

LUCIANA ESTEFNO SADDI MENNUCCI

NO CAMPO DOS PROBLEMAS ALIMENTARES: UMA  
TÉCNICA DE TRATAMENTO PSICANALÍTICA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

PUC/SP

SÃO PAULO

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LUCIANA ESTEFNO SADDI MENNUCCI

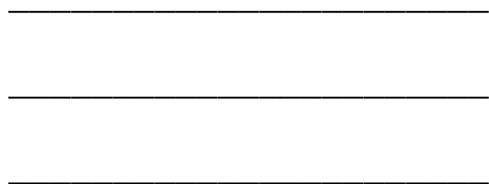
NO CAMPO DOS PROBLEMAS ALIMENTARES: UMA  
TÉCNICA DE TRATAMENTO PSICANALÍTICA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

PUC/SP

SÃO PAULO

2007



LUCIANA ESTEFNO SADDI MENNUCCI

NO CAMPO DOS PROBLEMAS ALIMENTARES: UMA  
TÉCNICA DE TRATAMENTO PSICANALÍTICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob orientação do Prof. Dr. Fabio Antonio Herrmann e do Prof. Dr. Luis Cláudio Mendonça Figueiredo.

PUC/SP

SÃO PAULO

2007

## Agradecimento

Como numa velha conhecida piada: tenho uma boa e uma má história para contar, qual delas vocês preferem ouvir primeiro?

Prefiro começar pela má: diminui a expectativa, a fantasia com desgraça – que, em geral, costuma ser maior que as desgraças reais –, e alivia a angústia.

Assim, iniciei o mestrado num momento de sofrimento e luto em minha vida pessoal, em função do severo adoecimento e falecimento do pai de meus filhos. Meses depois, eu ainda muito atordoada, meu amado pai adoece gravemente e vem a falecer. Pouco tempo se passa e meu orientador, Fabio Herrmann, adoece também e infelizmente morre. Seria cômico se não fosse verdade; desgraça vem a cavalo e quase sempre sem alarde. A dor, a incerteza quanto ao futuro dos meus filhos, problemas de ordem familiar e pessoal, fantasmas do passado e o estranho estado de alma que a elaboração dessas mortes exigiu de mim estiveram presentes durante o tempo em que fiz esta pesquisa e freqüentei as aulas da PUC.

A boa história é a seguinte: conheço na carne a solidariedade humana. Tive apoio de meus muitos amigos e amigas, de minha irmã querida, o amor por meus filhos afastou a enorme solidão de alguns momentos, voltei a escrever ficção para cuidar das feridas e até encontrei um novo amor a quem sou tremendamente grata. Por tudo isso, continuei minha pesquisa, os vivos devem continuar, foi o que aprendi em minha análise pessoal.

Iniciara meus questionamentos e leituras sobre esse tema por volta do ano 2000, e até arriscara escrever um artigo sobre o assunto. A Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, instituição psicanalítica em que me formei, não favorecia a problematização dessas questões e das experiências clínicas aqui relatadas. Leda Barone me incentivou a estudar sistematicamente a Teoria dos Campos e a realizar uma pesquisa em formato acadêmico. A Dra. Ellen Simone acreditou na idéia de que a psicanálise é importante no tratamento de pacientes que sofrem de problemas alimentares. Ambas foram muito importantes para a realização desta pesquisa.

Foi difícil mergulhar na complexidade dessas teorias e, principalmente, escrever com força e criatividade esta dissertação. Ao entender que o trabalho de escrita e o estudo sistemático do pensamento de Fabio seriam a melhor forma tanto de prestar uma homenagem ao amigo, professor, supervisor e orientador como de elaborar o luto por sua perda, escrevi. Este é meu tributo ao Fabio e à Leda Herrmann, que me deram suporte, atenção, cuidado e muito conhecimento durante os últimos anos.

Leda, após a morte de seu adorado marido, enlutada e sofrendo muito, continuou a me orientar tanto nos estudos sobre a Teoria dos Campos como na elaboração desta dissertação. Amizade, amor, cumplicidade e humor não têm preço!

Por último quero agradecer a Camila Salles Gonçalves que gentilmente aceitou participar da banca.

## Resumo

Nesta dissertação, parti da constatação da dificuldade enfrentada pela clínica psicanalítica padrão no atendimento a pacientes com problemas alimentares. Em minha clínica, para obter resultados positivos na relação do paciente com sua alimentação, via-me freqüentemente obrigada a introduzir mudanças de técnica no atendimento desses pacientes. Procurei, então, estudar o campo da alimentação e os conseqüentes problemas alimentares, o que me permitiu adentrar algumas de suas regras constitutivas, como: as condições sociais da produção dos sintomas, a *mentalidade de dieta*, a psicomecânica e a psicodinâmica alimentar. Outro caminho seguido foi o da busca de legitimação nas mudanças de técnica pela problematização da diferença entre técnicas e método da psicanálise.

Tendo por pano de fundo os estudos de Susan Orbach, pude tomar como hipótese ser a *mentalidade de dieta* a causa de grande parte dos problemas alimentares, e não sua cura. Precisei amparar-me em leituras constantes sobre psicanálise, gastronomia e antropologia da alimentação, além de proceder ao estudo sistemático da Teoria dos Campos no tema da psicanálise do cotidiano. Assim, no discorrer da dissertação, foi-se tornando mais claro que, ao se revelarem algumas regras do campo da alimentação – especificamente da *mentalidade de dieta* –, abre-se o caminho favorecedor da possibilidade de uma autonomia alimentar para o paciente, a qual pôde ser alcançada pela utilização de uma técnica ativa capaz de tocar o *regime do ato puro* que conforma a *mentalidade de dieta*.

Dessa forma, pude também organizar os resultados da reflexão sobre meu trabalho clínico na conclusão de que a *mentalidade de dieta* é causa e conseqüência de grande parte dos problemas alimentares. Ela aliena o homem contemporâneo dos sinais vitais da alimentação. Para esse homem, o ato de alimentar-se, regulado pelo *regime do ato puro*, deixa de ser uma decisão pessoal, impõe-se de fora e passa a ser o sentido que lhe seria previamente atribuído pelo pensamento.

Palavras chave: mentalidade de dieta, regime do ato puro, Psique do Real, psicomecânica e psicodinâmica da alimentação, autonomia alimentar.

## Abstract

In this dissertation I proceeded from the certification of the difficulty imposed by the standard psychoanalytic practice in the treatment of patients with feeding problems, to obtain positive results in the patient's relationship with his or her feeding, which would oblige me to introduce changes to the technique to the treatment of these patients. I sought, therefore, to study the field of feeding and the consequent feeding problems, which permitted me to enter some of the rules constituting this field such as: the social conditions of the production of symptoms, the *diet mentality*, the psychomechanics and the psychodynamics of feeding. Another route followed was of a search for legitimization in the changes of technique by penetrating the difference between techniques and psychoanalytic method.

Maintaining in the background the studies of Susan Orbach, I took as a hypothesis that the *diet mentality* is a cause for great part of feeding problems and not their cure. I had to sustain myself in systematic readings about psychoanalysis, gastronomy and anthropology of feeding, as well as proceeding to the systematic study of the Multiple Fields Theory in the thematic of the psychoanalysis of the quotidian. Thus, in the course of this dissertation it became increasingly clearer that, as some of the rules of the field were revealed, specifically of the *diet mentality*, the route that favors an autonomy of feeding possible to the patient could be reached by the utilization of an active technique capable of touching the *pure act regime* that conforms the *diet mentality*.

In this way, I could also organize the results of the reflection about my clinical work and in the conclusion that the *diet mentality* is both cause and consequence of a great part of feeding problems. It alienates the man of the contemporary world from the vital signs of feeding. To this man, the act of feeding, regulated by the *pure act regime*, ceases to be a personal decision, becomes imposed from the outside and turns into the meaning that would previously be attributed by thought.

Keywords: diet mentality, pure act regime, psyche of the Real, psychomechanics and psychodynamics of feeding, feeding autonomy.



## Introdução

A dificuldade enfrentada para atingir os sintomas resultantes dos problemas alimentares de meus pacientes levou-me a leituras sobre psicanálise, gastronomia, história da alimentação e ao estudo sistemático da Teoria dos Campos, durante os últimos anos. O conjunto dessas reflexões foi organizado, aqui, em forma de dissertação de mestrado.

Parti de um problema clínico, descrito no capítulo I, que diz respeito à dificuldade que a clínica padrão e as interpretações simbólicas clássicas têm em promover transformações na relação dos pacientes com sua própria alimentação e com sua imagem corporal. Introduzi o conceito criado por Susie Orbach, *mentalidade de dieta*, uma forma de controle social dos corpos e da alimentação, para melhor compreender a falha do método de dieta em obter resultados positivos, tanto para o emagrecimento, como para a estabilidade de peso de meus pacientes. Esse conjunto de problemas foi o campo que estabeleci e cujas regras procuro explorar nos capítulos seguintes.

No capítulo II, descrevo algumas das condições culturais que, na atualidade, propiciam e se relacionam com o aumento dos problemas alimentares. Utilizei-me do conceito criado por Herrmann, *Psique do Real*, que aponta as condições de crises de auto-representação, tanto no âmbito da identidade, como no da realidade, gerando uma forma de ação do cotidiano do mundo (governos, instituições, grupos) denominada *regime do atentado*, que se realiza em forma de ato, prescindindo e substituindo o pensamento: *ato puro*. Os atuais

problemas alimentares – anorexia, bulimia e distúrbio compulsivo de alimentação – foram compreendidos como resultantes da *mentalidade de dieta*, conceito que diz respeito a uma política de controle típica da sociedade de massa de consumo, no campo da Psique do Real.

Os campos da alimentação e da *mentalidade de dieta* têm suas regras exploradas no capítulo III, por meio de uma série de exemplos clínicos estudados em dois eixos que se entrelaçam: a psicomecânica alimentar – seus componentes básicos, os sinais de fome, saciedade, prazer ao se alimentar e privação tanto calórica como do prazer de comer –; e a psicodinâmica alimentar, envolvendo fantasias, afetos e representações ligadas ao comer, ao estar gordo ou magro, as relações familiares estabelecidas por meio da alimentação e do controle da mesma e os valores simbólicos dos alimentos. Exploro também como o conceito de *ato puro* se realiza em alguns desses exemplos clínicos, interrogando os limites da clínica padrão.

No capítulo IV, descrevo um modelo de tratamento para os problemas alimentares, após identificar as regras do campo da alimentação e da *mentalidade de dieta*, introduzindo e justificando uma mudança na técnica psicanalítica, técnica ativa, para abarcar essa problemática clínica, ou seja, para adentrar o regime do *ato puro*, dominante na contemporaneidade, a fim de superar a *mentalidade de dieta*. As mudanças sugeridas na técnica psicanalítica procuram conformidade com o conceito de função terapêutica da psicanálise, propriedade intrínseca ao método psicanalítico de ruptura de

campo, desenvolvido na Teoria dos Campos, considerando conhecimento e cura como resultado inseparável do tratamento.

As informações que obtive ao longo da pesquisa me levaram a identificar situações que considere inseparáveis: *a mentalidade de dieta* no campo da Psique do Real, compreendendo o conceito de *regime do atentado* com sua forma de ação específica, *ato puro* e a descoberta de algumas das regras constitutivas do campo da alimentação. Ambas situações permitiram-me refletir sobre uma atitude clínica e técnica mais condizente com o problema estudado, e que respeitasse a função terapêutica da psicanálise. Considerei essa experiência clínica não só como um desafio aos limites da clínica padrão mas, principalmente, como uma resposta à crise que a psicanálise enfrenta hoje e à necessidade de encontrarmos, por meio da Alta Teoria, novas formas eficazes de clínica psicanalítica.

# Capítulo I

## Para início de conversa

O presente trabalho é fruto de uma longa e complexa série de indagações que venho fazendo em minha clínica particular. Essas indagações nasceram da necessidade de aprimorar a clínica psicanalítica que venho praticando há vinte anos, e posso apresentá-las da seguinte maneira: analisei muitos pacientes ao longo de minha vida profissional e deparei inúmeras vezes com um problema aparentemente simples e corriqueiro, uma queixa recorrente que dizia respeito à dificuldade de perda e manutenção de peso ou ao descontrole da alimentação.

No início, acreditava que uma boa dieta resolveria o assunto. Logo em seguida, vendo que a dieta não funcionava – porque boa parte dos pacientes não conseguia realizá-la –, pensava nas dificuldades inerentes ao ser humano em se privar, em se enquadrar, em obedecer a regras, em enfrentar problemas com autoridade e em toda uma série de possibilidades que um analista razoavelmente criativo poderia elencar. Minhas interpretações eram orientadas pelo conceito de princípio do prazer; acreditava que os pacientes que sofriam desse tipo de problema estavam sob domínio de uma força que os impedia de realizar os esforços necessários para obter os resultados almejados. Embora eu não estivesse completamente errada (digamos que atribuí responsabilidade à força errada), percebia que minhas interpretações não provocavam mudanças significativas: os pacientes continuavam “preguiçosos”, “glutões” e “ineducáveis”. Outras vezes, trabalhava orientada pela necessidade de dar

significado a cada sintoma relatado, de desvendar fantasias inconscientes associadas aos atos relacionados à alimentação. Considerando, por exemplo, que tal paciente estava identificada com o pai, e que ela, ao se queixar do enorme tamanho de sua “bunda”, também falava de seu pai, que era tido como um “bundão” pela família. Ou que outra paciente comia desbragadamente apenas porque terminara um namoro importante e se sentia vazia. Mesmo assim, os resultados continuavam poucos. Era interessante perceber que muitas dessas análises corriam bem, permitindo-me alcançar bons resultados de modo geral, embora, no que tange à alimentação propriamente dita e ao peso, não ocorresse mudança significativa das queixas e tampouco da minha abordagem ao problema.

Eu mesma sofrera desse problema desde a infância, mobilizando minha família, indo a médicos de “regime”, emagrecendo, engordando e comendo compulsivamente com certa freqüência. E não encontrava uma saída: o método de dieta não funcionava por muito tempo. Concomitantemente a esse fracasso, crescia o número de pacientes com problemas alimentares em meu consultório. Eu não sabia como abordar a questão de forma eficaz, não conseguia fazer os sintomas desaparecerem. Percebia que muitos dos pacientes que faziam dieta eram permanentemente gordos, bulímicos ou anoréxicos, viviam apavorados com o ato de comer, em privação ou em compulsão alimentar, ou ainda eram dependentes de remédios anorexígenos. E me perguntava se isso teria alguma relação com a psicanálise – se comer poderia ser considerado um ato puro e simples, fora do psiquismo, sem as artimanhas do desejo. A solução seria: enquadrar-se numa dieta, segui-la pela

vida toda? Motivada pelo nobre conceito de princípio da realidade ou pelo de metabolismo lento ou ainda pelo apelo à genética?

Acrescento a esse quadro desanimador quanto ao instrumento psicanalítico a consideração de que eu tivera uma excelente análise pessoal, mas que tampouco havia alterado meu comportamento alimentar. Que esperança teria eu de lidar eficientemente com esse tipo de sofrimento que meus pacientes apresentavam?

As teorias psicanalíticas de que dispunha para a compreensão dos problemas alimentares – bulimia, anorexia e obesidade em consequência da compulsão alimentar – eram todas razoáveis: abordavam a feminilidade, a pulsão de morte, o princípio do prazer, a avidez, a voracidade, a oralidade perturbada no vínculo com a mãe etc. Geravam uma série enorme de modelos para compreensão do assunto, e também tratavam desses transtornos separadamente. Porém, na prática, tínhamos pouco progresso, e eu ainda constatava que o método de dieta era bastante falho, porque quase ninguém conseguia segui-lo. Paulatinamente a obesidade crescia no mundo todo, bem como os outros transtornos alimentares. A moral da história poderia ser resumida assim: quanto mais dieta, mais gordura, ataques noturnos à geladeira, anorexias e insatisfação com o próprio corpo.

Já não sabia mais como pensar o problema nem como atuar na clínica, quando me deparei com o livro de Susie Orbach (2006), *A impossibilidade do sexo*, uma reunião de relatos de casos clínicos. Num dos capítulos, essa analista

apresentava uma abordagem, para mim, completamente nova; uma verdadeira surpresa. Um paciente a procura porque precisa urgentemente perder peso: é obeso e tem diabetes. Ela propõe trabalharem com uma técnica especial, resumidamente: o analista instrui o paciente a comer qualquer tipo de alimento, sem restrição, mas guiando-se exclusivamente pelos sinais de fome e saciedade, parando de comer assim que a fome passar. O paciente ainda deverá anotar em um diário tudo que sente a respeito da própria alimentação, o que, quando e como comeu. O paciente segue a técnica, usa o instrumento, o analista o acompanha. Essa técnica parece ora uma psicoterapia psicanalítica orientada para a cura do sintoma, ora não; é difícil enquadrá-la em alguma categoria. Também é difícil para um analista usar um instrumento de notação, mesmo que orientado para as emoções do paciente e que possibilite um uso bastante subjetivo. E, na medida em que o paciente começa a comer com liberdade, pelos sinais de fome e saciedade, tanto perde peso como diminui a compulsão alimentar. Então, o trabalho psicoterápico vai rumando para um trabalho psicanalítico convencional.

Esse caso clínico me impressionou muito, tanto pelo uso de uma técnica, como pela boa qualidade psicanalítica da autora. Comprei outros livros dessa analista e do grupo que trabalhava com ela, e resolvi aplicar a técnica a mim.

Assim que comecei a gozar da liberdade de comer o que eu quisesse, na hora

eterna contagem de calorias, pelo medo de engordar ou pela escolha do alimento *light* ou, ainda, pela dieta da última moda?

Aos poucos, experimentei o que era proposto e me senti muito bem. Perdi peso também, mas acredito que isso se deu em função da prática de exercícios físicos. Se como analista fiz anos de análise pessoal, porque não aplicar essa “novidade” a mim? Ao final de um ano de prática da técnica em mim mesma – e, confesso, sendo bastante relapsa com o uso do instrumento, o diário –, havia me curado do distúrbio compulsivo de alimentação e nem mais pensava em comida – pelo menos, não como antigamente.

O passo seguinte foi aplicar a mesma técnica em minha clínica. Os resultados foram encorajadores: os sintomas graves desapareciam em poucos meses, tanto nos casos de bulimia como nos de anorexia. O distúrbio de compulsão alimentar regredia, embora meus pacientes não emagrecessem. E havia alguns poucos pacientes que não conseguiam realizar a tarefa proposta: sentiam pavor de ter liberdade para comer, mesmo que guiados pela fome e pela saciedade, ou não acreditavam que um método radicalmente diferente da dieta pudesse funcionar.

Foi então que resolvi estudar com rigor o que seria e quais as conseqüências da introdução de uma técnica dessas e de um instrumento como o diário no trabalho psicanalítico. Daí em diante, a Teoria dos Campos e todo o trabalho por ela desenvolvido em torno do conceito de método psicanalítico, de técnicas

e de função terapêutica da psicanálise, de clínica extensa e de psicanálise do cotidiano se fez presente.

Também sentia que precisava compreender melhor o processo e o significado da alimentação, bem como suas relações com o mundo contemporâneo e o aumento dos problemas aqui citados. As relações entre o mundo interno e o mundo externo são inegáveis e bastante complexas.

Por último, queria legitimar essa técnica que me parece razoável, conta com um certo êxito e mesmo assim é muito estranha ao nosso meio, tanto ao psicanalítico quanto ao médico. Mas legitimar uma técnica e o uso de um instrumento no trabalho analítico não é tarefa simples; talvez, ao final deste percurso, descubra-se impossível. Atacar o sintoma de frente, em primeiro lugar, foi estratégia abandonada pelo próprio Freud, no início de seu trabalho. Estaríamos então propondo um retrocesso? Essa estratégia teria legitimidade no âmbito da psicanálise em função do problema que enfrentamos?

Por ora, posso afirmar que essa prática psicoterapêutica vai contra a corrente mais usual na psicanálise, mas está calcada em pensamento psicanalítico e é uma alternativa legítima para o tratamento individual ou grupal dos problemas alimentares. Ainda tem a vantagem adicional de substituir a mentalidade de dieta, a qual acredito ser bastante nociva à saúde individual e social. E há mais: Susie Orbach afirma que o método de dieta é a principal causa dos problemas alimentares. Usamos um método iatrogênico que, em última instância, representa uma forma ideológica de dominação de nossos corpos e

mentes. Sabemos que a dieta vem sendo culturalmente incentivada, vem penetrando no discurso médico, no tecido social, nas comunicações familiares e na alimentação de todos nós. É preciso, pelo menos, entender por que continuamos insistindo num método fracassado ou insuficiente. Portanto, é ela, a mentalidade de dieta, a chave para explorar psicanaliticamente o problema dos distúrbios alimentares, na medida em que se constitui em um campo cujas regras deverão ser exploradas nos capítulos seguintes.

O leitor poderá acompanhar o percurso que fiz ao estudar o problema aqui descrito. Quase sempre o trajeto é mais importante do que o resultado, e, como reconheceu Freud, mancar não é pecado.

## Capítulo II

### As condições culturais e os problemas alimentares

Há pouco mais de cem anos, Freud (1905) escreveu os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, fixando uma sólida base de apoio para o desenvolvimento das teorias psicanalíticas e instrumentalizando a prática clínica da psicanálise. Esse artigo abriu e ampliou o campo para novos conhecimentos – por exemplo, as funções do ego, o narcisismo, a relação mãe-bebê, a repressão e seus constituintes sociais e mitológicos<sup>1</sup>. Essa investigação sobre a sexualidade humana e a sexualidade infantil gerou uma série de artigos que desenvolveu e atualizou o tema.

