.* Considerando uma mudança psíquica duradoura em termos de movimento em direção à posição depressiva, o paciente sustenta uma maior capacidade de integração do *self* e organiza suas relações de objeto de forma total e mais realista (Joseph, 1992/1986).

A seguir, na continuidade da sessão, Sofia voltou à questão "C*omo cheguei a pesar tanto?"* "Estava pensando que sempre fui obesa desde pequena. (...) Não sei por que eu sempre fui gordinha. Por que diabo eu sempre me via gordinha, era gordinha, sofria gordinha? Na casa dos meus pais, minha mãe cozinhava até, mas meu pai sempre foi do carboidrato, do pão, do macarrão... Então até tinha a comida saudável, mas eu, meus irmãos também, eu acho, beliscava uma bolacha aqui, outra acolá, por exemplo. Me lembro agora de que eu acordava às vezes para ir ao banheiro de madrugada e depois passava na cozinha e comia uma bolacha, ou outra, não era nada compulsivo, e voltava para a cama. Não precisava comer, mas comia. Não era muito, mas era. Fui ganhando peso gradativamente. Quando minha mãe faleceu eu já era bem gordinha. Mas ganhei mais peso sim, depois que ela se foi..." O que confirma a hipótese de que Sofia teve mais dificuldades de reintegrar seu mundo interno a partir da perda da mãe. Trouxe a seguir uma foto para expressar suas tendências afetivas. Ela devia ter cinco anos de idade aproximadamente. A cena da foto se dava num banco de jardim. Ela estava num canto do banco, parecia meio espremida nesse canto, apesar de todos caberem de forma espaçosa. Ao seu lado vinha seu irmão, o mais velho, e a seguir a mãe, no meio da cena, sorrindo e com as duas mãos apoiadas no seu próprio joelho. Um espaço e então aparece a sua irmã sendo abraçada pelo pai. A irmã com um sorriso discreto, mas claramente satisfeita por estar junto ao pai. E o pai dando risada, como se estivesse brincando com a filha. "Eu era uma boa menina, parecia sempre que estava tudo bem comigo, eu até estava com um leve sorriso

nessa foto. Mas eu estava sofrendo. Veja ela lá quase deitada no colo do meu pai (fala com ódio)?! E eu ali sozinha, paralisada do outro lado do banco". O discurso repleto de ansiedade de Sofia faz emergir seu traço mais primitivo, em que o fator destrutividade se revela através do ciúme e da inveja. Klein justamente afirma que a ansiedade se origina do impulso destrutivo constitucional direcionado ao objeto. O medo de ficar só, de ser abandonada pela mãe, aparece muito claramente no material das análises de crianças pequenas, em especial de meninas. "Mas esse medo, creio, tem uma origem mais profunda. Está baseado nos impulsos agressivos da criança contra a mãe e nos seus desejos de matar a mãe e de roubá-la, desejos oriundos dos estágios iniciais do conflito edipiano" (Klein, 1997/1932, p.51)

Curiosamente, nessa mesma sessão, Sofia trouxe também uma foto de sua pré-adolescência. Dançava com o pai e ele ria de alegria de estar dançando com ela. O curioso foi que a raiva, o ciúme e a inveja foram tamanhos em relação à irmã, que ela não pôde manter vívida em sua memória essa foto alegre com o pai. Nas sessões que se sucederam ela retomou apenas a primeira imagem, do banco do jardim, e a raiva suscitada na cena. Considerando o pensamento de Klein (1991/1957), diríamos que neste momento Sofia estava, através do ciúme, elaborando impulsos destrutivos direcionados ao objeto originário, a mãe. Assim, em certa medida, o ciúme tira de foco a inveja causada pelo desejo edípico da menina de tomar o lugar da mãe e possuir e cuidar dos bebês que o pai amado dá à mãe. Para Klein, o ciúme é mais fácil de ser digerido psiquicamente, pois gera menos culpa e ansiedade em relação à inveja primária. A inveja carrega uma intensidade de destruição maior em relação ao objeto originário, gerando ansiedade persecutória, cisões e projeções. Através do ciúme, Sofia claramente desloca o fator destrutividade para a irmã, que ocupa o lugar da mãe má na cena edípica, preservando assim a mãe boa, carinhosa e generosa: "Minha mãe sempre esteve ao meu lado nos momentos difíceis. Sempre senti ela presente". Uma presença idealizada, que não falta. Assim era o retrato de sua mãe no início do processo.

Num outro momento, contudo, trouxe uma lembrança de uma situação de dor vivida com a mãe na praia. A família costumava passar finais de semana em um apartamento no litoral. Ela se lembra de estar comendo salgadinho no sofá, enquanto seu irmão, irmã e pai já desciam para a praia. Enquanto comia o salgadinho, esperava sua mãe. A mãe finalizou seus afazeres, saiu do apartamento, trancou a porta e foi para a praia: "Minha mãe me esqueceu dentro do apartamento. Me lembro de ter ficado no vidro gritando para as pessoas na rua dizendo que haviam me esquecido em casa". Isso significa que na rede afetiva de Sofia tornou-se possível integrar a mãe carinhosa, generosa e que sempre esteve presente com a mãe que falha e que a esquece em casa. Isso implica suportar um estado de ambivalência: o objeto de amor e o objeto faltante, depositário do ódio, é o mesmo. No estado de integração não há a necessidade de se criar cisões e projeções para alocar o ódio. O processo psicoterapêutico facilita a possibilidade de integrar as imagos maternas, desconstruindo idealizações e cisões, como no exemplo citado. Neste sentido Sofia fortalece sua capacidade de construção simbólica, situando-se num estado psíquico de concernimento conforme a posição depressiva postulada por Klein (1996/1935).

A propósito, numa sessão mais recente, em função da hospitalização do pai, Sofia, preocupada com o bem estar dele, usou seus recursos para lhe oferecer as melhores condições de cuidado possível, de uma maneira bastante solidária. Na sessão descreveu uma imagem como se fosse uma fotografia, em que ela estava abraçada ao pai, com seu irmão de um lado e sua irmã de outro. O que se destaca nessa cena era menos seu posicionamento de rivalidade em relação à irmã, no sentido de ser ela, Sofia, a filha que de fato abraçava o pai e mais a sua capacidade terna, generosa e cooperativa de cuidar do pai junto com os irmãos. Uma imagem de integração em que os afetos destrutivos de ciúme e rivalidade não se sobrepuseram à ternura e à capacidade de cuidar e amar.

Por fim, vale destacar a capacidade de sonhar de Sofia e narrar seus sonhos ao psicoterapeuta. Num dos sonhos traz a imagem de um quadro da empresa em que trabalhava. A área que ela dirigia foi integrada a uma outra e Sofia foi desligada da empresa, após anos de um trabalho que foi muito reconhecido. Apesar de receber da empresa uma quantia muito generosa no ato da rescisão, demonstrando o reconhecimento e valor que tem, seu sentimento sempre foi de indignação em relação a uma exclusão que para ela não fazia sentido. No sonho, o quadro figurava o presidente da empresa, o vice-presidente e os diretores. A diretora que se tornou responsável por sua área já estava na pintura, no lugar de Sofia. Ela observa o quadro e vai embora do evento, incomodada. Percebe que levou joias que não lhe pertenciam. Ficou preocupada de acharem que ela havia roubado as joias e começa a telefonar para a área de segurança para devolver as joias, mas não consegue falar com ninguém. Sofia, utilizando de um recurso simbolicamente sofisticado, que é a produção onírica, expressa seu sentimento de se sentir roubada e de reagir a sua fúria retirando do outro o seu valor (as joias). Klein sustenta que o eu-primitivo voraz suga o seio da mãe, mas o faz de tal forma que retira deste suas qualidades, tomando-as para si. Klein justamente fala que nesse estado psíquico o objeto interno é sentido como invejoso e malevolente. Quando isso ocorre, o objeto bom é sentido como perdido e com ele a segurança interna. Suas observações mostraram que em qualquer estágio da vida, quando a relação com o objeto bom está seriamente perturbada – uma perturbação em que a voracidade e a inveja desempenham um papel proeminente – a segurança e a paz interna ficam deterioradas, a ansiedade se intensifica e os mecanismos de cisão e projeção entram em funcionamento (Klein, 1991/1957). Apesar de Sofia expressar claramente a fúria em relação à dor da rejeição que sente ainda como muito atual, ela o faz de forma elaborada. Primeiramente porque os processos de cisão e projeção são desfeitos quando o sonho é recordado e revelado a alguém – trata-se de um fenômeno associado aos processos de integração (Winnicott, 2000/1945). E além disso, o conteúdo do sonho traz representações

de preocupação e de segurança interna. Sofia revela através do processo de elaboração do sonho experiências de ansiedade em relação à perda de uma posição na empresa e, num nível mais profundo, perda de um lugar no enquadramento edípico. Em relação ao dano gerado neste objeto-empresa ao levar joias que não eram suas, ela se utiliza da instância psíquica do *segurança* para promover a reparação e pacificação do conflito. Junto com o fator destrutividade, há na mente inconsciente das pessoas um movimento legítimo de restauração das lesões e feridas realizado em fantasia. Nas profundezas da mente, o desejo de pacificar as relações com as pessoas amadas está ligado à forte sensação de responsabilidade e de preocupação com elas, que se manifesta através da solidariedade genuína e da habilidade de compreender como elas são e como se sentem (Klein, 1996/1937).

Portanto, como resultado da intervenção psicoterapêutica de abordagem psicanalítica Sofia adquiriu mais condições de preservar suas redes afetivas constituintes, funcionando psiquicamente de forma mais integrada e abrindo espaço para a sobreposição da expressão verbal e simbólica em detrimento da expressão não verbal, ansiógena, cindida e impulsiva. Em relação à obesidade, ela atingiu o peso de 71,4 kg em agosto de 2018 e alcançou o peso mínimo de 66,8 kg (IMC=26,8 kg/m2), apenas ligeiramente acima do normal, mantendo-o estável até o mês de agosto de 2020, data em que completou três anos de psicoterapia. Nesse período também não usou nenhum tipo de droga ilícita e ingeriu bebida alcoólica somente de maneira pontual em situações sociais específicas. Do ponto de vista médico também houve melhora significativa do seu estado de saúde, em especial das doenças associadas à obesidade presentes no estágio anterior à cirurgia. A paciente aderiu ao tratamento multidisciplinar, o que também é resultado do fortalecimento do vínculo desenvolvido no processo psicoterapêutico, mantendo-se bem nutrida e ingerindo os suplementos nutricionais necessários. Esse é o desfecho mais desejável no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Trata-se de um resultado relevante, já que a literatura aponta para uma tendência de pacientes

que sofrem de transtorno alimentar serem resistentes aos cuidados oferecidos por equipe multidisciplinar, mesmo quando um mínimo de confiança foi alcançado com o psicoterapeuta e uma relação de trabalho foi bem estabelecida (Barth, 2014).

O resultado confirma também a eficácia do método psicanalítico e princípios básicos da psicanálise expressados por Altobelli & Motta (2018) e Joseph (1992/1986) e dados da literatura que correlacionam aspectos psíquicos com obesidade (Mancini, 2010).

Contudo, vale destacar que o potencial do método psicanalítico neste trabalho se revela pelo estudo de um único caso clínico. Seria interessante se pudéssemos incluir maior número de articulações teórico-clinicas em pesquisas deste tipo em larga escala, em universidades ou serviços especializados que possam investir na manutenção de um grupo sólido de investigação. Eventualmente pode-se utilizar diferentes abordagens de psicoterapia nessa situação, inclusive com misturas de técnicas e até a integração de psicofármacos, conforme já referem alguns trabalhos (Rice, 2016; Barth, 2014; Zerbe, 2016).

4.3 Discussão dos resultados

Neste capítulo os resultados do caso clínico de Sofia são discutidos com a literatura sintetizada na revisão integrativa e com a literatura apresentada na introdução.

4.3.1 O processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica

O resultado do atendimento psicoterapêutico de abordagem psicanalítica apresentado, revelou que Sofia se beneficiou do tratamento, tanto do ponto de vista médico, como do ponto de vista psicanalítico. Do ponto de vista médico, ela perdeu o peso esperado e o manteve ao longo do tempo, melhorou seu estado de saúde, em especial das doenças associadas à obesidade presentes no estágio anterior à cirurgia e aderiu ao tratamento multidisciplinar, fazendo os retornos devidos com a equipe. Também se manteve bem nutrida e ingeriu os suplementos nutricionais necessários conforme a indicação da equipe de nutrição. E do ponto

de vista psicanalítico, Sofia vem funcionando psiquicamente de forma mais integrada e abrindo espaço para a sobreposição da expressão verbal e simbólica em detrimento da expressão não verbal, ansiógena, cindida e impulsiva.

