

Do ato a fala: a construção de sentido na clínica da obesidade

Ana Luisa Sasso Bortolotti
Bruna Binotto Brognolli
Fernanda Silva Ferreira da Costa Garcia
Luana Klein
Luciano Billodre Luiz
Maria Isabel Perez Mattos
Tatiana Spreng da Rocha¹

Resumo: Este trabalho traz casos de obesidade para ilustrar os aspectos técnicos e psicodinâmicos da obesidade.

Palavras chave: obesidade; psicoterapia; construção de sentido.

Abstract: This article brings obesity cases to illustrate the technic aspects of psychotherapy of obesity and its dinâmicas.

Keywords: obesity; psychotherapy; meaning; construction.

Introdução

A obesidade, apesar de ser uma patologia de origem multifatorial não é classificada nos manuais como uma patologia psiquiátrica ou psicológica, mas sim apenas como uma doença orgânica. A parte orgânica deixaremos aqui em segundo plano, pois não faz parte do objetivo desta discussão. Cabe salientar que o tratamento desta patologia deve ser interdisciplinar levando em consideração todos os aspectos relacionados a ela desde o soma até o psique.

É fato que diversos fatores do desenvolvimento psicológico estão ligados à patologia e é isto que discutiremos a seguir com sua conseqüente aplicação no tratamento psicoterápico. A partir do entendimento psicodinâmico psicanalítico discutiremos a importância das relações

¹ Membros do Departamento Interdisciplinar de Transtornos Alimentares e Obesidade do Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade

Artigos

precoces, da patologia do vazio, da perspectiva aditiva e da psicossomática na obesidade. Seleccionamos alguns pontos teóricos que consideramos importantes para alicerçar uma base para profissionais que pretendem trabalhar psicodinamicamente com estes pacientes e para dar luz a tal entendimento separamos casos da prática clínica dos autores para ilustrar a discussão.

Relações precoces e suas particularidades na obesidade

O desenvolvimento emocional do individuo tem como base o vínculo existente entre o bebê e a mãe e mais tarde a entrada do pai como um terceiro para separar este vínculo dual. Quando o vínculo com a mãe é fraco ou se prolonga por mais tempo que o necessário ou quando este vínculo é simbiótico não permitindo o deslocamento do desejo para outro objeto, podem ocorrer déficits emocionais importantes e persistentes para o individuo.

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

O bebê, durante a fase oral, se relaciona com o mundo representado pela mãe nutridora através da boca e dos órgãos do sentido, não incorporando apenas o alimento, como atividade principal, mas a intenção materna de acolher e compartilhar seu afeto (Pizzinato apud Donato et al., 2004). Na medida em que a criança se desenvolve e outras identificações acontecem, a criança se torna menos dependente. Quando a família permanece inteira e em desenvolvimento, a criança extrai benefícios importantes para seu funcionamento mental (Winnicott, 1975).

A relação entre mãe e filha é construída por um intenso trabalho psíquico. Há alguns momentos críticos, o adolescer da menina em mulher, a sexualidade e a maternidade são alguns exemplos. Situações em que as fronteiras do eu e do outro se delineiam ou não.

Artigos

Podendo sofrer desmoronamento ou não terem adquirido contornos, como no caso dos transtornos alimentares (Ribeiro, 2010).

Assim, citamos aqui algumas situações que influenciam nos distúrbios alimentares como: excesso de frustração para o bebê, como mães que não perceberam suas necessidades no tempo adequado; mães ou cuidadores que por culpa em decorrência de dificuldades de lidar com o afeto compensam substituindo a intimidade e o afeto por alimentos; pais extremamente ocupados, causando uma falta que aqueles tentarão minimizar pela comida e; bebê extremamente voraz com baixa tolerância a frustração (Donato et al., 2004).