A clínica de Freud e sua época foi o ponto de partida para a investigação da sexualidade infantil: as histéricas, os neuróticos, suas queixas esparsas, desejos ocultos, pequenas transgressões, segredos, sonhos, sintomas e fantasias. Os *Três ensaios* inauguraram o pensamento sobre as teorias sexuais infantis e construíram uma teoria da sexualidade, formando um tecido coerente e uma organização do conhecimento em plano mais abstrato. O material utilizado para tal construção teórica foi recolhido do atendimento de pacientes em análise – matéria fragmentada e dispersa por excelência, como a advinda da experiência analítica. E à medida que novos pacientes eram atendidos, descobertas eram feitas e informações eram acrescentadas a essa teoria<sup>2</sup>. As

---

<sup>1</sup> Sabemos que os inúmeros temas da psicanálise se apresentam como embriões ou condensados em vários dos trabalhos iniciais de Freud.

<sup>2</sup> Segundo o editor inglês das obras completas, James Strachey, esse foi o trabalho mais revisto, o que mais sofreu acréscimos ao longo dos anos, na imensa obra de Freud.

fases da libido, por exemplo, não foram descobertas em sua ordem cronológica final. Portanto, temos uma obra em aberto, motivo de pesquisa e investigação, inclusive, para além da morte de seu próprio autor.

Os *Três ensaios* têm como pano de fundo a histeria e, principalmente, as conversões histéricas, que são marcas de uma época, quadro clínico de freqüente diagnóstico na era vitoriana, tornando-se um grande desafio à compreensão da medicina do século XIX. Ao estudarmos os casos clínicos de Freud (1895), aqueles de mais cem anos, ou alguns historiadores da psicanálise como Ernest Jones (1979) e Peter Gay (2000), costumamos nos deparar com uma descrição de mundo específica, onde a repressão sexual tinha um papel considerável. Embora o termo *repressão sexual* seja bastante vago ou excessivamente saturado, ainda não encontramos outro que possa acender em nossas mentes uma espécie de acervo comum, pelo qual acreditamos falar da mesma coisa. Na falta de termo melhor, ficamos com repressão sexual, entendendo-a em dois níveis:

1. um clima social repressivo da sexualidade, extremamente restritivo à mulher e ligado à instituição do casamento, como demonstra Kehl (1998), citando Yvonne Knibiehler, no livro *Deslocamentos do feminino*, no ilustrativo trecho:

A fragilidade física das mulheres é argumento contra a profissionalização, contra a exposição das mulheres ao tumulto das ruas e à vida noturna, contra quase todos os esforços físicos, contra o abuso nos estudos, contra os excessos sexuais. “A mulher do século XIX é uma eterna doente”, escreve Yvonne Knibiehler: “A medicina das Luzes apresenta as etapas da vida feminina como [uma sucessão de] crises

temíveis, independentemente de qualquer patologia. Além da gravidez e do parto, a puberdade e a menopausa constituíam também, a partir de então, provações mais ou menos perigosas e as menstruações, feridas dos ovários, abalam, diz-se o equilíbrio nervoso. Todas as estatísticas provam, com efeito, que as mulheres sofreram, no século XIX, de uma morbidez e uma mortalidade superior às dos homens. A opinião pública e numerosos médicos incriminam a fraqueza da 'natureza feminina': causa biológica eterna e universal, que se arriscava a alimentar um fatalismo insuperável". Yvonne Knibiehler aponta a sobremortalidade das meninas, a partir dos cinco anos, em todos os países ocidentais no período oitocentista. As causas, porém, confundem-se com as próprias "precauções" justificadas pela dita fragilidade feminina: uma vida menos sadia, alimentação insuficiente a pretexto de ser "mais leve" (a exclusão de carnes vermelhas na dieta das meninas era hábito corrente), falta de exercícios físicos e ar puro – as meninas viviam trancadas em casa –, frequência baixíssima de banhos em nome do pudor (uma vez por mês depois do período menstrual, escreve a autora) além de, muito freqüentemente, uma negligência maior nos cuidados maternos e uma acolhida bem menos calorosa, desde o nascimento. (Kehl, 1998, p. 77)

2. a repressão como mecanismo de defesa intrapsíquico: os *Estudos sobre a histeria* (Freud, 1895) e o capítulo VII da *Interpretação dos sonhos* (Freud, 1900), além de outros artigos da obra de Freud, investigam, com afinco, os caminhos sintomáticos percorridos pelo desejo reprimido, e procuram organizar um modelo de aparelho psíquico.

Freud correlacionou fenômenos como o sociocultural, o intrapsíquico e o patológico, dedicando-se a um profundo e extenso estudo da sexualidade

humana e seus constituintes. O artigo “A moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna” (1908) é um exemplo bastante conhecido desse tipo de trabalho. A cultura, a história humana, a psicopatologia e o psiquismo individual são entrelaçados pelo pensamento do pai da psicanálise. Seu trabalho analítico-clínico, muitas vezes, operava no sentido de, partindo de um sintoma, descondensar um momento histórico, uma constelação ou novela familiar, um modo de funcionar do aparelho psíquico e um problema técnico, como o fez no famoso *Caso Dora* (1905), a partir de dois sonhos. Não era à toa que ele gostava tanto de arqueologia.

Cem anos depois, tal como a histeria na época de Freud, observamos um fenômeno clínico e sociocultural em franca multiplicação: os problemas alimentares. O que nos permite uma “metáfora arqueológica”, uma investigação semelhante à que Freud fez com a sexualidade.

Vejamos primeiro, em nome da clareza, a definição desses quadros sintomáticos.

Os problemas alimentares:

A) Distúrbios do ritmo alimentar:

1. Distúrbio compulsivo de alimentação, que pode levar a obesidade ou não, mas que inicialmente é definido como toda a alimentação além da saciedade.
2. Bulimia, alimentação excessiva combinada a técnicas de alívio, como vômitos e evacuações e diurese forçadas.
3. Anorexia, fobia intensa a gordura e a alimentos, que pode gerar um emagrecimento severo e contínuo.

B) Preocupação exagerada com a aparência do corpo, com exercícios físicos, dietas constantes, modas alimentares, toda a ordem de compulsão por transformações estéticas no corpo.

C) A desnaturalização do ato de comer, mediado por tantas informações, torna a alimentação fonte de desconforto, de mal-estar, fundando uma relação perturbada com o alimento, com a saúde e com o corpo.

Esses problemas alimentares acima identificados indicam um grau acentuado de perda de autonomia alimentar ou ainda falta da mesma: *a mentalidade de dieta* no dizer de Orbach (1978). Constituem quadros sintomáticos cujas particularidades não pretendo abordar aqui, pois acredito que possuam uma raiz comum. *A mentalidade de dieta*, raiz complexa, será estudada neste capítulo, em que procuraremos tratar de alguns dos elementos que participam de sua formação.

Por ora, voltemos a pensar na histeria. Lembremos da moral vitoriana, da repressão sexual, dos ditames de uma ideologia transmitida pela ciência médica. Hoje, ao pensarmos nos problemas alimentares, nos perguntamos quais as condições sociais e culturais que contribuem para a produção desses sintomas.

Como podemos entrelaçar os níveis sociocultural, intrapsíquico e psicopatológico? Qual a importância de tal procedimento para a compreensão e o tratamento desses quadros?

Em “Apesar dos pesares”, Herrmann (2004) afirma:

Na investigação psicanalítica, tem sido costume, nas últimas décadas, privilegiar a psicogênese infantil, em detrimento da psicogênese cultural. Como estas se imbricam e se conjugam, o problema não chega a ser notável na análise das neuroses – onde o plano dos determinantes psíquicos culturais, afetando a constituição familiar, acaba por ser contado, indiretamente, na psicogênese infantil. Todavia, já interfere na pesquisa das assim chamadas *novas patologias*.

Segundo Herrmann, as *novas patologias* estão situadas fora do plano determinado, até hoje, pelos conceitos de normalidade, neurose e psicose, compreendidos anteriormente por uma psicopatologia que concebia a doença individual em oposição à sociedade. Hoje não podemos mais pensar dessa maneira: as *novas patologias* são expressão, são signo e são sintomas também de campos culturais inconscientes. Acontece que os tradicionais eixos do pensamento psicanalítico – constituição, cultura e relação infantil – se inter-relacionam, e só pensando assim poderemos lançar luz aos novos desafios teóricos e clínicos suscitados por *novos quadros e novas psicopatologias*.

Sabemos que em nossa disciplina há controvérsias a respeito da existência de

encontramos na atualidade. Não temos como confirmar se as doenças mentais são as mesmas ao longo da história, ou se suas estruturas ainda permanecem idênticas. Sabemos que os sintomas histéricos conversivos clássicos, descritos por Freud e por Charcot, são raros, hoje, em nossos consultórios; e acreditamos que, provavelmente, migraram para a clínica neurológica. Mas não orientei o presente estudo para esse tipo de discussão, mesmo acreditando, a partir de meus antigos estudos de filosofia, que, se a forma é diferente, a essência também se transforma.

Sustentamos que o que estamos definindo como problemas alimentares e seu crescimento em nossa clínica e no mundo se enquadra no que Herrmann chama de *novas patologias*. Faz parte de uma nova psicopatologia, ancorada no que esse autor chama de *Psique do Real*<sup>3</sup>, que exprime o conjunto de determinações históricas concretas que toma a forma de psique. A psique do mundo em que vivemos, segundo o autor, passa a pensar pelo habitante desse mundo. Há uma dessubstancialização do mundo, que passa a categoria de psíquico. Outrora o mundo era um lugar de fazer, e esse fazer construía o seu sentido. Hoje, o mundo midiático e virtual impõe sentidos prontos ao homem, dando a impressão de que são as coisas desse mundo que pensam pelo homem. A análise da *Psique do Real* nos leva à apreensão de uma lógica de concepção do mundo. Para facilitar a compreensão desse conceito, pensemos

---

<sup>3</sup> O conceito de *Psique do Real* aqui apresentado foi estudado e entendido a partir dos seguintes textos: "O Pensamento", cap. 7, 3ª parte de *Psicanálise do Quotidiano*, e "A Psicanálise, a psicanálise e as demais psicoterapias em face do absurdo", republicado no *Jornal de Psicanálise*, nº 58/59, 1999, pp. 93-132.

que há um *inconsciente relativo*<sup>4</sup> do mundo, o qual sofre transformações históricas, determinando novos sintomas ou quadros psicopatológicos.

A psique do mundo ou a *Psique do Real* também se revela na psique individual, que jamais é solipsista, já que não se pode imaginar uma psique autônoma, sem influência dialética da cultura, da família, das relações de objeto – em suma, uma psique puramente instintual, apenas pulsional, uma psique sem o outro, sem o humano que a funda e a atravessa, sem as formas simbólicas que a criam e pelas quais ela mesma se expressa. A *Psique do Real* é produzida e transmitida ao mesmo tempo, numa relação dialética, que entrelaça o individual, o social e o familiar e também os ultrapassa, possuindo determinação própria que, por sua vez, também determina as condições de produção de sintomas e quadros psicopatológicos.

Em função do enfraquecimento do contato do homem com a natureza, do desenvolvimento tecnológico e científico da modernidade, da preponderância da imagem virtual sobre o real, Herrmann afirma que há uma perda de substância do mundo. Propõe, então, que o mundo atual se organiza em forma de psique. É como se o mundo tomasse a forma da psique e seu funcionamento: “o mundo pensa-se através de mim, e o modo de meu pensar é o modo de ser deste mundo em que vivo” (1997, p. 129). Estamos diante de uma indistinção, histórica, entre mundo e psique; daí decorre o conceito de *Psique do Real*, correspondendo a um mundo onde a moralidade se torna

---

<sup>4</sup> O *inconsciente relativo* é constituído por um conjunto de relações determinadas por regras inconscientes, uma lógica emocional ou *lógica de concepção*, que combina afetos e representações. Lógicas inconscientes são descobertas a cada vez que um novo campo é

preconceituosa e autoritária, pois massifica e tecniciza o contato do homem com suas experiências, dando-lhe uma “mão de tinta” pseudocientífica. Onde não há distância entre as idéias e as coisas nem espaço para que um simples saber singular surja. O homem se sente impotente diante desse mundo em que a ordem tradicional foi substituída por essa outra ordem, sem raízes nos fatos, constituída por interesses que jamais poderemos provar, sem sentido fixo algum, virtual, criando um sentimento de irrealidade e desconfiança das coisas: nada é o que parece. Um mundo onde a única confiança, prova de realidade e de continuidade cotidiana se dá nos atos, atos em forma de ações autoritárias, porque os atos mesmos perderam eficácia. Assim as ações se transformam em sentidos em si, porque os sentidos estão perdidos, transformados em imagens virtuais, em ações sem pensamento. Daí deriva o que Herrmann chamou de *regime de atentado, ato puro e psicose de ação*. O primeiro desses três conceitos se refere à forma da ação do cotidiano no mundo em que vivemos, mundo entendido como *governo, instituições e grupos*. O segundo diz respeito a como o *regime do atentado* impõe uma forma de ato para o sujeito desse mundo, em que o ato prescinde de ser antecedido pelo pensamento e, ao contrário, é a sua realização que impõe um sentido para o momento vivido pelo sujeito. Já o terceiro desses conceitos situa-se no âmbito da psicopatologia própria ao mundo em que vivemos, encarna-se em casos clínicos graves. A *mentalidade de dieta* deve ser entendida nessa perspectiva, como parte dessa matriz autoritária e criadora de ações *ad infinitum* sem sentido singular, para se perpetuar em mais e mais meios onde a relação com a finalidade está perdida.

Ainda para continuar lançando alguma luz à questão levantada – se existem ou não as novas patologias –, afirmamos que nos seria impossível não relacionar a moral vitoriana (Gay, 1988-1990) e a repressão sexual (Rose, 1997) à histeria ou, pelo menos, às conversões históricas, características daquela época. Depois de lermos o trecho (Kehl, 1998) anteriormente citado sobre os conceitos médicos a respeito da saúde da mulher, compreendemos como os sintomas históricos se esforçavam por assemelhar-se a doenças, já que *doente* era a condição de saúde da mulher naquela época. E por meio da “doença” – ou seja, o sintoma histórico que a simula – a mulher poderia ser ou expressar essa própria condição, a da falsa doente. Igualada à condição de doente, usava dos sintomas históricos, doença imaginária, como recurso inconsciente de expressão e denúncia dessa mesma condição e, ao mesmo tempo, reforçava a idéia de fraqueza generalizada das mulheres a um grau extremado.

Estamos diante de uma situação paradoxal, já que a doença (histeria) denuncia a existência de um mal-estar na cultura, mal-estar ainda maior do que ela mesma, tal qual a ponta de um *iceberg*. E ela mesma cria as condições para sua própria superação, dando um salto qualitativo. Herrmann trata desse problema tanto no capítulo “O momento da psicanálise” (1997) como no capítulo “Psicopatologia” (2001b). Afirma que no século XIX a psiquiatria se dedicava a uma nosografia clara e racional -- finalmente as doenças mentais tinham sido classificadas; mas que foi a Psicanálise que inaugurou um instrumento apto a penetrar e compreender a lógica de concepção das doenças mentais, rompendo com a distinção entre vida psíquica normal e

patológica. Seu efeito é tamanho que o próprio homem e seu projeto racional e científico saem abalados.

No caso da histeria, vemos como a psicanálise, uma nova disciplina que surge para tratá-la, escuta aquilo que era muito difícil de escutar na época: a sexualidade, reprimida por uma moral bastante restritiva para as mulheres e para os homens. Nas *Conferências introdutórias sobre psicanálise*, Freud (1917) conta uma situação anedótica dos tempos de estudante de medicina, que pode ser bastante ilustrativa: uma paciente histérica, em crise conversiva, se contorcia numa simulação de parto. Um professor dizia aos alunos, a respeito da paciente, que era bobagem acreditar que histeria tivesse alguma relação com a sexualidade, porque lhe era claro que o nascimento de um bebê não se relacionava a sexo!

Então, o que os problemas alimentares – ou, mais precisamente, a mentalidade de dieta, que subjaz a eles, pode dizer sobre o mundo em que vivemos, sobre a *Psique do Real*, sobre a posição do homem no mundo de hoje? Sobre a moralidade atual?

Para responder a essas perguntas, gostaria de chamar a atenção do leitor para o campo da alimentação, campo altamente complexo, que entrelaça e relaciona dialeticamente os níveis de constituição, cultura e relação infantil.

Pensemos no primeiro ato desse campo, a amamentação. Inicialmente Freud nos fala desse duplo vínculo do bebê ao seio ou ao seu representante, que

satisfaz a pulsão de vida e a oralidade. Prazer sexual, zona erógena ligada à boca e sobrevivência se imbricam, no início da vida humana, e depois se separam na busca de satisfações próprias. Para essa configuração de necessidade e prazer, amalgamados no nascimento, ele nos fala de apoio. As pulsões sexuais (Laplanche/Pontalis, 1967) se apóiam nas funções vitais (pulsões de autoconservação), e estas lhes fornecem fonte orgânica, direção e objeto, alcançando a independência posteriormente. O bebê freudiano se relaciona eroticamente com o seio e com sua alimentação. Provêm da falta de gratificação, da fome e das frustrações iniciais as noções de desejo, de marcas mnêmicas de satisfação, de anseio por retorno a um estado anterior, em que a satisfação pudesse ser completa. O bebê, ao sentir alívio para suas necessidades, firma uma marca de satisfação mental, mnemônica; e, ao ser perturbado novamente por alguma sensação de desconforto, fome ou dor, procurará a satisfação de outrora, precisamente a marca mnêmica de satisfação que, sendo de outrora e não possuindo registro na realidade atual, pois é registro mental, cria o desejo, aquilo que está à procura eterna de algo, de um tipo de satisfação que já se foi, que jamais retornará, que impulsiona o sujeito tanto para a criação de substitutos toleráveis, criativos e sublimados, como para um buraco de insatisfação e aidez sem fim. Alguns dos desdobramentos dessa abordagem podem ser vistos no tratamento e na importância que Freud dá ao erotismo oral e à oralidade. Esta última é considerada uma fase do desenvolvimento da libido. A regressão ou fixação a ela aponta para um grave quadro psicopatológico. Falamos aqui de aspectos primitivos, iniciais da vida mental, que estão indissolúvelmente associados à alimentação.

Esse momento inicial da vida humana é tão importante na construção do psiquismo que outros dois autores, formadores de escolas psicanalíticas, se dedicaram a compreender e a teorizar tanto sobre a amamentação como sobre o desmame.

Melanie Klein (1936), em seu artigo “O desmame”, chama a atenção para essa “primeira gratificação do mundo externo”, que a criança obtém ao ser alimentada e que está associada à expressão inicial de sua sexualidade. A autora ressalta a importância do seio da mãe e das relações entre a voracidade e a avidez, entre a gratificação e a frustração com o mesmo, gerando sentimentos de ódio e paixão amorosa no bebê, bem como fantasias de idealização e denegrição, que criam climas persecutórios. Advêm desse momento inicial da vida humana, chamado de posição esquizoparanóide, os mecanismos psíquicos de projeção e introjeção. O desmame da criança pequena é um momento muito importante, segundo ela, não apenas porque agrava esses mesmos sentimentos conflitantes e extremados, mas também porque coloca para a criança o problema da perda do seio. O bebê com maior capacidade de integração tende a perceber que o seio que o frustra é o mesmo que o amamenta. A mãe (ou a representante dela) que cuida é a mesma pessoa a quem, nos momentos de frustração, ele odiara. Esse momento de maior integração das percepções gera culpa e medo. A criança, em conformidade com o pensamento onipotente, percebe que investiu ataques contra o mesmo objeto: seio bom e seio mau são um só. O infante é levado a sentir culpa e a ter, conseqüentemente, necessidade de reparação do objeto

que ele acredita ter danificado. A posição depressiva está intimamente relacionada ao desmame e se instala quando a capacidade de amar é mais forte do que a de odiar.

Lacan (1984) também destacará a importância da amamentação e do desmame em seu livro *Os complexos familiares*. De início, ao apresentar o conceito de complexo, já o relaciona a cultura e a família humana, diminuindo a importância do conceito de instinto para a compreensão dos comportamentos humanos. O complexo de desmame (Lacan, 1984, p. 22), segundo ele,

fixa no psiquismo a relação da alimentação, sob o modo parasitário que as necessidades dos primeiros meses de vida do homem exigem; ele representa a forma primordial da imago materna. Portanto, ele funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à família.

Mesmo sendo o mais primitivo dos complexos, é inteiramente dominado por fatores culturais, que o condicionam, deixando no psiquismo humano um traço permanente da relação biológica interrompida.

