

Estômago: o estranho familiar

Pedro Belarmino Garrido,¹ São Paulo

Resumo: Considerando pesquisas que destacam a eficácia do método psicanalítico no tratamento de pacientes com problemáticas alimentares, este artigo analisa se ajustes na técnica potencializam os resultados e se o tratamento multiprofissional favorece ou dificulta o trabalho do psicanalista. Metodologicamente, trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Os trabalhos selecionados sustentaram que a técnica psicanalítica tem seus resultados potencializados quando se integram a profissionais de outras disciplinas da área da saúde. A precisão da interpretação e a busca de manejos psicanalíticos criativos se mostraram potentes na evolução do tratamento, assim como a integração de técnicas não psicanalíticas à psicanalítica, o que foi surpreendente.

Palavras-chave: obesidade severa, problemáticas alimentares, psicanálise

Considerando o fenômeno da obesidade severa e os recursos tecnológicos (medicamentoso e cirúrgico) que a medicina oferece como tratamento; como a psicanálise, estrangeira à forma concreta e sistêmica de tratar e operar uma pessoa enferma, põe em operação uma outra forma de cuidar? Quais os limites e potencialidades do método psicanalítico levando-se em conta a gravidade das enfermidades presentes em quem sofre de obesidade severa?

Tendo trabalhado como psicólogo por vinte anos associado a um grupo de trabalho privado de tratamento multiprofissional e cirúrgico de obesidade severa, propus-me desde o início a inserir o olhar psicanalítico sobre o fenômeno, fazendo uso do método psicanalítico para aqueles pacientes que tinham demanda de análise. Cheguei à conclusão de que a intervenção psicanalítica é eficiente e contribui de forma significativa no tratamento multidisciplinar. Esse trabalho

1 Membro filiado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Mestre pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP).

se transformou numa dissertação de mestrado (Garrido, 2022), e o presente artigo é um pequeno recorte dessa jornada.

Na experiência que se vive entre a clínica psicanalítica e a instituição multiprofissional, entre o íntimo da sessão e o corte do bisturi, estabelece-se necessariamente uma tensão entre saberes que buscam agir simultaneamente. Uma tensão que busca um equilíbrio contínuo a partir de universos constituídos por diferenças. Estabelece-se literalmente a dimensão médica e corporal (o estômago) e metaforicamente a dimensão psicanalítica, íntima e fundamental (o âmago). Como lidar com o âmago do estômago?

Começamos pelo antes de tudo da psicanálise: antes de tudo a psicanálise questiona a metodologia cirúrgica e o uso maciço de tecnologia medicamentosa como meios 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. Sendo assim, 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).

Por outro lado, não se pode deixar de enfatizar o fato de que a obesidade severa é letal. A obesidade em si mesma não é letal, ela é definida como acúmulo de gordura no corpo que pode prejudicar a saúde (World Health Organization – WHO, 2020). Pode prejudicar a saúde ou não, logicamente. A obesidade que manifesta afecções graves associadas, como diabetes, hipertensão arterial e esteatose hepática, por exemplo, é denominada obesidade severa, uma vez que agrava o quadro de saúde do paciente, com consequente piora da qualidade de vida e aumento da taxa de mortalidade (Garrido Jr. et al., 2010). Essa obesidade, sim, é letal: pelo menos 2,8 milhões de pessoas morrem por ano em função desse estado (WHO, 2020). Outro fenômeno que chama

a atenção diz respeito à prevalência de pessoas obesas no mundo: praticamente triplicou de 1975 a 2016 (WHO, 2020).

Dados como esses preocupam. A comunidade científica se baseou nesse cenário para implementar métodos de intervenções clínicas e cirúrgicas. Os resultados das pesquisas na área da clínica médica e nutricional revelaram resultados pouco expressivos no tratamento da obesidade severa (Mancini & Melo, 2021), indicando o tratamento cirúrgico como opção, já que este promove o controle de doenças associadas como dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 (Wu et al., 2016) e a redução da taxa de morte por doenças cardiovasculares em longo prazo (Eliasson et al., 2015).