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

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

“Fome de mãe, fome de filha”

Juliana, 14 anos, sofrendo com obesidade grau III, apresentava humor deprimido e introversão. Após o seu nascimento sua mãe a tomou para si e não a dividiu com mais ninguém. Juliana confundia-se com a mãe em seu corpo e em sua fome, dormiu na cama com esta até o início da adolescência. Seu pai dormia na sala: *“meu pai até gostava, assim ele ficava vendo TV até tarde”* (sic). A menina e a mãe misturavam-se, portanto, como “um corpo para dois” (conceito de McDougall, 1987). Inconscientemente usava sua obesidade para afastar-se dos outros e não desvincular-se de sua mãe.

Nas sessões, sempre que precisava falar olhava para sua mãe para perceber se esta concordava e dizia: *“Ela já sabe de tudo isso”* (sic). Aqui se percebe a “ilusão simbiótica”. Cria-se uma ilusão de que a mãe sabe tudo e se não sabe ela conta, mesmo intimidades suas, que na verdade não existem, pois não há fronteira.

Para a compreensão da dificuldade em estabelecer fronteiras psíquicas na relação mãe e filha, Ribeiro (2010) emprega o termo *ilusão simbiótica*, de Halberstadt-Freud, que descreve a não resolução do vínculo mãe e filha. Pressupõe que nem ódio, inveja ou diferença de opiniões podem ser toleradas. É a simbiose como ilusão. A mãe de Juliana a colocava em posição infantil, nas refeições servia seu prato e escolhia o que ela ia ingerir.

No início dos atendimentos, mantinha-se bastante silenciosa. A dificuldade de se expressar e de se compreender foi aos poucos se dissolvendo e dando lugar a uma menina inteligente e associativa na medida em que aumentava sua confiança na terapeuta e era proporcionado a ela um local onde pudesse se expressar não apenas através do corpo e sim de suas emoções e de sua fala. Assim, em determinado momento a paciente pode dizer: *“Minha mãe me servia um prato enorme, pensando hoje me dou conta, vejo ela servindo meu sobrinho e lembro que ela me servia igual, fico apavorada, é muita coisa, coitado... No supermercado, gosto de ver o carrinho dos outros, e compará-lo com o nosso. O nosso só tem comidas leves, frutas... nos dos outros só porcarias”* (sic).

A jovem precisava usar de comparações. Não se reconhecia no espelho e nem em sua mãe enquanto mulher. A paciente tentava se diferenciar dos pais e do corpo de criança sem forma, que ainda a acompanhava ao buscar no grupo sua identificação.

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

Patologia do vazio: “fome psíquica” de experiências autênticas

Patologias do vazio é o nome dado às doenças psíquicas que têm seus sintomas privilegiadamente no corpo. Predomina a sensação de vazio, de estar sozinho e de falta de sentido. Essas pessoas precisam ser compreendidas nesse contexto social de impermanência e esvaziamento do sujeito onde a falta de sentido e o sentimento de solidão se expressam no corpo. Nestas patologias ditas do vazio há uma “fome psíquica” de experiências autênticas.

Por vezes esta sensação de vazio, impossível de ser tolerada, gera a necessidade do sujeito recorrer a um objeto externo, dotando-o de características aditivas. No obeso este objeto externo é a comida, tratando-se de uma “adição sem drogas” (Fenichel, 1981).

No obeso a relação estabelecida com a comida se dá sobre um modo primitivo de uma fantasia de fusão, com fracasso na passagem de um estágio de dependência absoluta para dependência relativa (Perez, 2005). McDougall (2003) denomina este objeto como “objeto transicional patológico”, já que se trata de um objeto que nunca completa a transição para o registro da linguagem ou pensamento, não havendo nunca a introjeção da função materna.

Artigos

A dependência do objeto alimento que procura substituir a mãe ausente, para aplacar o vazio de não ser, fracassa. Os comportamentos aditivos visam obscurecer e manter afastadas da consciência experiências psíquicas impensáveis. Desta forma, estes sujeitos funcionam no registro da necessidade e não do desejo (Gurfinkel, citado por Perez, 2005).

