

Além do comer: uma contribuição psicanalítica à nutrição

Beyond eating: a psychoanalytic contribution to nutrition

Más allá de comer: una contribución psicoanalítica a la nutrición

Au-delà de l'alimentation : une contribution psychanalytique à la nutrition

LUIZA RAFFIDE NOVAES ZYLBERSZTEJN

PEDRO CATTAPAN

Este artigo discute o tratamento nutricional atribuído, principalmente, às pessoas vistas e diagnosticadas como gordas ou obesas. Assim, esta pesquisa parte da noção de que o corpo é necessariamente uma experiência subjetiva e não se limita ao orgânico, fisiológico e palpável. Assim, a partir de conceitos psicanalíticos, privilegiando o conceito de sujeito e escuta psicanalítica, procuramos traçar um outro caminho possível para o olhar para o corpo que se mostra como excessivo. Considerar que se trata de um sujeito aquele que entra em um tratamento nutricional, no sentido psicanalítico do termo, portanto sujeito dividido e portador de uma falta impossível de ser satisfeita, tornou-se fundamental para a inclusão dos outros conceitos empregados e para a possibilidade de pensar um modo diferente de atendimento nutricional.

Palavras-chave: Corpo. Comer. Psicanálise. Nutrição.

A obesidade tornada problema

Não é incomum que vejamos propagandas que colocam o emagrecimento à venda, assim como a mudança sistemática e frequente da nova aposta farmacológica, nutricional ou “natural” que, finalmente, trará a perda de peso definitiva àqueles que tanto a procuram. Medicamentos (injetáveis, subcutâneos, orais), dietas (*low carb*, *low fat*, hiperproteicas), chás milagrosos, compostos excêntricos... Tudo se torna válido com o intuito de perder os quilinhos excedentes. Quanto às dietas, basta que haja uma divulgação que atribua a elas uma eficácia, que vários adeptos passam a segui-las, tornando-as a “da moda”.

A comunidade biomédica adentra neste mundo atribuindo riscos ao corpo com o peso supostamente elevado. O excesso de peso passa a ser associado a doenças como diabetes e hipertensão, por exemplo, de modo que, do ponto de vista biomédico, a perda de peso ultrapassa a estética e se torna uma questão também de saúde. Assim, de um lado temos uma indústria que promove um corpo “ideal” e de outro, encontramos a justificativa da saúde - argumentos diferentes para um mesmo objetivo: o corpo magro.

Na realidade, a mudança do padrão corporal surge como aquilo que irá desencadear todas as questões posteriores, pois, se em outros tempos o corpo gordo era visto como belo e saudável, hoje é o corpo magro (muito magro) que se constitui como sinônimo de beleza (DERAM, 2014). Com isso, o seu oposto é considerado doente, mesmo que para que o corpo escultural seja atingido seja preciso que várias práticas não saudáveis sejam adotadas, tais como uma restrição calórica excessiva, cirurgias plásticas e ingestão de medicamentos.

A sociedade moderna toma o corpo como uma matéria disposta a alterações de acordo com aquilo que está em vigência na ordem social, sendo ele a expressão indelével do que se deseja exibir e que se mostra como aquilo que é esperado pelo indivíduo e pelos outros. Ao ser tomado como o que tem de ser exibido, o corpo se torna, por isso mesmo, objeto e local de vigilância da sociedade moderna, perdendo seu aspecto espontâneo (FOUCAULT, 1975). Já a partir do século XVII, a partir de Galileu e do advento cartesiano, este corpo recebe uma visão mecanicista; será a partir daí que se desenvolverão as visões anátomo-fisiológica e biodinâmica, de modo que o combustível para o funcionamento desta máquina (os alimentos e suas calorias) passa a ganhar maior importância (GIORDANI E HOFFMANN-HOROCHOVSK, 2020).