O complexo de desmame aponta para a constituição de uma identidade inicial entre mãe e bebê: não é possível distingui-los, e antes disso o bebê não era, não fazia parte, não existia enquanto humano. O ato original está fundado, por meio da amamentação e dos cuidados maternos, permitindo a transformação da “carne humana” em homem. Lacan não fala em auto-erotismo, nem em narcisismo, porque nem o eu, nem sua imagem foram constituídos. Diz que a

imago materna repousa em um canibalismo fusional, ativo e passivo simultaneamente. “O ser que absorve é inteiramente absorvido...” (Lacan, 1984, p. 26). Esse complexo coloca o problema de uma busca de satisfação fusional e de gozo, característica da imago materna, que em última instância leva à morte. O desmame é uma crise vital e um trauma psíquico, que determina uma ambivalência primordial entre aceitação e recusa da alimentação e, como não podemos falar em um eu, nesse momento, não podemos também considerar a aceitação e a recusa como contraditórias, o que, para Lacan, acarreta graves problemas clínicos como anorexias mentais, toxicomanias pela boca e neuroses gástricas.

Estamos lidando com um tema complexo, num campo que aborda desde a sobrevivência da espécie até a constituição psíquica do homem. Os dois exemplos acima ilustram e reforçam a idéia trazida por Herrmann da importância que a psicanálise deu ao infantil na psicogênese dos quadros psicopatológicos. Embora esse mesmo autor, em *Psicanálise do Quotidiano* (1997), critique uma das formas de produção de conhecimento psicanalítico: aquela que, por meio de dedução, do material do paciente, chega à psicogênese do desenvolvimento, tal como se dá no bebê. Longe de nós recusarmos idéias tão importantes: a compreensão e a teorização sobre a relação entre mãe e bebê, sobre os primórdios da vida psíquica, são fundamentais para a psicanálise. O que pretendemos é apontar para uma complementaridade, fundada em uma relação dialética com as diversas psicogêneses: constituição, cultura e relação infantil. Para tanto, pensemos

também em outros importantes fatores conjugados à relação mãe e bebê e ao infantil.

Pensemos no preparo do alimento, nos cuidados com sua manipulação, em toda a cultura envolvida na culinária e na forma de se alimentar: conhecimentos ancestrais transmitidos desde a Antigüidade, receitas e processos químicos que indicam estarmos tratando de um bem cultural altamente complexo.

Comer é um ato social, e Freud, em *Totem e tabu* (1913), não deixou passarem em branco as múltiplas representações do banquete totêmico. A devoração do pai, seu assassinato, a luta pelo poder, o ódio à autoridade, gerando o medo e a culpa que fundam o processo civilizatório em conseqüência do advento da lei, é que são celebrados nesse festim. A união do grupo por meio da culpa e o consentimento grupal para a transgressão controlada são alguns dos elementos desenvolvidos nesse artigo, que questiona a origem da cultura humana e a atribui a esse ato primordial, brutal: a devoração do pai pelos filhos, acompanhada pelo medo de retaliação, levando à constituição das leis que fundam a cultura humana. Leis que inicialmente regulam as trocas sexuais entre os grupos. Do ponto de vista desse artigo, a fundação da cultura humana está (de forma mítica) intimamente ligada à devoração, à sexualidade e à lei.

Vejamos, então, mais alguns exemplos de como o campo da alimentação é um campo que trata de um bem cultural grupal e complexo. A alimentação e a culinária, bem como seus derivados, sempre estiveram ligados à religiosidade

Freud em *Totem e tabu*. Hoje temos uma sociedade laica, capaz de separar a religião do Estado, capaz de valorizar o conhecimento científico em vez dos ditames divinos; por isso, esquecemos ou nem sequer conhecemos a íntima relação entre religiosidade e alimentação. Porém, sabemos que até bem pouco tempo nossa vida social não estava baseada nesses parâmetros, os racionais científicos; pelo contrário, era regida por ditames religiosos, rituais de alimentação e rituais sexuais regulados por proibições e transgressões consentidas. A Antigüidade é palco, por excelência, desse íntimo relacionamento, que ainda hoje persiste entre os grupos não assimilados pelos parâmetros da civilização ocidental e, segundo Freud (1913), também persiste em nosso inconsciente.

Para os antigos gregos (Detienne, 1972), a alimentação, os temperos, as especiarias, estavam ligados ao sacrifício aos deuses<sup>5</sup>, às cerimônias religiosas e mesmo aos ritos de passagem. Apenas como ilustração: o jovem grego de Esparta (Vidal-Naquet, 1981) em sua passagem à vida adulta era mandado viver nas cercanias, nas fronteiras dessa cidade-Estado, onde só poderia comer cru, simbolizando a regressão a um estado anterior ao da civilização. Somente seu retorno de uma espécie de teste de sobrevivência, já como adulto, militar, o possibilitaria comer alimentos cozidos e ocupar um lugar na vida social. A fronteira entre mundo civilizado e mundo animal era ordenada pelo fogo, pela arte de transformar os alimentos. Quanto à oferenda de alimento aos deuses, era praxe dos rituais, com a finalidade de acalmar, agradecer, mostrar respeito e adorar (Detienne, 1972). No mito de Prometeu,

---

<sup>5</sup> Os alimentos dados a Adonis variam de acordo com as representações que esse deus recebe ao longo da história.

Hesíodo nos conta que ele enganou Zeus numa dessas oferendas e, depois, roubou-lhe o fogo, oferecendo-o aos homens. Fogo que significa luz, conhecimento capaz de transformar metais, alimentos e produzir calor, um poder que muda o homem de categoria, dando-lhe funções semelhantes às divinas. Segundo o mito, antes desse advento “discerniam deuses e homens mortais” (Hesíodo, *Teogonia*, [sem data,] p. 144), ou seja: eram diferentes, depois assemelharam-se. É interessante notar que, no mito de Prometeu, segundo Jaa Torrano (Ésquilo, 1985), a tentativa de ludibriar Zeus ocorre por meio do alimento: o objeto da partilha é um boi, animal doméstico consagrado ao sacrifício, cujas normas rituais são instituídas pelo próprio Prometeu. As carnes e os órgãos sanguíneos são assados e comidos pelos homens, já que são essas as partes putrescíveis, como é a própria condição humana, inferior à divina. Os ossos, não: esses são queimados junto aos incensos para que a fumaça ascenda aos céus e aos deuses, que recebem a melhor porção, aquela que é eterna, como é a própria condição divina. Prometeu, por um jogo sinuoso de inteligência, disfarça os ossos com as vísceras, fazendo com que Zeus escolha a porção dos humanos, a porção inferior. Ele acredita ter induzido Zeus a escolher em proveito dos mortais, mas Zeus se deixa enganar para adquirir o direito de castigar o titã posteriormente. Apesar de homens e deuses serem diferentes, tinham uma situação de convívio originário – banquetearam-se à mesma mesa, no banquete sacrificial. Os homens não controlavam o fogo, que só era obtido quando raios provocados por Zeus atingiam árvores, uma dádiva espontânea do deus supremo. A vingança de Zeus foi, primeiramente, suprimir o banquete sacrificial, que reunia ambos os gêneros, eliminando a provisão de fogo aos homens. Prometeu, então, rouba o fogo e oferta-o aos

mortais. Zeus tem a oportunidade de castigar os homens: em troca do fogo, lhes oferta o mal, em nome da vingança. Porque jamais os homens poderiam ficar tão próximos dos deuses, com tantos poderes, os castiga; cria Pandora, a primeira mulher; depois, cria as mulheres, a condição sexuada e o casamento. Também castiga Prometeu, condenando-o a ficar amarrado a uma rocha, imobilizado, a ter o fígado eternamente devorado por abutres.

Nem precisamos ir tão longe: o cristianismo consagrou em seu ritual de comunhão a incorporação simbólica de Cristo. Em ato de devoração e de fé, o cristão recebe o corpo e o sangue de seu salvador, filho de Deus, que morreu para salvar a humanidade. Outro exemplo que trata desse íntimo relacionamento entre alimento, alimentação e religião pode ser visto na descrição do paraíso segundo o Alcorão, livro sagrado dos muçumanos: oferta de virgens e coalhada, aos que morrem de forma santificada. A sexualidade e a alimentação são permitidas para aqueles que se sacrificaram em nome da religião. Temos também Adão e Eva, a serpente e a maçã, fruto proibido e

valioso, um ato grupal que está na origem da fundação da cultura humana. E também é um bem cultural relacionado a uma série de questões como as de poder social, de produção de conhecimento e de prazer. A acumulação de riquezas por uma parcela da sociedade também joga um importante papel no que se refere à alimentação, tanto hoje como na Antigüidade. O imperador romano Vitélio (Revel, 1996), por exemplo, era um glutão reputado; jantava em cinco ou seis casas por noite, honrando todos os convites. e se precipitava sobre os animais que estavam sendo assados, para sacrifício, em cerimônias religiosas. Isto indica a inclinação da época para a glotonaria, a superabundância, o prazer de acumular, de deslumbrar que a classe dominante romana exercia sem pudor. Parece que foi o primeiro bulímico da história.

Riqueza e gordura estiveram associadas na figura do burguês barrigudo. As classes dominantes ao longo da história mostraram seu poder também pela abundância de alimentos, pelas mesas fartas, por banquetes inesquecíveis. A fome, historicamente, esteve associada à pobreza. Beleza e fertilidade, tanto na Idade Média como no Renascimento, estiveram associadas à gordura. Ainda hoje, no campo da alimentação, observamos componentes semelhantes aos descritos anteriormente, que unem alimentação, história, religião e ciência.

Comer está intrinsecamente ligado à sobrevivência e é um ato grupal, cultural, social e muitas vezes religioso. Acabamos por partilhar de crenças comuns, algumas advindas das descobertas científicas que geram medo de certas comidas, outras advindas da medicina antiga (Revel, 1996), que consistia, em

grande parte, numa dietética impregnada por magia, indicando propriedades físicas e espirituais dos alimentos. Todos os livros de culinária gregos, por exemplo, pretendiam ser, ao mesmo tempo, livros de medicina. Existe a crença de que certas combinações alimentares são nocivas à saúde, conhecimento este que é passado de geração em geração, de forma oral, por tradição. Não comemos certos tipos de alimentos por tabu, por algum tipo de aversão advinda da infância, de caráter individual ou familiar ou ainda por alguma crença cultural ou religiosa compartilhada.

É esse ato grupal fundamental que interessa destacar nestas linhas. Pense no jejum dos santos e suas expiações, em castigos físicos, em abdicar do alimento em nome de uma crença social – esses já foram atos muito elogiados. Levando-se em conta a importância da luta entre o bem e o mal para a Idade Média (De Varezze, 1229), temos como um dos palcos escolhidos para esse combate a própria necessidade corporal, sede dos pecados. Santa Marta (De Varezze, 1229), por exemplo, levava uma vida muito rigorosa, não comia carne e nenhum alimento gorduroso, como ovos, queijo e vinho. Comia uma vez ao dia, fazia cem genuflexões pela manhã e outras tantas ao se deitar. Santa Pelágia adotou o hábito de eremita e serviu a Deus com rigorosa abstinência; depois da conversão, estava irreconhecível por causa de sua extrema magreza. Santa Taís, meretriz em busca da redenção de seus pecados, foi enclausurada numa pequena cela, teve a porta lacrada com chumbo e por uma pequena janela recebia apenas um pouco de pão e água, diariamente. Morreu três anos depois nessas mesmas condições de penitência. Mas será que estamos muito distantes desses tempos?

Ficamos horrorizados em pensar nas chinesas que cortavam seus pés, nas santinhas que jejuavam em nome de Cristo e da santa madre igreja, nos espartilhos, nos alimentos em forma de remédio e castigo, nos aparelhos ortopédicos do Pai de Schereber, nas mutilações corporais em nome da religião ou da estética; mas quais são nossos ideais sociais compartilhados? O que significa a *mentalidade de dieta*?

Explorarei uma imagem que Susie Orbach (1986) usou em um de seus livros.

Imagine que a moda é ser gordo: as modelos são gordas; quando abrimos as revistas, há imagens de gordos felizes, pesados, rindo à toa. Estes encontram parceiros, amigos, empregos, têm filhos e são altamente valorizados, são belos. As roupas são grandes, é preciso ocupá-las. Todas as vezes que abrirem uma revista, haverá alguma receita para engordar, produtos *fat* em todas as prateleiras de supermercado, abundância típica da sociedade de consumo. No *Jornal Nacional*, por exemplo, médicos dirão que há inúmeros riscos à saúde para quem não estiver gordo (gordura até pouco tempo atrás era sinônimo de saúde). Receitas para engordar facilmente, dietas para ganhar peso, dez quilos em 15 dias. Especialistas, acupunturistas e toda a sorte de pesquisas cientificamente provadas atestando os benefícios da gordura e sua relação com a longevidade, sendo este último um bem altamente investido em nossa sociedade narcísica. Cirurgiões plásticos desenvolvendo técnicas de lipo-implantação. Imagine o estresse que causa essa propaganda subliminar, todos querendo corpos divinamente gordos para serem desejados, respeitados,

amados. Agora imagine que você nasceu magro. Ou que não é gordo o suficiente.

É assim que nos sentimos vivendo numa sociedade fóbica com a gordura;

para aplacar esse medo – os *lights* e *diets*. Ou pior: comendo compulsivamente o que a propaganda midiática e virtual incentiva.

Há ainda que considerar o reflexo ideológico do desenvolvimento tecnológico, que faz com que o corpo seja visto como máquina (Herrmann e Minerbo, 1998) da era industrial, com seus *inputs* e *outputs*, massas magras, medidas, colesteróis etc., gerando mensagens contraditórias de liberdade e restrição. Comer alimentos proibidos, gordurosos, engordativos está identificado com a morte, é fonte de culpa, de pecado, de expiação.

Vemos que o discurso social, enquanto figuração da moralidade, ruma da sexualidade para a alimentação. Existe, agora, uma moral dietética, uma nova moralidade, a alimentar.

Diante de um prato de comida, de um *buffet* ou mesmo da fome, encontramos pessoas perdidas, tentando contar calorias, saber o que é cientificamente permitido, emitindo opiniões sobre os alimentos e a alimentação. Opiniões lastreadas em artigos científicos publicados em jornais ou revistas femininas. Vale notar que esses “artigos científicos” de última moda descobrem propriedades exóticas nos alimentos ou mudam de opinião a cada semana. Mesmo assim ou por causa disso, estamos desconectados do ato de saciar a fome com o alimento saboroso de nossa escolha e com a quantidade que sentirmos ser suficiente. Nossa sociedade desaprendeu a comer, teme comer ou nem mesmo se permite comer e investigar a própria alimentação. Mediados por informações diferentes, nos encontramos perdidos diante do controle

produzido por esses intermediários: ciência, meios de comunicação, propaganda, moda, indústria, família e escola criam essa nova moralidade, produzem a *mentalidade de dieta* e a conseqüente perda de autonomia do homem em relação a sua alimentação.

Segundo Herrmann e Minerbo (1998), o que está em jogo é uma nova composição das forças produtivas, caracterizada pela evolução da tecnologia e por uma nova subjetividade, centrada mais na multiplicação das oportunidades do gozo e menos no gozo propriamente dito. Estamos diante de uma *cultura de possibilidades*, em que podemos ser tudo ao mesmo tempo; uma cultura da virtualidade, que faz com que o corpo e a alimentação se fechem sobre si mesmos, ao expulsar o sujeito psíquico. Este passa a se ver como vê uma máquina ou como vê uma foto em um *outdoor*, como uma entidade autônoma. E, já que a tecnologia lhe dá a possibilidade de imaginar ou mesmo realizar mudanças semelhantes às que são feitas em imagens por programas de computador, não há como sentir que sua própria imagem é apropriada em relação a qualquer ideal social e científico. Veja que falamos em imagem do sujeito, e não mais em sujeito, já que este sofre um processo de exteriorização. Junto a isso, cresce o sentimento de inapropriação, de inadequação e de culpa individual, porque as imagens são sempre inalcançáveis, não apenas por refletirem ideais de beleza, mas também por serem somente imagens. A violência social, os problemas alimentares e a dependência de drogas são marcas da contemporaneidade. O último quadro citado nos é significativo porque o vício e o uso compulsivo da alimentação são características destes nossos tempos. Lembre-se que a doença mental, segundo a posição adota por

Herrmann (“Adição à adição”, 2003), manifesta uma dimensão social. Falamos de uma relação dialética entre o social e o individual. Em suas palavras:

Uma nova psicopatologia está sendo fermentada pela descrença social, em que a relação entre patologia individual e sociedade já não é de simples oposição prática e contraposição teórica, mas indistintamente dialética. O doente manifesta uma dimensão social, não uma oposição à sociedade.

Segundo essa visão, as neuroses e psicoses não valem mais como paradigma confiável. As *novas patologias* atestam tal transformação e apontam para a necessidade de uma *nova psicopatologia* e de uma nova concepção de normalidade.

Na sociedade vitoriana, o discurso de controle social sobre a mulher era produzido em torno do casamento, como assinalam Phyllis Rose em seu livro *Vidas paralelas* (1997) e Peter Gay em *A paixão terna* (1988-1990). A “propaganda” era veiculada principalmente através dos romances cor-de-rosa lidos pelas moças, que exaltavam a figura da mulher – mãe, rainha do lar; atrás de um grande homem sempre existia uma grande mulher escondida –, colocando sua sexualidade em plano secundário<sup>6</sup> e sua vida própria apenas em plano privado, quando muito. Criava-se uma mulher a serviço do

---

<sup>6</sup> Peter Gay fala do romance cor-de-rosa, tão difundido entre as mocinhas do século XIX. Phyllis Rose fala das contradições do casamento vitoriano: conta-nos a história de cinco casamentos de escritores importantes, dos quais um dos únicos casais verdadeiramente felizes foi aquele que realizou uma união aparentemente casta, já que compreendiam que o sexo era interesse apenas do homem, e representava para a mulher um transtorno violento ou uma obrigação conjugal contratada nas núpcias.

casamento, do lar e dos filhos. Imagine o que era ser solteira naquela época<sup>7</sup>? Hoje a gordura passou a ocupar um lugar demonizado. Quem não se sente adequado em relação ao seu próprio corpo, ou seja, se sente pelo menos simbolicamente gordo, acaba por se restringir e se diminuir no espaço social. As mulheres ainda são as maiores vítimas dessa estratégia de dominação-diminuição através da desvalorização de seus corpos, de um sentimento difuso de mal-estar produzido em nome dessa inadequação da imagem corporal aos padrões e ideais sociais. No mundo de hoje, o controle social sobre a mulher se utiliza também da estratégia de equacionar feminino, jovem e magro.

Hoje produzimos discursos e imagens sobre mulheres perfeitas, fortes, felizes, ricas, bem-sucedidas, que a cada semana encontram o grande amor de suas vidas. Seus corpos são o objeto de desejo de todas as mulheres, saúde se confunde com beleza e lá vai a mulher moderna, como a chinesa de não sei quantos mil anos atrás, cortar o busto, a bunda, o rosto. Sentindo-se feia e infeliz, fica acanhada. Uma parte delas não se sobressai nem sequer reivindica direitos<sup>8</sup>, a maioria fica em casa ou com vergonha de ocupar os espaços públicos. E mesmo quando os ocupam, retraem-se na luta por mais direitos, sentem que fazem alguma coisa errada ou que lhes falta algo. É comum, na clínica, escutarmos queixas de mulheres que se sentem extremamente constrangidas em suas vidas diárias, por causa da gordura ou do diagnóstico de bulimia ou anorexia. Há um constrangimento social, um mal-estar para quem não é magro, lindo, saudável e jovem. O controle social demoniza

---

<sup>7</sup> Não que para os homens não houvesse um discurso a reproduzir e algo penoso a ser pago em nome dessa determinada cultura.

nossos corpos comuns, de homens e mulheres, e sobrepõe à antiga divisão de classes critérios classificatórios baseados em preconceitos sobre beleza, saúde e moral, como possibilidade de transcender a massificação. O que parece empurrar a grande maioria à massificação de forma mais eficaz.

Os tratamentos convencionais para os problemas alimentares, baseados no controle da alimentação do paciente, visam à contenção dos sintomas e à construção de um corpo idealizado, não reconhecendo que é exatamente desse problema que o paciente sofre. Tendem a reforçar o problema da perda de autonomia, cerne dos problemas alimentares, já que reproduzem os mesmos meios e objetivos que fazem o paciente adoecer. E, muitas vezes, levam-no a um uso fóbico, religioso e rígido da alimentação, das rotinas e dos cuidados corporais, que nos remete a um corpo quantificado (Herrmann e Minerbo, 1998), num tipo de funcionamento que iguala saúde a máquina trabalhando em perfeito estado. A perda ou falta de autonomia alimentar é consequência e causa imediata dessa problemática, que, em última instância, leva a um tipo particular de claustro e colabora, muito, na epidemia da obesidade.

*A mentalidade de dieta* atravessa nossa experiência com a alimentação. A maioria de nós já nem sabe mais o que gosta de comer, o que é e quando sente fome ou saciedade, sendo esses os sinais internos básicos da alimentação. Nossa relação com a comida sofreu enorme perturbação nas últimas décadas. Perturbação advinda da regulação científica, dos ideais de

---

<sup>8</sup> Deparei muitas pacientes que, ocupando lugares de trabalho, acabam por não reivindicar melhores salários e direitos porque são obesas ou se acham gordas e sentem muita vergonha

beleza, do crescimento da produção industrial dos alimentos, da massificação, da cultura que procurei descrever neste capítulo.