A compulsão alimentar pode ser uma forma de evitar a perda do objeto por meio da incorporação (alimento), como forma de garantia que o sujeito não será confrontado com as suas dores psíquicas. Na obesidade, a cura mágica por incorporação delata uma lacuna no psiquismo. Onde a introjeção deveria ter ocorrido para lidar com o luto, jaz a incorporação do alimento como forma de recusar a introduzir em si a parte de si mesmo depositada no que está perdido, é recusar o verdadeiro sentido da perda (Abraham e Torok, 1995).

Os pensamentos e sentimentos são substituídos por ações compulsivas, que McDougall (2003) nomeia de “atos sintomas” aditivos, transitórios por falhas na transicionalidade, como o alimento para o obeso. Esse agir de qualidade compulsiva visa reduzir pelo caminho mais curto a dor psíquica, pois qualquer ato-sintoma substitui um sonho jamais sonhado, um drama em potencial, em que os personagens desempenham um papel de objetos parciais ou são mesmo disfarçados em objetos-coisa, em uma tentativa de encontrar substitutos externos para a função de um objeto simbólico que falta ou que está estragado no mundo psíquico (o alimento ou a droga como resposta à depressão).

“Chocolate para mim é cocaína”

Bia, 29 anos de idade, 120 Kg, 1,67cm. Apresentava Transtorno de Pânico, não conseguia sair de casa sozinha, saindo somente acompanhada de sua mãe. Relatou que aos 7 anos de idade passou a aumentar de peso sem associar nada a esta modificação. No entanto, referiu que tomou mamadeira até início da adolescência. Descrevia-se da seguinte forma: *“Eu parecia uma mongolona. Eu sempre era a maior da minha turma”*.

Artigos

O período em que relata ter perdido peso foi aos 18 anos, única ocasião em que Bia esteve afastada de sua mãe, não morando com a mesma. Retornou a viver com a mãe após o falecimento do pai. Bia desde então não se separou de sua mãe. Diz não sentir nada ao falar da morte do pai. Porém, sente que sua vida parou ali. Vê-se com questionamentos adolescentes, não sabe o que quer para seu futuro. Bia não consegue acessar os afetos referentes a perda do pai, os engole.

Bia é viciada em chocolate: *“As pessoas não acreditam, mas chocolate para mim é cocaína. Eu começo a comer e não paro mais”*. Come uma barra de chocolate antes de dormir, em aproximadamente 5 minutos. Sua mãe esconde chocolate pela casa e Bia faz a busca, como uma forma de brincadeira infantil. A mãe boicota a várias tentativas de dieta da filha, nas refeições a mãe diz: *“come mais um pouquinho, tu comeu tão pouco”*. Parece que a mãe quer lhe “empanturrar” de alimento e de mãe, já que está sempre com a filha em praticamente todos os lugares. Quando não está, momento que Bia vai dormir esta necessita de uma barra de chocolate para se anestesiá-la e assim preencher seu vazio para adormecer.

Diz que ao deitar: *“é como se tivesse alguém lhe pressionando”*, referindo ao incômodo que sente com a capa de gordura. Traz que *“tenho medo emagrecer e ficar pelancuda”*. Não pode nem pensar na possibilidade de fazer alguma cirurgia, pois a anestesia causa-lhe muita angústia. Nas crises de angústia (pânico) diz sentir: *“Tenho medo de perder partes do meu corpo”*. Pode-se pensar no medo de perder a capa de gordura e se fragmentar, pois entrará em contato com seu vazio, sua falta de sentido da vida. Até então, sua vida sempre girou em torno da alimentação e do seu corpo: *“Me vejo gorda e ansiosa desde sempre”*, *“já experimentei todas as dietas que tu possa imaginar e nenhuma funcionou para mim”*. O que fará se não tiver esta preocupação?