Casos de resultados insatisfatórios dos tratamentos cirúrgicos também passaram a ser relatados nas pesquisas. Blackburn, Hajnal e Leggio (2017), por exemplo, confirmam a preocupação da comunidade científica com o uso excessivo de álcool em alguns pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. Também há casos de recidiva: um ou dois pacientes, de cada dez operados, tornam-se obesos novamente entre cinco e dez anos depois da operação (Bradley et al., 2017).

E a psicanálise? O que as pesquisas que circulam pelos principais periódicos integrados ao banco de dados das universidades mais renomadas do mundo revelam?

Como já sinalizado por Farah e Castanho (2018) e Catharin; Campos e Bocchi, (2020), a pesquisa que realizei no banco de dados integrado disponível na Universidade de São Paulo trouxe poucos artigos que relacionavam o saber psicanalítico com o tratamento de obesidade severa ou compulsão alimentar. Mesmo com poucos estudos, ficou evidente que as pesquisas psicanalíticas publicadas trazem contribuições importantes e sustentam resultados qualitativos relevantes no tratamento de pacientes com problemáticas alimentares e/ou obesidade que apresenta determinantes psicológicos na formação do quadro (Leichsenring & Klein, 2014; Sherman-Meyer, 2015; Thompson-Brenner, 2016; Zerbe, 2016; Zerbe & Satir, 2016; Tasca, 2016; Tasca & Balfour, 2014; Altobelli & Motta, 2018). Essas pesquisas apontam o fato de que a psicanálise ou as psicoterapias de abordagem psicanalítica funcionam porque permitem resgatar fragmentos

de memória, juntar pedaços, criar novas formas de sentido e construir uma narrativa da vida repleta de significação, potencializando a atividade psíquica em detrimento do uso das modalidades impulsivas defensivas no campo alimentar, que antes ocupavam um lugar de primazia na organização psíquica. Portanto, são pesquisas que confirmam a eficácia da intervenção psicanalítica na transformação dos sintomas de pacientes que sofrem com problemáticas alimentares. Essas mesmas pesquisas supracitadas, contudo, também revelam dificuldades dos profissionais em manejar o tratamento de forma que este transcorra da melhor forma possível.

No Brasil, psicanalistas também transmitem dificuldades do manejo no tratamento de pacientes que sofrem de obesidade severa e/ou compulsão alimentar (Fernandes, 2006; Miranda, 2010; 2016; Ceccarelli, 2005; Gurfinkel, 2011; Kalil, 2016; Saddi, 2023). Os autores tendem a apontar para a necessidade de se estruturar o tratamento de maneira conjugada, ou seja, de maneira multiprofissional. Em relação às dificuldades do tratamento psicanalítico isolado, Fernandes (2006) ensina que há um paradoxo no atendimento psicanalítico de alguns casos mais delicados, como, por exemplo, os daqueles que sofrem de compulsão alimentar: o interesse no trabalho analítico e o prazer no contato acolhedor do analista, que supostamente diminui a intensidade da angústia, podem também intensificar o mal-estar, já que o trabalho analítico caminha na direção da alteridade, pondo em risco processos arcaicos de fusão e indiferenciação. Nesse sentido, o atendimento psicoterapêutico de abordagem psicanalítica realizado em associação com outro profissional da área da saúde revela-se um reforço importante: além do profissional de nutrição e endocrinologia, há a presença muitas vezes do psiquiatra. 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 de instabilidade (Fernandes, 2006).

O atendimento multiprofissional também é uma forma de o 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). A equipe, nesse sentido, funciona oferecendo novos modelos identificadores 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).