*A mentalidade de dieta* é causa e consequência da falta de autonomia alimentar. É produzida socialmente; está internalizada e regula as relações do homem com sua alimentação e com seu corpo. Perdemos a “inocência” ao comer. Porque comemos, cada vez mais, de forma externalizada. O sujeito psíquico que foi expulso do homem expeliu também e, inclusive, sua capacidade de julgar coisas bastante triviais, como a escolha do alimento que se tem vontade de comer e que matará a fome com prazer. Perdemos nossa capacidade de saborear os alimentos, de saber a hora de parar de comer, de saber quando se tem fome, de escolher os alimentos por livre e espontânea vontade. Comer se tornou um ato desconectado dos sinais internos que deveriam regulá-lo.

O corpo humano se tornou objeto de autocontemplação, segundo Herrmann (“Apesar dos pesares”, 2004); está diante e não mais dentro de nós. Vejamos:

Como em qualquer resposta traumática, a contradição entre meios e fins aqui dá as caras abertamente. O cultivo da forma física é um instrumento de sobrevivência, saúde e longevidade; porém, o mimetismo de uma forma física superior, pela musculação compulsiva e pela ingestão de anabolizantes dificilmente pode atender ao mesmo objetivo – o que denota um aspecto particular dessa crise estética, no caso a equivalência, na fantasia, entre produção e reprodução de uma forma, entre ser e parecer, entre obra e fac-símile.

---

disso.

O que é típico da resposta traumática é que o método ou meio usado para sanar um problema é, em geral, igual ou semelhante àquilo que gerou o mesmo problema. Por isso os pacientes não se “curam”, porque repetem compulsivamente aquilo que lhes causou o trauma, numa incessante busca pela cura e alívio do sofrimento que acaba por causar mais e mais dor.

Pretender enxergar uma relação natural entre o homem, sua alimentação e seu corpo é pura utopia. É claro que uma autonomia alimentar completa e uma relação com o corpo não mediada pela cultura jamais poderia existir. Mas é inegável também que a *mentalidade de dieta* prova que as condições culturais criam hoje perturbações novas e em massa. E criam também um homem em fac-símile, incapaz de um ato interiorizado, de reflexão e julgamento sobre muitas das banalidades cotidianas, inclusive comer. O aumento dos problemas alimentares é um sintoma, uma resposta traumática, caracterizada pela contradição entre meios e fins.

Estamos mergulhados na cultura e, como vimos, não é possível considerar a alimentação isoladamente de suas especificidades. Sempre houve regulação social para a alimentação e para a relação do homem com seu corpo, mas o que vemos hoje é uma mudança na forma dessa regulação social, já que altera e desvincula o ato de comer do prazer e dos sinais de fome e saciedade. A alimentação se torna um meio para a obtenção de um corpo idealizado; ela não é mais considerada um bem caro à sobrevivência do homem e da espécie. Ao mesmo tempo, passa a ser palco de uma luta moral.

Também a industrialização do alimento, a facilidade de obtê-lo, o prazer imediato semelhante ao da ingestão compulsiva de drogas, alteram de forma inequívoca essa relação. E, em nome da precisão, devemos somar ainda a essa lista o que consideramos de forma geral neste capítulo como a cultura que cria as condições de aparecimento das *novas patologias*, como as que abordo neste estudo: esse homem que se olha de fora de si, que vê seu corpo da mesma maneira como vê uma foto de propaganda e que acredita que é possível se alimentar de forma exógena a ele mesmo, seguindo manuais de dieta, por motivos vários, desde fobia alimentar até rejeição à forma corporal humana; esse homem que não leva mais em consideração as suas necessidades, os sinais básicos da alimentação e nem o prazer em comer.

Sabemos que comer dá trabalho. É um ato complexo, que envolve capacidade de decisão, de percepção dos sinais internos, de escolha, de relação com o outro e com o mundo de forma mais ampla. As dietas negam isso: tratam o homem como se fosse gado, como se comesse ração, como se, via tecnologia, pudessem alterar o corpo, o paladar e até mesmo o gosto e a forma humana. A ciência e a indústria produzem enorme perturbação ao intermediar de forma massificante a relação do homem com sua alimentação. Diante das condições descritas aqui, vemos que o homem foi perdendo progressivamente a autonomia alimentar possível, já que perdeu a capacidade de se perceber diante do alimento e da alimentação. Procurando se enquadrar desesperadamente em algum “manual da boa alimentação”, acabou por

abandonar o trabalho interno que comer exige. E repete essa mesma situação ao procurar transformações em seu corpo, ao buscar um corpo idealizado.

Quantos de nós, a cada vez que nos alimentamos, não sentimos medo? Estamos fazendo certo? Vamos engordar? “Morrer de colesterol”? A cada semana, uma nova informação científica sobre a alimentação é descoberta, novos produtos são colocados no mercado e os problemas alimentares crescem. Essa é a relação traumática, nada inocente, entre tentativa de cura e saneamento de um problema. O conseqüente aumento desse problema reside na forma como se trata ou se “cura” o mesmo, já que a “cura” repete a causa que cria e propaga a doença. Ou seja, quanto maior for o controle social sobre nossa alimentação (*mentalidade de dieta*), maior será o crescimento dos problemas alimentares. Por isso, tratarei, nos próximos capítulos, de duas questões levantadas por este primeiro capítulo, a saber:

1º – Partindo da afirmativa de que o homem está desconectado de sua alimentação, precisamos entender quais os fatores constitutivos da mesma. Procurarei dar uma visão psicanalítica da alimentação, entendendo quais os fatores ou regras que operam ou constituem esse campo.

2º – Como tratarmos dos problemas alimentares em nossa clínica ao entendermos o campo da alimentação via psicanálise? Quais são as transformações técnicas derivadas dessa compreensão?

## Capítulo III

### O campo da alimentação propriamente dito

No capítulo anterior, consideramos que a relação do homem contemporâneo com sua alimentação está mediada por uma imposição de padrões alimentares a serem assimilados como se fossem recomendações de um manual do usuário, acarretando uma importante desconexão entre o homem e sua maneira de comer. Acreditamos que essa situação causa o espantoso aumento dos problemas alimentares em nossos dias. No presente capítulo, procuraremos entender alguns dos fatores constitutivos da alimentação. Daremos uma visão psicanalítica sobre o comer – melhor dizendo, faremos um esboço, traçaremos as primeiras linhas para a constituição de uma teoria psicanalítica sobre a alimentação, entendendo quais os fatores ou regras que operam nesse campo ou o determinam. Consideramos que esse passo – conhecer melhor os componentes da alimentação – é muito importante para o desenvolvimento de instrumentos clínicos no trabalho com quadros que compreendem a mentalidade de dieta.

Também no capítulo anterior, usamos como modelo o estudo freudiano da vida sexual nos *Três ensaios* (1905) e nas *Conferências introdutórias* (1917). Freud procurou definir e conceituar o termo *sexual*, compreender quais de seus elementos eram fundamentais e quais eram acessórios, além de como participavam desta trama bastante complexa: a vida sexual humana. Quando se inicia a sexualidade humana? O que a compõe? Que impulsos? Qual sua

relação com a reprodução? No que difere da sexualidade animal? Suas respostas à maioria dessas questões foram bastante precisas. Os fundamentos da sexualidade humana foram desvendados, percorrendo um conhecimento sobre o que é finalidade, objeto, instintos parciais e fases da libido, até os complexos de Édipo e de castração e a formação do superego. Como afirmamos anteriormente, a clínica freudiana, a psicopatologia e os sintomas da época exigiam essa investigação.

O aumento dos problemas alimentares nos dias de hoje exige de nós uma maior compreensão sobre a alimentação. No presente capítulo, pretendo levantar mais alguns pontos que considero importantes para a compreensão dos fatores e elementos envolvidos nessa problemática.

Ao escolhermos o termo alimentação, procuramos diferenciá-lo do termo nutrição. A nutrição é uma ciência baseada em “padrões exatos” e que se utiliza do método experimental. Já o método psicanalítico opera por ruptura de campo (Herrmann, 2001a); não constrói uma ideologia, ou pelo menos não a aplica na terapêutica (Mennucci, 2001); e dele derivamos um saber temporário, particular e singular. Estabelecemos aqui a mesma diferença que os estudos dos sexólogos estabelecem para com os dos psicanalistas, ainda que ambos tratem do mesmo tema, o sexo.

Poderíamos inclusive dizer que o homem, ao se alimentar – ato aparentemente banal nos tempos atuais –, se nutre. Mas não nos interessa uma discussão dessa ordem. Estamos estudando o campo da alimentação num determinado

momento histórico, para apreender algumas de suas regras constitutivas, sua lógica emocional, e construir um esboço de teoria psicanalítica sobre o mesmo. Essa proposta visa organizar o conhecimento psicanalítico adquirido e oferecer subsídios para lidarmos clínica e teoricamente com os distúrbios alimentares.

A seguir, apresentarei o campo da alimentação em dois eixos que se entrelaçam, a psicomecânica e psicodinâmica alimentar. No primeiro eixo, explorarei a descrição das relações que predominam na forma de alimentação dos pacientes, relações determinadas pelo campo da *mentalidade de dieta*. Penetraremos nas regras do campo aqui descrito. No segundo eixo, analisarei essas relações por meio de exemplos clínicos. É importante esclarecer que efetuamos apenas didaticamente essa separação, para apresentar ao leitor os fatores que consideramos fundamentais no entendimento da alimentação. Na prática, é impossível separar esses eixos: eles se encontram amalgamados tanto no ato de comer como no imaginário que compartilhamos a respeito desse ato – quando fantasiamos, por exemplo, consciente ou inconscientemente, um repertório relacionado aos alimentos e à alimentação. Esse repertório, ao bem da verdade, pode ser tão amplo e mesmo aparentemente distante dos alimentos que nos seria impossível identificá-lo de antemão: sabemos que varia de pessoa para pessoa.

Comer, como disse anteriormente, é algo complexo, envolve a cultura, a família e a história familiar, as fantasias inconscientes e conscientes, os sinais vitais (fome e saciedade), os prazeres, os gostos e paladares, fobias e nojos. Envolve a imago da mãe, a amamentação, a sexualidade e seus terrores.

Comer condensa quase todos os temas caros à psicanálise. Portanto, seria pretensão imaginar que teríamos a capacidade de descrever todas essas relações e funções ligadas à alimentação, ainda mais pensando que o faríamos de uma só vez. Essa é a tarefa do poeta. Ao psicanalista cabe a humildade de tentar descrever algumas situações clínicas.

## **O campo da alimentação em dois eixos entrelaçados<sup>9</sup>**

### **A) 1º eixo: A psicomecânica alimentar**

A psicomecânica alimentar envolve os sinais de fome e saciedade, a quantidade e os tipos de alimento, os horários de alimentação e a privação tanto de alimentos como de prazer ao se alimentar.

A alimentação, basicamente, lida com esses sinais internos, fome e saciedade. A mentalidade de dieta perverte e aliena a alimentação do sujeito, de forma a que ele não se guie mais por esses sinais ao se alimentar. A fobia à gordura, as dietas e as modas alimentares passam a dominar a alimentação, alterando, muitas vezes de forma dramática, a relação do homem com a comida.

Pacientes com problemas alimentares e aqueles que estão cronicamente submetidos a dietas – a chamada *mentalidade de dieta* – sofrem uma perturbação ou uma confusão exagerada de todos os indícios internos,

---

<sup>9</sup> Apresento os dois principais eixos do campo da alimentação de forma separada por dois motivos distintos: o primeiro, já referido no corpo do texto, é que é muito difícil descrever com algum êxito os dois eixos ao mesmo tempo; o segundo motivo é didático: acredito que a

enumerados acima. Os sinais internos de fome e saciedade estão destruídos ou, muitas vezes, nem foram constituídos. Nossos pacientes não sabem mais reconhecer nem a fome, nem a saciedade e muito menos o que desejam comer. O conceito de necessidade – ou mesmo uma idéia interna, criada a partir das experiências com os objetos – se perdeu. Comer deixa de ser uma necessidade vital e se transforma num inimigo social, virtual, num ato criador de gordura. Nossos pacientes comem alimentos permitidos por alguma autoridade e em horários preestabelecidos porque receiam sentir fome e engordar, porque lhes foi recomendado ou porque desejam alterar seus pesos e formatos. E não são capazes de escolher livremente o que desejam comer: comem alimentos permitidos, mesmo sem prazer, porque são menos calóricos; comem com medo, angustiados, com a sensação de que o fazem sempre de maneira errada.

Na prática, encontramos pessoas que comem um alimento, muitas vezes em grande quantidade, sem vontade e em ritmo vertiginoso, compulsivamente, motivadas pelo terror de engordar ou pelo terror de serem envenenadas, que funcionalmente se assemelham. Comem um pé de alface no lugar de um bife, por exemplo, orientadas por médicos ou familiares que ocupam um lugar de autoridade. Uma paciente tentando emagrecer me disse que comia cada vez mais salada, e que sentia fome durante todo o dia; à noite, ao jantar, comia tudo o que via pela frente, de forma indiscriminada. Ela não sabia nem mais se sentia fome e só conseguia parar de comer quando o marido tirava a comida de sua frente ou quando seu estômago doía. Depois, sentia um vazio e uma

---

compreensão do campo que aqui procuro descrever seja facilitada por essa subdivisão

estranha culpa. Sabia que estava descontrolada, mas não sabia como alterar essa situação. Outra paciente me disse que evitava brigadeiros e chocolates, mas pensava neles o tempo todo e, quando ia a festas infantis, chegava a comer 40 docinhos. Não comia pela fome, menos ainda guiada pela saciedade: o medo da privação e a própria privação favorecem esse tipo de compulsão. Muitas vezes, para esses pacientes, os alimentos mais prazerosos é que são proibidos, o que gera compulsões alimentares que reforçam as fobias e os comportamentos de evitação, criando um círculo vicioso. L. contou que não compra mais pão de fôrma, pois é incapaz de comer uma ou duas fatias – come sempre o pacote inteiro! Outro dia, relata, comeu mais de 15 empadinhas, de uma só vez, em uma festa. Não conseguia parar de comer. Voltou mais cedo para casa, estava envergonhada, seu comportamento social tinha sido vexaminoso. Ela afirma que nunca recusou comida, sempre aceitou tudo que lhe oferecem, não sabe como reconhecer a fome nem a saciedade e muitas vezes só pára de comer quando a comida acaba.

*A mentalidade de dieta* embaralha rapidamente os sinais vitais da alimentação. O que se deseja comer é substituído pelo que as modas<sup>10</sup> alimentares indicam como sendo o melhor a comer. As pessoas, de modo geral, e nossos pacientes, em particular, comem e não se satisfazem; aumentam a quantidade de “alimento liberado” e continuam sentindo-se vazios e insatisfeitos. Comem pelo que “deve” ser comido, e não pelo desejo, pela fome e até a saciedade. Acontece que os sinais internos vão sendo substituídos pelos controles

---

artificial, porém necessária.

<sup>10</sup> O termo *moda* deve designar qualquer autoridade que exerça a função de controlar socialmente a nossa alimentação. Um médico em nome da ciência, uma revista feminina, um professor de ginástica ou mesmo a propaganda.

externos, e, freqüentemente, encontramos na clínica pacientes que só sabem quando devem parar de comer por meio do sinal de dor. Ou seja, são pacientes que comem como se estivessem em orgias romanas e provavelmente com pouco prazer, já que não costumam selecionar os alimentos; comem tudo o que vêem pela frente e rapidamente, com medo. Passam muitas horas sem nenhum alimento, inibindo a fome, apavorados com a idéia e com a realidade de estarem engordando. Quando se decidem por comer, já não pensam em mais nada: devoram qualquer e todo tipo de alimento com tamanha velocidade que o sinal de saciedade acaba perdido. Ao final desse ímpeto vertiginoso, sentem dor, se arrependem, afirmam que nunca mais vão repetir tamanha experiência de descontrole, até a próxima vez.

Em minha clínica, raramente encontrei um paciente que, sofrendo com problemas alimentares, soubesse o que é fome e saciedade. Até aquilo que gostam de comer fica perdido, embaralhado sob muitas informações confusas sobre alimentação. Seus discursos são bastante semelhantes: afirmam que não entendem por que é que não conseguem colocar em prática todo o conhecimento que adquiriram sobre dietas ao longo de tantos anos de aprendizagem, ou que sabem tudo o que devem fazer, mas que gostam mesmo é de comer doces. Esses pacientes se vêem como desleixados, preguiçosos, gulosos e sem força de vontade. Quando pergunto por que, então, não comer apenas doces, eles se assustam bastante. Uma paciente fez a experiência de se permitir alimentos doces em todas as refeições; outra liberou o arroz com feijão que lhe havia sido proibido por mais de trinta anos. Ambas acreditavam que comeriam apenas os alimentos cortados outrora de

suas vidas. Ficaram muito surpresas quando perceberam que a vontade de comer não se restringiu única e exclusivamente aos alimentos proibidos. A liberação não havia causado a enorme desordem que imaginavam em suas vidas. Pelo contrário, já nem sentiam mais tanta vontade de comer aqueles tipos de comida. A paciente que comia quarenta docinhos em festas, depois que liberou o chocolate em sua alimentação diária, passou a comer quatro ou cinco docinhos por festa – mas sentia tanta saudade dos tempos em que comia compulsivamente que, de vez em quando, se proibia de comer chocolate só para poder voltar a atacar nas festas.

Há também aqueles que comem como se estivessem diante de sua última refeição, como um condenado à morte. Porque a idéia de fazer dieta já os consome de tal maneira, os persegue com tanto êxito, que toda a refeição é considerada a última. Iniciarão a dieta na segunda-feira; então, comerão indiscriminadamente qualquer coisa durante todo o fim de semana: procuram uma forma preventiva de prazer para combater a privação imaginada no futuro. Para alguns, toda a refeição passa a ter esse caráter de última refeição, de último prazer consentido antes do início de um período de intenso desprazer. O ser humano não funciona que nem camelo, não é capaz de armazenar prazer, apenas gordura. Na prática não vemos diferença entre aqueles que realmente realizam uma dieta e aqueles que apenas fantasiam essa privação, porque a mentalidade de dieta os coloca na mesma situação de perseguição alimentar. Dessa maneira, comer passa a ser um ato perigoso que deve ser inibido e que só pode ser consentido em ocasiões especiais.

Há famílias inteiras sofrendo com os problemas alimentares, que se comportam bulimicamente, promovendo verdadeiras orgias alimentares em datas festivas e, nos outros dias, cumprindo dietas extremadas, sob regime de severa privação cotidiana. É freqüente encontrarmos na clínica pessoas que liberam os chocolates e doces, alimentos considerados perniciosos, apenas para os fins de semana. Mas, de fato, esse tipo de controle funciona muito pouco ou precariamente para aqueles que sofrem de distúrbio compulsivo de alimentação. Muitos desses pacientes comem os alimentos proibidos também durante a semana, mas sem legitimar o alimento, como se fosse um pecado a omitir da consciência. Diante desse tipo de cisão, tais alimentos nunca são contabilizados na alimentação das pessoas, nem sequer são escolhidos pelos sinais de fome e saciedade: ficam à parte ou são considerados prêmios ou calmantes, e nunca são vistos como comida. É comum nossos pacientes nos contarem que aprenderam com suas mães a se darem doces ou comidas gostosas depois de algum tipo de estresse. A mãe de uma paciente costumava lhe dar doce depois de um episódio de desentendimento familiar ou depois de ver o bom comportamento de sua filha em ocasiões especiais, como a ida ao médico ou o dia de vacinação. Essa paciente saía da academia de ginástica e se dava um doce de presente, por bom comportamento; comia o doce, mas não o relacionava à fome.

Há também os que passam a vida escondendo dos familiares e de si mesmos o ato “sujo e feio” que é comer – devoram rapidamente seu prato de prazeres proibidos, para que ninguém mais os veja. Outros colocam cadeados nas geladeiras ou escondem chocolates na máquina de lavar roupas. Seja como

for, os sinais básicos da alimentação estão perdidos e o prazer de comer é evitado como se fosse um pecado. Podemos antever como a privação de prazer e de alimento livremente escolhido cria as condições para o aparecimento de uma compulsão alimentar. Em minha experiência clínica, essa compulsão está diretamente ligada à privação, seja ela real ou imaginada.

Outros pacientes relatam que comem durante todo o dia, o tempo todo. Estão sempre rondando a geladeira ou a cozinha. Afirmam que gostam tanto de comer que o fazem apenas por prazer: por falta de algo melhor a fazer, querem mastigar alguma coisa durante todo o dia. E como a sua alimentação não está guiada pelos sinais de fome e saciedade, consideram-se privados de alimentos quando não podem comer o tempo todo, sem parar. Esses pacientes afirmam que nunca comeram por fome, mas sempre pelo “barato” de comer. Não sabem reconhecer nem fome, nem saciedade, alguns nem mais escolhem seus alimentos de forma livre. Procuram orientar sua escolha, em geral, pelo menor valor calórico, para que possam diminuir o sentimento de culpa e a gordura equivalente, por estarem comendo sem parar.

Há também aqueles que só comem quando dói o estômago ou a cabeça. Comem como gado come ração: por obrigação, para não sentir fome mais tarde. Porque têm que comer. Dessa maneira, qualquer coisa serve, já que eles não ligam mesmo para isso, não escolhem seus alimentos, não sentem o menor prazer com a comida. O sinal da fome fica embaralhado ou mesmo perdido.