No decorrer do tratamento a terapeuta convidava a paciente a pensar o que estava acontecendo, ao que ela respondia: *“Eu não sei pensar, tu quer que eu faça uma coisa que eu não sei”* (fala com hostilidade). Ao que a terapeuta propõe que possa lhe auxiliar a pensar. Bia continua relatando que *“com a mãe nunca conseguiu conversar sobre a vida, sobre o*

Artigos

futuro, falamos apenas amenidades. Estas coisas de pensar a gente aprende desde cedo, mas a minha mãe também não pensa e não me ensinou. Ela é uma conformada com a vida, não tem crítica de nada. Ela acha que eu estou assim porque eu não tenho força de vontade. Ela não me entende... ”.

Para Bia sua existência está na sensorialidade de seu corpo, em que o pensamento tem muito pouco espaço. A sensorialidade está nas crises de pânico, nos momentos de ingesta excessiva de chocolate como forma de se aliviar da angústia, do vazio...

O “não sentido” psicossomático: possibilidades de construção de significado

A Escola Francesa de psicanálise ampliou pioneiramente as possibilidades de compreensão do psiquismo, avançando na compreensão dos fenômenos psicossomáticos e das características mentais dos pacientes acometidos que, segundo Marty (1995), sofrem de uma construção incompleta ou atípica do aparelho psíquico, considerada deficitária. Assim, pacientes psicossomáticos seriam carentes de recursos para derivar psiquicamente as excitações, que, por ausência de outra via possível, seriam descarregadas no corpo.

O pensamento desses pacientes é caracterizado como operatório, envolvendo toda uma concepção de vida operatória que implica uma diminuição dos pensamentos em relação à importância que adquirem os comportamentos. O pensamento operatório é um pensamento consciente, sem ligação com os movimentos fantasmáticos representativos. Não utiliza mecanismos mentais neuróticos ou psicóticos e se apresenta desprovido de valor libidinal. Nesse caso, estamos diante de processos ausentes, e não impedidos pelo recalçamento ou desterritorializados por cisões. A vida operatória está ligada ao que Marty (1995) define como ‘depressão essencial’ e que se caracteriza por sua cronicidade e sobreadaptação manifesta na esfera social. Trata-se de um tipo especial de depressão sem objeto, sem autoacusação nem culpa inconsciente, na qual o sentimento de desvalia se orienta eletivamente à esfera somática. Comportamentos ligados em sua origem aos instintos e às pulsões, tais como a alimentação, o sono, as atividades sexuais e agressivas; ficam reduzidos ao estado de funcionamento

Artigos

automático. Os desejos desaparecem para dar lugar a satisfações de necessidades isoladas umas das outras. Lacunas do pré-consciente, isolamento do inconsciente, fragmentação funcional, prevalência do fático e do atual predominam no funcionamento mental desses sujeitos.

Essas descargas pulsionais de tipo regressivo podem ter impacto traumático e destinar esses pacientes à repetição, segundo o modo de funcionamento da neurose atual. Com o tempo, na medida em que o caos alimentar se instala, a compulsão comportamental que implica uma intensidade de excitação não elaborável reduz esses pacientes a se tornarem escravos da quantidade, estando condenados a reações comportamentais. Outro traço comum dessas personalidades é o profundo desamparo por trás da fachada das defesas compulsivas.

Nos pacientes acometidos pela obesidade, com compulsão alimentar ou não, o funcionamento psicossomático predomina em maior ou menor extensão e é sempre manifesto no comportamento alimentar que funciona automaticamente, desconectado de significado, desconectado dos afetos em função das lacunas representacionais (ausentes ou raras e superficiais) características desse funcionamento mental. A psicoterapia constitui a única forma de tratar essa fragmentação funcional, buscando o desenvolvimento de uma capacidade de mentalização que implica o desenvolvimento de uma possibilidade de maior complexidade mental e a análise do ego ideal, que nesses pacientes representa a desmedida, o sentimento de onipotência do sujeito frente a si mesmo e ao mundo exterior.