Houve uma apropriação do corpo pelas ciências biomédicas que passaram a determinar aquilo que é saudável ou não ao corpo/máquina, considerando seu bom funcionamento, sua eficácia, sua utilidade. Fazem-se cálculos para se estabelecer a quantidade ideal de combustível/comida para este corpo, do qual se espera que fique à disposição das novas regras estabelecidas para seu melhor desempenho e apresentação. Assim, o corpo ideal é o corpo saudável, e o corpo saudável será aquele que conseguir seguir as regras determinadas pela ciência destinada a isto, a nutrição, com auxílio da medicina. O ideal de beleza nasce do ideal de saúde e convida o indivíduo a manter um corpo escultural: magro, com curvas ou musculosos, jovem e saudável (GIORDANI E HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2020). Se ainda na década de 60, o corpo belo era o simplesmente magro, o desenvolvimento das tecnologias de saúde – dos exercícios físicos, passando pelos suplementos e dietas – mostrou que o ideal não é apenas a magreza, mas também a força, a destreza, o vigor e a imagem de um corpo bem torneado. Tanto o corpo magro quanto o ‘escultural’ se opõem ao corpo gordo como ideal, mas é o segundo – aparentemente o ideal de beleza e saúde hodierno –, que não abandona inteiramente o ideal de beleza, mas acrescenta a ele os músculos, o qual evidencia que estamos diante de uma concepção mecanicista, maquinal, do corpo como algo a ser racionalizado para se tornar plenamente eficiente em suas funções.

O estabelecimento da medicina moderna, que considera a doença um desequilíbrio orgânico, tira de foco as questões simbólicas consideradas pela medicina de outrora ou de outras sociedades (FOUCAULT, 1962). Ela sobrepõe seu saber a outros tipos de saberes e constrói um “sistema de saúde cuja função é a de produzir tratamentos rápidos, individuais e eficazes, com o objetivo de extirpar a doença – frequentemente só seus sintomas – e de suprimir as marcas que a poderiam remeter às relações sociais ou simbólicas” (PEREIRA E ALMEIDA, 2005, p. 93). Dessa forma, o indivíduo torna-se paciente e deixa de ter uma percepção sobre seu corpo, colocando-se à disposição do saber biomédico em busca da cura para uma doença da qual nem sequer está ciente, como no caso da dita obesidade.

A inclusão da área biomédica no contexto do comer e do corpo toma das mãos do sujeito a autonomia sobre aquilo que será importante para a escolha do que, como e quando comer, assim como do corpo que lhe é ideal, figura reforçada pelos meios de comunicação em massa, pela propaganda e pela indústria. E se diante das informações expostas sobre aquilo que é determinado como saudável, como a dieta a ser seguida e o

exercício a ser realizado, o sujeito não seguir as normas, a culpa sobre seu estilo de vida não saudável será somente sua, já que a informação foi dada e bastaria que fosse aplicada.

As dietas restritivas se tornaram e ainda são utilizadas em larga escala como meio de emagrecimento, como se na própria prática alimentar houvesse uma punição por algo de um excesso carregado no corpo. Os alimentos passam a ser classificados como bons e ruins e o consumo daqueles considerados ruins é um furo na dieta, um erro, algo que irá prejudicar o andamento do processo de perda de peso. O prazer em comer é retirado de cena, pois não é prioridade nesse cenário, visto que para atingir o corpo “ideal” e “saudável” seria preciso que se abdicasse de algo, sendo o prazer imediato o ponto principal – em nome de um suposto prazer futuro por ter conseguido se adequar à imagem e à performance do corpo belo e eficiente tornado.

Tensionando este ideal, Deram (2014) cita uma dica de nutrição francesa que diz: “Todo mundo tem o direito a ter prazer em comer” (DERAM, 2014, p. 29) e nos lembra que o prazer em comer não está relacionado a pratos elaborados ou alimentos ricos em calorias ou gorduras, mas sim no fato de poder desfrutar do momento da alimentação, sem medo dele, porém a prevalente dicotomia entre bom e ruim no âmbito alimentar se estabeleceu, em nossos tempos, como sinônimo de saudável e patogênico, levando as pessoas a fazerem escolhas de acordo com a qualidade nutricional dos alimentos e não conforme o que gostam ou têm hábito de comer. Ou seja, não há a inclusão do sujeito, como quem escolhe, em seu próprio ato de comer: come-se aquilo que se deve e quando não, há culpa e, muitas vezes, uma compulsão alimentar posterior (DERAM, 2014).