Comer passa a ser um transtorno na grande maioria dos casos, provocando ansiedades, angústias e medos irracionais. Em geral, as pessoas não percebem as emoções associadas à alimentação. Apenas procuram se enquadrar em alguma dieta imaginária ou real e, com isso, sentem impotência diante de seus repetidos fracassos, já que a *mentalidade de dieta* sempre pune o sujeito. O paciente sente que está errado e não é capaz de questionar o método de dieta, tão entranhado socialmente que se torna uma verdade incontestável. Deve-se levar em conta que a própria prática da dieta<sup>11</sup> é que altera os padrões alimentares individuais e embaralha os sinais vitais da alimentação.

Nas anorexias, o sinal da fome é inibido. Para que isso ocorra, é necessário muito tempo de trabalho e esforço, algumas vezes anos de dedicação, até que a fome desapareça e o paciente alcance o êxito desejado. O mais correto seria dizer que esse sinal vital fica adormecido, porque episódios compulsivos de superalimentação também são bastante freqüentes nesses quadros. Uma paciente com emagrecimento severo e risco de morte me contou que, a cada vez que sentia fome, saía para correr: literalmente corria da fome, tamanha a fobia de engordar. Voltava para casa sem apetite e, com isso, ia controlando seu terror de engordar e perturbando sua relação com os sinais vitais da alimentação. As restrições que impunha a si mesma lembravam o regime de claustro das santas. Um pouco de água de coco a cada duas horas, algumas torradas e abacaxi antes de dormir. Correr da fome, sob intensa fobia de engordar, é a relação estabelecida por ela com a compulsão alimentar,

---

<sup>11</sup> A prática da dieta está também necessariamente associada a fantasias conscientes e inconscientes que serão estudadas no próximo eixo: psicodinâmica alimentar.

desencadeando e a evitação ao comer, já que a regra que sustenta esse campo pode ser resumida assim: é proibido sentir fome e, portanto, é proibido engordar, porque se alimentar e engordar tornaram-se sinônimos.

Outra paciente que também sofria de anorexia relatou que, a cada vez que a fome chegava, se entupia de água e depois cozinhava para seus familiares, mas era incapaz de provar seus próprios quitutes. Algumas vezes por mês, se superalimentava de sorvete. Não conseguia parar de comer: comia rápida e vertiginosamente; depois, ficava dois dias em jejum, para se recuperar do mal-estar causado por esses episódios. Essa moça passava grande parte de seu tempo em supermercados, pensando no que cozinhar para seu marido e seus filhos. Curiosamente, reclamava muito da alimentação destes, que estava sempre inadequada para seus rigorosos padrões alimentares. Sua família, para ela, nunca estava nutricionalmente correta. Era mãe e esposa extremamente dedicada, obcecada pela alimentação da família.

É preciso reconhecer o esforço e a perseverança dos pacientes anoréxicos para alcançarem um emagrecimento severo e contínuo. Pensam em comida quase o tempo todo, sempre lutando contra a fome, apavorados com a idéia de engordarem. Imersos no campo da mentalidade de dieta, a regra que impera é a obrigação de controlar a fome, mas, paradoxalmente, ela impõe ao paciente o pensar constante em comida, seja para ingeri-la, seja para evitá-la, como se tal regra estivesse sempre a falhar.

A compulsão se desenvolve mediante a privação alimentar real ou imaginada – privação não apenas calórica, mas também do prazer de saborear o alimento. Quando a comida agradável ao paladar está proibida, os sinais que envolvem a alimentação também se perturbam. Seja porque o sujeito, diante de um alimento que julga gostoso, o come em demasia, acreditando que no dia seguinte iniciará uma dieta e nunca mais poderá comer tal coisa; seja porque já nem sabe mais do que gosta de comer, afinal todo alimento se tornou potencialmente nocivo.

Veja-se como a *mentalidade de dieta* e o conceito de *ato puro* se realizam: uma paciente bulímica me disse que aprendeu com um de seus “médicos de regime”, assim que começou a fazer dieta, aos 11 anos, que quando saísse da dieta “era para sair de vez”; então, comia tudo, indiscriminada e rapidamente, sem respeitar os sinais de fome e saciedade. O sintoma foi piorando ao longo dos anos de dieta. Medo de engordar e privação aumentaram. Comia uma vez por dia, restringindo-se a frango grelhado e muita salada ou comida japonesa. Os vômitos passaram à condição de solução para o mal-estar gerado pela superalimentação e pelo medo de ter ingerido substâncias perigosas e engordativas. Os sinais de fome e saciedade haviam desaparecido: foram substituídos por uma série de informações pseudonutricionais organizadas de

organizadas de fora para dentro. O ato de comer não é consequência de um pensamento: prescinde deste, prescinde de um sentido construído pela experiência do sujeito, levando ao agir compulsivo de comer, como também ao de vomitar. Do ponto de vista psicanalítico, a questão era ainda mais grave: essa moça não tinha podido constituir outras noções importantes, ligadas à percepção de seu mundo interno. E vivia de forma semelhante à forma como comia.

A mentalidade de dieta altera, muitas vezes, as funções acima citadas. Sem querer naturalizá-las, já que nada no assunto alimentação poderia sofrer tal destino, a mentalidade de dieta aliena o sujeito de suas necessidades e desejos, inserindo-o numa rede de controle social. O sujeito passa a comer orientado por parâmetros que vêm de fora para dentro, e perde ou não constrói suas próprias medidas.

## **B) 2º eixo: A psicodinâmica alimentar**

A psicodinâmica alimentar envolve as relações objetais, a história familiar e pessoal da alimentação, a sexualidade, as fantasias sobre gordura e magreza, as fobias, os tabus e as interdições alimentares, bem como os afetos e representações correlacionados à alimentação, quando trabalhamos numa perspectiva psicanalítica clássica. Porém, gostaria de acrescentar a essa visão clássica dos fenômenos mentais uma outra, que considero mais próxima de alguns fenômenos clínicos atuais. Creio mesmo que estamos diante de uma situação dupla. Podemos pensar psicanaliticamente das duas maneiras: a clássica, com as características descritas acima, e uma outra, ligada ao

conceito de Psique do Real<sup>12</sup>, o qual pretendo demonstrar com base em alguns episódios que relato a seguir. O conceito de Psique do Real e seus desdobramentos se mostraram bastante úteis na abordagem clínico-teórica de alguns pacientes ou de partes do material clínico. Assim, teremos duas formas de organizar o material que vem a seguir, a que está ligada ao conceito de Psique do Real e a mais tradicional, ligada à produção de novos sentidos e representações, envolvendo as fantasias, as fobias alimentares e as relações objetais.

O intuito principal deste item é demonstrar o que denominei de *psicodinâmica da alimentação*. Os recortes clínicos apresentados aqui foram selecionados pelos temas elencados: relações objetais, história familiar e pessoal da alimentação, sexualidade, fantasias sobre gordura e magreza, fobias, tabus e interdições alimentares e afetos e representações correlacionados à alimentação. Também sofreram uma análise sob a perspectiva da Psique do Real. Acreditamos que não devem ser encarados como casos clínicos, porque o recorte escolhido tem a função de chamar a atenção para os temas ligados à psicodinâmica da alimentação, apenas isso; e não se confundem com a experiência da clínica psicanalítica, que é maior, mais abrangente e, também, mais enigmática.

Na clínica, é freqüente encontrarmos pacientes que sofrem com seus problemas de gordura e que, ao detectá-los, iniciam o controle da alimentação como forma de cura, o que apenas, e em geral, reforça o problema. O difícil é

---

<sup>12</sup> Ver capítulo anterior, nota 4.

perceber quais os sentidos condensados tanto na alimentação e nas escolhas de alimento quanto nas representações de estar gordo ou magro, por exemplo. É comum a alguns pacientes o uso da gordura como proteção contra a sexualidade ou como símbolo de autodepreciação. Encontramos fantasias associadas ao descontrole sexual, nas quais a gordura funciona como uma trava, um inibidor de outros apetites. Estar magra pode significar largar marido e família, passar a acreditar que pode encontrar um

não queria incorporar esse tipo de objeto, tão aversivo, o que representa seu medo de ter ficado morta por dentro com a perda do ente querido.

É freqüente vermos a magreza também associada à potência e mesmo à onipotência em nossa clínica. Relatam-se fantasias conscientes de que a vida vai mudar completamente depois que o sujeito emagrecer. Estas, muitas vezes, funcionam no sentido de inibir o emagrecimento. Em outros casos, quando o paciente alcança o emagrecimento e percebe que as mudanças não foram as imaginadas, desaponta-se e volta a engordar. Como psicanalistas, conhecemos o papel e o lugar dos sintomas; sabemos como, muitas vezes, eles são importantes para a manutenção de um *status quo* conhecido, condensam afetos e representações relevantes, trazem benefícios secundários e organizam a vida psíquica do sujeito, mesmo quando causam muito sofrimento.

Outras vezes, adentramos um campo onde os sentidos não foram sequer reprimidos, pois ainda estão por nascer: o sentido de interioridade, de eu, as escolhas e os gostos. Lembre-se a paciente bulímica que descrevi há pouco, aquela que comia e vivia de maneira semelhante, totalmente distante da construção de um sentido próprio para seu mundo. Ela não reconhecia seus sentimentos nem suas necessidades, tampouco os sinais já explorados neste capítulo, no item anterior; e quando, provavelmente, era atingida por uma fome inexorável que vinha sendo negada, empanturrava-se de qualquer combinação esdrúxula de alimentos, constrangida por um imperativo inadiável; em seguida, vomitava tudo que ingerira. Tal desconexão é sintomática de fenômenos que

Herrmann aponta ao longo de sua obra ao explorar a Psique do Real<sup>13</sup>: a descrição do mundo em que vivemos, sem substância, onde imperam a superficialidade da experiência vital, a virtualidade, a perda de contato interpessoal e a incredibilidade do cotidiano, resultando para o homem que o habita crises de auto-representação tanto no seu âmbito de identidade como no de realidade<sup>14</sup>. Para essa moça, por exemplo, comer o quê, quando e de acordo com que sentimentos e sinais não fazia o menor sentido. Ela queria ser magra e ponto final – “magra para quê?” parece nunca ter sido uma pergunta. Mas ao mesmo tempo era uma coisa tangível: de resto, seu mundo parecia fumaça. E, indo mais longe, quase tudo que podíamos conversar parecia desconectado de um sentido para ela mesma. O ciúme que nunca percebia sentir do namorado, a raiva que tinha de sua irmã, o medo de perder o emprego eram mais do que negados: careciam de substância. Ela simplesmente procurava se enquadrar em algum padrão de comportamento previamente determinado – por sabe Deus quem ou o quê –, condensado numa imagem: magra. Só isso. E tudo isso, já que isso lhe era muito melhor do que nada. Em contrapartida, ela também desacreditava dos sentimentos dos outros: não havia algo nela nem no outro que pudesse ser percebido como verdadeiro. No jargão psicanalítico: era um superego gigante com um ego ainda incipiente. Porém, acredito que essa linguagem não era suficientemente precisa para abordar esses fenômenos e alguns outros que procurarei descrever a seguir. Porque acho que nem o tal superego foi mesmo levado adiante como algo seriamente construído para ela – em outras palavras, nem

---

<sup>13</sup> Principalmente em *Psicanálise do Quotidiano* (1997), capítulo 1, O momento da Psicanálise, capítulo 7, O pensamento, capítulo 8, O ato. Também no artigo “Clínica Extensa”, capítulo primeiro do livro *A Psicanálise e a Clínica Extensa*, org. Barone, L. M. C. et al., 2005.

isso parecia ter substância. Carência e vazio de representação, de capacidade de construção de um mundo com sentido eram suas características marcantes. E também as de uma ampla gama de pacientes que sofrem com seus problemas alimentares.

Ao processo de dessubstancialização do mundo, um processo que assemelha o mundo real à condição de psique e à virtualidade, Herrmann chamou Psique do Real. E, ao estudar as conseqüências desse processo no mundo e na clínica, ele se deparou com fenômenos correlatos do tipo *regime de atentado*, *ato puro* e *psicose de ação*, que se ajustam na compreensão desse caso e de alguns outros, como demonstrarei logo adiante.

Algumas vezes, percebemos que os sintomas parecem ser tudo que o sujeito possui, como no caso da moça bulímica que queria ser magra – ser magra era tudo e a isso ela se agarrava, mesmo vomitando. O que já nos dá uma idéia do vazio, do oco de sentido em que ela vivia. Necessitava agarrar-se ao vômito, substância que, saindo de dentro da pessoa, lhe fornece uma confirmação mínima de sua existência. O vômito sugere aqui uma forma de ação concentrada de imediata eficiência, distante de qualquer processo de reflexão – máximo efeito com o mínimo de participação, equivalendo ao que Herrmann (1997) denominou *ato puro* no *regime de atentado*. Idéias não identificadas pelo sujeito, que cumprem a função de produzir efeitos e mais efeitos, porque essa é sua razão de ser. O sentimento de interioridade é abolido e substituído por ato e imagem, vômito e magreza. Não importa a saúde ou a vida de quem

---

<sup>14</sup> Para o tema da representação ver, em Herrmann (1998), o prólogo “O escudo de Aquiles: a

pratica esse ato ou procura ser essa imagem, já que a imagem é: no lugar do sujeito, só existe a imagem. Segundo esse autor, estamos diante da *psicose de ação*. Sob o *regime de atentado*, as práticas de dieta e as mudanças na imagem corporal adquirem um significado além ou aquém dos significados clássicos, porque se tornam um bem em si mesmas. São o ato, o núcleo – são, simplesmente, sem outra finalidade; e sustentam o sujeito no mínimo de representação de identidade possível. A psicodinâmica da alimentação deve levar em conta essa maneira de subjetivação, além das já conhecidas pela psicanálise.

Podemos encontrar no mesmo paciente momentos diversos, momentos como os que descrevi acima usando como referência a idéia de Psique do Real e momentos onde a psicanálise clássica é suficiente para lançar luz às questões clínicas levantadas.

Uma outra paciente me conta que, desde garotinha, vivia uma situação de ódio e desapontamento com seu corpo: percebia-se “bunduda, baixinha, peituda”, enfim, seu tipo físico era muito diferente do das outras meninas. Ela jamais seria magra, pois seus ossos eram largos, grandes; sentiu por toda a vida uma dor ligada ao que via como um castigo de Deus: ter um corpo tão imperfeito. Uma rebeldia, uma revolta a acompanhavam vida afora; comia de raiva, comia para se sentir livre dos ditames da moda, das injustiças divinas, para afirmar que não estava submetida a nenhum padrão. Nunca realizou uma dieta até o fim, mas freqüentou muitos consultórios médicos, repetindo um padrão de

---

função defensiva da representação”.

desafio e submissão, desconfiança e desejo de emagrecer. Essa mesma paciente era incapaz de fazer escolhas simples em sua vida, como comprar um carro, decidir-se por uma roupa ou sapato. Não conseguia entrar em contato com as perdas que as escolhas acarretam, revoltava-se. Comia compulsivamente; mesmo negando que estivesse de dieta, fazia uma dieta escondida de si mesma, ao mesmo tempo em que rompia com essa imposição, em função da raiva por se sentir submetida a algo que não tinha escolhido – não tinha escolhido nascer assim, não tinha escolhido ter aquele corpo, não tinha escolhido comer apenas salada durante toda a sua vida.

Em geral, os pacientes que sofrem de problemas alimentares não conseguem distinguir sujeito de objeto, nem amor de ódio. Assim, agredem-se para agredir o objeto, em nome de uma luta por autonomia e liberdade. Quanto mais agredem o objeto neles mesmos, menos ainda encontram autonomia em suas vidas psíquicas. A auto-agressão não é sinônimo de liberdade: muito pelo contrário, é sinal de que estão presos ao objeto. Como no caso da paciente que acabei de descrever resumidamente, que, desde mocinha, se sentia em luta contra a realidade imposta pelo mundo, transformada em injustiças divinas, rechaçando seu corpo, sua conformação e seu tipo físico. Vale a pena repetir as sábias palavras de Herrmann (2004) em seu artigo “Apesar dos pesares”: “a situação traumática gera contradição entre meios e fins”. Alguns desses pacientes me parecem estar presos por um traço obsessivo que os impede de fazer uma escolha e ir com ela até o final. Além de, claro, estarem presos a uma compulsão à repetição. É como se vivessem em eterno conflito, submissão e revolta com a cultura que nos cerca. E, quando optam por um

caminho de mudança, a dieta surge em seus caminhos. Acontece que o método de dieta tende a reforçar esses mesmos sentimentos, criando um círculo vicioso e pernicioso. Ainda assim, diante dessa compreensão, uma questão não poderia deixar de se formular: por que se enquadrar num padrão de beleza do tipo oficial, tão distante de sua realidade, e perder quase quarenta anos numa luta em vão? Há sentido nisso? Se sim, qual é o sentido dessa luta para essa e para tantas outras mulheres?

Quando pensamos na psicodinâmica alimentar, não podemos isolar os sintomas alimentares do funcionamento mental do paciente, muito menos da Psique do Real. Os sintomas são como veículos de expressão do universo psíquico do paciente: revelam a forma do respectivo desenho do desejo<sup>15</sup>. Por exemplo, tive uma paciente que comia por competição – devorava seis pãezinhos enquanto as amigas comiam apenas um ou dois. Segundo ela, as pessoas de seu círculo de amizades ficavam bobas com seu apetite desmesurado, pois nenhuma era capaz de tamanha insensatez. Descobrimos que com isso ela se sentia muito superior a suas amigas, chamando a atenção de todos para si. Dessa maneira, mantinha sua idéia narcísica de superioridade e sua rivalidade em dia. Ela também se dizia exímia cozinheira – aliás, tudo que ela fazia era superior ao que as outras podiam fazer. Seu apartamento, suas jóias, seu marido, tudo que era dela era o melhor do mundo. Em apenas

uma coisa ela se sentia por baixo: era gordinha. Seu corpo já não era tão belo, tornara-se uma fonte inesgotável de sentimentos de inferioridade e humilhação. Ela estava presa à *mentalidade de dieta* desde mocinha, tomando remédios para emagrecer, querendo ficar linda para seduzir todos os homens do mundo. Associado à magreza estava o sucesso social. Não conseguia parar e pensar, por exemplo, se era mesmo mais feliz ou bem-sucedida hoje, dez quilos mais gorda, do que antes, quando tomava anfetamina, porque afinal os magros são mesmo mais bem-sucedidos que os não-magros. Mas que categoria de gente é essa, quem a criou? Qual a sua finalidade?

Como se pode notar, mesmo que muitas das questões psicodinâmicas possam ser abordadas neste capítulo, sempre sobra uma grande porção de interrogação, para a qual a resposta mais adequada é circunscrever novas perguntas, interrogações sem respostas que apontam para um campo constituído por relações que se revelam, cujas regras, estando ocultas, serão aprendidas por ruptura de campo, apenas. Refiro-me ao campo da *mentalidade de dieta*. Para tensionar esse campo por meio de representações é que faço essas perguntas, as quais, mesmo sem resposta, procuram levar-nos ao pensamento e a ligações entre ação, vontade, desejo, conexões entre o sujeito e seu mundo. Essa paciente queria ser magra, sem questionar o sentido nem a finalidade disso. Que benefício teria? Magreza é sucesso, beleza é amor? E isto apesar de que tinha conhecido o único amor de sua vida depois dos cinquenta anos, quando já nem era tão magra. Ela também era incapaz de fazer o esforço necessário para alcançar tal objetivo, o que é compreensível após tantos anos de privação e regime alimentar restrito. Os pacientes que

sempre estiveram nos limites, engordando e emagrecendo, após tantos anos de luta, não conseguem mais se enquadrar em nenhum tipo de dieta.

A alimentação vem sendo compreendida pela psicanálise como uma forma de comunicação e de relação entre as pessoas, forma altamente investida tanto individualmente quanto socialmente. Comer é um grande ato acompanhado por muitos toques de requinte cultural e psicológico. Satisfaz a fome e o desejo; segundo Freud, a primeira mamada sobrepõe a necessidade à satisfação pulsional, dirige o bebê ao objeto nutriz, ato aparentemente inocente, carregado de componentes eróticos altamente sofisticados. Por isto, muitas vezes, o método de dieta falha: porque não leva a vida psíquica em consideração, e porque foi engendrado sob uma configuração que aqui denominamos de *regime do atentado, ato puro e psicose de ação*, em substituição ao pensamento. Para pessoas que tiveram sua alimentação perturbada, é preciso um trabalho psicológico minucioso de desconstrução da mesma, já que a dieta faz as vezes de um aparelho ortopédico e inibe a investigação sobre a própria alimentação e sua construção ou reconstrução subjetiva.

Uma paciente anoréxica que durante toda a sua vida se sentiu extremamente controlada pela mãe, sem vida própria, com poucos amigos e uma vida social pobre (era requisitada para fazer companhia à mãe todos os fins de semana) me dizia que, durante os anos de sua juventude, tinha como “programa de sábado” ir ao supermercado com a mãe, a tia e a avó. Ela, não gostava, mas não se sentia autorizada a contrariar o desígnio da mãe, como era de se

esperar. Sentia-se submetida à mãe. E se encontrava tomada por um sentimento inconsciente de ódio a todo tipo de situação que a remetesse a essa condição: repetiu o mesmo padrão com seus médicos nos tratamentos que fez para se curar. Quando era orientada a comer, sentia-se “obrigada” e não se submetia; de modo disfarçado, reatualizava seus antigos conflitos familiares. A experiência de perceber seus sentimentos era-lhe muito penosa, principalmente quando os sentimentos eram hostis. Também não podia perceber a auto-destruição em curso. Trabalhamos muito e durante bastante tempo numa espécie de vazio, de oco, de silêncio. Mesmo quando estávamos orientadas pelo uso de um instrumento específico que descreverei no próximo capítulo, nenhuma representação fazia sentido de fato. O tempo ocupado sem obrigação de produzir algo, quase tempo perdido, e o contato sem forçar sentido evoluíram para primórdios de sentido e de afeto, para perguntas sem respostas, e chegamos a alguns significados como: desobedecer representava matar, mas obedecer era sua própria morte. Sua anorexia retratava seus conflitos e também sua indiferenciação com a mãe.