Considerando a luta contra esse grave problema de saúde pública, que é a obesidade severa, e levando em conta os resultados positivos e as dificuldades do trabalho do psicoterapeuta que trabalha com a abordagem psicanalítica, este artigo busca responder à seguinte questão: novas técnicas psicoterápicas ou diferentes manejos são indicados para se integrar ao método psicanalítico convencional no tratamento de pacientes com transtorno alimentar (TA), de forma geral; ou com obesidade severa e que apresentam determinantes psíquicos na constituição do quadro, de forma específica?

Resultados e discussão

Zerbe e Satir (2016), considerando o tratamento de pacientes que sofrem de transtorno alimentar, comunicam a relevância de se integrar ao método freudiano outras técnicas não necessariamente psicológicas, como, por exemplo, o suporte nutricional, as modalidades psicoeducativas e as terapias artísticas. As autoras apontam para uma maior eficiência do tratamento quando há integração de outras técnicas para lidar com esses pacientes (Zerbe & Satir, 2016).

Brisman (2016a) concorda com a integração de técnicas diversas para lidar com paciente portando TA. A psicanalista conclui que começar o trabalho por meio de *analytic inquiry* (investigação analítica), que é uma técnica de iniciar a conversa com o paciente através da linguagem possível para ele, pode resultar em ganhos para o tratamento. Com essa estratégia, o 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. Com isso, sessão após sessão, foi possível explorar o que se passava com a paciente antes de comer. Criaram-se a noção de se cuidar e a noção de se acalmar em situações em que se percebia ansiosa. 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 lentamente na relação transferencial (Brisman, 2016a).

O uso da técnica mista na prática clínica convoca o paciente a pensar em quais comportamentos alternativos podem substituir o comer, purgar ou restringir. O foco no comportamento permite que o psicoterapeuta funcione estimulando o desenvolvimento e a integração de habilidades até então não aprendidas. Esse tipo de trabalho direto possibilita, segundo Brisman (2016b), abordar aspectos não reconhecidos do self. Enfoca a questão da capacidade de desenvolvimento para o autocuidado. Para muitos pacientes, o uso dessa técnica diretiva é frequentemente necessário para desenvolver meios de se autoacalmar, de encontrar equilíbrio emocional e de modular a ingestão de alimentos (Brisman, 2016b). Num caso clínico exposto pela autora, a paciente concorda em não comer compulsivamente e vomitar em uma noite de domingo entre as sessões semanais. Ficou combinado que, em vez de comer, ela iria escrever em seu diário, ou enviar uma mensagem para a psicoterapeuta, que, por sua vez, combinou de informar que leu. O objetivo desse contrato é fazer com que o paciente se lembre da parte de si que deseja recuperar. Essa técnica pode funcionar ou falhar, segundo a autora. 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 – nesse caso, com a psicoterapeuta, com quem se fez um acordo verbal e negociado.

Segundo esses artigos, 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, segundo Brisman (2016b): não apenas por meio da interpretação do conflito interno ou da vida interior, mas essencialmente por meio da análise do que realmente acontece entre duas pessoas e com a questão de quais duas pessoas estão realmente na sala.

Para Barth (2014), uma mescla de intervenções focadas no sintoma do TA, como de apoio, orientadas para o insight, reguladoras do afeto, abordagens psicanalíticas, médicas e psicofarmacológicas, costuma ser mais útil 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 pode fornecer uma construção de vínculo 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. Essa construção primeira permitiria um avanço 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).

Rice (2016) apresenta vinhetas do caso clínico de uma jovem que sofria de TA. Por meio de um foco nas defesas, a paciente passou de uma relação briguenta com o clínico e equipe multidisciplinar (recusava-se, até mesmo, a ingerir Fluoxetina) para uma gama de defesas mais ampla e mais flexível, incluindo o humor. A intenção das

intervenções foi ajudar a paciente a internalizar o autocuidado e o respeito próprio, podendo promover sua capacidade de tolerar melhor os afetos dolorosos. Isso auxiliou a paciente no autocuidado com a medicação e com a alimentação. Para o autor é importante também 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. Portanto, entende-se que a pesquisa neurocientífica pode complementar e se integrar de maneira flexível ao trabalho das psicoterapias de abordagem psicanalítica contemporâneas (Rice, 2016).