Na revisão integrativa também apareceram trabalhos que revelaram o duplo resultado da intervenção psicoterapêutica de abordagem psicanalítica ou psicodinâmica. Tasca (2016) menciona a diminuição dos sintomas de transtorno alimentar como um resultado relevante do processo psicoterapêutico, mas destaca que as mudanças mais notáveis do caso por ele analisado foram a aquisição de uma maior habilidade do paciente no funcionamento reflexivo e de uma maior coerência na narrativa, que lhe permitiu ser mais estável emocionalmente.

Para Zerbe e Satir (2016) o processo psicoterapêutico para pacientes que sofrem de compulsão alimentar ou de outros transtornos alimentares também vai além da questão alimentar em si: a questão incide sobre como criar uma vida que faça sentido. Desacelerar, refletir, sentir e ser são aspectos humanos valiosos que devem ser considerados como critério de eficácia no tratamento. Trata-se de um posicionamento que se articula bem com o pensamento winnicottiano de saúde. A vida de uma pessoa saudável inclui a condição de lidar com situações ansiógenas oriundas das experiências cotidianas, medos, sentimentos conflitantes e paradoxais, um leque extenso de vivências de frustração, satisfação e outras qualidades positivas e realizantes inerentes ao ser (Winnicott, 1999/1986).

Zerbe e Satir (2016) entendem que os pacientes que sofrem de transtorno alimentar são especialmente vulneráveis à recaída, devido aos sentimentos incontidos de vazio e confusão; eles também são oprimidos por estados de *self* dissociativos que temporariamente parecem se multiplicar à medida que a proteção fornecida pelo problema alimentar desaparece. A pesquisa qualitativa, segunda essas pesquisadoras, deve levar em conta a recuperação do paciente em domínios relacionados à saúde o que inclui a regulação de afeto, melhorias de

relações interpessoais e da sexualidade tão essenciais para os pacientes encontrarem um verdadeiro *self* para além do desaparecimento do sintoma (Zerbe & Satir, 2016).

Para Leopoldo Fulgencio, estudioso da obra de Winnicott, o conceito de saúde implica justamente a experiência psicológica de ser, correspondente a um elemento fundamental que caracteriza a própria natureza humana. Nesse sentido, o tratamento psicanalítico visa à conquista de autonomia para ser e viver a partir de si mesmo, adaptando-se ao mundo, mas sem perder sua espontaneidade, ou seja, criando formações simbólicas que definem o ser em sua singularidade (eu sou) e o outro em sua alteridade (Fulgencio, 2020). Em relação ao conceito de verdadeiro *self* discutido por Zerbe e Satir (2016), quando Winnicott explora a etiologia do conceito, propõe examinar o estágio das primeiras relações objetais, momento este em que o lactante está não integrado na maior parte do tempo e nunca completamente integrado.

> A coesão dos vários elementos sensório-motores resulta do fato de que a mãe envolve o lactante, às vezes fisicamente, e de modo contínuo simbolicamente. Periodicamente um gesto do lactante expressa um impulso espontâneo; a fonte do gesto é o *self* verdadeiro, e esse gesto indica a existência de um *self* verdadeiro em potencial. Precisamos examinar o modo como a mãe responde a esta onipotência infantil revelada em um gesto (ou associação sensório-motora). Ligo aqui a ideia de um *self* verdadeiro com o gesto espontâneo (Winnicott, 1983/1960, p.132).

O verdadeiro *self* envolve a noção de continuidade de ser e tem como correlato a tendência inata à integração, o gesto espontâneo e os processos mais elaborados de criação simbólica. Se as condições ambientais não forem boas o suficiente, ou seja, caso o ambiente inicial com a mãe ou seu representante apresente uma característica intrusiva ou excessivamente oscilante e ausente, ocorre uma falha de desenvolvimento que interrompe os processos de simbolização e a continuidade de ser. Na prática, o lactante protesta com uma formação de existência falsa (falso *self*). Nessas circunstâncias o "quadro clínico é o de irritabilidade generalizada, e de distúrbio da alimentação e outras funções que podem,

contudo, desaparecer clinicamente, mas apenas para aparecer de forma severa em estágio posterior" (Winnicott, 1983/1960, p. 134). Cabe ainda ressaltar que, considerando o ser na sua modalidade adulta, Winnicott considera o conceito de saúde mais a partir da riqueza ou pobreza da personalidade, e menos a partir da presença ou ausência de sintomas como irritabilidade e distúrbio alimentar, por exemplo. Nesse sentido, pensar se um processo psicanalítico caminha bem implica conceber como a pessoa analisada vive, com quem vive, se age a partir de si mesma ou se forma um mecanismo de defesa excessivamente reativo (falso *self*), se é capaz de se adaptar às exigências do mundo sem perder demasiadamente a espontaneidade, se compartilha o mundo social e cultural como um lugar de encontro, criado e conquistado no encontro consigo mesma e com o outro, se é capaz de se sentir deprimida, considerando a capacidade de se sentir responsável, culpada, arrependida e por fim de sentir alegria quando as coisas vão bem (Fulgencio, 2020).

Sherman-Meyer (2015) também destacou que sua paciente obesa que sofria de compulsão alimentar tornou-se uma pessoa mais saudável ao longo do processo psicoterapêutico, menos porque perdeu peso durante o processo, e mais porque foi capaz de criar sentido em determinadas problemáticas de sua vida, a partir do desenvolvimento e fortalecimento de suas capacidades simbólicas. Ao longo do tratamento sua paciente pôde viver e simbolizar a experiência da fome como fome de afeto e não de comida. Também pôde iniciar ciclos repetidos de projeção, contenção, metabolização e reprojeção que permitiram a criação de uma imagem mais integrada de si mesma e dos outros. Uma personalidade bem integrada é aquela que apresenta maturidade emocional, ou seja, capacidade de lidar com sentimentos de perda, aceitando a criação de relações substitutas e capacidade de sustentar um equilíbrio entre a vida interna e a adaptação à realidade (Klein, 1991/1960). Em vez do termo *maturidade emocional* a abordagem psicodinâmica, bastante referenciada na revisão integrada da literatura, tende a usar *regulação do apego* ou *equilíbrio emocional.* Fica claro, contudo,

que a proposta da intervenção terapêutica psicodinâmica é que o(a) paciente adquira força psíquica para lidar com emoções penosas e que possa realizar uma bem sucedida integração das diferentes partes da personalidade como um todo, o que implica não excindir e projetar no outro o fator destrutivo inerente a determinadas experiências de dor psíquica.

Miranda (2010) coloca que é através de processos de integração inerentes ao método psicanalítico que surge a esperança de que os pacientes dotados de bocas tirânicas compulsivas interrompam esse processo de autocópia daquilo que já existe neles, como se fossem viciados em si, voltando a ser criadores de seus mundos. A propósito da apropriação da palavra *esperança,* realizada por Miranda (2010), que sempre referencia a obra de Melanie Klein, é curioso como o termo *hope* (esperança) aparece com frequência no texto *Envy and Gratitute* (Inveja e Gratidão), uma das últimas publicações de Klein antes de sua morte e, certamente, uma das mais relevantes de toda sua obra. Nesse trabalho ela usa a palavra *hope* em momentos distintos da constituição do nosso aparelho psíquico simbólico. Num primeiro momento, num estágio primitivo, claramente anterior à nítida discriminação entre o eu e o não-eu, a esperança aparece associada a um certo sentimento de crença e confiança no bom, correlaciona-se ao processo de estabelecimento do objeto bom no núcleo do ego. Pensamos que é um momento um pouco anterior à consolidação da posição depressiva. Para Klein, a observação oriunda da análise dos pacientes permite afirmar que o seio, em seu aspecto bom, "é o protótipo da 'bondade' materna, de paciência e generosidade inexauríveis, bem como de criatividade. São essas fantasias e necessidades pulsionais que de tal modo enriquecem o objeto originário que ele permanece como a base da esperança, da confiança e da crença no bom" (1991/1957, p. 211). E, em outro momento, Klein coloca a esperança como sendo um produto da integração do seio mau e do seio bom: partindo de uma situação cindida inicial em que a maldade e a destrutividade ficam projetadas nesse objeto parcial (seio mau), o bebê passa a perceber que aquela pessoa que gratifica, cuida, ama e apoia é a mesma que frustra,

que se ausenta. Neste momento o objeto se constitui de forma integrada e surge o sentimento de culpa e de preocupação em função da constatação de que a destrutividade parte desse eu em direção ao objeto. Assim, todos os aspectos reparatórios característicos da culpa depressiva aparecem a partir dessa experiência: "Esse *insight*, como podemos ver na situação transferencial, dá origem a uma grande dor psíquica e culpa quando a posição depressiva está em seu ápice" (1991/1957, p.228). E para contrabalancear a culpa depressiva, Klein aponta para o surgimento de sensações de alívio e para o aparecimento da esperança: "o *insight* também acarreta sensações de alívio e esperança, as quais por sua vez tornam menos difícil reunir os dois aspectos do objeto e do *self* e elaborar a posição depressiva" (1991/1957, p.228). Ou seja, com o desenvolvimento da posição depressiva, a esperança se torna o produto de um conhecimento inconsciente de que o objeto interno e externo não é tão mau quanto parecia ser em seus aspectos cindidos e projetivos. Evidentemente que falamos de um cenário benéfico e acolhedor promovido pela mãe e seu entorno. De outra maneira, considerando um ambiente em que o desamor e a falta de cuidado imperam, o processo de integração e desenvolvimento simbólico sofreriam abalos. Portanto, em Klein, a concepção de esperança apresenta qualidades ligeiramente distintas, mas que caminham na mesma direção: na direção da integração, da formação simbólica e da palavra. Está na direção do sentido, do ganho em significação; oposta, como o norte em relação ao sul, em relação ao caminho compulsivo e desordenado da sucção, mastigação e deglutição. Eis a conclusão metabolizada pela paciente Sofia ao interrogar o analista sobre a razão pela qual não se conversava nas sessões sobre o que se comia ou deixava de comer: *o que se fala, não se engole*. O que se fala está inserido no registro simbólico e diz respeito aquilo que se sonha, as lembranças rememoradas e à narrativa das experiências da vida; já o que se engole de forma compulsiva e desordenada carece de sentido e revela um veículo de comunicação pré-verbal repletos de cisões e projeções.

Altobelli e Motta (2018) também destacam a relevância do processo de integração no resultado do tratamento psicanalítico, mas também, como boa parte dos trabalhos analisados, não deixam de salientar a perda de 40 kg conquistada pelo paciente associada a uma significativa mudança nas escolhas dos alimentos. Neste trabalho analítico o paciente apresentou uma aproximação mais verdadeira consigo mesmo, encontrando sua subjetividade e permitindo uma mudança psíquica definida pela transposição de um estado repleto de identificações projetivas para um estado mais integrado. Já afirmava Moretto (2019) que a exclusão da subjetividade é justamente o grande risco a ser evitado nos tratamentos. No caso deste artigo de Altobelli e Motta (2018), a inserção da subjetividade do paciente se deu através de uma mudança psíquica (*psycho change*) circunscrito no campo teórico clínico desenvolvido por Beth Joseph, em que se constata ao longo da evolução do tratamento um movimento consistente em direção à posição depressiva "em termo de maior integração do *self* e de uma relação com os objetos mais total e realista" (Joseph, 1992/1986, p.204).

4.3.2 Luto e melancolia

Retomando o caso clínico, apesar de Sofia já ser *gordinha* desde a infância, chama a atenção o fato de ter ganhado muito peso justamente quando sua mãe faleceu e quando seu casamento sofreu abalos em função do nascimento da filha do marido. Ainda que Sofia não tenha percebido grandes mudanças na sua alimentação, ela entende que foi um período em que *descontou mais na comida* sua angústia. Neste momento do luto a dor foi tamanha, que seu aparelho psíquico funcionou de forma insuficiente para elaborar tudo o que vivia.

Para Freud (1996/1917), no trabalho de luto normal a pessoa, de forma penosa e dolorosa, desliga-se gradativamente do objeto perdido e estabelece novos investimentos libidinais em relação àquele ou àquela que se tornará seu próximo objeto de amor; já na melancolia, o investimento objetal é substituído por uma identificação. Neste último caso a libido que foi liberada a partir do momento em que o objeto não está mais lá (corporalmente

vivo para ser investido) não é deslocada para outro objeto e sim, recolhida para o próprio eu com uma finalidade específica: produzir uma *identificação*. Isso significa que a pessoa, ao se defrontar com um obstáculo emocional (dor da perda), retrocede efetuando uma escolha de base narcísica (Freud, 1996/1917). Identificado com o objeto que se desvitalizou (morte), a pessoa se deprime, e fica perdida no desespero infinito de um nada irremediável (Roudinesco & Plon, 1998).