Susie Orbach (1986), em função dessa dinâmica típica dos pacientes que sofrem de anorexia, intitula seu livro sobre o assunto de *Hunger strike* (greve de fome). Greve de fome é o último recurso de um prisioneiro que crê ter perdido todos os direitos e mesmo sua própria identidade. Li há poucos anos, em uma entrevista do jornal *Folha de S. Paulo*, o depoimento de uma jornalista inglesa presa em plena atividade profissional no Afeganistão, pelo governo talibã. Ela dizia que quando se deu conta de que não tinha mais nada – suas roupas e objetos, tanto os de trabalho quanto os pessoais, lhe foram tomados –

viu apenas uma saída: greve de fome, como forma de luta por sua existência e como forma de resistência à violência que estava sofrendo. Desprovida de tudo que significava ela mesma, sua identidade, apenas poderia controlar e ser dona de sua própria fome, seu último pertence, promovendo um desesperado ato de afirmação de sua existência, a opção por uma forma pessoal, ao mesmo tempo intransferível e autônoma, de morte e protesto.

O que é vontade de comer, o que é necessidade de alimento, o que é desejo, o que pode ser satisfeito, o que falta, o que sempre falta, privação, frustração, voracidade, avidez são temas freqüentes em meu trabalho clínico com esses pacientes. Também o que é culpa, autodestruição, autopunição, expiação e, novamente, liberação dos impulsos, culpa etc., num círculo vicioso que opera nas compulsões em geral. Os psicanalistas lidaram por muitos anos com esse círculo vicioso, que se apresentava na clínica sob forma de problemática sexual, numa época em que o sexo era compreendido como pecado. E tanto a privação quanto a repressão eram os meios escolhidos para tratar de tais questões. A moralidade migra da sexualidade para a alimentação (Herrmann e Minerbo, 1998) e, portanto, o objeto do círculo vicioso passa a ser a comida. Comer ou não comer, eis a questão. Quando comem, esses pacientes se empanturram e se arrependem, juram que nunca mais, logo caem em tentação e repetem o ato.

É também importante notar como as famílias lidam com os alimentos, qual o valor que dão à comida em seu cotidiano: se cobram dos filhos algo em troca pela comida, se a usam como um santo remédio, se a associam à alegria, se

apenas a permitem em datas especiais, se substituem emoções penosas por refeições, por exemplo. Encontramos famílias e pessoas que usam a alimentação como descarga, como droga ou mesmo como uma forma de aprisionar o outro. Comer pode significar uma forma fácil e segura de obter de prazer, um pecado mortal, uma quebra de normas, uma transgressão e assim por diante.

Uma paciente que sofria de bulimia associava sua gordura a uma vida sexual desregrada na juventude. Afinal, segundo suas palavras, quem beija ou tem relações sexuais com qualquer homem que a queira não se dá muito valor. E isso só acontece em função da gordura, porque as gordas não merecem o amor, as gordas não se amam e não serão amadas, não podem sequer escolher, devem ficar com todos ou com qualquer um que as queira, tanto faz. Ela se tratava com muita displicência, pois, sendo gorda, quem que de fato prestasse iria querê-la? Ela mesma é que parecia não se querer, nem se cuidar com o devido respeito. De onde vinha essa mensagem? Da cultura, com certeza, já que há em nosso meio um ódio ao gordo como símbolo vivo da falta de vontade. E também de sua família, num jogo complexo de identificações projetivas, que a mantinha, de certa forma, infantilizada através da gordura, como se só pudesse ser amada pelos próprios pais.

Outra paciente foi levada pela mãe a freqüentar médicos de dieta e nutricionistas desde os nove anos de idade. As dietas, as tabelas calóricas e um arsenal de recomendações ficavam acumulados, rondando a memória e o cotidiano da família. Mas nenhum tratamento era realmente empreendido. A

preocupação com a gordura crescente da garota e a necessidade de controle não era apenas da mãe, muitas vezes o pai também a controlava: barrando sua passagem para a cozinha ou ficando entre a garota e a porta da geladeira. Quando ela contava dezesseis anos, foi morar fora do país para estudar artes. Nos primeiros seis meses, engordou muito. Alegava que vivia numa família hostil, que contava com poucos recursos financeiros, e que por isso escolhera tomar somente o café da manhã e, ao voltar para casa, no fim da tarde, comer indiscriminadamente qualquer alimento barato que pudesse obter. Posteriormente trocou de família e de casa. Mesmo não tendo os problemas anteriores nesse novo lar, continuou com o padrão bulímico de alimentação. Fazia o café da manhã bem cedo, não almoçava mesmo se estivesse com muita fome e, ao fim do dia, comia muito, totalmente esfomeada. Pensamos que por ela estar longe da mãe, sempre tão controladora, em liberdade e desprovida da experiência de escolher os alimentos e se alimentar guiada pela fome e pela saciedade, adotou essa estranha maneira de comer. Voltou ao Brasil sentindo-se muito gorda e perseguida pelos pais e tios, que analisavam seus pratos e gestos, observavam seu corpo e a questionavam sobre sua alimentação. Sentia ódio da família e se sentia invadida. A cada tentativa de controle dos familiares, comia motivada pela ira, pela vontade de vingança, como quem reafirma sua autonomia de forma triunfante: só ela pode dizer e controlar o que vai engolir e na hora em que bem desejar! O comportamento da garota acionava nos familiares maior controle ainda. A família diminuiu o controle quando ela procurou fazer uma dieta por conta própria e começou a se responsabilizar pela própria alimentação. Curiosamente, começamos a perceber um padrão familiar de intrusão e controle. Sua mãe, que era bem

magra e que se vangloriava de não ligar para comida, havia proibido o pai de jantar e de comer chocolates; porém, os escondia pela casa, nas tampas de panela, no freezer, no armário do banheiro, fazendo uma espécie de gincana, um jogo de sedução e repulsão. O pai, a cada vez que a menina entrava na cozinha, corria e se colocava diante da geladeira, brincava de lhe impedir a passagem ou regulava o prato que ela estivesse fazendo ou o tipo de alimento que estivesse escolhendo. Momentos de intenso ódio e dor, descontados na comida excessiva, que representava a liberdade de poder se agredir e se agradar ao mesmo tempo. Essa moça era extremamente dependente da mãe, que parecia bastante colaboradora, desde que visse atendidas suas ordens. A garota iniciou um programa especial de exercícios físicos em uma academia de ginástica; logo em seguida, a mãe começou a freqüentar as mesmas aulas e em tudo se saía melhor do que a filha: era mais bonita, mais magra, mais leve, longilínea, seu ossos eram finos e tinha mais força de vontade. Uma relação bastante competitiva corria ao lado dessa relação de amor, colaboração e controle. Nessa paciente, o quadro bulímico respondia ao jogo familiar e, principalmente, materno de competição e controle. A mãe, ao forçar na filha e na família uma preocupação com a gordura e um controle alimentar impossível de ser empreendido pela menina, mantinha-se vitoriosa e útil. Para a filha, restava a impotência e um forte sentimento de inferioridade. Mas qual era o sentido de controlar a alimentação da família daquela forma? Esconder alimentos por ela mesma proibidos e os oferecer como recompensa? Porque estava tão ligada na alimentação da família? Ela mesma cozinhava a comida, ninguém mais poderia mexer em seu reduto; e, a cada quilo perdido pela filha, comemorava com chocolate e brindes alimentares de alto valor calórico. Qual a

relação entre o distúrbio compulsivo de alimentação da filha e o comportamento da mãe? De novo, usarei os conceitos desenvolvidos por Herrmann ao estudar a *Psique do Real*. Minha hipótese é que a mãe – sem muito pensar, é claro – reproduz a cultura alienante em que vivemos e produz sintomas que, de certa forma, dão sentido a sua própria vida, obrigando-a a cuidar sempre e cada vez mais e melhor de seus familiares. A mãe dá sentido a sua vida por meio dos sintomas de seus entes queridos; a filha está presa nessa artimanha e na própria mãe. Também os sentimentos hostis estão abolidos do cenário. Aparentemente, ninguém os tem: é tudo amor. Muitos quilos acima do peso, temores de morte e doença estão sendo cultivados e criados.

Encontramos nos pacientes que sofrem de problemas alimentares um jogo complexo de que participam a intrusão materna e familiar, o controle sobre a alimentação e sobre as rotinas mais elementares da vida cotidiana, num conflito constante entre autonomia e submissão. Um paciente obeso que tinha seu despertar controlado diariamente por sua mãe era capaz de se queixar de tal procedimento, mas incapaz de acordar por conta própria. Ele não percebia o quanto acionava a mãe para se manter nesse tipo de vínculo fusional e sufocante. Era um adulto e um bebê. Sua gordura, eterna preocupação familiar, mantinha a mãe pensando nele constantemente, procurando estratégias de emagrecimento, comprando alimentos adequados, verificando se, quando e o que havia comido, trancando a geladeira e os armários, uma série de procedimentos diários que variavam, com o intuito de mantê-los unidos e brigando. A gordura tinha esse poder e a função de manter a fantasia materna

de estar cuidando de um garotinho. Por sua vez, o filho se oferecia aos cuidados da mãe e, depois, se rebelava. Não era à toa que a vida sexual desse homem-menino estivesse extremamente comprometida.

Em muitos de meus pacientes, o quadro de submissão e rebeldia se repete, compulsivamente, viciosamente. Atestam que a *mentalidade de dieta* nos apresenta uma contraparte, a autonomia e as vicissitudes para obtê-la. Medida necessária e eficaz para que esse círculo vicioso seja interrompido.

Não é incomum, em minha clínica, encontrarmos pacientes obesos, que sofrem de distúrbio compulsivo de alimentação, uma dinâmica complexa ligada à avidez e ao roubo. Muitos usam a palavra *ataque* para o ato de comer. Pesam mais que duas pessoas juntas e procuram de forma disfarçada a obtenção de vantagens por meios ilícitos. Esses pacientes parecem anestesiados em relação à angústia com sua própria gordura, negam repetidamente preocupação e atendimento médico. Em geral, possuem um pequeníssimo contato com o mundo interno e são escorregadios na relação: nem a análise, nem o vínculo com o analista parecem ter a menor importância, mesmo quando o trabalho dura anos. Nada parece alcançá-los. Alguns, depois de muito tempo de trabalho, conseguem contar alguns segredos. Curiosamente, em minha experiência, são segredos ligados a roubos, desde comida até dinheiro. Começam a roubar em casa, dos pais, e vão se sofisticando, tanto no roubo de dinheiro, quanto na capacidade de enrolar os outros pela palavra. Agem como se fossem estelionatários, incapazes de lidar com suas limitações. Dão golpes nos médicos, nos analistas, neles mesmos! É como se sofressem de uma

espécie de pseudopsicopatia, já que os mais atingidos são eles mesmos. Ainda não sei exatamente o que é que eles roubam, o que estão ávidos por obter, mas parece que novamente a liberdade está em jogo. Tanto a liberdade de comer, como a necessidade de vingar-se de quem lhes impediu o acesso à satisfação plena e ainda a rebeldia contra aquele que controla e se intromete em sua vida, estão em jogo. Mas também há algo, em um caso particular, que está bem além disso, onde a *psicose de ação*, descrita por Herrmann (1997, cap. 8) impera. Para esse paciente, ser e parecer não se distinguem: parecer convincente no discurso era ser capaz e competente. Assim, ele poderia falar de dieta e alimentação sem prática alguma correspondente. Bastava parecer genuinamente interessado em saúde e perda de peso, e tudo estava pronto. E quando essa distância entre o falar e o fazer lhe era apontada, também a reconhecia – dizia perceber sinceramente essa diferença, mas caía no vazio, porque, ao assimilar todos os discursos, nada002]TJ -293.093 -284.33056(o)-4.33(,)-2.1643

terem o corpo ou peso que acreditam que deveriam ter. Os meios de comunicação em geral e a família em particular tendem a culpabilizar moralmente esses pacientes, sem perceber que aumentam e reforçam o problema. Somente a singularidade e o aumento da autonomia alimentar possibilitam encontrarmos uma saída.

## Capítulo IV

### Os problemas técnicos no campo da alimentação

#### A) Modelo de tratamento “Women Therapy Centre”<sup>16</sup>

A técnica do Modelo de tratamento “Women **Therapy** Centre” consiste em propor ao paciente que coma livremente, guiado apenas pelo sinal de fome, e que pare de comer assim que sentir o sinal de saciedade. Ele é incentivado a escolher, guiado pelo prazer de comer e sem nenhuma restrição, o alimento ou os alimentos que julga mais prazerosos e adequados àquele momento de fome, comprometendo-se a cessar imediatamente a alimentação assim que a fome passar. Enfatiza-se que ele deve fazer a escolha dos alimentos com toda a liberdade, assumindo a tarefa de julgar o que lhe é mais apropriado comer a cada vez que sentir fome. Não há alimentos proibidos, em contrapartida deverá parar de comer no momento imediato em que se sentir satisfeito. Assim, o paciente é levado a desconstruir seus hábitos alimentares para se deixar guiar unicamente pelos sinais internos de fome e saciedade e pelo prazer de comer, o que visa possibilitar o resgate desses sinais vitais. Ele não deve se importar com quantas vezes comerá por dia, nem com horários predeterminados para comer: pois a proposta é que a alimentação seja reconstruída de dentro para fora do sujeito. Ao paciente que sente dificuldade em reconhecer a saciedade,

---

<sup>16</sup> O nome da técnica deriva da instituição, com sede em Nova York e em Londres, onde trabalham os psicoterapeutas que a desenvolveram e que a seguem aplicando até hoje, em atendimento individual ou em grupo.

indica-se que faça seu prato normal de comida, coma metade e espere alguns minutos para ver se ainda sente fome; se achar que sim, ele deve comer a metade que sobrou no prato e, novamente, aguardar alguns minutos; e assim por diante. Esse exercício possibilita o resgate do sinal, pois a resposta hipotalâmica para a sensação de saciedade demora um pouco, e pacientes submetidos à *mentalidade de dieta* costumam comer muito rapidamente.

Também se apresenta ao paciente uma tabela de notação cujo intuito é proporcionar a oportunidade de ligar sua alimentação aos seus afetos e de realizar uma investigação de sua própria alimentação, de suas fantasias e medos em relação à mesma. A cada evento alimentar, o paciente preencherá uma linha da tabela com a notação do horário e suas respostas às seguintes perguntas:

- Você estava com fome? Era uma fome física? E você se permitiu uma escolha livre de alimentos?
- O que você sentia antes de comer?
- Você estava com uma fome emocional?
- Qual era a emoção?
- O que você comeu e quanto?
- A comida te satisfaz?
- Quais seus sentimentos depois de ter comido?

O exercício de preencher uma tabela, que foi organizada com o sentido de orientá-lo sobre suas emoções relacionadas à alimentação, lhe possibilita perceber seus sentimentos em relação ao ato de comer e as resistências que

oferece ao realizar a proposta anteriormente descrita. O terapeuta deve acompanhar os movimentos emocionais do paciente, incentivando-o a realizar a proposta do tratamento. Essa tabela não deve ser usada de maneira rígida: o próprio paciente pode alterá-la da forma que julgar mais apropriada para a execução desse trabalho. O que não se pode dispensar é o uso de algum instrumento de notação, no início do tratamento, para que o paciente sinta que o problema que ele enfrenta com a alimentação merece ser objeto de reflexão e de trabalho. Ou seja: dá-se ao paciente o trabalho de pensar sobre si mesmo, sua alimentação e seus sentimentos. À medida que a terapia prossegue, ele é ajudado a resgatar os sinais vitais e a fazer as ligações necessárias entre seus afetos e sua maneira de se alimentar, procurando especificar e discriminar da sensação de fome a ansiedade, o ódio, a solidão e o vazio.

Essa técnica foi criada a partir da idéia de que parte significativa dos problemas alimentares que estamos enfrentando tem como causa a perda da autonomia alimentar e, portanto, a busca da cura deve ser orientada no sentido de resgatar a autonomia alimentar do paciente. A técnica nos permite lidar com os sinais vitais da alimentação, coisa que a análise clássica não pode alcançar. Ainda apresenta a vantagem de poder ser empreendida em grupo e, assim, alcançar grande quantidade de pacientes – o que é muito importante, pois sabemos que estamos enfrentando uma epidemia de obesidade e um aumento significativo dos problemas alimentares.

## **B) Algumas questões psicanalíticas sobre a mudança de técnica para abarcar a problemática específica da alimentação**

A sugestão de mudança de técnica não é minha, mas de Susie Orbach; venho experimentando-a na minha clínica com pacientes que sofrem de problemas alimentares.

Recomenda a autora que iniciemos o trabalho como se fizéssemos uma espécie de terapia focada na alimentação. Devemos falar de comida com o paciente e de tudo aquilo que envolve a sua alimentação. O modelo de diário alimentar desenvolvido por essa terapeuta inglesa é muito útil no processo de despertar a atenção do paciente para o universo de sua alimentação, bem como para as correlações com seu mundo mental. Por meio desse diário, ele é convidado a correlacionar sua alimentação com suas emoções. Mas o próprio paciente está livre para desenvolver ou utilizar qualquer instrumento que considere útil para investigar sua alimentação. Não se recomenda um uso rígido desse tipo de instrumento, mas reconheço a dificuldade cultural dos nossos pacientes em fazer anotações e, também, o trabalho que esse tipo de técnica dá a quem dela se utiliza. Em todo caso, deve-se trabalhar a resistência com o paciente. É sugerido ao analista, que assim que as questões alimentares do paciente estiverem mais conscientes, o instrumento seja abandonado, retomando-se quando necessário. Essa mudança de técnica visa focar o campo da alimentação enquanto for preciso, ou seja, até que os sintomas diminuam. Embora pareça contraditório ao trabalho analítico nos dirigirmos diretamente ao sintoma, não haverá, obviamente, nenhuma remoção cirúrgica: apenas convocaremos o paciente a pensar sobre o problema.

Há ainda uma outra, e não menos importante, recomendação técnica equivalente à regra de associação livre, que orienta o paciente a comer sem nenhuma restrição e a parar de comer assim que a fome passar. Isto leva o paciente a perceber os sinais de fome e saciedade, evitar a privação e se questionar sobre o desejo de comer a cada momento que sentir fome ou que tiver vontade, mesmo nos ataques compulsivos. Comer é um ato trabalhoso, que depende do desejo, da fome e da saciedade; é um ato que, em seu aspecto psíquico, ocorre de dentro para fora, e não de fora para dentro. Essa recomendação leva o sujeito a uma indagação sobre a necessidade de padrões alimentares externos, já que, em quase todos os casos, comer livremente e parar assim que a fome passar é associado à vertigem, à loucura, ao descontrole e à desordem.

A *mentalidade de dieta* implica no ato puro, o pensamento, ou o sentido que se forma para o sujeito e que o levaria ao ato, é abolido. Assim, é o ato que impõe *a posteriori* o sentido do agir: não se pensa no que se quer ou não comer nem nos motivos desse ato, pois, ao realizar compulsivamente a dieta, será a adesão à mesma que imporá o sentido de obrigatoriedade do controle da alimentação. Cria-se uma imposição de fora para dentro que aprisiona o sujeito no campo da adesão à dieta, levando ao conseqüente descontrole alimentar.

Segundo Susie Orbach, esse trabalho se justifica porque as análises convencionais nem sempre alcançam o estrato da alimentação do paciente. Ela afirma que nós, analistas, trabalhamos em um nível superior (a comida como símbolo de outra coisa) ou mesmo que muitos de nós temos a *mentalidade de dieta* internalizada e, assim, reforçamos os sintomas em nossos pacientes. Acredito que depois de elencar e esclarecer, no capítulo III desta dissertação, os aspectos ligados à psicomecânica e à psicodinâmica da alimentação, bem como os prejuízos que a privação alimentar e a *mentalidade de dieta* acarretam, não deveríamos deixar de trabalhá-los: a técnica acima descrita visa o trabalho psicanalítico com esses aspectos. Esses instrumentos ou recomendações de trabalho podem ser introduzidos inclusive no decorrer de uma análise, assim que o problema se configurar para a dupla. É importante ressaltar que se trata de um instrumento técnico que favorece o trabalho analítico com os aspectos da psicomecânica e da psicodinâmica da alimentação, da *mentalidade de dieta* que, nessa problemática específica, configura o *regime do ato puro*.

Sabemos como soa inusual, quase como pecado, a introdução no trabalho analítico de tal tipo de instrumento. Justificamos seu uso, em alguns casos, por motivos vários: trabalhar para despertar a consciência do paciente em relação à comida, alcançar a percepção dos sinais de fome e saciedade, resgatar o prazer de se alimentar e atacar os sintomas rapidamente quando há urgência por parte do paciente, do médico e da família.