O funcionamento mental destas patologias é essencialmente quantitativo, no qual se constata uma sensorialidade que não registra diferenças qualitativas. Há uma carência de vida simbólica e, portanto, uma mente em que predomina a tensão-alívio de descargas. O que observamos na clínica são pacientes que usam a fala como modo de se livrarem rapidamente das tensões, como forma de descarga e não para significar suas experiências.

O corpo é a principal morada do sofrimento; ele passa a ser o representante das emoções máximas, o registro mais fiel dos acontecimentos emocionais, e necessita ser lido.

Artigos

Vaza no corpo o que deveria ser contido na mente, que passa, então, a ser corpo. Miranda (2011) considera que predomina o funcionamento psicótico nas perturbações alimentares, especialmente frente à presença de distorções da imagem corporal, de dissociações e de conteúdos alucinatorios, destacando o funcionamento psicossomático.

Joyce McDougall (2000; McDougal apud Fine, 2003.) refere que nesses pacientes predomina uma angústia de despedaçamento – de morte. A mãe que falhou na sua função de “paraexcitação” (decodificadora e simbolizadora do universo pré-simbólico) cria uma história sem palavras, na qual o corpo em curto circuito é o campo de batalha. Há uma cisão entre o psíquico e o soma. Nesse sentido, pode-se considerar que a somatização, enquanto versão implosiva do ato, é expressão da desorganização e do afeto sufocado, pertencentes à área cindida do psiquismo. As somatizações traduzem uma falta de elaboração e de simbolização dos pensamentos e sentimentos inaceitáveis que sofrem forte negação – tipo forclusão.

O funcionamento psicossomático é similar ao funcionamento de bebês. Estes não conseguem utilizar as palavras como veículo de seu pensamento e só conseguem reagir psicossomaticamente a uma emoção dolorosa. Assim, trata-se de uma forma arcaica de funcionamento mental que não utiliza a linguagem.

No período de estabelecimento das relações iniciais, o bebê envia a sua mãe sinais que indicam suas preferências e aversões. Se a mãe, presa de sofrimento e angústias internos, mostra-se incapaz de interpretar os sinais de seu bebê e o violenta com seus próprios desejos, está criando em seu bebê um sentimento permanente de frustração e de fúria impotente. Este tipo de experiência faz com que o bebê crie recursos, defesas primitivas contra a emotividade, para proteger-se de crises afetivas e do esgotamento que isso pode causar. Assim, não consegue formar adequadamente a capacidade de lidar com as emoções, distingui-las, porque não tem a experiência de viver as próprias emoções. McDougall (1996, 2001) nomeia privação psíquica esse estado em que o psiquismo se encontra privado da possibilidade de acesso à representação palavra e a única via de expressão é a somática.

“Acho que descobri..... sofro de solidão”

Artigos

Elaine, 37 anos, divorciada, procurou atendimento com 166 Kg após ser internada e passar por transfusão de sangue devido à anemia megaloblastica (deficiência de vitamina B12). Nos dois anos anteriores, praticamente não havia saído de casa e passava a maior parte do tempo deitada. Inicialmente, não era capaz de perceber que corria risco de vida e tinha muita dificuldade em estabelecer um diálogo coerente com a terapeuta, tamanha sua dificuldade de relacionar-se e de conectar-se com o que sentia, de falar sua história e de suas experiências. Ao longo das sessões, relatou aspectos de sua história de vida e de suas relações familiares. Estes relatos ocorriam de forma fragmentada, os fatos eram apresentados sem conexão uns com os outros ou tampouco com os sentimentos e reações emocionais que poderiam haver despertado. Em um longo processo de tentativas de rememorar e conectar acontecimentos, pôde apropriar-se de sua história e conferir algum sentido a sua compulsão alimentar e grande aumento de peso, que prosseguiu até tornar-se incapacitante (IMC 40 – obesidade mórbida) e esteve sempre associado a momentos marcantes de sua história, momentos de perda, separações, desamparo e solidão. Depois de anos de psicoterapia, Elaine chega a uma conclusão: *“Tu sabe me dizer qual é o meu diagnóstico? Porque eu acho que descobri... sofro de solidão”*.