Lançado em 2013, o livro *Nutricionismo: A ciência e a política do aconselhamento nutricional*, de Gyorgy Scrinis, traz em seu título aquilo que será discutido em todo o volume: a redução da nutrição ao seu aspecto biológico, sendo o nutricionismo termo utilizado para se referir à união dos termos nutrição e reducionismo. Esta obra mostra muito bem como a relação da nutrição com suas diretrizes e estudos, por muitas vezes, acaba por se contradizer, quanto à classificação dos alimentos como bons ou ruins, vilões ou mocinhos: quando uma nova pesquisa é publicada ou quando há um novo investimento da indústria alimentícia em algum produto ou alimento, os papéis podem se inverter, como no clássico caso do ovo, que por muitos anos foi apontado como um alimento perigoso à dieta por sua capacidade de elevar o colesterol “ruim” e hoje é considerado um ótimo alimento.

Scrinis (2013) nos traz questões importantes e nos abre os olhos para a redução que está envolvida no campo da nutrição. Redução esta que limita os alimentos aos seus nutrientes e os classifica em bons ou maus, como se a composição nutricional bastasse para determinar a função daquele alimento no corpo humano e como se a ingestão por si só fosse suficiente e independente de diversas outras variáveis. A análise do autor traz o questionamento dos benefícios dos nutrientes consumidos de maneira isolada, como em cápsulas, assim como a superficialidade da contagem calórica que iguala alimentos *in natura* e altamente processados apenas por conterem os mesmos “números”. Se este autor nos fala de uma exclusão da dieta e dos contextos social e ambiental ao considerar os nutrientes como elementos principais na conversa sobre nutrição, imediatamente pensamos na exclusão do sujeito de sua própria dieta e mais, de seu controle sobre o seu modo de comer e de lidar com seu corpo.

O sujeito psicanalítico e a nutrição

Ao descobrir o inconsciente, Freud nos apresenta a divisão do aparelho psíquico entre inconsciente e pré-consciente/consciente, divisão que se estenderá ao sujeito, sendo fundante e constitutiva deste. Tal teoria nos coloca diante do conflito a que todo sujeito está inscrito: a dualidade entre inconsciente e consciente. E, se tal descoberta é apresentada por Freud (1900/1996) por meio da *Interpretação dos sonhos*, podemos utilizá-la nos mais diversos cenários, inclusive apostamos que também naquele que se passa em uma consulta nutricional.

Se o corpo gordo se apresenta como uma resistência, um desafio ou, quem sabe, uma subversão ao corpo determinado pela nutrição e pelas áreas médicas como saudável, propomos, na esteira desta perspectiva, uma subversão do papel da nutrição para o sujeito, considerando, em primeiro lugar, que quem come e quem porta um corpo é um sujeito dividido e, portanto, alguém que não tem domínio consciente do que pensa ou diz; ou dito de outro modo, alguém que carrega consigo, ao mesmo tempo, enunciados e outras marcações simbólicas que mapeiam e contribuem para a determinação de seu modo de se alimentar e de se relacionar com seu corpo, mas também algo que escapa a esta determinação e insiste em reaparecer exatamente como subversão, fundamentalmente em ato (LACAN, 1960/1998). Instala-se aqui um questionamento ao conceito de saúde que considera apenas a determinação simbólica biológica, mas não outros marcadores simbólicos e muito menos a singularidade do sujeito em questão.

A consideração de que os nutrientes se sobrepõem aos alimentos como um todo é a mesma que coloca a saúde como maior do que as escolhas do sujeito. Consideramos que a função primeira da comida é garantir a sobrevivência do ser humano, atender às suas necessidades básicas, porém, ultrapassado este momento e com a disponibilidade de escolha diante dos alimentos, comer torna-se um momento de prazer, cercado de emoções e que envolve a relação, também, com outras pessoas (RODRIGUES, 2012), implicando também as dimensões da demanda e do desejo, este último como a sinalização de que o sujeito está atravessado de cabo à rabo pela experiência de que algo lhe falta.