Vamos problematizar essas questões para mostrar que não preconizamos um trabalho ingênuo ou afoito em direção à cura do paciente. Ao longo de sua história, a psicanálise vem operando mudanças na técnica – o trabalho com crianças, com psicóticos, com famílias e casais e com o vínculo mãe/bebê, por

regressão que percebia em sua conhecida paciente. O respeito à singularidade do momento de cada paciente, a procura de estratégias clínicas adequadas

considerou as transformações em O e em K, no decorrer de uma análise. Resumo tal problematização formulando as seguintes perguntas: como realizar, por meio da psicanálise, transformações que atinjam o ser do paciente? (Sem se deter naquelas que colaboram apenas para o aspecto do conhecer.) Como atingir o ser do paciente, esteja ele no momento psicótico, delirante e estapafúrdio ou em estado capaz de compreensão e questionamento? É dessa maneira que entendo uma de suas preocupações no decorrer desse livro: adequar a intervenção do analista ao momento singular do paciente em análise, promovendo o seu desenvolvimento mental.

A questão de uma análise efetiva, que alcance o paciente, que o transforme, que o acolha, que leve em conta aspectos não verbais ou primitivos, é, sobretudo, uma questão de técnica ou de técnicas. Pois compreendo o termo *técnica* da mesma maneira que a Teoria dos Campos: uma série de proposições acerca de como encaminhar o processo analítico, ou seja, a arte de conduzir uma análise.

Por meio da Teoria dos Campos, pensamos a questão da seguinte forma: há um método da psicanálise, uma operação essencial, cujo nome é ruptura de campo; essa é a operação essencial do método psicanalítico; há o processo analítico, que é a encarnação do método, nossa clínica viva, nossos pacientes em análise; e há, por último, as técnicas, que são os procedimentos e proposições que conduzem uma análise em conformidade com seu método. Por exemplo: ao processo industrial de fabricação de algo, denominamos método de produção industrial, correto? Há diversas maneiras de produzir

industrialmente diversos objetos, não? São técnicas diferentes que subjazem à produção industrial. Em psicanálise, podemos alterar a técnica, e devemos fazê-lo quando o processo analítico o exige, para que o método se cumpra. O método da psicanálise, já o dissemos, é soberano em uma análise. É soberano e essencial porque, sendo um método interpretativo, visa somente a que as regras ou relações ocultas de um campo sejam rompidas, sejam descobertas – essa é a operação fundamental do método psicanalítico. Como fazê-lo é a questão que aqui colocamos. Qual a técnica? Como proceder? Há inúmeras técnicas em psicanálise, ou seja, a maneira de encaminhar uma determinada análise, os princípios de bem-fazer em acordo com o método, adequados ao método. Incluímos nesses princípios o setting, a freqüência, a cobrança e toda a série de recomendações variáveis sobre como lidar com a transferência (e que tipo de transferência), com a interpretação, e se essa deve ser centrada na angústia, na transferência ou na história. Damos aqui, apenas, um pequeno número de exemplos de variações da técnica, que visam assegurar uma boa análise, para que nosso argumento ganhe força. Também há muitas outras intervenções do psicanalista, durante uma análise, que não são essencialmente analíticas. Herrmann (2001a, p. 176) afirma que:

Psicoterapias entrecruzam-se no processo analítico: há sugestão, terapias suportivas localizadas, convites à atenção do cliente para centrar-se em pontos privilegiados de sua vida mental, quebras do discurso por intervenções que destacam um sentido emocional qualquer ou um significante extraviado.

Segundo ele, isso acontece o tempo todo; é inevitável e bom, mas, se desconhecermos o cerne operacional da psicanálise, sua prática poderá ficar restrita em seus meios e a certos tipos de ação. A função terapêutica da psicanálise é destacada didaticamente do processo analítico por meio da técnica aqui proposta. O paciente, ao sentir alívio e melhora em relação às suas queixas, adquire maior confiança na psicanálise. O psicanalista, por sua vez, pode atender a certas demandas – algumas são casos de vida ou morte –, sem prejuízo de seu método.

O processo analítico não é puro. Pureza, psicanálise pura mesmo, alcança-se apenas no instante em que um campo é rompido, em que suas regras são expostas – momento fugaz o da ruptura de campo, operação essencial do método, segundo a perspectiva que adotamos nesta dissertação.

Assim, ao estudarmos o campo dos problemas alimentares, sua clínica individual e sua relação com o social, por meio do método interpretativo, ou seja, psicanalítico, percebemos que o aumento dos problemas alimentares nos dias de hoje nos leva a interrogar a Psique do Real, a compreender os elementos constitutivos da alimentação, os sinais de fome, saciedade, prazer, aqui denominados como psicomecânica da alimentação, e também a considerar os aspectos psicodinâmicos ligados à alimentação. Daí deriva o uso de um instrumento, uma mudança na técnica para abarcar essas descobertas teórico-clínicas. Procuramos um meio eficaz para atingir analiticamente o que demarcamos como *regime de atentado, ato puro e psicose de ação*; para despertar a atenção do nosso paciente para os sinais da psicomecânica da

alimentação e para nos lembrarmos dos aspectos psicodinâmicos ligados a alimentação de nossos pacientes, porque essa técnica e esse instrumento procuram acessar e desconstruir a *mentalidade de dieta*. Experimentei comigo e com alguns de meus pacientes o uso do instrumento e a mudança de técnica que gerou a presente dissertação. Relatarei adiante essa experiência clínica.

Temos muitas questões ainda sem resposta. Primeiramente, temos que problematizar o sintoma e sua cura em psicanálise, porque essa técnica e o instrumento devem ser utilizados por clínicos que possam perceber a sutileza de estados emocionais de seus pacientes. O que aqui propomos não é regra, não é regulação nem lei. Recomendação é o termo mais apropriado: recomendações técnicas para lidarmos com pacientes que sofrem de problemas alimentares em terapia psicanalítica de grupo ou individual. Assim, é importante diferenciá-las das terapias cognitivas na forma de usar o instrumento: o uso é bem diferente, porque é dependente da escuta clínica do analista, da maneira individual com que cada profissional julga o momento de introduzir as proposições técnicas e os instrumentos e, finalmente, de saber qual paciente pode se beneficiar e quando optar por tal procedimento. Não há nenhuma padronização, apenas respeito à singularidade do processo analítico e à percepção emocional do próprio paciente. O analista pode pensar em seu trabalho não como um procedimento fixo para todos os pacientes ou mesmo para toda a análise; já que a operação constante de uma análise é a ruptura de campo, o seu encaminhamento pode seguir por outras vias, sem perder o rigor e a criatividade própria da arte da interpretação, da arte de clinicar.

Quanto à questão da cura do sintoma, em psicanálise, muito já se discutiu, e não creio que a presente dissertação possa sequer vislumbrar uma síntese das diversas correntes que debatem o problema. Minhas respostas serão modestas, pois decorrem da clínica psicanalítica que venho praticando há tantos anos. Alguns pacientes precisam dos sintomas para estar em análise e para viver. Outros os substituem por novos sintomas. Outros se livram dos sintomas e arrumam novas questões para continuarem em análise. Porém, o problema clínico que encontramos ao iniciar a presente investigação estava ligado a realizar uma análise que não tocasse no padrão alimentar do paciente, por falta de meios apropriados. Depois de feito o presente estudo, reconhecemos que o analista precisava de algo, técnica e instrumento, para favorecer a autonomia alimentar do paciente que sofre com a mentalidade de dieta, pois a clínica padrão<sup>17</sup> nem sempre conseguiu alcançar esses objetivos.

Há ainda uma questão que devemos levantar neste momento. Refere-se à função terapêutica da psicanálise, ou seja, aos efeitos do método psicanalítico de ruptura de campo. A função terapêutica, segundo Herrmann (1991), é a propriedade do nosso método que coloca cura e conhecimento de forma inseparável e indistinguível, expondo uma verdade intrínseca: seu exercício implica em descoberta, desvelamento, possui valor heurístico. Portanto, vale ir além da clínica padrão quando necessário, para somente garantir que se

---

<sup>17</sup> Clínica padrão é o nome com que a Teoria dos Campos convencionou chamar as análises de consultório que procuram seguir o modelo da análise didática. Em última instância, é regulamentar em forma de lei e de manual do usuário a própria análise. Por isso a insistência na operação essencial do método da psicanálise, a ruptura de campo. Para obtermos a liberdade de praticá-la do modo mais adequado e conveniente aos nossos propósitos em conformidade com a queixa e demanda do paciente e também com a escuta do analista. (Herrmann, 2005).

cumpra a função terapêutica, a descoberta, o novo, deixando a elaboração da experiência ao encargo do paciente.

Leda Herrmann (2002, p. 258) afirma:

Certas características do nosso tempo como ... o excesso de enredos ficcionais veiculados pelos meios de comunicação, o controle ideológico do pensamento comum, a aceleração brutal das mudanças tecnológicas e sociais fazem de nosso cotidiano algo pouco crível, tornando impossível e auto-contraditória qualquer definição positiva e geral do homem contemporâneo ... Nesse excesso de fabricação do cotidiano há um absurdo emergente, que se quer mostrar e esconder. As terapias tanto podem ocultá-lo como derivativos ou orientações superficiais, como exibi-lo para que o tomemos em consideração.

A Teoria dos Campos dá o nome de *função terapêutica* à ação de exhibir e de levar em consideração esse absurdo emergente. Não se trata de vencê-lo, mas de superá-lo por um ato de razão ao penetrar e identificar as entranhas das redes que suportam as representações atuais de homem e de mundo. Atravessar e navegar no absurdo para transformá-lo em instrumento da razão, tomando o discurso do paciente por seu valor de ruptura de campo, diante do analista, implica exercício da *função terapêutica* da psicanálise, descoberta, quebra da rotina psíquica do sujeito humano. A *função terapêutica* revela diretamente uma verdade intrínseca e deixa ao encargo do paciente a elaboração desse momento de crise. Promove sentido e saber singulares. Portanto, é uma resposta bastante apropriada à condição moderna descrita nas primeiras palavras do parágrafo citado.

Hoje sou procurada por pacientes que demandam auxílio direto e rápido para seus problemas alimentares. Para muitos, introduzo a técnica e o instrumento logo de início; para outros, por questões de diagnóstico, espero um pouco para dar início a esse trabalho. Meus critérios são: não aplicá-lo a pacientes muito graves, sejam eles neuróticos ou psicóticos, mas apenas a pacientes que queiram muito realizar esse tipo de trabalho, pois demanda enorme esforço da dupla. Em geral, no entanto, respeito a demanda e as angústias do paciente. Há casos de vida ou morte – quando o paciente está magro demais, por exemplo. Nesses casos, inicio a análise pela aplicação da técnica, o que exige parceria e vontade de cura. Quando a demanda é da família, mas não há angústia no paciente identificado por ela como doente, proponho terapia familiar com outro profissional, até que uma demanda verdadeira se configure, pois, em minha experiência, é preciso que o paciente seja ou se torne um aliado do tratamento, e não um alienado.

Relatarei a seguir, de forma mais extensa, alguns casos psicanalíticos no quais realizei a aplicação da técnica e do instrumento e seus resultados.

Marta me procurou porque sabia que eu trabalhava com pacientes obesos (na verdade, trabalho com pacientes que sofrem de distúrbio compulsivo de alimentação, que pode ou não gerar a obesidade). Ela queria perder peso. Estava com quase cem quilos, e fora gorda por muitos anos. Desde menina, controlava a alimentação: no início, sua mãe a controlava; depois, ela mesma o fazia. Há alguns anos conseguiu ficar “normal”, fazer dieta e freqüentar

academia, mas, após o nascimento de seu filho mais novo, voltou a engordar. Iniciamos o trabalho de forma quase pedagógica: expliquei-lhe como a *mentalidade de dieta* aprisiona as pessoas. Indiquei-lhe o uso do instrumento para que ela observasse melhor sua alimentação, fome e saciedade. Conversamos sobre comida, sobre suas preferências, sobre como a mãe e a família usavam e ainda usam o alimento e, principalmente, como ela vinha comendo ultimamente. Eram alguns pacotes de biscoito por dia, entre levar o filho na escola e ir para o trabalho, durante a tarde, após o almoço. Os sinais de fome e saciedade nunca estiveram presentes em sua vida, não que ela se lembrasse. Chocolate era paixão: quarenta brigadeiros por festa infantil. Não jantava, apenas beliscava a noite toda ou fazia sanduíches. O marido dizia que ela era sem-vergonha, preguiçosa; que, se quisesse emagrecer, emagrecia. Ela vivia se sentindo menos, menos mulher, menos trabalhadora, menos merecedora de salário e atenção, gorda! Vivia com medo dos colegas de trabalho – o que iriam pensar do seu prato de comida? Com inveja dos magros, dos que têm força de vontade e da irmã que nunca mais engordara depois da adolescência. Marta pensava em comida e em coisas ligadas a isso o tempo todo.

Trabalhar com ela era mais ou menos fácil. De início, teve muita resistência em anotar o que comia e nunca sabia o que sentia, mas, diferentemente do que em geral acontece em minha clínica, confiou na técnica, achou a proposta boa. Só não conseguia aplicá-la, porque queria comer os alimentos certos, ter horários e fazer a refeição, com salada no início e sobremesa só ao fim. Discutimos muito, principalmente sobre como ela estava apegada a certos

padrões alimentares, porque o que eu queria é que ela comesse pela fome e pela saciedade, com alimentos prazerosos, e que parasse de comer assim que a fome passasse. Não tinha horário, nem certo ou errado. Ela queria comer certo, de acordo com algumas normas nutricionais internalizadas. Nossas conversas não eram apenas, mas principalmente, sobre comida.

Marta gostava de doces e não ligava para salgados. Indiquei-lhe que comesse apenas aquilo de que gostasse: doces, por exemplo. No princípio, ela resistiu, sempre de forma cordata. Depois, tentou: um dia só de chocolate. No segundo dia, já não queria mais isso, queria comida salgada, descobriu que gostava de algumas comidas salgadas e de todos os doces. A ingestão de bolachas diminuiu e ela nem mais se lembrava de comprá-las. Sentia que comia melhor a cada dia. Nas festas, apenas oito brigadeiros; não pensava mais o dia todo em comida. Ao mesmo tempo, começou a se vestir melhor, se pentear e se maquiar com mais gosto, pois não queria esperar o dia em que fosse magra para se sentir mais bonita. Também, depois de um ano de trabalho analítico, conseguiu reivindicar melhor salário; não se escondia tanto, não tinha mais tanta inibição com seu corpo e podia até dar palestras para grupos. Usava nosso instrumento de trabalho com mais vontade, estava mais curiosa sobre como comia e sobre o que comia.

Por alguns poucos meses, depois de muita resistência e muita conversa, Marta anotou quase tudo, pensou a cada refeição, a cada sinal de fome e tentou parar de comer ao sinal de saciedade, embora reconhecendo que era difícil. Estava se sentindo mais livre e, quando foi se pesar, viu que havia perdido

muito pouco peso. Note-se que o tratamento – e isso é dito repetidamente ao paciente – não visa ao emagrecimento, mas à diminuição do distúrbio compulsivo de alimentação, em consequência da qual pode ocorrer o emagrecimento. Ela ficou muito ressentida comigo e com minha proposta, pois, embora percebesse os benefícios da análise e da técnica, não admitia não ter perdido peso. Revoltada, continuou o trabalho comigo e procurou um tratamento médico para emagrecer, o qual, até hoje (dois anos depois), ainda não iniciou. Paramos de falar em comida, a seu pedido, e hoje fazemos uma análise convencional. Ela reconhece os benefícios obtidos, sabe que come menos, que parou de engordar, se sente melhor em relação a muitas coisas de sua vida. Percebe inclusive uma melhora na relação com os filhos, porque não aplica nenhuma dieta em casa e espera que eles peçam os alimentos, mas ainda não se conforma por, depois de tanto anotar e de comer menos do que comia antes (isso não quer dizer que seja guiada pela fome e pela saciedade apenas), não ter quase perdido peso. “Muito trabalho para nada. Acho que você vai me dizer uma coisa que eu vou entender e de repente tudo isso vai mudar, eu vou emagrecer.” Tenho insistido com ela que não há milagre. E que qualquer coisa dá trabalho mesmo, e os resultados parecem sempre menores do que as nossas expectativas. A sua forma de pensar é esta: quer todas as vantagens e pouco trabalho, comer sem parar e não engordar, emagrecer sem sacrifício ou mudança, princípio do prazer, diria Freud. Mas não é só isso, é protesto; e durante esse período de protesto temos trabalhado muitos outros aspectos. Essa análise prossegue como qualquer outra que faço e, há pouco, ela me pediu que voltássemos a trabalhar com a técnica.

Escolhi esse exemplo para demonstrar que o uso da técnica não oferece o perigo de desvirtuar uma análise: pode-se usá-la no começo do trabalho ou quando a dupla sentir necessidade, e, seja como for, ela não é a cura de todos os males.

Lara chegou ao meu consultório por indicação de um parente próximo, que fez questão de me conhecer, antes, e de praticamente me interrogar para saber se eu era a pessoa certa para tratá-la. A “intrusividade” da família é uma das marcas freqüentes dos problemas alimentares. Ela pesava muito pouco, pele e osso; enfeitava-se com lenços coloridos, broches e metais. Não era uma anoréxica mocinha: sofria desse mal há muito tempo, e tinha inclusive em seu currículo algumas internações para superalimentação. Queria um tratamento digno, alguém que falasse com ela, que a levasse em consideração, que percebesse que ela era de carne e osso.

Iniciamos o tratamento pelo uso da técnica. Ela, muito meticulosa, não deixava de anotar nada, seguia tudo à risca. Percebeu que na coluna dos sentimentos não fazia anotação – não sentia nada, não tinha o que dizer. Ficou estupefata, eu também. Trabalhamos muito entre o silêncio e a interrogação sobre isto: não sentir nada. Aos poucos, nasceu a certeza de que temia os alimentos, mais do que a morte iminente. Inclusive, ao cozinhar, era incapaz de provar da sua própria comida! Interessante é que pensasse em comida o dia inteiro, que fosse duas vezes por dia no supermercado, que elaborasse cardápios maravilhosos e que freqüentasse muitos cursos de culinária.

Foi retomando o comer, discriminando o engordar do alimentar-se. Contava episódios em que comia um pote de sorvete e passava muito mal – doía tudo, ficava dois dias em inanição. Lentamente percebia sua raiva. Batera o carro no poste duas vezes, e alegou descontrole; a família pensava em tentativa de suicídio, só que numa das vezes os filhos estavam com ela. Seu casamento, sua mãe, seus médicos, eram os piores opressores: tudo era opressão em sua vida, não tinha sossego. Foi voltando a comer. O instrumento e a técnica foram deixados de lado após alguns poucos meses de análise, pois já não eram necessários. Era visível que engordava – pouco, mas engordava. Dizia que comia melhor. Parou de atacar o sorvete, porque agora comia sorvete de vez em quando. Separada do marido, começou a sentir mais autonomia, permitindo-se outros prazeres além dos alimentos, mas ainda odiava o egoísmo dele, de sua mãe, filhos e família. Um dia, apareceu verdadeiramente tomada por um ódio que durou mais de dois anos. Foi ódio de tudo, ex-marido, filhos, família, emprego e, ao fim, da própria analista.

lara sofria de anorexia, sem dúvida, e também vivia sob o imperativo do *regime do ato puro*, ações e mais ações, seguidas por outras ações sem vínculos conscientes, sem finalidade. Não tecia argumentos, não conhecia a simples ordenação, que nos fala de conseqüências e de vontades. O uso da técnica no início do tratamento possibilitou o trabalho analítico, pois era quase um anteparo para o encontro. Creio que o instrumento nos fornecia um assunto sobre o qual conversar, um pequeno oásis no deserto emocional e representacional daquele encontro, a introdução do pensamento precedendo o

ato. Aos poucos, a paciente e a análise evoluíram, o instrumento deixou de ser necessário e a análise prosseguiu até onde foi possível.

Outra paciente, Sandra, intensa, jovem, linda, magra e muito ansiosa, que estava em análise comigo há mais de um ano, começou a comer compulsivamente no mesmo momento em que iniciou uma dieta e uma série de ginásticas. Também tinha uma dificuldade acentuada de pensar sobre si mesma, e acumulava conflitos com o namorado. Esses conflitos eram algumas vezes violentos, movidos por consumo excessivo de drogas, brigas verbais, desentendimentos e, principalmente, o ciúme que ela sentia das modelos que ele admirava. Engordou um pouco e não havia meio de diminuir os episódios

saciedade, já que era freqüente que ela comesse até sentir muita dor. Também tentávamos compreender se ela estava sob alguma forte emoção não identificada. Quando percebeu que sentia fome à tarde, mas que não comia para não engordar e, portanto, que deveria comer durante a tarde para não sentir tanta fome à noite, os episódios compulsivos diminuíram. Também percebeu que estar alegre e se divertir (terminara o namoro conflituoso) favorecia um equilíbrio em sua vida e em sua alimentação. Trabalhamos durante alguns meses um pouco mais focadas em sua alimentação, mas sem nos determos em muitos detalhes, a não ser quando ela mesma trazia, por livre e espontânea vontade, o material e a necessidade – isso ocorria após algum episódio compulsivo. A diminuição da compulsão foi sendo sentida aos poucos, concomitantemente à diminuição da prática de dieta. Ela se recordava do tempo em que não sentia nenhuma pressão por emagrecer. Naquela época era magra, comia o que tinha vontade, pela fome e pela saciedade, e sentia prazer. Quando percebeu que sua bunda ou seu corpo não eram exatamente aquilo que ela acreditava estar na moda – ser belo, atraente etc. –, iniciou a prática de dieta e se perdeu. Perdeu algum tipo de medida interna, os sinais de fome e saciedade e até o paladar, e teve muita dificuldade para se reorganizar.