A revisão integrativa revelou duas associações entre o trabalho de luto anormal (melancolia) e a consolidação de atos compulsivos alimentares. Catharin et al. (2020), por exemplo, colocam que pacientes obesos grau III com organização psíquica melancólica, tal qual formulada por Freud (1996/1917), uma vez operados, correm um maior risco de desenvolvimento de outras condutas adictivas. No caso clínico debatido por Sherman-Meyer (2015), foi possível analisar o relacionamento superficial e vazio da paciente com sua mãe, que era incapaz de realizar as funções de contenção, metabolização e pensamento encontradas no apego saudável. A autora não faz articulações com o artigo freudiano de 1917, nem aborda a melancolia por outros autores. Indica apenas que o resultado desse relacionamento empobrecido da paciente com a mãe na infância comprometeu o desenvolvimento de um ego psicológico reflexivo, regulado e integrado. Mas Cremasco e Ribeiro (2017) aprofundam bem a questão enunciada por Sherman-Meyer (2015), através do trabalho de Green (1988), que desenvolveu estudos acerca do narcisismo e lançou bases para a compreensão das marcas psíquicas deixadas na criança pela sua relação primeira com a mãe. As autoras articulam o estado de melancolia (neurose narcísica) com o conceito de *mãe morta*, de Green. Partem do pressuposto de que quando a mãe sofre de depressão ela perde a capacidade de ser um objeto vivo, fonte de vitalidade, para seu filho(a). Distante, figura-se como morta: “permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida” (Green, 1988, p. 239). Trata-se de um grande desinvestimento materno em relação à

criança. “Este desinvestimento é vivenciado pela criança como uma catástrofe e como um trauma narcísico, e irá demarcar para ela não apenas a perda do amor, como também a de sentido, visto que lhe faltam recursos psíquicos para elaborar o que lhe ocorreu” (Cremasco & Ribeiro, 2017, p.266). Ocorre que juntamente a esse desinvestimento, a criança busca incorporar a mãe e acaba por se identificar pelo vazio vivenciado na relação. Com essa mãe impossibilitada de simbolizar sua própria experiência emocional, a criança fica diante de uma ausência e não de um objeto que fora perdido. A partir deste ponto, as autoras pensam que, em alguns casos, o sujeito obeso teria intensão de alargar seu ego, mas se percebe cheio de vazio. Identificado com o buraco deixado pela mãe morta esse sujeito tentaria “solucionar este problema em uma posição melancólica que propõe uma tentativa de ‘introjeção’ imediata, mas meramente fantasística e ilusória (Abraham & Torok, 1987), engolindo e incorporando objetos, alargando seu invólucro corporal, mas sem enriquecer seu ego” (Cremasco & Ribeiro, 2017, p.268). Como sustenta Gurfinkel (2011), trata-se de um *locus* de não simbolização, ou seja, uma área em que a atividade psíquica de transformação da matéria pulsional bruta em matéria pensável e passível de produzir sentido não funciona de forma suficiente. “O agir impulsivo é o resultado de uma *incapacidade de parar para pensar* e, conforme se perpetua enquanto uma conduta repetitiva, retroalimenta, em um círculo vicioso, esse ‘déficit simbólico’, já que tende a anular as condições boas para o desenvolvimento do psíquico” (Gurfinkel, 2011, p. 54).

Em *Luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos* (1996/1940), Klein localiza o luto como um fenômeno da posição depressiva. Sua hipótese é que a perda de uma pessoa amada reativa ansiedades arcaicas e a capacidade de viver o luto e se recuperar depende justamente do atravessamento da posição depressiva vivida na infância. Para Klein (1996/1940), há uma relação estreita entre o teste de realidade no luto normal e os processos arcaicos da mente. O teste de realidade implica a constatação de que o eu se percebe enquanto

tal e que está vivo, ao mesmo tempo em que se depara com a dor da perda de seu objeto de amor. Na concepção freudiana, durante o luto é preciso tempo para que o domínio do teste da realidade seja executado em detalhes; "e que, uma vez realizado esse trabalho, o ego consegue libertar sua libido do objeto perdido" (Freud, 1987/1917, p.258). Nesse sentido, Klein afirma que a criança passa por estados mentais semelhantes ao luto do adulto, ou seja, o que ela chama de luto arcaico é uma experiência de pesar sentido em diferentes momentos da vida da criança. O teste de realidade para a criança também é vivido com dor e é considerado o caminho possível para superar o sofrimento e alcançar o amadurecimento. Teríamos, então, dois caminhos possíveis: o luto normal com estados psíquicos mais integrados e o luto anormal em que se observa estados mentais maníaco-depressivos (Klein, 1940), aproximando-se do estado de melancolia proposto por Freud (1987/1917).

Se tudo correr bem, o primeiro momento de pesar vivido pela criança será o desmame e tudo aquilo que representa na mente do bebê o seio e o leite materno; a saber, o amor, a bondade e a segurança. Como resultado da perda desses elementos gratificantes, o bebê direciona para o seio materno incontroláveis fantasias e impulsos destrutivos. Em função da trama edípica e do surgimento de novos objetos de ligação libidinal,

> o círculo dos objetos amados que são atacados na fantasia – e cuja perda, portanto, passa a ser temida – se amplia devido às relações ambivalentes da criança com os irmãos e as irmãs. A agressividade contra irmãos e irmãs fantasiosos, que são atacados dentro do corpo da mãe, também dá origem a sentimentos de culpa e de perda. De acordo com minha experiência, a preocupação e o pesar em torno da perda tão temida dos objetos 'bons'- ou, seja, a posição depressiva – é a fonte mais profunda dos dolorosos conflitos que ocorrem na situação edipiana, assim como na relação da criança com as pessoas em geral" (Klein, 1996/1940, p.388).

Todo esse drama emocional é incorporado inicialmente pela criança, razão pela qual Klein conceitualiza o fenômeno através do termo *mundo interno*. Quando os objetos são incorporados pela criança, isso significa que eles carregam essencialmente as características pulsionais e fantasistas da criança. Na medida em que a criança consegue representar os

objetos de uma maneira mais fidedigna, podemos inserir o uso do conceito introjeção do objeto. Quando a criança essencialmente introjeta e não incorpora, ela funciona de maneira mais integrada. É justamente quando podemos afirmar que o processo de luto está ativo e caminha bem. Do contrário teríamos um estado melancólico regido por movimentos psíquicos não devidamente integrados.

O teste de realidade gera dor por um lado porque apresenta a frustração, mas por outro permite que novas experiências de ser amado e sentir prazer e conforto junto a outras pessoas fortaleçam a confiança de que o fator destrutividade, que intermedeia as relações a partir do surgimento da frustração, não aniquile o outro nem o próprio eu. Isso "aumenta a esperança de que os objetos 'bons' e o seu próprio ego possam ser salvos e preservados, ao mesmo tempo em que a ambivalência e medos agudos da destruição interna diminuem" (Klein, 1996/1940, p. 389-390). Mais adiante, no mesmo artigo, Klein coloca que as provas e contraprovas obtidas através do teste de realidade externa oferecem à criança a possibilidade de ganhar mais confiança na sua "capacidade de amar, nos seus poderes reparadores, e na integração e segurança do seu mundo interno bom" (Klein, 1996/1940, p.396).

Klein afirma que a falta de contato íntimo, e de experiências agradáveis da criança com seu entorno (mãe e demais objetos de amor), aumenta a ambivalência nas relações, gerando perda de confiança, segurança e esperança. Como resultado temos o aumento de ansiedade – vivido como possibilidade do mundo ser aniquilado. Ao contrário, quando o "ego está mais fortalecido, dotado de uma maior confiança nas pessoas, então pode avançar ainda mais em direção à unificação de suas imagos – externas, internas, amadas e odiadas" (Klein, 1996/1940, p.396). E isso o torna mais capaz de mitigar o ódio através do amor, atingindo assim um processo geral de integração (Klein, 1996/1940). Essa situação de luta vivida pela criança quando busca integrar seu mundo interno é a mesma da pessoa que luta para elaborar seu luto. Segundo Klein, o adulto que vive o processo de luto terá maior, ou menor,

dificuldade de atravessá-lo dependendo de como viveu a entrada na posição depressiva na tenra infância. No luto adulto "a posição depressiva arcaica é reativada, juntamente com as ansiedades, a culpa e os sentimentos de perda derivados da situação da amamentação, da situação edipiana e de todas as outras fontes. No meio de todas essas emoções, o medo de ser roubado e punido por ambos os pais temidos – ou seja, "a sensação de perseguição – também volta a ganhar força nas camadas profundas da mente" (Klein, 1996/1940, p.396). É como se a criança, na ausência de sua mãe ou o adulto diante da morte da pessoa amada, experimentasse inconscientemente uma forma de punição, em que se é privado das gratificações da relação. Mas, supondo que, a partir do teste de realidade, o eu possa reestabelecer estados de confiança e esperança, mesmo considerando que o objeto amado não é ou era perfeito, então é possível afirmar que este eu avançou o suficiente para superar o sentimento de pesar.

> Aparentemente, todo avanço no processo de luto resulta num aprofundamento da relação do sujeito com seus objetos internos, na felicidade de reconquistá-los depois que eles foram considerados perdidos, numa maior confiança e amor por esses objetos, pois eles se mostraram bons e prestativos no fim das contas. Isso se dá de forma semelhante à maneira como a criança pequena constrói gradualmente sua relação com os objetos externos, pois ela ganha confiança não só através das experiências agradáveis, mas também da forma como supera frustrações e experiências dolorosas, sempre mantendo seus objetos bons (internos e externos) (Klein, 1996/1940, p.403).

Melanie Klein também sustenta que muitas pessoas de luto só conseguem restabelecer seus laços com o mundo externo muito lentamente e essa lentidão sinaliza mais uma dificuldade de atravessar o luto do que um estado estático psicopatológico. Não caberia, portanto, falar em estrutura melancólica. Klein não usou o termo *posição melancólica*, mas é cabível na atual discussão. Seu pensamento fundamentado na experiência clínica é dialético: o psiquismo oscila entre estados de maior integração (PD - posição depressiva) e estados em que cisões e projeções comprometem as boas integrações das redes afetivas que dão

sustentação a nossas experiências emocionais (PEP - posição esquizoparanóide ou, como nomeado, posição melancólica). Em estados de muito sofrimento psíquico e de luto, as pessoas se deparam com angústias muito primitivas e iniciam uma luta contra o caos interior. "No caso do adulto, contudo, o pesar é fruto de perda real de uma pessoa real; no entanto, o fato de ter estabelecido no início da vida uma mãe 'boa' dentro de si o ajuda a superar essa perda avassaladora" (Klein, 1996/1940, p.404).

Situações arcaicas ainda não tão bem elaboradas devem sim dificultar o trabalho de luto e se manifestam nas relações edípicas. Sofia e o ódio expresso em relação à irmã na cena de ciúmes, em que esta estava abraçada com o pai no banco do jardim revela aspectos de sua relação com a mãe que careciam de integração. Em *Um aspecto da compulsão à repetição*, Joseph (1992/1975) ensina que, em pacientes que estão em PEP, o ódio e ambivalência resultante, com seu desdobramento inevitável em culpa e depressão, são intoleráveis e insuportáveis, uma vez que o paciente desenvolve uma convicção inconsciente de que sua destrutividade causou, em algum momento do passado, um imenso estrago em seu objeto primário de amor. Seguindo os pressupostos kleinianos, Joseph coloca que nesses casos o paciente cinde o self,

> escindindo as partes dependentes e necessitadas – incluindo aí necessariamente grande parte do que é bom, bem como as partes invejosas e que odeiam -, e as projetam para dentro de seu objeto; mas, no mesmo instante, o objeto é cindido, resultando numa parte persecutória que, como acabei de descrever, contém as partes más e indesejadas do self e a parte persecutória do objeto são constantemente fragmentadas, a fim de diminuir sua intensidade, e projetadas para dentro de uma variedade de objetos. Simultaneamente o objeto idealizado é introjetado e inteiramente devorado, e o paciente fica completamente identificado com ele, de modo que o objeto deixa de ter qualquer existência separada, quer externa, quer internamente (Joseph, 1992/1975, p.35 e 36).

Seguindo essa linha de pensamento, entende-se que todo esse dinamismo psíquico dispendido pelo paciente e a insistente repetição desse funcionamento se justifica como

tentativa de se libertar do excesso de ansiedade. A autora justamente busca correlacionar o uso dos mecanismos de identificação projetiva, cisão e introjeção com o conceito freudiano de pulsão de morte: “Freud postulou que a compulsão à repetição é uma manifestação do trabalho da pulsão de morte, descrevendo a pulsão de morte como a tendência ao restabelecimento de um estado anterior de existência, em última instância, de um estado inorgânico” (Joseph, 1992/1975, p.45). É como se o uso de tais mecanismos psíquicos fizessem com que o paciente se sentisse mais livre de ansiedade na medida em que se aproximam do estado inorgânico (morte).