O reconhecimento de uma falta no sujeito e de seu estatuto desejante se faz primordial à adoção do referencial psicanalítico à prática nutricional, assim como a compreensão de que o saber científico pode ser deixado de lado, mas não excluído, para que possa entrar em cena o que realmente importa: o sujeito, seu desejo e a busca de significá-lo. Para isso será necessário ouvir aquilo que escapa, que foge às regras e ultrapassa as medidas. Elisabeth Roudinesco (2000) nos lembra que o surgimento das medicações psicotrópicas substituiu as internações manicomiais e tratamentos de choques, algo que, à primeira vista, nos pareceria excelente, porém tais medicações funcionaram também para “normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar significação” (ROUDINESCO, 2000, p. 21). A observação da autora cabe como complemento ao questionamento maior deste artigo, pois nos parece que, assim como as medicações psicotrópicas, as dietas e métodos de tratamentos para o corpo considerado gordo também se colocam como uma maneira de “cura” sem uma busca pela significação singular daquele corpo para aquele sujeito.

Ao se restringir à medicação como mecanismo de cura para um sofrimento, o sujeito se depara cada vez mais com a decepção no tratamento, pois a medicação, ao contrário do que se propõe, não leva à “normalização”, mas sim a uma suspensão do sintoma (ROUDINESCO, 2000), e do mesmo modo atuam as dietas. Do ponto de vista psicanalítico, desde Freud, ao contrário, o sintoma é um modo de expressão do sujeito, de suas fantasias e de seu desejo, ele tem valor e importância na economia psíquica, de modo que agir somente por sua remissão é agir para silenciar, para calar o que ali insiste em se manifestar por falta de escuta ou reconhecimento consciente (FREUD, 1916-17 [1915-17]/1996). Do mesmo modo como no uso da medicação para suspender sintomas, enquanto colocadas em prática, as mudanças alimentares geram mudanças corporais, porém ao serem inutilizadas, deixam de fazer efeito, de modo que é preciso uma

manutenção constante do tratamento. O resultado obtido – o emagrecimento – não impede, para muitos, que se continue a procura por mais músculos, menos gordura, menos peso, menos medidas...percebe-se com clareza uma insatisfação para a qual, antes, o sujeito, inconscientemente, havia erguido o sintoma – por exemplo, a dita obesidade.

Observando as repetições, insatisfações e ouvindo os pacientes ao longo dos anos, há de se notar que algo mais se coloca entre o corpo e aquilo que é escolhido para alimentá-lo; é perceptível que as queixas sobre o corpo e as decisões alimentares ultrapassam uma mera questão de escolha consciente, elas encobrem um mais além, como se o corpo e o comer fossem máscaras para questões outras, para outra cena. Por que não apostar nisso que nos salta aos olhos, a partir de nossa experiência nos atendimentos nutricionais, como caminho? Por que não considerar aquilo que escutamos nessas consultas? Assim, a psicanálise se torna a via principal neste caminho que percorremos à procura, não de uma resposta, mas de um olhar além reorganizado por uma escuta.

O fundador da psicanálise, Sigmund Freud, abandonou seu método primeiro (a catarse) e convidou seus doentes a falarem à vontade, mesmo daquilo que não fosse considerado importante, e percebeu que através das lacunas na memória de quem fala, de seus lapsos, de suas associações de ideias, de suas atuações, se expressa um desejo inconsciente – observações de onde serão moldados os conceitos de associação livre, recalque e resistência, fundamentais à clínica psicanalítica a partir de então (FREUD, 1904 [1905]/2019).