No decorrer dessa análise, Sandra perdeu e reencontrou algumas vezes o equilíbrio em sua alimentação. Em todas essas viradas, introduzi ou reintroduzi a técnica. Creio que criamos uma marca, uma espécie de ponto de chegada, algo a que recorrer nos piores momentos de desequilíbrio, ao recuperarmos sua experiência de se alimentar livre da mentalidade de dieta. E ela, rapidamente, pôde fazer uso desse saber.

Quando propomos a técnica aos pacientes, indicando que se alimentem pela fome e pela saciedade, procurando a livre escolha dos alimentos, guiados pelo prazer, percebemos que eles não acreditam ou não entendem, sentem uma vertigem, um medo de loucura e descontrole que costuma ser associado à liberdade. Há uma resistência acentuada. Mas quando conseguem experimentar, progressivamente, comer pela fome e pela saciedade, procurando pensar e escolher livremente seus alimentos, costumam se referir a essa situação como a de uma experiência libertadora<sup>18</sup>. Os sintomas diminuem, a relação do paciente com sua alimentação muda e passa a ser melhor compreendida, deixando de ocupar o foco principal da análise. O trabalho terapêutico vai se assemelhando à psicanálise tal qual a conhecemos. O benefício pode ser rápido, mas os sintomas podem voltar. Assim, recomendo o uso, novamente, do instrumento e da técnica ativa.

A questão de uma mudança de técnica – em geral e, em particular, no transcorrer da análise de Sandra – se justificou pela dificuldade do tratamento convencional ou padrão em promover mudanças na alimentação do paciente. Há casos, como esse, em que uma análise longa e proveitosa ocorre, mas as questões alimentares continuam a perturbar o paciente e o método de dieta permanece ineficaz. Casos dessa natureza nos levam a interrogar a clínica que praticamos, bem como nossas dificuldades; e também problematizam as questões sobre cura, *furor sarandis*, mudança psíquica e remoção de sintomas

---

<sup>18</sup> A construção da liberdade, autonomia ou singularidade alimentar é um problema para todas as épocas. Conhecer e criticar as determinações que pesam sobre nós é característica e objetivo próprio do trabalho psicanalítico.

em psicanálise. Nenhum terapeuta, em minha experiência, é capaz de remover cirurgicamente um sintoma, apenas, quando o paciente se encontra imantado, sob domínio de forte sugestão. Mesmo quando me proponho, junto com o paciente, a atacar o sintoma diretamente, os resultados são mais lentos, pois a elaboração psíquica possui seu próprio tempo.

Fui procurada por alguns pacientes que queriam esse tipo de tratamento, mas, quando lhes indiquei a técnica, ocorreu um fenômeno interessantíssimo: se apavoraram, se rebelaram, duvidaram de minha sanidade e jamais conseguiram sequer tentar. Creio que, por um lado, estavam interessados em emagrecer sem sacrifícios e, por outro, a análise não foi suficientemente interessante, não despertou curiosidade ou levantou questões muito angustiantes, com que esses pacientes ainda não estavam preparados para lidar. Seja como for, perder pacientes não é privilegio do emprego de uma técnica como essa nem da clínica padrão: simplesmente ocorre com alguma frequência em nossos consultórios.

Pude, por essas reações adversas, observar como essa proposta é disruptiva, quase transgressora. Como se em si mesma guardasse uma espécie de ruptura de campo em nossa cultura. Produz efeito análogo à proposta freudiana de associação livre – afinal, quem é que tem coragem ou capacidade de dizer tudo que lhe vem à mente? E hoje, quem é que tem coragem de tentar comer com liberdade de escolha, de dentro para fora, em busca de autonomia, respeitando seus próprios sinais de fome e de saciedade?

Susie Orbach é uma analista de linha anafreudiana, que acredita e se apóia no ego organizado, na colaboração do ego do paciente para percepção, integração e conhecimento. A técnica por ela desenvolvida parte dessa premissa, propondo a suspensão do superego, desalienando o paciente, levando-o a pensar, julgar, refletir e aprender sobre sua própria alimentação. Em minha experiência, isso é mesmo possível: onde havia id e superego pode haver ego. Mas uma análise não se limita jamais ao emprego de uma técnica, nem ao encontro de resultados previsíveis; uma análise abre paciente e analista e, por que não dizer, abre também a cultura para o desconhecido.

Pensar sobre os limites da clínica psicanalítica e as mudanças de técnica nos obriga a aprimorar nossos instrumentos de trabalho, desafiando certos acordos estabelecidos em busca de novos arranjos que, espero, possam beneficiar os pacientes e ampliar nosso patrimônio de conhecimento.

## **Conclusão**

Foucault (1984) afirma que a dietética na Antigüidade problematiza tanto a prática sexual como a ingestão alimentar. Mas o regime não fixa quantidades: negocia caracteres globais, procura melhorar a vida e o desempenho da sexualidade, mas não propõe contornar a fatalidade. A dietética é uma espécie de recomendação do bem-viver; funciona mais como uma estratégia para a vida, o sexo e a guerra, e jamais se pretende como uma obediência ao saber de outro. Seu intuito é ser uma prática refletida sobre si mesma e sobre seu próprio corpo: ampara-se no registro da boa saúde do corpo e da alma, reflete a arte de viver. O autor considera o regime para a Antigüidade Clássica como uma categoria fundamental, por meio da qual podemos pensar a conduta

Sábias são as palavras do antigo filósofo, sem dúvida.

históricas – costumes, formas de agir, pensar, se relacionar com o conhecimento, com a ciência e com a religião – sejam intransponíveis. Porém, foge do âmbito desta pesquisa a busca das origens comuns, das semelhanças e diferenças entre momentos históricos tão distantes no tempo.

*A mentalidade de dieta* estudada no campo da Psique do Real, sob *regime de ato puro*, característico do mundo em que vivemos, onde pensamento é substituído por ação e o ato ocupa o lugar do pensamento, tenha suas raízes remotas na doutrina e na pastoral cristã, é bem possível. Como afirmei no capítulo II, não podemos negar as semelhanças na forma de operação da doutrina cristã com os controles sociais implicados na *mentalidade de dieta*, pois levam ao achatamento moral do sujeito, à regulação restritiva do prazer e à perda da autonomia. Sabemos que as interdições são condições inerentes da cultura humana, necessárias. A total liberdade não está inserida no que consideramos cultura, está apenas em nossas fantasias. Porém, autonomia e respeito à singularidade do sujeito não significam oposição à interdição, mas sua complementaridade. Esse conjunto, unido, propicia o fazer e o viver criativo humano. Nenhum de nós pode pretender estar fora da cultura. Mas submeter-se completamente a regras que nos fazem adoecer, a controles sociais intensos e extensos, é condição bastante questionável. Não seremos nós a solucionar tal conflito, já que o homem nunca esteve fora da cultura, mas o movimento de revelação das regras impostas pelos controles sociais gera uma autonomia possível, um pouco mais de liberdade e, talvez, menor adoecimento.

A questão da autonomia possível no campo da alimentação foi considerada, nesta dissertação, como possibilidade de superação da *mentalidade de dieta*. O resultado a que cheguei foi a eleição de uma técnica ativa para o trabalho analítico no campo dos problemas alimentares. Pois a técnica ativa permite adentrarmos no *regime do ato puro*, possibilitando que as regras que sustentam esse campo sejam rompidas, reveladas. Dessa maneira, cumpre-se a função terapêutica da psicanálise: obtêm-se ao mesmo tempo cura e saber. Essa técnica ativa propicia o aparecimento de sentido, de conseqüência, de ligação entre emoções e ações e de pensamentos precedendo atos. Para os pacientes com problemas alimentares, o *ato puro* instala-se no vazio de sentido do homem contemporâneo; impõe-se como sentido, como única maneira de garantir o mínimo sentimento de existência.

A *mentalidade de dieta* aliena o homem dos sinais vitais constitutivos da alimentação: fome, saciedade e prazer. Provoca, muitas vezes, enorme privação calórica e gustativa para a obtenção de corpos idealizados. Perturba a relação do sujeito com sua alimentação, seu paladar, seu corpo e sua imagem corporal. Contribui de forma inequívoca para o aumento da bulimia, anorexia e distúrbio compulsivo de alimentação e a conseqüente obesidade.

É necessário um trabalho psicanalítico árduo e contínuo, focado na alimentação do paciente, para desconstruir ou revelar as regras impostas por ela, na singularidade de cada sujeito. E também para construir singularmente a autonomia alimentar necessária à cura<sup>19</sup> de cada um de nós. A técnica ativa e

---

<sup>19</sup> Entendemos por *cura* o cuidar do desejo, tal como o movimento temporal do amadurecimento de um queijo, para que possa chegar ao seu próprio ponto de melhor sabor,

a utilização de um instrumento de notação propostos por Susie Orbach e estudados na presente dissertação buscam esse objetivo.

Lembremos, como foi discutido nos capítulos II e III desta dissertação, que o método de dieta utilizado para a obtenção de um corpo idealizado é a causa de grande parte dos problemas alimentares. A insistência na utilização desse método para a cura dos problemas alimentares vem provocando seu aumento e não sua diminuição, como era de se esperar.

Ao revelarmos as regras do campo da *mentalidade de dieta* e ao procurarmos um modo de trabalhar analiticamente dentro desse campo, uma técnica ativa, tratamos de acolher o sofrimento de muitos de nossos pacientes, sem, no entanto, reproduzir os meios traumáticos que provavelmente causaram ou, pelo menos, agravaram seus sintomas.

As ousadias da técnica tocam nossa muito prezada *associação livre de idéias*. No caso dessa ousadia particular, introduzimos uma espécie de terapia focal sobre a forma da alimentação do paciente, de acordo com uma demanda específica observada na dupla paciente e analista. Mesmo quando a ousadia empreendida é uma técnica ativa, aqui descrita, que guarda alguma semelhança com a própria *associação livre de idéias*, instrumento técnico muito valioso no trabalho psicanalítico, ela levanta suspeitas sobre a validade moral ou psicanalítica desse empreendimento. Pois há muito preconceito entre os próprios analistas em relação a alterações na técnica, que modificam ou

---

por exemplo. A Teoria dos Campos não considera como cura a remoção de sintomas ou a adaptação do homem às expectativas de seu meio.

questionam a clínica padrão. Muitos analistas que realizam mudanças técnicas não as comunicam nem as discutem no campo da psicanálise, pois sentem-se acuados por colegas, pelas instituições psicanalíticas e por suas regras de como conduzir uma análise mais verdadeira. Tememos e criamos o campo da moralidade analítica, que engessa e impede o aparecimento de novas possibilidades de trabalho clínico e, principalmente, satura a exploração da relação entre teoria e clínica.

Acredito que poderíamos diminuir os preconceitos dos analistas em relação às mudanças nas técnicas ou à criação de novas técnicas se procurássemos compreender a diferença entre método da psicanálise e técnicas psicanalíticas. E, também, se tivéssemos em mente o conceito de práxis trabalhado por Taffarel (2005), que diz que, ao contrário da técnica, ao agir sobre o objeto, a práxis transforma e aperfeiçoa o sujeito da ação.

Muito se discute sobre a crise da psicanálise nos dias de hoje. Acreditamos que a famigerada crise, tão assustadora, está muito mais ligada ao apego dos analistas à clínica padrão e à dificuldade de separarmos técnicas de método psicanalítico. A utilização dessa técnica específica é uma etapa do trabalho analítico para esses pacientes imersos no campo da *mentalidade de dieta*, vivendo em *regime de ato puro* a relação com seus corpos e com sua alimentação. Podemos considerar a utilização dessa técnica como um ensaio na direção de um maior contato do paciente consigo mesmo, com seu mundo emocional. Acreditamos que é importante para a sobrevivência da psicanálise atender a essas demandas, ajudar os pacientes a suportar o trabalho analítico,

dar respostas eficazes aos sofrimentos individuais, grupais e sociais e aumentar nosso ângulo de ação terapêutica.

A alteração técnica aqui proposta despe as vestes que o setting ou a clínica padrão nos obriga a usar e preserva a *função terapêutica da psicanálise*, produzindo conhecimento e cura. Mas não se confunde com o método da psicanálise, ruptura de campo: as técnicas psicanalíticas apenas permitem que o método opere. Estudamos aqui uma das muitas técnicas possíveis que orientam o caminho, o método, para que a ação interpretativa ocorra. A Teoria dos Campos nomeou Clínica Extensa (Herrmann, 2005) a operação em que o método da psicanálise produz seus efeitos por meio de técnicas que garantam a função terapêutica, propriedade intrínseca ao método psicanalítico de ruptura de campo, por seu valor heurístico, valor de descoberta.

Mudanças e inovações técnicas alargam os limites clínicos de atuação do psicanalista. Obrigam-nos a uma reflexão sobre a relação entre teoria e clínica em psicanálise. Para tanto, utilizarei o conceito de Alta Teoria, de Herrmann, que segundo Taffarel (2005) não se inscreve na ordem de criar teorias mais verdadeiras ou mais universais, mas assemelha-se ao movimento de teorização que a Teoria dos Campos chama de prototeoria: um abandonar-se ao não saber que se abre ao outro (paciente e cultura) pela escuta analítica, colocando o conhecimento psicanalítico consagrado entre parênteses e propiciando a emergência de uma pequena teoria, particular. Segundo essa autora, a prototeoria é uma versão singular das teorias consagradas, que, ao ser elaborada em termos não muito psicanalíticos, mas mais ficcionais, evita a

saturação e libera o analista de usá-las de forma restritiva, repetitiva e inibidora, conservando um poder criativo. Sem deixá-lo, no entanto, totalmente à deriva, funciona como um farol: ilumina o caminho, mas não prescreve rotas previamente conhecidas.

A Alta Teoria é uma reflexão de caráter epistemológico que busca encontrar e descrever um campo de conhecimento afeito à psicanálise. Ela se propõe a estar atrás ou antes da teoria, ver seu avesso com o objetivo de fazê-la perder seu efeito inibidor. (Taffarel, 2005, p. 424)

Ao estudar a *mentalidade de dieta* e tratar de revelar algumas das regras do campo da alimentação, como a psicomecânica e psicodinâmica alimentar, acredito que operamos no campo da Alta Teoria. O nome psicomecânica foi criado por mim para delimitar e organizar alguns dos componentes envolvidos no ato de comer. Iniciei o movimento de prototeorizar sobre a alimentação do ponto de vista do psicanalista porque sentia necessidade de esclarecer primeiro o que significa comer para, depois, lidar com as patologias ligadas à alimentação, à sua psicodinâmica. Não negligenciei todos os meus muitos anos de estudo das teorias da psicanálise inglesa, mas me distanciei um pouco deles: reordenei-os para respirar melhor, para apreender o transtorno que significa comer, hoje em dia, para muitos de nós.

Neste momento, torno pública esta pesquisa, em forma de dissertação de mestrado. O que pude aprender ao longo destes anos é ainda bastante parcial, mas é também útil para revelar as regras do campo dos problemas



## Bibliografia

BARONE, L.M.C. *et al.* (2005). *A Psicanálise e a Clínica Extensa*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

BLOOM, C. *et al.* (1994). *Eating Problems: A Feminist Psychoanalytical Treatment Model*. New York, Basic Books.

BION, W.R. (1965). *Transformations*. London, Karnac, 1991.

CONNOR, A.J. (2004). *A bruxa de Kepler: a descoberta da ordem cósmica por um astrônomo em meio a guerras religiosas, intrigas políticas e o julgamento por heresia de sua mãe*. Rio de Janeiro, Rocco, 2005.

DE VAREZZE, Jacopo, Arcebispo de Gênova (c.1220-1298). *Legenda áurea: vidas de santos*. São Paulo, Companhia das Letras, 2003.

DETIENNE, M. (1972). *The Gardens of Adonis: Spices in Greek Mythology*. Princeton U.P., 1994.

ÉSQUILO. *Prometeu*. Tradução Jaa Torrano. São Paulo, Roswitha Kempf, 1985.

FERENCZI, S. (1930). Princípio do relaxamento e neo-catarse. In *Obras completas*. São Paulo, Martins Fontes, vol. 4, 1993.

FERENCZI, S. (1931). Análise de crianças com adultos. In *Obras completas*. São Paulo, Martins Fontes, vol. 4, 1993.

FERENCZI, S. (1933). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In *Obras completas*. São Paulo, Martins Fontes, vol. 4, 1993.

- FOUCAULT, M. (1984). *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. São Paulo, Graal, vol. 2, 2006.
- FREUD, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In Sigmund Freud Edição Standard OPC, vol. 2. Rio de Janeiro, Imago, 1980.
- FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In Sigmund Freud Edição Standard OPC, vol. 2. Rio de Janeiro, Imago, 1980.
- FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In Sigmund Freud Edição Standard OPC, vol. 7. Rio de Janeiro, Imago, 1980.
- FREUD, S. (1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. In Sigmund Freud Edição Standard OPC. Rio de Janeiro, Imago, 1980.
- FREUD, S. (1908). Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In Sigmund Freud Edição Standard OPC, vol. 9. Rio de Janeiro, Imago, 1980.
- FREUD, S. (1913). Totem e tabu. In Sigmund Freud Edição Standard OPC, vol. 13. Rio de Janeiro, Imago, 1980.
- FREUD, S. (1917). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In Sigmund Freud Edição Standard OPC, vol. 16. Rio de Janeiro, Imago, 1980.
- GAY, P. (1988). *Freud: uma vida para nosso tempo*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989.
- GAY, P. (2000). *A experiência burguesa: da rainha Vitória a Freud*, vol. 2: *A paixão terna*. São Paulo, Companhia das Letras, 1988-1990.
- HERRMANN, F. et Minerbo, M. (1998). Creme e Castigo – sobre a migração dos valores morais da sexualidade à comida. In Carone, I. *Psicanálise fim século*. São Paulo, Hacker, pp. 19-36.

- HERRMANN, F. (2005). Clínica Extensa. In Barone, L.M.C. *et al.* *A Psicanálise e a Clínica Extensa*. São Paulo, Casa do Psicólogo, pp. 17-31.
- HERRMANN, F. (1999). A Psicanálise, a psicanálise e as demais psicoterapias em face do absurdo. *Jornal de Psicanálise*, n. 58/59, 93-132.
- HERRMANN, F. (1985) *Psicanálise do Quotidiano*. Porto Alegre, Artes Médicas, 2 ed. (1997).
- HERRMANN, F. (1979) *Andaimes do real: O método da psicanálise*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 3 ed., 2001<sup>a</sup>.
- HERRMANN, F. Apesar dos pesares, texto inédito apresentado como conferência na SBPSP em abril de 2004.
- HERRMANN, F. Adição à adição, texto inédito apresentado como conferência na I Jornada Promud em novembro de 2003.
- HERRMANN, F. (2001b). *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- HERRMANN, F. (1991). *Clínica psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo, Brasiliense, 2 ed., 1<sup>a</sup> reimpressão, 1997.
- HERRMANN, F. (1998). *Psicanálise da Crença*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- HERRMANN, L. (2002). Apresentação. In Barone, L.M.C. *et al.* *O psicanalista hoje e amanhã. O II Encontro da Teoria dos Campos por escrito*. São Paulo, Casa do Psicólogo, pp. 257-259.
- HESÍODO. *Teogonia*. Estudo e tradução de Jaa Torrano. São Paulo, Roswitha Kempf, sem data.

- JONES, E. (1961). *Vida e obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1979.
- KEHL, M. R. (1998). *Deslocamentos do feminino*. Rio de Janeiro, Imago.
- KLEIN, M. (1936). O desmame. In *Amor, culpa e reparação*. Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- KLEIN, M. (1952). As origens da transferência. In *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro, Imago, 1991.
- LACAN, J. (1985). *Complexos familiares*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1984.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.-B. (1967). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1985.
- LITTLE, M. (1985). *Relato de mi análisis con Winnicott*. Buenos Aires, Lugar.
- MENNUCCI, L.E.S. (2001). Reflexões sobre o papel da supervisão oficial na formação do analista. In *Jornal de Psicanálise*, vol. 34, n. 62/63: 179-187.
- ORBACH, S. (1978). *Fat Is a Feminist Issue*. New York, Paddington Press.
- ORBACH, S. (1986). *Hunger Strike*. New York, Norton.
- ORBACH, S. (2000). *A impossibilidade do sexo*. Rio de Janeiro, Imago.
- REVEL, J-F. (1996). *Um banquete de palavras: uma história da sensibilidade gastronômica*. São Paulo, Companhia das Letras.
- ROSES, P. (1983). *Vidas paralelas: cinco casamentos vitorianos*. Rio de Janeiro, Record (1997).

SANCHES, G.P. (1995). Quem são os pacientes traumatizados? In *Revista Ide*, n. 25: 8-19.

TAFFAREL, M. (2005). A Alta Teoria: uma proposta para a recorrente questão da relação teoria-prática. In Barone, L.M.C. *et al.* *A Psicanálise e a Clínica Extensa*. São Paulo, Casa do Psicólogo, pp. 417-425.

VIDAL-NAQUET, P. (1981). Recipes for Greek Adolescence. In *The Black Hunter*. Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press, 1986, pp. 129-156.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)