No momento em que a paciente expressa uma capacidade incipiente de estabelecer conexões e de entrar em contato com seus afetos pode se considerar que ela começa a despertar de um estado de funcionamento psicossomático para uma capacidade de mentalização, de construção de sentidos. Pôde descobrir seu “diagnóstico” quando foi capaz de sofrer, sentir de maneira genuína ao invés de atuar.

“Um corpo que fala”

Paciente procurou atendimento após uma internação psiquiátrica por alteração de sensopercepção e distúrbio metabólico em uma viagem com a família que ocorreu 4 meses após realizar um procedimento de cirurgia bariátrica e perder peso rapidamente.

Artigos

“No momento em que brigamos na viagem (ele e a esposa) parece que algo se quebrou e tudo voltou a ser como era antes. Toda aquela alegria que vinha sentido se desmoronou. Dai só lembro de beber bastante e tentar comer, mas não conseguia, vomitava tudo, mas não de propósito que nem antes, onde fazia por ficar culpado e por não querer engordar, sentia uma dor física que me fazia vomitar, mas esta dor não era tão ruim..... até acho que dava uma certa sensação de alívio. A partir de então, não sei por quê, parece que as coisas voltaram a ser como antes.”

O paciente estabelece com a comida, com sua esposa e após com a bebida o que McDougall (2003) descreve como objetos transicionais patológicos ou “objetos transitórios”, se relacionando com eles de maneira adicta com fim de reduzir o sofrimento mental e psíquico e estes são necessários como representantes do papel que a mãe tinha na infância. A comida e a esposa têm a função mágica de preencher o vazio do mundo interior, onde falta uma representação internalizada de uma instância maternal reconfortante.

A fantasia infantil de ser único, de ser entendido sem palavras, de estar de certa forma fundido com a mãe novamente foi criada nesta época (cirurgia até a viagem) o que deixou o paciente em “lua de mel” com ele e com os outros. A quebra disso ameaçou o sentido de *self* do paciente desencadeando todo processo de novamente buscar na comida e na bebida este estado fusional com “algo” e sintomas somáticos novamente eclodiram aparecendo no corpo, agora magro, sintomas físicos importantes que culminaram em uma internação.

Comentários finais

Na clínica da obesidade, nos deparamos com muitos desafios: um deles é a grande dificuldade de falar do que se sente e um corpo que fala pelo seu excesso; outro é a impulsividade e descontrole que esses pacientes apresentam.

Artigos

É muito importante adaptar a técnica psicoterápica para estes pacientes. Usar uma linguagem mais concreta e intervir de forma mais ativa são questões fundamentais. Em especial a necessidade de uma intervenção em equipe interdisciplinar é vital, pois fornece uma ampliação das possibilidades de holding e de tratamento dos aspectos complexos e multifatoriais que determinam a obesidade. Assim, apesar das dificuldades que estes pacientes nos apresentam podemos ter mais possibilidade de sucesso.

O terapeuta empresta sua capacidade de pensar e sentir ao paciente que não a tem, traduzindo e identificando aos poucos a linguagem do corpo, para que a capacidade de simbolização possa ser construída e internalizada por ele dentro do processo psicoterápico. Usar o concreto para construir o simbólico e não ficar preso rigidamente dentro dele como o paciente.

A psicoterapia constitui a única forma de tratar essa fragmentação funcional, buscando o desenvolvimento de uma capacidade de mentalização que implica o desenvolvimento de uma possibilidade de maior complexidade mental e a análise do ego ideal, que nesses pacientes representa a desmedida, o sentimento de onipotência do sujeito frente a si mesmo e ao mundo exterior.