Nesse sentido, o trabalho clínico do psicólogo quando se depara com um estado melancólico, em que uma desordem alimentar pode imperar, exige um tipo de produção psíquica que favoreça a introjeção de objetos internos continentes e protetivos. Como consequência o paciente desenvolve uma menor dependência de objetos externos: inclui a comida, mas não se limita a ela. “Daí a importância da terapia tanto antes como após a cirurgia” (Cremasco & Ribeiro, 2017, p. 269). Como Sofia demonstrou recursos simbólicos desde o início do processo psicoterapêutico, isso facilitou o processo de integração e a reativação, digamos assim, da dialética PD-PEP-PD-PEP-PD-PEP. A primeira organização mental (PD) integra; a segunda (PEP) dispersa e desintegra.

No caso de Sofia, talvez pudéssemos considerar que a insuficiência para lidar com momentos de maior angústia, no caso a perda da mãe e a ruptura de confiabilidade no marido num momento em que seu apoio era tão imprescindível, dificultou seu processo de luto. Se, por um lado, pudemos pensar em questões arcaicas de Sofia relacionadas à mãe e que careciam de elaboração, por outro ela aproveitou bem o amparo psicoterapêutico e com seus recursos psíquicos pôde resgatar suas dores e, de forma suficiente, superou o estado de vulnerabilidade em relação ao uso de recursos não verbais e impulsivos. Vale destacar, portanto, que não se trata de tomar o paciente que sofre de obesidade severa necessariamente

como alguém que apresenta um aparelho psíquico empobrecido, numa definição estrutural ou estática de funcionamento mental. Como afirma Barros (2020), a alternância dessas organizações mentais (PD-PEP) promove desenvolvimento importante, porém não linear. "Ao atingir a posição depressiva por um momento, sua integração normalmente é novamente ameaçada por ansiedades poderosas, que a desorganizam forçando um retorno para o modo de organização paranoide, que não será idêntico ao momento esquizoparanóide anterior" (Barros, 2020, p.91). É neste ponto que a intervenção do psicoterapeuta se torna construtiva e produtiva, propiciando um novo *insight*, ou seja, um sentido que suscite que a mente volte a funcionar no modo mais integrada (PD). Sem a intervenção psicanalítica o paciente pode ter dificuldade no processo de elaboração simbólica, ficando mais vulnerável à utilização de recursos impulsivos no decorrer do tempo que perdura o estado mental que funciona essencialmente no modo de não integração (PEP).

Logo, o maior risco de não aderir ao processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica, localiza-se, justamente, nos impulsos destrutivos que invadem os processos de produção de representação psíquica, ou seja, de construção de sentido, promovendo um desligamento (descatexia) dos vínculos objetais que estabelecem relações com certos tipos de memórias essenciais. Isso compromete a compreensão do paciente sobre o significado do que está sendo expresso em sua vida mental, tornando-o mais vulneráveis a ações impulsivas, aquém do pensamento (Barros, 2020).

4.3.3 Ajustes no método psicanalítico

No início do tratamento Sofia preocupava-se com questões vinculadas à cirurgia bariátrica e sua recuperação: expectativas em relação ao agendamento da cirurgia e desafios da dieta líquida e sólida no pós-operatório, por exemplo. Mas curiosamente, não demorou para intercalar falas referentes à perda de sua mãe e conflitos no casamento, iniciando, assim, sua narrativa simbólica. Desde o primeiro encontro, trouxe questões que direcionavam seu

pensamento para um sofrimento que escapava à sua compreensão, não alocando sua inquietação a todo instante no sintoma ou em qualquer registro outro de qualificação concreta. Há uma particularidade de Sofia neste ponto. Muitos pacientes atendidos antes da cirurgia e que iniciaram processo psicoterapêutico tiveram dificuldade de associar livremente, exigindo uma presença menos silenciosa do psicoterapeuta. Kalil (2010) menciona que silêncios prolongados típicos do tratamento psicanalítico tradicional podem ser de início sentidos pelos pacientes com compulsão alimentar como um empurrão para o meio do vazio, gerando estados de desamparo e angústia intolerável com alto risco de interrupção do tratamento. Ao longo dos anos de experiência clínica com os pacientes que realizavam cirurgia bariátrica, intuitivamente, percebemos que a entrada em análise propriamente dita ocorria muitas vezes num momento mais longínquo. Seja no caso de Sofia, que se apresentava desde o início mais articulada, seja no atendimento de outros pacientes que tinham mais dificuldade de associar livremente, em algum momento, era necessário falar menos e se tornar um analista com mais escuta flutuante. Trata-se de um movimento que no nosso entendimento ocorre na medida em que o paciente vai se sentindo mais confiante na relação analítica e nas associações de seus pensamentos. Um movimento que combina com a expressão popular *dançando conforme a música.* Neste caso a expressão significa que devemos nos atentar às situações adversas do paciente, agir conforme a exigência do momento, considerando que existem situações em que o paciente pode sentir a interpretação do analista como um ato onisciente, condenatório e ameaçador. Fernandes (2006) argumenta que, apesar da interpretação do analista revelar algo sobre aquilo que se desconhece do paciente e isso ser favorável na evolução do tratamento, para pacientes que sofrem de transtorno alimentar a ação interpretativa no início do tratamento pode fazer emergir angústias persecutórias, no sentido da mãe/analista saber tudo sobre o que lhe ocorre. Mas, trata-se de um saber tudo, que essencialmente reforça o senso de inadequação e ineficácia. Portanto, do ponto de vista técnico, a saída é estimular o surgimento

das capacidades próprias de pensamento dos pacientes, que passam a reconhecer o analista essencialmente como um colaborador (Fernandes, 2006). A interpretação seria, supostamente, um *by pass simbólico*[11] relevante para o paciente, mas diante do eventual efeito danoso, a análise deve seguir um ritmo mais lento. Portanto, para o paciente que realiza a cirurgia bariátrica e sofre de compulsão alimentar, o *by pass simbólico* não parece ser recomendável no início do tratamento. Cremasco e Ribeiro (2017) entendem, inclusive, que o trabalho com pacientes que sofrem de compulsão alimentar exige um tipo de produção psíquica que convoca o analista a estabelecer com o paciente uma comunicação pré-verbal. Neste ponto, as publicações internacionais destacaram bastante os efeitos positivos do uso do conceito de transferência e de contratransferência na evolução do tratamento (Sherman-Meyer, 2015; Tasca, 2016; Zerbe & Satir, 2016; Zerbe, 2016; Brisman, 2016b). É a partir desta comunicação protossimbólica primeira que o analista busca identificar, sem pressa e sem atalhos, aspectos que possibilitem a criação de representações psíquicas, auxiliando o paciente a se inserir cada vez mais no registro simbólico propriamente dito.

Interessante que Betty Joseph, psicanalista referenciada no artigo de Altobelli e Motta (2018), explica que, com pacientes que ela denomina de *difícil acesso*, o objetivo do trabalho é, por um longo período da análise, o de encontrar uma forma de estabelecer contato com as suas necessidades e ansiedades "a fim de fazer com que uma maior parte da personalidade se torne disponível e, com o passar do tempo, propicie uma maior integração do ego" (Joseph, 1992/1975, p.85). A autora, ao se referir aos pacientes de difícil acesso, sem correlacionar com transtornos alimentares – foram Altobelli e Motta (2018) que realizaram essa articulação através do caso clínico discutido – define-os como pacientes que apresentam uma cisão na personalidade de forma que parte do ego é mantida à distância do trabalho analítico. Trata-se

[11] A técnica cirúrgica mais utilizada no Brasil para pacientes que sofrem de obesidade severa é a *by pass*, que na sua tradução literal significa *atalho.* Coincidentemente a Maria Helena Fernandes (2006) usou o termo *atalho* ao se referir ao efeito da interpretação na evolução do tratamento psicanalítico. Aproveitando o tema desta dissertação e o devido uso (ou não) da técnica psicanalítica da interpretação, foi criada a expressão *by pass simbólico*.

de uma forma de conceber a problemática que se assemelha à conceituação de falso *self* de Winnicott (1983/1960). Por vezes esses pacientes se mostram bastante colaborativos com o analista, porém revela-se na transferência um fator destrutivo que os impedem de entrar em contato verdadeiro com o analista. Para isso, utilizam-se de métodos de evitação, evasão ou de extrema passividade e apatia, como se tivessem desaparecido temporariamente da análise. Esses métodos estão associados ao uso intenso da identificação projetiva (Joseph,1992/1975). Para ilustrar seus pensamentos, a analista traz um recorte clínico de uma paciente, identificada por *B*, que até oferecia certos estados de disponibilidade de contato verdadeiro com a analista; porém Joseph sentia como se existisse uma parte cindida do *self* da paciente que as observava e que parecia reagir com fúria à constatação de que a analista entrava em contato com a parte que procurava um contato verdadeiro.

> Creio que esta última parte que invejosamente não podia suportar que eu estabelecesse contato com ela: defensivamente, gritava e mantinha-me afastada e então sentia-se atacada. Um dia, ela trouxe *um sonho em que observava sua mãe dando banho em um bebê, mas a mãe não conseguia fazê-lo. O bebê ficava escorregando das suas mãos como um peixe escorregadio. Depois ficou deitado debaixo d'água com o rosto para cima quase se afogando. Minha paciente tentou então dar alguma ajuda à mãe.* É difícil transmitir exatamente o modo como o sonho foi contado – mas ele salientava a burrice e a inaptidão da mãe e sua necessidade da ajuda de minha paciente (Joseph, 1992/1975, p. 90).

Essa dimensão escorregadia do peixe que apareceu no sonho representa bem o que Joseph chama de função de evasão e evitação. Como se a analista não pudesse segurar a paciente firmemente; ela logo escorregava. E com isso a interpretação escorregava, a compreensão de sua problemática escorregava e o resultado da intervenção psicanalítica também escorregava: "Mostrei que ela queria fazer de mim uma pobre mãe inferior e inadequada" (Joseph, 1992/1975, p. 90). Curiosamente, a paciente passou a comunicar que uma parte de si era capaz de ajudar sua mãe-analista a segurá-la e que era também capaz de segurar dentro de si as interpretações que a analista produzia sem escapar do contato de forma

escorregadia. Esse momento da análise Joseph considerou muito importante primeiramente porque a capacidade de sonhar já revelava capacidades simbólicas e de integração significativas e segundo porque trouxe um elemento de confiança na analista a ponto de poder tomá-la como aliada e não perseguidora. Nas palavras de Joseph, ela compreendeu que houve "um reajustamento entre diferentes partes da personalidade de um modo mais integrado e construtivo" (Joseph, 1992/1975, p. 91). A autora coloca também que é fundamental o analista ficar atendo a essa dimensão da identificação projetiva, mesmo quando o processo analítico evolui, porque com esses pacientes de difícil acesso pode ocorrer num momento posterior um bloqueio do avanço do contato acrescido de "passividade acentuadamente aumentada e aparentemente intratável" (Joseph, 1992/1975, p.91).

Joseph mostra-se bastante preocupada em transmitir aos analistas que estes devem ficar atentos mais ao modo pelo qual o material é apresentado e menos ao conteúdo e simbolismo das palavras. Segundo ela, mesmo em pacientes bem articulados com a fala pode aparecer mecanismos esquizoides de maneira que o paciente se comunica muito mais concretamente por meio de atuação (*acting out*) na transferência. Confirmando diversos autores citados (Sherman-Meyer, 2015; Tasca, 2016; Zerbe & Satir, 2016; Zerbe, 2016; Brisman, 2016b) que abordaram a relevância do uso técnico da transferência, Joseph destaca que a interpretação assertiva que produziu no caso clínico ilustrado se deu menos pelo conteúdo simbólico que o sonho revelou, e mais pela comunicação por identificação projetiva que a paciente já havia realizado transferencialmente. Ou seja, a dimensão escorregadia, evasiva e *evitativa* já estava presente na relação analítica desde o início e foi ganhando uma forma mais clara para a analista através desta comunicação transferencial que se oferece num tempo mais prolongado. A produção onírica da paciente e a interpretação precisa da analista ocorreram no seu tempo, que como Joseph colocou, foi longo, considerando o marco inicial

da análise. A espera e o uso técnico da interpretação no momento adequado propiciaram um movimento psíquico mais integrado e construtivo (Joseph, 1992/1975).