Barth (2014) chamou a atenção para a importância de se trabalhar de maneira multidisciplinar com os pacientes que sofrem de TA. 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 clínico, psiquiatra, nutricionista, terapeuta de abordagem cognitivo-comportamental, a família do paciente, massoterapeutas e educadores físicos. No caso do sintoma de insônia, relatado pela paciente do caso clínico apresentado, a recomendação foi de buscar também um psiquiatra e outros profissionais, para além do analista, que a ajudassem a contornar essa dificuldade.

Num estudo recente focado na problemática da obesidade, Juchacz e colaboradores (2021) buscaram avaliar a eficácia da psicoterapia psicanalítica na redução e manutenção do peso corporal em mulheres jovens obesas. Essa pesquisa se limitou a ter como critério de melhoria a perda de peso ou gordura corporal. O resultado demonstrou que a estratégia que integra dieta alimentar com consulta médica e sessões regulares de grupo psicoterapêutico foi mais eficaz na redução do peso e da gordura corporal em comparação ao tratamento isolado de cada uma das áreas (nutrição, clínica médica e psicoterapia).

Em um estudo de caso, Garrido e Motta (2021) analisaram trechos do processo psicoterapêutico de abordagem psicanalítica de uma mulher obesa que procurou uma instituição multiprofissional de cirurgia bariátrica. A equipe médica identificou o fato de que a paciente sofria de obesidade severa e indicou intervenção cirúrgica como tratamento seguido de cuidados multidisciplinares. Em relação

à psicoterapia, o processo se iniciou dois meses antes da intervenção cirúrgica, com frequência de uma vez por semana, passando depois de um ano de tratamento a duas vezes. Após três anos de tratamento, do ponto de vista psicanalítico, a paciente 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. Do ponto de vista médico, também houve melhora significativa do seu estado de saúde, em especial, no que se referia às doenças associadas à obesidade presentes no estágio anterior à cirurgia. Também se manteve bem nutrida e ingeriu os suplementos nutricionais necessários conforme a indicação da equipe de nutrição. Portanto, a intervenção psicanalítica se mostrou eficaz em si mesma e, associada a critérios médicos e nutricionais, revelou-se também potente (Garrido & Motta, 2021).

Em relação à instabilidade presente no início do processo psicoterapêutico por vezes relatadas pelos autores, 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 TA 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, relevante para o paciente, mas diante do eventual efeito danoso, a análise deve seguir um ritmo mais lento.

Saddi (2023) usa o termo “psicomecânica alimentar” para se referir a aspectos do ato de comer, como sinais de fome e saciedade, que são ativamente sinalizados pelo analista. Trata-se de uma proposta de trabalho que também propõe ao paciente articulações entre sentimentos e pensamentos associados ao comer e à comida. Isto posto numa perspectiva de autonomia alimentar a ser construída.

Segundo a autora, à medida que o sintoma alimentar (faz referência à compulsão alimentar) afrouxa, entram em cena outros dramas encobertos pelo sofrimento com comida e corpo (obesidade), abrindo espaço para o campo representacional. A linguagem se amplia, e lentamente a intimidade analítica cresce (Saddi, 2023).