Freud utiliza como dispositivo a interpretação daquilo que o paciente traz, mas também o que aparece de não planejado na fala e seus equívocos, para assim “tornar o inconsciente acessível ao consciente, o que ocorre por meio da superação das resistências” (FREUD, 1904 [1905]/2019, p. 56), o que pode levar não necessariamente a uma cura, mas a um modo de lidar melhor com o sintoma. Reposicionar o sujeito na sua relação com o sintoma nos parece um caminho importante àqueles que lidam com o comer e com o corpo de maneira transtornada. Se “[...] a psicanálise não vai colocar a questão do sujeito da verdade mas a questão da verdade do sujeito” (GARCIA-ROZA, 2002, p. 23), a adoção do olhar psicanalítico pela clínica nutricional irá subverter aquilo que é considerado pelas ciências biomédicas: a verdade como aquilo que coincide com a realidade. Dito isto, a inserção da psicanálise numa prática distinta da sua pode ser um modo de abrandamento dos ideais nutricionais, podendo o nutricionista considerar que aquilo que ele escuta permeia uma realidade psíquica e remete a um sintoma do sujeito, não sendo necessária

uma solução mágica ou imediata, mas sim a construção de um caminho possível e singular para aquele que procura por cuidados.

Diante da leitura e estudo dos manuais de nutrição e medicina, notamos que cada vez mais o sujeito é excluído da participação em seu tratamento, visto que a ele são impostas regras para que seu corpo se “normalize”, como se o excesso de peso que se impõe ao pedaço de carne que recobre os órgãos fosse algo de doentio. Ao lermos as diretrizes e manuais percebemos que suas normas surgem de estudos práticos e observacionais, como se retirando algumas calorias o corpo reagisse de uma maneira ou sob determinado corte o corpo passasse a funcionar de outra, enquanto sob o uso de tal medicação fosse possível chegar a um resultado que não foi possível com outro.

Na lógica biomédica-nutricional, o corpo torna-se um depósito de olhares que passam a estudar qual a melhor forma de fazer com que ele funcione. Como se, assim como as máquinas, fosse possível um melhoramento, uma atualização e, essa dinâmica, faz com que quem porta esse corpo seja excluído do processo de decisão do que é melhor para si. A partir de tal observação chega-se a um modelo médio que é considerado o normal e que afirma o modo como todos os corpos devem se comportar, transformando o diferente, o que foge ao estabelecido, em patológico.

Assim, a escuta - o recurso fundamental do psicanalista, em contraposição ao olhar médico -, se torna um conceito fundamental, este que é um termo comum e corriqueiro, tem seu significado diferenciado quando atrelado à psicanálise, pois Freud transforma a escuta em técnica diante de um dizer sem amarras, de modo que, neste método, o paciente é convidado a dizer tudo aquilo que lhe passa na cabeça, sem receio ou vergonha das passagens constrangedoras ou fantasiosas. Ao analista cabe escutar de forma a não determinar *a priori* o que importa e o que não importa no discurso do paciente, deixando que aos seus ouvidos saltem os trechos que pontuem algo de relevante daquilo que é dito pelo sujeito, que se manifesta como quem fala (LACAN, 1953/1998). O analista, de certa forma, deve sempre estar disposto à surpresa diante do sujeito.

Para tal é preciso o reconhecimento primeiro de que aquele com quem lidamos e ouvimos não se refere a um indivíduo ou a uma pessoa, mas a um sujeito, marcado pela pressão pulsional por satisfação. O conceito de pulsão torna-se valioso à nutrição quando compreendemos que, enquanto sujeitos faltantes, estamos à procura de uma satisfação e, para isso, nos fixamos ou elegemos alguns objetos como aqueles que seriam capazes de

suprir aquilo que acreditamos que desejamos, de modo que é possível notar que a comida pode ser tomada não só como objeto da necessidade, mas também objeto da pulsão.