Também é interessante observar, a partir da análise das publicações internacionais, a valorização que se dá ao uso de técnicas mistas associadas à psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica. Brisman, por exemplo, usou a técnica de *analytic inquiry* que possibilitou, num momento anterior à análise, a construção de uma relação de segurança e confiança inicial de forma que aspectos inconscientes da vida emocional da paciente pudessem ser integrados lentamente na relação transferencial (Brisman, 2017b). Para Barth (2014), uma mistura de intervenções focadas no sintoma do transtorno alimentar, como a técnica cognitivo-comportamental, de apoio, orientada para o *insight*, reguladora do afeto, de abordagens psicanalíticas e intervenções psicofarmacológicas costumam ser mais úteis para essa população do que uma abordagem linear única. Zerbe e Satir (2016) também apontam o uso de técnica comportamental no início do tratamento e o posterior uso de técnicas psicodinâmicas como o meio mais adequados para se alcançar os melhores resultados com os pacientes de transtorno alimentar.

Nas publicações psicanalíticas nacionais não foram constatadas críticas positivas ou negativas em relação ao uso de técnica mista. Essa concepção não é considerada pelos pesquisadores e psicanalistas brasileiros citados na introdução. Portanto, as publicações das pesquisas internacionais são importantes de serem destacadas porque permitem que, aqui no Brasil, os psicoterapeutas possam realizar pesquisa junto às universidades para se testar o uso da técnica mista em pacientes que sofrem de transtorno alimentar. Será que o resultado é melhor? Mesmo que não seja possível se chegar à conclusão se é melhor ou pior, o que de bom pode advir desse experimento? Um bom experimento é aquele que oferece a possibilidade de se desenvolver uma técnica, ou criar uma nova a partir da discussão dos resultados.

4.3.4 Saúde e equipe multidisciplinar

Como visto na introdução há diversos determinantes que contribuem para a constituição da obesidade severa para além dos psicológicos (genéticos, endocrinológicos, ambientais e sociais). Também foi abordado o impacto do acúmulo de gordura na saúde do organismo por diversas especialidades da medicina. O fator constituinte e as consequências da obesidade demandaram de diversas áreas do saber como a psicologia, nutrição, fisioterapia e medicina buscas por tratamento para reverter um estado frágil de saúde que se agrava muito a partir do momento em que a pessoa apresenta obesidade grau III. Também foi justificada a razão pela qual se utiliza o método cirúrgico para tratar pacientes que sofrem de obesidade severa. Está claramente ligada ao controle de doenças associadas como dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 (Silva et al. 2016; Wu et al. 2016), à redução da taxa de morte de doenças cardiovasculares em longo prazo (Sjöström et al. 2012; Eliasson et al. 2015) e à constatação de que métodos clínicos não apresentam a mesma eficiência que o cirúrgico para pacientes que sofrem de obesidade grau III (Picot et al. 2009; Sjöström, 2012; Halpen & Schimidt, 2021). Considera-se aqui critérios de eficácia e de saúde vinculados ao saber da medicina.

Apesar dos benefícios atrelados ao método cirúrgico, podem ocorrer resultados indesejados, tais como recidiva da obesidade ou abuso do uso de álcool, que acabam exigindo cuidados e tratamentos especiais para estes pacientes. A ampliação que a Psicologia e, em particular a psicanálise, propõe para o conceito de saúde justifica essa extensão dos cuidados antes e depois da cirurgia. Considerando a relevância dos critérios médicos de saúde no tratamento de pacientes que sofrem de obesidade severa, a psicanálise propõe avaliar antes da cirurgia quais dos pacientes apresentam um funcionamento psíquico que favorece estados de não integração associados a ações impulsivas ou compulsivas, e indicar psicoterapia de abordagem psicanalítica para aqueles que estão psiquicamente mais vulneráveis.

O aspecto psicológico se apresenta como relevante e justifica a presença de psicólogo e de psiquiatra numa equipe de cirurgia bariátrica. Cuidados de cardiologistas, hepatologistas, ortopedistas e endocrinologistas e outros especialistas, antes e depois da cirurgia, também podem ser necessários. Em boa parte dos casos o acompanhamento desses especialistas médicos é de curta duração, já que a rápida perda de peso promovida pela operação logo contribui para a eliminação ou atenuação dos problemas médicos de saúde, conforme já apontado na introdução. Já o acompanhamento de nutricionista e clínico médico é obrigatório após a cirurgia e deve perdurar por toda a vida, já que as técnicas cirúrgicas que envolvem desvio do trânsito gastrointestinal (como a *by pass*, que é a mais feita) e intestinal (derivação biliopancreática) promovem má absorção de micro e macronutrientes e, portanto, exigem monitoramento contínuo (Beleigoli, Costa, & Rajão, 2012; Carra & Cruz, 2021).

Atualmente as equipes bem estruturadas que tratam a obesidade severa trabalham de forma multiprofissional. No Brasil isso é ressaltado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) e pelo Ministério da Saúde, que afirmam que a assistência ao paciente deve integrar profissionais da área de nutrição, clínica médica e psicológica (SBCBM, 2020; MSB, 2001). A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica foi fundada em 1996. E em 2001 (Portaria n. 628/GM) o Ministério da Saúde oficializou a prática da cirurgia bariátrica. Considerando a transformação que vinha ocorrendo nos padrões nutricionais da população brasileira; considerando que a obesidade constitui-se em preocupação relevante para a saúde pública, uma vez que impõe a seu portador fator de risco à saúde e limitações de qualidade de vida; considerando a prevalência da obesidade severa e a verificação de casos que não respondem aos tratamentos habituais, implicando num aumento da morbimortalidade de seus portadores; considerando a necessidade de ampliar a oferta de serviços na área de gastroplastia e de criar mecanismos que facilitem o acesso dos portadores de obesidade severa, quando tecnicamente indicado, à realização do procedimento cirúrgico

para tratamento; aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo esta Portaria, a assistência ao paciente, antes e após a cirurgia, deve contar com equipes de nutrição, clínica médica e psicológica, trabalhando de forma integrada junto ao SUS (MSB, 2001).

Dois anos depois, em 2003, como resultado dos debates realizados no V Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica na cidade de Fortaleza, criou-se a Comissão das Especialidades Associadas (COESAS/SBCBM). Os profissionais de especialidades não cirúrgica – como por exemplo, endocrinologista, nutricionista, hepatologista, psicólogo, psiquiatra e odontologista – puderam, então, fazer parte de uma categoria específica dentro da SBCBM e, dessa maneira, passaram a promover troca de conhecimentos e atualização profissional, estabelecer protocolos, além de incentivar o estudo e a especialização no tratamento de pacientes que sofrem de obesidade severa e daqueles que deixaram de ser obesos após a realização da operação, mas que demandavam cuidados específicos (SBCBM, 2021).

Tanto os escritos dos psicanalistas brasileiros que trabalham com transtorno alimentar como as publicações psicanalíticas ou de abordagem psicodinâmica analisadas nos periódicos internacionais apontam, de forma geral, para a necessidade de se dialogar e de se trabalhar com outras áreas do saber. Fernandes (2006), por exemplo, entende que a pesquisa na área dos transtornos alimentares exige que os profissionais entrem em contato com a análise histórica da alimentação, descrições da psiquiatria e de outras especialidades da medicina e revelações da epidemiologia. Nesse sentido, a psicanálise contribuiria com mais um saber que deve ser integrado aos demais no tratamento clínico e/ou cirúrgico de pacientes que sofrem de transtorno alimentar e obesidade severa. Fernandes (2006) cita, inclusive, a Oitava Conferência Internacional dos Transtornos Alimentares (1998), em que foi dado destaque ao diálogo multidisciplinar. Esse evento ganhou repercussão por ter bem comunicado que o

campo de pesquisa dos transtornos alimentares é multifatorial e que o desafio seria, portanto, integrar os saberes etiológicos propostos pela medicina e Psicologia, ao saber de pesquisas epidemiológicas e sociológicas. Uma seção científica dedicada apenas à epidemiologia e estudos transculturais foi realizada com pesquisadores dos quatro cantos do mundo, revelando que a problemática alimentar já era, no final do século XX, uma preocupação global. (Morgan & Azevedo, 2006/1998).

Assim como Fernandes, Miranda (2010) também ressalta que a equipe multiprofissional aumenta a chance de o tratamento ser eficaz. Segundo a autora, para além das funções próprias de cada especialidade, a constituição do modelo de equipe oferece aos pacientes novos modelos identificatórios, facilitando o trabalho do psicanalista de restauração e integração das figuras parentais internalizadas (Miranda, 2010). A possibilidade de um especialista negar o encaminhamento para seu colega de outra especialidade, supondo que seu próprio trabalho se revelaria ineficaz ou com ausência de valor, não permite que o devido tratamento se concretize (Fernandes, 2006). O tratamento isolado e onipotente do psicanalista ou de qualquer outro profissional em relação a pacientes que sofrem de transtorno alimentar (TA) e obesidade severa definitivamente foge do tratamento adequado e recomendado por aqueles que trabalham nesta área de atuação.

Nos periódicos internacionais Barth (2014) e Rice (2016) valorizam a visão multiprofissional de tratamento. Barth (2014) destaca a prática integrativa. Esta autora solicita que todos os seus pacientes de TA façam um *check-up* médico ao iniciar o tratamento psicoterapêutico. Isso é parte do que chama de formação de equipe virtual, o que significa que a equipe multidisciplinar não precisa existir fisicamente no mesmo espaço, a equipe pode existir como uma rede de atendimento e encaminhamento distribuído em diversos locais da mesma região. Para além do *check-up* inicial, Barth (2014) relata também não abrir mão ao

longo do tratamento do acompanhamento de um médico especialista, de um psiquiatra e nutricionista ao tratar de pacientes com TA.

Rice (2016) enfatiza que os processos psicoterapêuticos facilitam que os pacientes se mantenham vinculados aos tratamentos farmacológicos e de orientação nutricional e destaca também que a Psicologia deve estar articulada com a linguagem da neurociência.

Uma questão relevante e não explorada pelos autores envolve a dificuldade em comunicar à equipe multidisciplinar como o método e o tratamento psicoterapêutico de abordagem psicanalítica funciona e como se integra aos demais saberes. Pesquisa atual realizada na Universidade de São Paulo concluiu que a comunicação do trabalho do psicanalista é mais facilmente realizada através de construção de caso clínico, com sua devida elaboração e apropriação dos efeitos positivos para o paciente (Fender & Moretto, 2020). A pesquisa também demarca outros autores que consideram a construção de caso clínico um facilitador no processo de inserção do saber psicanalítico nas instituições, na medida em que transmite a especificidade de um manejo sobre o sofrimento humano, "sustentando frente a diferentes saberes uma lógica singular do sintoma e reintroduzindo a dimensão do sujeito na compreensão do caso e na tomada de decisões" (Fender & Moretto, 2020, p.11). Segundo os autores, é importante ter em mente que a comunicação do trabalho psicanalítico para profissionais não acostumados com os conceitos e referenciais teórico-clínicos próprios da metapsicologia psicanalítica implica a necessidade de se adaptar ou traduzir o conteúdo para uma linguagem mais acessível (Fender & Moretto, 2020). Essa preocupação está de acordo com a posição de Catharin e colaboradores (2020) que colocam a polifonia de conceitos de diferentes autores (Bion, Winnicott, Green, Freud e Lacan) como um fator que atrapalha a compreensão daqueles que não são psicanalistas. Essa dificuldade na comunicação das contribuições da psicanálise, no tratamento de pacientes que sofrem de obesidade severa, pode incorrer, inclusive, no risco de se obter um menor nível de evidências se compararmos

com os resultados e discussões de outras pesquisas não psicanalíticas em Psicologia (Farah & Castanho, 2018; Catharin et al. 2020). Para Fender e Moretto (2020), outro risco que se corre na comunicação é o de torná-la simplista e, ao invés de valorizar o saber psicanalítico na relação com seus pares, o enunciador pode realizar um desserviço. Os autores salientam, portanto, a necessidade de um refinamento na elaboração do saber a ser transmitido através do caso clínico e vão além, ao afirmarem que com essa intervenção deve surgir também uma certa sutileza no trato com cada profissional que compõe a equipe de forma a fazer emergir sua própria subjetividade (Fender & Moretto, 2020). Os autores apontam para uma questão bastante cara à psicanálise, que envolve a concepção de que o ser que está ali, para ser tratado ou cuidado, por mais que carregue uma especificidade própria de uma psicopatologia ou de um sintoma, carrega em si, antes de tudo, uma subjetividade e uma particularidade na maneira como lida com seu sofrimento e com suas angústias, o que impõem ao cuidador a possibilidade de se comunicar com esse estado a partir de sua própria subjetividade, de sua própria humanidade, saindo do lugar daquele que detém toda a sanidade e a utiliza como uma forma de 'tratar' o sintoma ou a loucura daquele que está ali para ser 'tratado'. Isso implica retomarmos o conceito de saúde abordado pela psicanálise que, dentre outras características, afirma que *saúde* não implica necessariamente ausência de sintoma ou doença, "a saúde está muito mais relacionada à riqueza ou pobreza da personalidade do que a um estado em que não existam sintomas" (Fulgencio, 2020, p.66).