Nas psicopatologias em que o ato e o corpo dominam a cena, a atividade interpretativa demanda maior espera por parte do terapeuta, maior tolerância e capacidade de suportar no campo transferencial o longo período no qual o paciente fala de forma concreta, incoerente e desorganizada. A tarefa, portanto, especialmente no início do processo, é muito mais construtiva do que interpretativa, no sentido de poder criar junto ao paciente um mundo simbólico até então não alcançado ou precariamente constituído. Progressivamente o paciente pode dar lugar a soluções menos atuadas a partir da constituição de significados em um *setting* estável e continente.

Para mais além da cura do sintoma ou da doença, busca-se auxiliar esses pacientes a criar uma mente a partir do progressivo estabelecimento de uma diferenciação eu-outro, na

Artigos

retomada do desenvolvimento da matriz psique-soma, defensivamente cindida. Pelo desenvolvimento da capacidade de pensar e de sentir, o sujeito passa a ter a possibilidade de substituir o ato pelo pensamento que brinda com possibilidades de construção de significado. A necessidade alimentar pode passar a ser reconhecida como representante das necessidades nutricionais, e seus componentes de prazer a serviço da pulsão de autoconservação, e não mais como produto de uma subversão da ordem nutricional, que visa a uma mudança corporal e a uma descarga, como tentativa de preencher um vazio de significado. A saída do estado de alienação, no qual os pacientes sentem não possuir uma mente reflexiva, mas tão somente um estômago, uma fome, um vazio que os controla, pode tornar-se possível.

Para que estes pacientes possam suportar um tratamento um dos fatores fundamentais é um setting suficientemente bom e capaz de acompanhar o indivíduo no que lhe é mais genuíno, sua história. Proporcionando ao paciente colocar em palavras algo que se perdeu, ajudando-o a reconstruir sua capacidade interna de criar e pensar algo inédito. Fazer a passagem de um discurso sintomático e repetitivo para uma construção de idéias e pensamentos genuínos, na possibilidade de viver as emoções e senti-las.

Referências

Aisenstein, M. (2004). A psicossomática como corrente essencial da psicanálise. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 11, pp. 225-236.

Aisenstein, M. (2004). O enigma da dor: debate. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 11, pp. 237-249.

Aisenstein, M. (2004). O sonho, objeto de comércio. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 11, pp. 251-259.

Aisenstein, M. & Brodacs, G. (2004). Aspectos técnicos e teóricos sobre a psicossomática e a ação terapêutica da psicanálise: debate. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 11, pp. 269-281.

Artigos

Donato, A. (2004). Obesidade. In: Busse, S. R. (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade* (pp. 329-361). São Paulo, SP: Manole.

Fine A. (2003). Sobre a Bulimia. Entrevista com Joyce Mcdougall. In: Brusset, B., Couver, C. & Fine, A. (Orgs.). *A Bulimia*. São Paulo, SP: Escuta.

Kalil, F. (2010). A compulsão alimentar e suas implicações na clínica psicanalítica. In: Gonzaga, A. P. (Org.). *Psicanálise dos Transtornos Alimentares* (pp. 167-186). São Paulo, SP: Primavera.

Marty, P. (1992). *Psicossomática do Adulto*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Mcdougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Mcdougall, J., Gachelin, G., Alaugnier, P., Marty, P., Loriod, L. & Cain, J. (2001). Corpo e História. *Encontro Psicanalítico D'Aix-En-Provence*, 4 (1985). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Rascovsky, A., Rascovsky, M. & Schlossberg, T. (1950). Estructura Psíquica Básica Del Obeso. *Congreso Internacional de Psicanálise*, Zurique, Suíça, 26.

Rascovsky, A., Rascovsky, M. W. & Schlossberg, T. (1951). Estructura psíquica básica del obeso. *Revista de Psicoanalysis*, vol.2, pp. 141-151.

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

Winnicott, W. D. (1975) O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: Winnicott, W. D. *O brincar e a Realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro, RJ: Imago.