Cremasco e Ribeiro (2017) entendem, até mesmo, que o trabalho com pacientes que sofrem de compulsão alimentar exige um tipo de produção psíquica íntima que convoca o analista a estabelecer com o paciente uma comunicação pré-verbal. Nesse 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 dessa comunicação protossimbólica primeira que o analista busca identificar sem pressa 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 referida no artigo de Altobelli e Motta (2018), esclarece que, com pacientes que ela denomina como de *difícil acesso*, o objetivo do trabalho é, por um longo período da análise, 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, 1975/1992, 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 da discussão do caso clínico de um paciente que sofria de obesidade severa –, define-os como pacientes que apresentam uma cisão na personalidade, de forma que parte do ego é mantida a distância do trabalho analítico. Por vezes esses pacientes se mostram bastante colaborativos com o analista, porém, revela-se na transferência um fator destrutivo que os impede 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, 1975/1992). Para ilustrar seus pensamentos, a analista traz um recorte clínico de uma paciente, identificada como *B*, que até oferecia certos estados de disponibilidade de contato verdadeiro com a analista; porém, Joseph sentia que era 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, 1975/1992, 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 compreensão de sua problemática escorregava, as construções em análise escorregavam e o resultado da intervenção psicanalítica também escorregava: “Mostrei que ela queria fazer de mim uma pobre mãe inferior e inadequada” (Joseph, 1975/1992, 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, 1975/1992, p. 91). A autora afirma também que é fundamental o analista ficar atento 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, 1975/1992, p. 91).

Joseph mostra-se bastante preocupada em transmitir aos psicanalistas em formação 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 podem 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 o fato de 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 dessa 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 revelou, 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, 1975/1992).

Sintetizando os ensinamentos de Joseph (1975/1992) e integrando-os com a exposição dos trabalhos dos demais autores, podemos destacar o fato de que os bons resultados da psicanálise não advêm exclusivamente da integração de novas técnicas psicoterápicas

à psicanalítica: a precisão da técnica de interpretação também surte efeito mesmo em pacientes de difícil acesso. A autora chama a atenção, a fim de se alcançar esse êxito, para a necessidade de que o analista atente ao manejo da transferência, refinando a escuta para o modo com que a comunicação é feita, não focando apenas no conteúdo simbólico daquilo que se diz e respeitando o tempo da comunicação (que pode ser de longa duração).

Um dos aspectos que se destacaram nessa pesquisa psicanalítica realizada na universidade, portanto, fora do campo de desenvolvimento das instituições de formação de psicanalistas, foi a baixa produção de trabalhos no campo das problemáticas alimentares – compreensível, se restringirmos a pesquisa à prática do psicanalista em instituições multidisciplinares de tratamento de obesidade severa, mas surpreendente, se considerarmos que os descritores mais abrangentes como *psicanálise* (*psychoanalysis*) e (*and*) compulsão alimentar (*binge eating disorder*) trouxeram também poucos resultados para o trabalho.

Além disso, chamou a atenção a busca de manejos clínicos circunscritos fora do campo psicanalítico de atuação, até porque não é comum, mesmo em pacientes graves ou de difícil acesso, com outras problemáticas que não a alimentar, que se discuta a integração de técnicas não psicanalíticas ao método psicanalítico. Seria um contrassenso? Ou a pesquisa psicanalítica na universidade traz questões e produz resultados diferentes da psicanálise vinculada às instituições formadoras, como as vinculadas à International Psychoanalytical Association (IPA)? Para Dunker e Iannini (2023), a psicanálise é, a um só tempo, uma prática de tratamento de sintomas e uma teoria que agrupa e interpreta fatos e considerações obtidos no interior dessa prática, e não fora dela:

O psicanalista não se forma apenas como pesquisador e não se forma na universidade. A formação universitária constitui, certamente, o primeiro passo, mas a psicanálise é peculiarmente exigente. Não se trata apenas da formação conceitual e mesmo prática, através por exemplo de estágios ou residência clínica. Ela exige ainda um processo de transformação de si mesmo, em análise. (p. 102)

Conclusão

A partir de pesquisas já publicadas que validaram o método psicanalítico, no sentido de que este é eficiente no tratamento de pacientes que sofrem com problemáticas alimentares, conclui-se que a técnica psicanalítica pode potencializar seus resultados quando se integra com o trabalho de outros profissionais de outras disciplinas da área da saúde (médicos, nutricionistas e fisioterapeutas) ou quando incorpora outras técnicas psicoterápicas não psicanalíticas à psicanalítica.