Cabe ainda ressaltar – naquilo que diz respeito a relevância de se transmitir um caso clínico como uma forma mais adequada de integrar o saber psicanalítico com o das demais áreas que compõem uma equipe multidisciplinar de saúde e considerando que esta pesquisa está inserida no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa – que o trabalho de transmissão aqui exposto opera como uma via de mão dupla: por um lado a exposição do caso clínico de Sofia com suas questões médicas e psicológicas, atendida psicanaliticamente

de forma integrada à equipe médica e nutricional, promove uma boa compreensão do trabalho do psicanalista por parte de médicos, nutricionistas e fisioterapeutas que compõem a equipe multidisciplinar. Por outro lado, também auxilia na reflexão dos membros das instituições de psicanálise que não trabalham em equipe multidisciplinar de tratamento de obesidade sobre o lugar ético que ocupam diante de pacientes que sofrem de obesidade severa. O eventual excesso de resistência do psicanalista (ou psicoterapeuta, de forma geral) de que seu paciente que sofre de obesidade severa (não se trata de pacientes que sofrem de obesidade moderada ou sobrepeso) se utilize do método cirúrgico para tratar a obesidade e as doenças graves associadas pode fazer do profissional uma pessoa que encaminha o paciente para o abismo da morte e não, como supostamente por vezes se pensa, que direciona o paciente de um estado de assujeitamento aos padrões de beleza determinados pela cultura para um estado mental integrado e independente em relação às exigências destes padrões, por exemplo. Ou seja, para o paciente caminhar no processo psicoterapêutico, para ele alcançar um estado mental mais integrado e repleto de vivacidade, o paciente precisa estar, antes de tudo, biologicamente vivo. O risco de morte para os pacientes de obesidade grau III é real e concreta. Não se trata de uma morte simbólica e metafórica. Como exposto na introdução, quase três milhões de pessoas morrem por ano em função de complicações do excesso de gordura no organismo (WHO, 2020). Essa estatística é semelhante ao espantoso número anual de mortes ocorridas em função de complicações do COVID-19, considerando os anos de 2020 e 2021 (WHO, 2021). Estendendo ainda a discussão sobre a transmissão de via de mão dupla a partir da apresentação de um caso clínico, é importante que os psicanalistas tenham em mente que não há evidências científicas de que o tratamento psicanalítico necessariamente promova perda de peso significativa agindo isoladamente ou em conjunto com outras abordagens clínicas, mesmo considerando que a perda de peso não é o resultado principal desejado – mas no caso de um paciente que sofre de obesidade severa isso não pode ser negado porque envolve a

integridade física da pessoa. Contudo, a garantia de que o processo cirúrgico se sustente com ganhos de saúde para o paciente ao longo do tempo depende de como o paciente lida psiquicamente com os determinantes psicológicos que colaboraram para a constituição do quadro de obesidade (não faço referência, evidentemente, aos pacientes que sofrem de obesidade severa em função de outros fatores que não os psicológicos). O caso clínico de Sofia, por exemplo, é uma evidência de que a intervenção psicanalítica foi benéfica para esta paciente no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa, considerando os critérios psicanalíticos e os médicos de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o conceito médico e psicanalítico de saúde, o objetivo deste trabalho foi investigar se a inclusão da abordagem psicanalítica no tratamento multidisciplinar de pacientes obesos que realizaram cirurgia bariátrica é eficaz na promoção de saúde. Ou seja, a partir da intervenção psicanalítica se investiga se o paciente passa a funcionar mentalmente de forma mais integrada; se passa a fazer um melhor uso dos seus recursos simbólicos e de sua capacidade de pensar e fantasiar, diminuindo o uso de recursos não verbais e impulsivos e favorecendo os devidos cuidados médicos e nutricionais. Para tanto, a literatura sobre o tema, reunida em revisão integrativa, embasou a apresentação de estudo de caso de paciente submetida à cirurgia bariátrica que foi amparada pelo processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica. O estudo permitiu concluir que a abordagem se mostrou eficaz na promoção da saúde de pacientes nessa situação. A literatura fortalece nossos achados.

A partir do recorte clínico apresentado, constatamos que o processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica se mostrou efetivo, já que o excesso de ansiedade passou a ser expresso e registrado simbolicamente. A paciente tornou-se mais capaz de encarar sua realidade psíquica, considerando o sentimento de desamparo associado ao fator destrutividade, que aparece nas cenas narradas através de vingança, inveja e ciúme. No percurso do processo psicoterapêutico houve ocasiões em que essa atitude que integra e une não pôde ser mantida; mas houve claramente movimentos psíquicos de elaboração simbólica, que ainda estão em curso, que deixam a paciente menos vulnerável em relação à desconexão das diversas redes de afetos que nos constituem. E, como paciente submetida à cirurgia bariátrica, deixam-na menos vulnerável a se deparar novamente com a obesidade ou com outras situações de perda de saúde físico-mental.

Considerando as pesquisas neste campo específico de atuação, há evidências de que é através do processo de integração dos elementos psíquicos mais primitivos, elaborados no

processo psicoterapêutico (recursos psicanalíticos), associado aos recursos da medicina clínica e cirúrgica que reside a maior esperança de ajudar os pacientes que sofrem de obesidade severa. Os determinantes psíquicos na constituição do quadro, seja em função da compulsão alimentar, seja em função de transtorno de ansiedade associado à ingestão desordenada de alimentos, podem ser amenizados com a psicoterapia psicanalítica.

Portanto, conclui-se ser essencial o estudo sistemático de trabalhos psicanalíticos com pacientes que sofrem de obesidade severa. A sustentação científica de que a integração do método psicoterapêutico de abordagem psicanalítica no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa contribui para a melhora da saúde do paciente, considerando os referenciais de saúde médicos e psicanalíticos, exige trabalho contínuo de um grupo de atendimento e pesquisa idealmente com vínculo universitário. A Universidade de São Paulo é um lugar privilegiado para dar continuidade às pesquisas neste campo de atuação, na medida em que visa a integrar os resultados científicos (pesquisa) com o exercício profissional (atendimento à comunidade).

REFERÊNCIAS

Abraham, N., & Torok, M. (1987). *A casca e o núcleo*. São Paulo, SP: Escuta.

Altobelli, C., & Motta, I. (2018). The clinical treatment of obesity from a psychoanalytical perspective. *Journal of Health Science*, 6, 243-248. https://davidpublisher.com/Public/uploads/Contribute/5b724b18df1d3.pdf

American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5a ed.). Washington, DC.

American Psychoanalytic Association. *Psychoanalytic Psychotherapy*. (2021). https://apsa.org/content/psychoanalytic-psychotherapy.

Angelucci A., & Mancini, M. (2021). Fisiopatologia da obesidade e da ciclicidade do peso. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3. ed., pp. 51-62). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Appolinario J. & Freitas S. (2010). Transtornos alimentares e obesidade. In M. C. Mancini et al. (coord.). *Tratado de obesidade.* (pp. 389-392). Itapevi, SP: AC Farmacêutica.

Azevedo, A. P., Hasan, R., & Tavares, S. (2021). Transtornos alimentares relacionados com o ciclo sono-vigília. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 391-395). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Barros, E. M. R. (2020). O que é desenvolver-se para Melanie Klein? In L. Fulgêncio (org.). *Objetivos do tratamento psicanalítico.* (pp. 83-108). São Paulo: Concern; Attar.

Barth, F. D. (2014). Putting it all together: An integrative approach to psychotherapy with eating disorders. *Psychoanalytic Social Work.* 21,19-39. DOI: 10.1080/15228878.2013.865245

Beleigoli, A. M. R.; Costa, J. F., & Rajão, K. M. A. B. (2012). Acompanhamento clínico pós-operatório. In M. T. Diniz (org.). *Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar.* (pp. 145-152). São Paulo: Editora Atheneu.

Benedetti, C. (2001). *Obesidade e emagrecimento: um estudo com obesos mórbidos submetidos à gastroplastia.* São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. (Tese de Mestrado).

Benedetti, C. (2006). *Condutas alimentares e funcionamento de famílias de grandes obesos*. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. (Tese de Doutorado).

Benedetti, C. (2011). Intervenção familiar durante o emagrecimento. In A. R. M. Franques, M. S. Arenales-Loli (orgs.). *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*. (1ª ed. pp. 33-42). São Paulo: Vetor.

Birketvedt, G., Florholmen, J., Stundsfjord, J., Osterud, B., Dinges, D., Bilwer W. & Stunkard A. (1999). Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night eating syndrome. *JAMA,* 282, 657-63. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/191250

Blackburn, A. N., Hajnal, A., & Leggio, L. (2017). The gut in the brain: The effects of bariatric surgery on alcohol consumption. *Addiction Biology,* 22(6), 1540–1553.

Boere-Boonekamp, M., L`Hoir, M., Beltman, M., Bruil, J., Dijkstra, N., & Engelberts, A. (2008). Overweight and obesity in preschool children (0-4 years): behavior and views of parents. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde,* 152(6), 324-30. https://www.researchgate.net/publication/5526687_Overweight_and_obesity_in_preschool_children_0-4_years_Behaviour_and_views_of_parents

Bowlby, J. (1998). *Apego e perda*: separação, angústia e raiva. (3a ed., v.2). São Paulo, Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1973).

Bradley, L., Forman, E., Kerrigan, S., Goldstein, S., Butryn, M., Thomas, J., & Sarwer, D. (2017). Project HELP: a remotely delivered behavioral intervention for weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 27, 586-598. 2017. https://www.researchgate.net/publication/307591766_Project_HELP_a_Remotely_Delivered_Behavioral_Intervention_for_Weight_Regain_after_Bariatric_Surgery

Bray, G.A. (2003). Risks of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America,* 32(4), 787-804. https://doi.org/10.1016/S0889-8529(03)00067-7

Brisman, J. (2016a). Heathen talk: Psychoanalytic considerations of eating disorders and dissociated self. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy,* 15(4), 289-297.

Brisman, J. (2016b). What we talk about when we talk about food. In J. Petrucelli , S. Shoen (eds.). *Unknowable, unspeakable, and unsprung: Psychoanalytic perspectives on truth, scandal, secrets, and lies*. New York: Routledge.

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

Carra, M.K., & Cruz, P. (2021). Cuidados nutricionais pré e pós-cirurgia. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 770-781). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Catharin, V. (2019). *Significados atribuídos a imagem do corpo em pacientes que buscam a cirurgia bariátrica e metabólica*: um estudo psicanalítico. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". https://repositorio.unesp.br/handle/11449/183217

Catharin, V.; Campos, E., & Bocchi, J. (2020). Psicanálise, cirurgia bariátrica e obesidade: uma revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, *23*(1), 81-94. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100008&lng=pt&tlng=pt

Ceccarelli, P. R. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 471-477. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300015

Cicogna, J., Hillesheim, D., & Hallal, A. (2019). Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,*68(1). https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/pVqss7fYrnRdSDTKnjykFLz/?format=pdf&lang=pt

Cintra, E. M. U., & Ribeiro, M. F. R. (2018). Por que Klein? Elisa Maria de Ulhôa Cintra, Marina F.R. Ribeiro; coordenação Daniel Kupermann. São Paulo, Zagodoni.

Conceição E., Mitchell J., Engel S., Machado, P., Landcaster, K., & Wonderlich, S. (2014). What's "grazing"? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes and proposing a standardized definition. *Surgery of Obesity and Related Disorders,* 10(5), 973-82. DOI: 101016/j.soard.2014.05.002.

Cordas, T. A. (2000). Transtorno do comer compulsivo, características clínicas e etiopatogenia. *Revista da Sociedade de Endocrinologia e Metabologia*, v. 8, n.2, p. 22-27.

Cordas, T. A. (2002). Participação do psiquiatra na fase perioperatória. In A. B. Garrido Jr. (ed). *Cirurgia da Obesidade.* (1ª ed., pp.71-74). São Paulo: Atheneu.

Cordas, T. A., & Castilho, S. M. (1994). Imagem corporal nos transtornos alimentares - Instrumentos de avaliação: Body Shape Questionnaire. *Psiq Biol*, v. 2, p. 17-21.

Cordas, T. A., Lopes Filho, A. P., & Segal A. (2004). Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 48, p. 564-571.

Cremasco, M. V. F., & Ribeiro, C. C. (2017). Quando a cirurgia falha: implicações da melancolia na cirurgia da obesidade. *Psicologia: ciência e profissão*, 37(2), 258-272. http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000132015

Eliasson B., Liakopoulos V., Franzén S., Näslund I., Svensson A., Ottosson J., & Gudbjörnsdottir S. (2015). Cardiovascular disease and mortality in patients with type 2 diabetes after bariatric surgery in Sweden: a nationwide, matched, observational cohort study. *Lancet Diabetes and Endocrinolology,* 3(11):847-54.

Fandiño, J., Nazar, B., & Papelbaulm, M. (2010). Avaliação psiquiátrica do paciente obeso. In M. C. Mancini et al. *Tratado de obesidade* (3a ed., pp. 628-632). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Farah J., & Castanho, P. (2018). Dimensões psíquicas do emagrecimento: por uma compreensão psicanalítica da compulsão alimentar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 21, 41-57.* https://www.scielo.br/j/rlpf/a/ySZ5DqSd8cwZqcvSSmNcBQC/?format=html

Fender W. D., & Moretto M. L. T. (2020). Construir, comunicar, transmitir: um caminho possível para o analista em uma equipe multidisciplinar. *Rev. SBPH* [online]. Vol.23, n.1, pp. 3-15. ISSN 1516-0858.

Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares*: anorexia e bulimia. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Figueiredo, L. C. (2014). *Cuidado, saúde e cultura*: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante. São Paulo: Escuta.

Fisberg, M., Passos, M. A. Z., & Ferretti, R. L. (2021). Prevenção da obesidade: factível ou utopia? In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 35-46). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Fischler C. (1998). A "McDonaldização" dos costumes. In J. L. Flandrin, M. Montanari (coord.). História da alimentação. (pp. 841-862). São Paulo: Estação Liberdade.

Franques, A. R. M. 2002. Participação do psicólogo na fase perioperatória. In A. B. Garrido Jr. (ed). *Cirurgia da Obesidade.* (pp.75-79). São Paulo: Atheneu.

Franques, A. R. M., & Arenales-Loli M. S. (2006). *A contribuição da Psicologia na cirurgia da obesidade*. 1ª. ed. São Paulo: Vetor.

Franques, A. R. M., & Arenales-Loli M. S. (2011). *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*. 1ª. ed. São Paulo: Vetor.

Freud, S. (1996). Extrato dos documentos dirigidos a Fliess (1892-1899) – Rascunho G. In *Obras completas de Sigmund Freud.* (v.1, Rascunho G. Melancolia, pp. 246-253). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).

Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. In *Obras completas de Sigmund Freud*. (parte II, v. 5, capítulo VII, pp. 541-645). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1900).

Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In *Obras completas de Sigmund Freud*. (v. 14, pp. 243-266). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In *Obras completas de Sigmund Freud.* (v. 18, pp. 11-75). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1920).

Freud, S. (1996). O problema econômico do masoquismo In *Obras completas de Sigmund Freud*. (v. 19, pp. 173-188). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1924).

Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Obras completas de Sigmund Freud*. (v. 20, pp. 79-171). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1925-26).

Fulgencio, L. (2020). Psicanálise do ser: A Teoria Winnicottianna do desenvolvimento emocional como uma Psicologia de base fenomenológica. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Gadelha P., & Cercato, C. (2021). Obesidade e gestação. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 419-421). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ganong L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research Nursing Health,*10(1), 1-11.

Garrido, P. B. (2012). *A palavra e seu avesso*: um estudo sobre o processo de formação simbólica. (Monografia de conclusão de curso). Departamento de Formação em Psicanálise, Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo. 39 p.

Garrido, P. B., & Abdala F. H. (2017). Transtornos alimentares na visão psicanalítica. In *Intercâmbio das psicoterapias*. (2a ed., pp. 119-128). Rio de Janeiro: Editora Roca.

Garrido Jr., A. B., Matielli, J. D., Berti L. V., Elias A. A., & Oliveira M. R. (2010). Histórico do tratamento cirúrgico da obesidade no Brasil e no mundo. In M. C. Mancini, et. al. (org.). *Tratado de obesidade.* (pp. 565-572). Itapevi, SP: AC Farmacêutica.

Gearhardt, A., Boswell, R., & White, M. (2014). The association of "food addiction" with disordered eating and body mass index. *Eating Behaviour,* 15(3), 427-33.

Godoy, R. F. (2012). Acompanhamento psíquico pós-operatório. In M. T. C. Diniz, M. F. H. S. Diniz, S. R. A. Sanches, A. L. S. Rocha. *Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar*. (1ª ed., pp. 161-166). São Paulo, Editora Atheneu.

Gomes, M. P. (1986). *Obesidade: um enfoque fenomenológico-existencial*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 88 p. (Tese de Mestrado).

Green, A. (1988). A mãe morta. In A. Green. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte* (pp. 239-275). São Paulo, SP: Escuta.

Gregorio, V. D., Lucchese, I. V., Silva, G. C., Silva, A., & Moraes, R. C. C. (2018). O padrão de consumo de álcool é alterado após a cirurgia bariátrica? Uma revisão integrativa. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva,* 31(2), e1378. DOI:/10.1590/0102-672020180001e1378.

Gurfinkel, D. (2011). Adicções. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Halpern, B., & Schimidt, C. (2021). Associações de medicamentos no tratamento da obesidade. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 618-622). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Hammoud, A., Gibson, M., Peterson, M., Meikle, A. & Carrell, D. (2008). Impact f male obesity on infertility: a critical review of the current literature. *Fertilility and Sterility,* 90(4), 897-904. https://www.researchgate.net/publication/23392686_Impact_of_male_obesity_on_infertility_A_critical_review_of_the_current_literature

Han, B. C. (2017). *Sociedade do cansaço*. Trad. Enio Paulo Giachini. (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Hedegaard, H., Curtin, S., & Warner M. (2018). Suicide rates in the United States continue to increase. *Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Health Statistics (NCHS)*; Data Brief No. 309. https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db309.htm?utm_source=yahoo&utm_medium=referral&utm_campaign=in-text-link

Heriseanu, A., Hay, P., Corbit, L., & Touyz, S. (2017). Grazing in adults with obesity and eating disorders: a systematic review of associated clinical features and meta-analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review,* 58, 16-32.

Imperatori, C., Innamorati, M., Contardi, A., Continisio, M., Tamburello, S., Lamis D., Tamburello, A., & Fabbricatore, M. (2014). The association among food addiction, binge eating severity and psychopathology in obese and overweight patients attending low-energy-diet therapy. *Comprehensive Psychiatry,* 55(6), 1358-62.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). *Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019*; Atenção Primária foi bem avaliada. *Pesquisa Nacional de Saúde.* Editoria: Estatísticas Sociais. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29204-um-em-cada-quatro-adultos-do-pais-estava-obeso-em-2019.

Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Proulx, G., & Bissada, H. (2015). Does the interpersonal model apply across eating disorder diagnostic groups? A structural equation modeling approach. *Comprehensive Psychiatry*, 63, 80-87.

Joseph, B. (1992). O paciente de difícil acesso. *In M. F., E. B. Spillius (coord.). E. M. R. Barros (coord.). Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph.* (pp. 85-96*)* Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1975).

Joseph, B. (1992). Mudança psíquica e processo psicanalítico. *In M. Feldman, E. B. Spillius (coord.). E. M. R. Barros (coord.). Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph.* (pp. 195-204). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1986).

Kalil, F. (2010). A compulsão alimentar e suas implicações na clínica psicanalítica. *In Ana P. Gonzaga, C. Weinberg. Psicanálise dos transtornos alimentares.* (pp. 167-186). São Paulo: Primavera Editorial.

Kalil. F. (2016). Considerações psicanalíticas sobre a compulsão alimentar. *In* C. Weinberg (org.). *Psicanálise de transtornos alimentares*. (v. *2,* pp. 124-135). São Paulo: Primavera Editorial.

Kanter, J. (1990). Community-based management of psychotic client: the contributions of D. W. and Clare Winnicott. *Clinical Social Work Journal,* 18(1), 23-41.

Klein M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963).* (pp. 17-43). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946).

Klein M. (1991). Inveja e Gratidão. In *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963*). (pp. 205-267). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1957).

Klein M. (1991). Sobre a saúde mental. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963).* (pp. 305-312). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1960).

Klein M. (1996). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In *Amor, culpa e reparação.* (pp. 301-329). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1935).

Klein M. (1996). Amor, culpa e reparação. In *Amor, culpa e reparação*. (pp. 346-384). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).

Klein M. (1996). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In *Amor, culpa e reparação.* (385-412). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940).

Klein M. (1997). Estágios iniciais do conflito edipiano e da formação do superego. In *A psicanálise de crianças*. (pp. 145-168). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932).

Kussunoki, D. K. (2007). Conduta do Psiquiatra. In A. Segal (org.). *Tratamento da Obesidade - Uma Abordagem Multidisciplinar*. (1ª ed. pp. 51-59). São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda.

Kussunoki, D. K., & Zancaner, M. S. (2012). Terapias Cognitivo-Comportamentais e Obesidade. In A. Segal, A. R. M. Franques (orgs.). *Atuação Multidisciplinar na Cirurgia Bariátrica - A Visão da COESAS-SBCBM*. (1ª ed. pp. 123-130). São Paulo: Miró Editorial.

Leichsenring, F., & Klein, S. (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy.* 28(1), 4-32.

Leichsenring, F.; Klein, S., & Salzer, S. (2014). The Efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis.* 50(1-2), 89-130.

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

Loparic, Z. (1997). Winnicott e Melanie Klein: Conflito de paradigmas. In I. F. M. Catafesta (org.). *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade*. (pp. 43-60). São Paulo: Lemos Editorial.

Loparic, Z. (2022). Os dois modos de vida de um homem. https://revistacult.uol.com.br/home/os-dois-modos-de-vida-de-um-homem/.

Lopes Filho, A., & Livramento, M. (2021). Função psicossocial da obesidade. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 464-470). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lunn, S., & Poulsen, S. (2012). Psychoanalytic psychotherapy for bulimia nervosa: A manualized approach. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *26*, 48-64.

Mancini, M. (2002). Noções fundamentais – diagnóstico e classificação da obesidade. In A. B. Garrido Jr. (ed.). *Cirurgia da Obesidade*. (pp. 1-8). São Paulo: Atheneu.

Mancini, M. (2010). Obesidade e doenças associadas. In M. C. Mancini et al. *Tratado de obesidade.* (pp. 251-264). Itapevi, SP: AC Farmacêutica.

Mancini, M. & Abdo, C. (2021). Obesidade e disfunção sexual. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 422-436). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Mancini, M. & Melo M. (2021). Farmacoterapia da obesidade: princípios gerais do tratamento. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 561-563). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Marchesini, S. D. (2002). Distúrbios Psíquicos e Obesidade. In A. B. Garrido Jr. (ed). *Cirurgia da Obesidade.* (pp.25-33). São Paulo: Atheneu.

Marchesini, S. D. (2013). *Fatores grupais e sócio-históricos que influenciam na reaquisição de peso, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica*. Paraná: Universidade Tuiuti do Paraná. (Tese de Mestrado).

Marchesini, S. D., & Antunes, M. C. (2017). A percepção do corpo em pacientes bariátricos e a experiência do medo do reganho do peso. *Interação em psicologia (online)*, v. 21, p. 127-136.

Marchesini, S. D., Baretta, G. A. P., Cambi, M. P. C., & Marchesini, J. B. (2014). Endoscopic plasma argon coagulation in treatment of weight regain after bariatric

surgery: what does the patient think about this? *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 27, p. 47-50.

Maria, A., Mattos, A., Marcilio, C., Dutra, T. & Avezum, A. (2021). Depressão e obesidade. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 460-463). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Mayer, H. (2001). Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In M. R. Cardoso (org.). *Adolescência*: reflexões psicanalíticas. (pp. 81-101). Rio de Janeiro, RJ: Nau Editora.

Ministério da Saúde do Brasil (MS). (2001). Portaria GM/MS n.o 628, de 26 de abril de 2001. https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf

Miranda, M. R. (2010). A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha. In A. P. Gonzaga, C. Weinberg (org.). *Psicanálise dos transtornos alimentares.* (pp. 199-218). São Paulo: Primavera Editorial.

Miranda, M. R. (2016). Dos transtornos alimentares aos transtornos dismórficos corporais. In C. Weinberg (org.). *Psicanálise de transtornos alimentares*. (v.2, pp. 191-208). São Paulo: Primavera Editorial.

Moraes, C., Mourilhe, C., Rodrigues, A., Cascardo Neto A., & Appolinario, J. (2021). Transtornos alimentares e obesidade. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 453-459). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Moretto, M. L. T. (2019). Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde. São Paulo: Zagodoni.

Morgan, C. M., & Azevedo, A. M. C. (2006). *Transtornos alimentares e cultura: notas sobre a Oitava Conferência em Transtornos Alimentares. Psychiatry on line Brasil.* (Trabalho original publicado em 1998). http://www.polbr.med.br/ano98/tralimen.php.

Motta, I. F. (2017). *A capacidade para a esperança*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 116 p. (Tese Livre-Docência).

Motta, I. F. (2021).Esperança e saúde: contribuições da Psicologia. In Motta, I. F.; Silva, C. Y. G. (orgs.). *Esperança e contextos de saúde*. (v. 2, pp. 19-32**).** São Paulo: Editora Ideias & Letras.