A precisão da técnica da interpretação e a busca de manejos criativos, considerando apenas técnicas e referências psicanalíticas, também mostram sua potência. Claro que as dificuldades de lidar com a evolução do tratamento de alguns pacientes traz interrogações aos psicanalistas no que diz respeito às limitações do método. Mas a solução para os impasses pode vir da própria psicanálise, o que não impede o diálogo com outras áreas do saber. Ao contrário, este trabalho procura justamente valorizar esse intercâmbio, como uma abertura (estômago)² que oferece a possibilidade de um saber entrar em contato com outros saberes, transformando aquilo que era originalmente conhecido e familiar (o próprio saber), em uma experiência inquietante e sinistra. Freud (1919/1996), em seu artigo *Das Unheimliche* (O estranho), nos apresenta esse ponto de torção através da ambiguidade inerente ao próprio uso da palavra *heimlich*. Essa palavra carrega o sentido de familiar, mas pode ser também utilizada no sentido de oculto e estranho, aproximando-se daquilo que precisa se manter fora da vista, permanecer secreto. Este sentido justamente se aproxima de seu negativo *unheimlich*. Com essa torção em que a palavra (*heimlich*) e seu avesso (*unheimlich*) se integram em um só tecido, Freud comunica a inquietude do ser humano diante do contato com aquilo que não sabe sobre si mesmo, que é da ordem do inconsciente e que vem à luz disfarçadamente sobre a forma de sonho, chiste, ato falho e, claro, sintoma. Eis o âmago do estômago.

2 A palavra “estômago” tem origem no grego *stómakhos*, ou, literalmente, “orifício, abertura”, daí, “boca, esôfago, o orifício do estômago, estômago” (*Dicionário Houaiss*).

Estômago: el extraño familiar

Resumen: Considerando investigaciones que destacan la efectividad del método psicoanalítico en el tratamiento de pacientes con problemas alimentarios, este artículo analiza si los ajustes en la técnica potencian los resultados y si el tratamiento multidisciplinario favorece o dificulta la labor del psicoanalista. Esta es una revisión narrativa de la literatura. Los trabajos seleccionados sustentaron que la técnica psicoanalítica tiene sus resultados potenciados cuando se integra con profesionales de otras disciplinas del área de la salud. La precisión de la interpretación y la búsqueda de enfoques psicoanalíticos creativos demostraron ser poderosas en la evolución del tratamiento, así como la integración de técnicas psicológicas no psicoanalíticas. **Palabras clave:** obesidade, problemas alimentarios, psicoanálisis

Stomach: the uncanny

Abstract: Considering researches that highlight the effectiveness of the psychoanalytic method in the treatment of patients with eating disorders, this article analyzes whether adjustments in the technique enhance the results and whether multidisciplinary treatment favors or hinders the work of the psychoanalyst. This is a narrative review of the literature. The selected studies supported that psychoanalytic technique has its results enhanced when integrated with other areas of health. The precision of interpretation and the search for creative psychoanalytic management proved to be powerful in the evolution of treatment, as well as the integration of non-psychoanalytic techniques.

Keywords: obesity, binge eating disorder, psychoanalysis

Estomac : étrange familial

Résumé : Considérant les recherches qui mettent en évidence l'efficacité de la méthode psychanalytique dans le traitement des patients souffrant de problèmes alimentaires, cet article analyse si les ajustements de la technique améliorent les résultats et si le traitement multidisciplinaire favorise ou entrave le travail du psychanalyste. Il s'agit d'une revue narrative de la littérature. Dans le but d'accroître l'efficacité du traitement des patients souffrant d'obésité sévère, cet article analyse le résultat des ajustements de la méthode psychanalytique et si le travail multidisciplinaire favorise ou entrave le travail du psychanalyste. Selon les travaux de recherche, la technique psychanalytique voit ses résultats améliorés lorsqu'elle est intégrée à

d'autres domaines de la santé. La précision de l'interprétation et la recherche d'approches psychanalytiques créatives se sont révélées puissantes dans l'évolution du traitement, ainsi que l'intégration de techniques psychologiques non psychanalytiques.