Nilson, E., Andrade, R., Brito, D., & Oliveira M. (2020). Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 44:e32. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32

Nunes-Neto, P., Kohler, C., Schuch, F., Solmi, M., Quevedo, J. ,Maes, M., Murru A., Vieta E., McIntyre, R. S., McElroy S., Gearhardt A. N., Stubbs, B., & Carvalho A. F. (2018). Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *Journal of Psychiatric Research,* 96, 145-52.

Ogden C., Yanovski, S., Caroll, M., & Flegal, K. (2007). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology*, 132(6), 2087-2102.

Oliveira, I. T. (1999). Psicoterapia psicodinâmica breve: dos precursores aos modelos atuais. *Psicologia: teoria e prática.* 1(2), 9-19. https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_1_-_Numero_2/art02.PDF.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). (2007). Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde. Washington D.C.: OPAS. Disponível em: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1116&Itemid=423. Acesso em: 20 de novembro de 2020.

Palavras, M., Kaio, G., Mari, J., & Claudino, A. (2011). A review of Latin American studies on binge eating disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 33(Suppl.1):S81-108. https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000500007.

Passos, T., Stefano, S., & Borges, M. (2005). Transtorno da compulsão alimentar periódica. In A. M. Claudino, M. T. Zanella *(org.). Guia de transtornos alimentares e obesidade.* (pp. 59-70). Barueri, SP: Manole. (Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar).

Petry, N., Barry, D., Pietrzak, R., & Wagner, J. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine,* 70(3), 288-97.

Picot, J., Jones, J., Colquitt, J., Gospodarevskaya, E., Loveman, E., Baxter, L., & Clegg, A. (2009). The clinical effetiveness and cost-efetiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. Health Technology and Assessment; 13(41), 1-190.215-357. http://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/cgij.2010.24815aae.002/full/html

Popkin, B., Du, S., Green, W., Beck, M., Algaith, T., Herbst, C., Reem, F., Alluhidan, A. M., Alazemi, N., & Shekar M. (2020). Individuals with obesity and COVID□19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships. *Obesity Reviews*, 1(17). doi.org/10.1111/obr.13128.

Ramírez, R. B. (2016). Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida. *Psicoperspectivas*, *15*(2), 5-15. https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue2-fulltext-808.

Rand, C., Macgregor, A., & Stunkard, A. (1997). The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 22(1), 65-69.

Reis, E., & Lins, A. (2021). Custo econômico da obesidade no Brasil e no mundo. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 30-34). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Rice, T. (2016). On targeting emotion regulation deficits in eating disorder through defense analysis. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*. 15(4), 319-336.

Rosenthal, R. J. (2008). Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 30 (Supl I), S41-50. https://www.scielo.br/j/rbp/a/bTCWS7cTtQ945BQpPmLrtJL/?format=pdf&lang=pt.

Roudinesco, E., & Plon, M. (orgs.). (1998). *Dicionário de psicanálise*. Trad. V. Ribeiro, L. Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Schakarowski, F. B., & Oliveira, V. Z. (2014). O corpo (im)possível através da intervenção cirúrgica: uma revisão sobre a imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica. *Aletheia*, (45), 177-189. https://www.redalyc.org/pdf/1150/115048474014.pdf.

Segal, A. (1999). *Obesidade e co-morbidade psiquiátrica: caracterização e eficácia terapêutica de atendimentos multidisciplinar na evolução de 34 pacientes.* São Paulo: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (Tese de Doutorado).

Segal, A. (2004). *Obesidade não tem cura, mas tem tratamento*. (2. ed.). Rio de Janeiro: Ediouro.

Segal, A. (2007). *Tratamento da obesidade: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Lemos Editorial.

Segal, A. (2021). Importância de medidas cognitivo-comportamentais no tratamento da obesidade. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds). M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3. ed.). pp. 524-528). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Segal, A., & Franques, A. R. M. (2012). *Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica: a visão da COESAS-SBCBM*. São Paulo: Miró Editorial.

Segal, A. & Kussunoki, D. (2021). Avaliação psiquiátrica do paciente obeso. In B. Geloneze, J. E. Salles, J. E. N. Lima, J. G. Carra, K. Mario (eds); M. C. Mancini (coord.). *Tratado de obesidade.* (3a ed., pp. 766-769). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Segal, A., Kussunoki, D. K., & Larino, M. A. (2004). Post-surgical refusal to eat: Anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obesity Surgery*, 14, 353-360.

Sherman-Meyer, C. (2015). What's fat got to do with it? On different kinds of losses and gains in the analytic relationship. *Psychoanalytic Inquiry*, *35*(3), 271-280.

Siqueira, K. S., Appolinario, J. C., & Sichieri, R. (2004). Overweight, obesity and binge eating in a non clinical sample of five Brazilian cities. *Obesity Reviews.* 12(12),1921-1924. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2004.240.

Sjöström, L. (2012). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of Internal Medicine*, 273(3), 219-134. Doi: 10.1111/joim.12012.

Sjöström, L., Peltonen, M., Jacobson, P., Sjöström, C., Karason, K., Wedel, H., Ahlin, S., Anveden, A., Bengtsson, C., Bergmark, G., Bouchard, C., Carlsson, B., Dahlgren, S., Karlsson, J., Lindroos, A., Hans, L., Narbro, C., Ingmar, N., Torsten, O., Svensson, A., & Carlsson, L. (2012). Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. JAMA; 307(1), 56-65. doi:10.1001/jama.2011.1914.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). (2020). *Obesidade é o principal fator de risco para COVID-19*. https://www.sbcbm.org.br/cirurgias-bariatricas-caem-na-pandemia-mas-obesidade-continua-sendo-maior-fator-de-risco-para-covid-19/.

SBCBM. (2021). *Comissão das Especialidades Associadas – COESAS*: história. https://www.sbcbm.org.br/coesas/.

Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein,* 8(1 Pt 1), 102-6. https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134.

Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, B., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1991). Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders, 10*(6), 627–629.

Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders, 13(2), 137-153.*

Strine, T., Mokdad, A., Dube, S., Balluz, L., Gonzalez, O., Berry, J., Manderscheid, R., & Kroenke, K. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychaitry,* 30(2), 127-37.

Stunkard, A., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C, Reiss, E., & Young, L. (1996). Binge eating disorder and the night eating syndrome. *Internacional Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder:* 20(1), 1-6. http://portionteller.com/pdf/ijo96.pdf

Stunkard, A., Grace, W. & Wolff, H. (1955). The night-eating syndrome: a pattern of food in take among certain obese patients. *American Journal of Medicine:* 19(1), 78-96.

Tasca, G. A. (2016). Relationship-focused psychotherapies for eating disorders come of age. *Psychotherapy*, 53(2), 216-219.

Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Eating disorders and attachment: A contemporary psychodynamic perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 42, 257-276.

Teodoro, P. P.; Koga, T. M. & Nakasu, M. V. P. (2017). Investigação dos padrões relacionais do vínculo mãe-filha envolvidos na obesidade feminina. *Revista de Medicina, 96(*2), 63-72. https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i2p63-72

Thompson-Brenner, H. (2016). Relationship-focused therapy for bulimia and binge eating: introduction to the special section. *Psychotherapy*, *53*(2), 185–187.

Tinoco, A. C. A., & El Kadre, L. (2012). Como explicar a perda de peso nas diferentes técnicas de cirurgia bariátrica. In Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar. (pp. 199-202) São Paulo: Atheneu.

Tonelli, H. (org.). (2020). Compulsão alimentar. In *Saúde mental e cirurgia bariátrica.* São José do Rio Preto, SP: DLR Press.

Vianna, M. (2016). *Da geladeira ao divã*: psicanálise da compulsão alimentar. Curitiba/ Ed. Appris.

Wiebe, A., Kersting, A., & Suslow, T. (2016). Deployment of attention to emotional pictures varies as a function of externally-oriented thinking: An eye tracking investigation. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 55, 1-5.*

Winnicott, D. W. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. (pp. 128-139). Porto Alegre, Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D. W. (1983). Os doentes mentais na prática clínica. In *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. (pp. 196-206). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (1999a). O conceito de indivíduo saudável. In *Tudo começa em casa.* (3ª ed., pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986).

Winnicott, D. W. (1999b). Psicanálise e ciência: amigas ou parentes? In *Tudo começa em casa.* (3ª ed., pp. XIII-XVIII). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986).

Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945).

Winnicott, D. W. (2000). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* (pp. 355-373). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954).

Winnicott, D. W. (2005). Raízes da agressão. In *Privação e delinquência.* (4ª ed., pp. 102-110). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964).

World Health Organization (WHO). (2000). *Obesity*: preventing and managing the global epidemic. Technical report Series. n. 894. Geneva: WHO. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330.

WHO. (2014). *Preventing suicide:* a global imperative. CMAJ. 143(7): 609-10. https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779.

WHO. (2017). *Depression and other common mental disorders – global health estimates*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf.

WHO. (2020). *Obesity*. Fact files 2020. Genebra: WHO. http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/.

WHO. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19*) Dashboard. Genebra: WHO. http://www.covid19.who.int.

Wu, G., Cai, B., Yu, F., Fang, Z., Fu, X., Zhou, H., Zang, W., & Tian Z. (2016). Meta-analysis of bariatric surgery versus non-surgical treatment for type 2 diabetes mellitus. *Oncotarget,* 7(52), 87511-22. doi: 10.18632/oncotarget.11961

Zerbe, K. (2016). Psychodynamic issues in the treatment of binge eating: Working with shame, secrets, no-entry, and false body defenses. *Clinical Social Work Journal*, 44(1), 8-17.

Zerbe, K. J., & Satir, D. A. (2016). Psychodynamic improvement in eating disorders: welcoming ignore, unspoken, and neglected concerns in the patient to foster development and resiliency. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy.* 15(4), 259-277.

ANEXO – Modelo Utilizado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Pesquisador responsável: Pedro Belarmino Garrido
Endereço: Rua Pamplona, 967; cidade: São Paulo; estado: São Paulo
Fone: (11) 99636-5810; e-mail: pbgarrido@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a). está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **A Psicanálise no tratamento cirúrgico e multidisciplinar da obesidade mórbida: estudos de caso,** que tem como objetivo "Compreender como o processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica contribui para a melhoria da saúde de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. Busca responder à seguinte pergunta: a partir da intervenção psicanalítica como o paciente passa a fazer um melhor uso dos seus recursos simbólicos, diminuindo o uso de ações não verbais e impulsivas?"
O motivo que nos leva a estudar o assunto é acreditar que a abordagem psicanalítica é eficaz no tratamento multidisciplinar de pacientes obesos mórbidos que realizaram cirurgia bariátrica e que apresentavam determinantes psicológicos na formação do quadro da obesidade antes da realização da cirurgia, como compulsão alimentar e transtorno de ansiedade associado à ingestão desordenada de alimento. Nossa hipótese é que esse método oferece recursos psíquicos que tornam esses pacientes menos vulneráveis a se depararem com a obesidade novamente (casos de recidiva), ou com uso excessivo de álcool/drogas, ou ainda menos propensos a apresentar quadro de síndrome do pânico e outras situações de padecimento.

Para este estudo adotaremos o método de pesquisa de Estudo de Caso, desenvolvido com base na análise de *vinheta clínica.* Serão analisados trechos de conversas do processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica. Todos os cuidados para manutenção do anonimato dos pacientes serão adotados, de forma a torná-los irreconhecível em qualquer situação, ou publicação oriunda desta pesquisa. Considerando os cuidados do psicólogo na condução do processo e a aprovação pelo Comitê de Ética, o risco para os pacientes é considerado mínimo.

O motivo deste convite é que o(a) Sr(a). se enquadra nos seguintes critérios de inclusão: 1- submeteu-se ao procedimento de cirurgia bariátrica; 2- apresentava determinantes psicológicos que contribuíram para a formação do quadro de obesidade no período que antecedeu o procedimento cirúrgico; e 3- está em processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica.
O (A) Sr(a). poderá deixar de participar da pesquisa se não se sentir à vontade para continuar na mesma.
Para participar deste estudo o(a) Sr(a). não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

O(a) Sr(a). será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar, ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não promoverá qualquer modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador.
O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que, em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz, os materiais ficarão sob a

propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a). não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.
Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao paciente.
Caso ocorram danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, portadora do CPF _____, nascido(a) em _____, residente no endereço _____, podendo ser contatada pelo número telefônico _____ e e-mail _____ fui informado(a) dos objetivos do estudo **A Psicanálise no tratamento cirúrgico e multidisciplinar da obesidade mórbida: estudos de caso**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

São Paulo, 24 de novembro de 2020

Pedro Belarmino Garrido

(Participante) (Pesquisador)