Mots-clés : obésité, problèmes d'alimentation, psychanalyse

Referências

- Altobelli, C. & Motta, I. (2018). The clinical treatment of obesity from a psychoanalytical perspective. *Journal of Health Science*, 6, 243-248.
- Barth, F. D. (2014). Putting it all together: an integrative approach to psychotherapy with eating disorders. *Psychoanalytic Social Work*, 21, 19-39.
- 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.
- 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.
- 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*. Routledge.
- 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.
- Ceccarelli, P. R. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 471-477.
- 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.
- Dunker, C. & Iannini, G. (2023). *Ciência pouca é bobagem: por que psicanálise não é pseudociência*. Ubu.
- Eliasson, B.; Liakopoulos, V.; Franzén, S.; Näslund, I.; Svensson, A.; Ottosson, J. & Gudbjörnsdóttir, 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 Endocrinology*, 3(11), 847-854.

- Farah, J. & Castanho, P. (2018). Dimensões psíquicas do emagrecimento: por uma compreensão psicanalítica da compulsão alimentar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21, 41-57.
- Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, L. C. (2014). *Cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*. Escuta.
- Freud, S. (1996). O estranho. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17). Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Garrido, P. B. (2022). *Psicanálise no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade severa*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Garrido, P. B. & Motta, I. F. (2021). Psicanálise no tratamento multidisciplinar e cirúrgico de obesidade mórbida: estudo de caso. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 24(4).
- 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. (Orgs.), *Tratado de obesidade* (pp. 565-572). AC Farmacêutica.
- Gurfinkel, D. (2011). *Adições*. Casa do Psicólogo.
- Joseph, B. (1992). O paciente de difícil acesso. In M. F. Spillius & E. M. R. Barros (Coords.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 85-96). Imago. (Trabalho original publicado em 1975)
- Juchacz, K.; Kłos, P.; Dziedziejko, V. & Wójciak, R. W. (2021). The effectiveness of supportive psychotherapy in weight loss in a group of young overweight and obese women. *Nutrients*, 13, 532.
- Kalil, F. (2016). Considerações psicanalíticas sobre a compulsão alimentar. In C. Weinberg (Org.), *Psicanálise de transtornos alimentares* (Vol. 2, pp. 124-135). Primavera.
- Leichsenring, F. & Klein, S. (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(1), 4-32.
- 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.), *Tratado de obesidade* (3ª ed., pp. 561-563). Guanabara Koogan.
- Miranda, M. R. (2010). A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha. In A. P. Gonzaga & C. Weinberg (Orgs.), *Psicanálise dos transtornos alimentares* (pp. 199-218). Primavera.

- Miranda, M. R. (2016). Dos transtornos alimentares aos transtornos dismórficos corporais. In C. Weinberg (Org.), *Psicanálise de transtornos alimentares* (Vol. 2, pp. 191-208). Primavera.
- 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.
- Saddi, L. (2023). Caso Vera: no campo dos problemas alimentares – técnica psicanalítica e articulações clínico-teóricas. In J. Junqueira & M. Castanheira (Orgs.), *Atendimento psicanalítico da compulsão alimentar*. Zagodoni.
- 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.
- 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.
- Thompson-Brenner, H. (2016). Relationship-focused therapy for bulimia and binge eating: introduction to the special section. *Psychotherapy*, 53(2), 185-187.
- World Health Organization (WHO) (2020). *Obesity. Fact files 2020*. WHO. <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>.
- 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), 87511-87522.
- 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 ignored, unspoken, and neglected concerns in the patient to foster development and resiliency. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 15(4), 259-277.

Pedro Belarmino Garrido
pbgarrido@hotmail.com

Recebido em: 4/2/2025

Aceito em: 6/4/2025

DOI: 10.5935/0103-5835.v58n108.08