Será em 1905/1996, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, que Freud irá introduzir o conceito de pulsão, que será indispensável para entendermos as questões relativas ao corpo e ao comer. Ao longo de seus ensaios, Freud discute como a sexualidade não é algo que tem como fim apenas a reprodução, e utilizará o termo libido para expressar a energia erótica despendida pela pulsão na busca de satisfação com os objetos a que se vincula, incluindo aí a comida. O comer e o corpo, tomados como sintoma ou não, são tratados pelo sujeito – diferente do cientista - como um além da fisiologia e da biologia, como meios de o sujeito desejante buscar seu prazer ou sua satisfação. Freud nos fala de um corpo erotizado, composto por zonas erógenas que recebem excitações sexuais que não se limita aos órgãos e suas funções. O autor nos diz que qualquer parte do corpo pode ser tornada uma zona erógena e mostra como, em particular, a mucosa oral é erotizada desde a mais tenra infância, sendo possível tal afirmação por meio da observação de bebês que sugam o seio não apenas a procura de leite, mas também de prazer. Freud relata o momento em que o bebê suga o seio com deleite, procurando repetir a satisfação antes obtida e não a necessidade de alimentar-se, supondo que as crianças que o fazem tiveram a zona labial erogenamente reforçada e que quando adultos buscarão esta satisfação por meio desta mesma zona erógena. O sugar é, deste modo, um ato sexual, ato que erogeniza a boca, ato que se estenderá pela vida adulta; e assim a busca por satisfação por meio da oralidade poderá ser vivida de muitas maneiras: falar, fumar, vomitar, comer...

Roizman (2021) se utiliza do seguinte trecho da música *Comida*, dos Titãs, para contrapor o caráter instintivo e pulsional do comer: “bebida é água, comida é pasto [...] a gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte”. Este autor nos diz que o instintivo, o capaz de suprir a fome e a sede, é comer pasto e beber água, mas o ser humano, atravessado pelo pulsional, quer além: quer diversão, arte, balé, amor... Assim, percebemos como o alimentar-se se dissocia do comer, pois o alimento seria aquilo que supre a necessidade, enquanto a comida seria da ordem do pulsional o que implica um sujeito.

A pulsão, nos diz Freud (1915/2013), é o conceito limiar entre psíquico e somático, o que quer dizer que a pulsão é um conceito que tenta dar conta da resposta psíquica, representacional, à excitação do corpo. A pulsão possui sua fonte no corpo, no

interior dele, e seu objeto é o mais variável possível, é por meio dele que a pulsão irá tentar encontrar sua satisfação, porém esta é sempre parcial, o que faz com que seja variável. A pulsão almeja obter satisfação da pulsão através do objeto derivado do processo psíquico de representação, mas a satisfação não é plena e, sim, parcial, por isso, passa-se a desejar outro. Assim, seu fator motor, sua pressão, é constante, sempre em busca de satisfação, porém como não há objeto específico da pulsão – diferente do instinto –, e, por isso, a pulsão se fixa naquele que se oferece a ela como capaz de satisfazê-la (ELIA, 1995).

Isto quer dizer que quando, em determinado momento preliminar, uma zona erógena tenha sido privilegiada como ponto de obtenção de prazer, poderá ocorrer fixação nesta, que passará a servir de bússola pela busca por satisfação. Deste modo, a maneira como experimentamos a pulsão e os objetos aos quais ela irá se ligar, como experimentamos o corpo e o subjetivamos, tem trilhamentos históricos. Assim nos tornamos reféns desta história, e isso vai para além da visão organicista defendida pela biologia e pela medicina. A escuta psicanalítica se estabelece como possibilidade de reconhecimento dos mapeamentos pulsionais que riscam o corpo, o modelam e lhe dão a dignidade de singularidade por onde o sujeito se expressa. E isso vale também para o modo como se relaciona com o campo nutricional. A partir desta escuta, a comida é, no caso do paciente dito obeso, objeto que se tornou fixo na busca por satisfação. Tentando satisfazer sua pulsão oral, o sujeito come, em excesso muitas vezes, mas ainda não obtém a satisfação almejada, o que leva a consequências na forma e funcionamento do corpo.

O comer excessivo, que leva a um corpo excessivo, pode surgir como uma manifestação desta busca infinita por satisfação, como se em algum pedaço a comida fosse tamponar um furo que é – tendo em vista a pressão constante da pulsão e a satisfação parcial com objetos parciais – também infinito. Mas o sujeito se expressa nesse circuito pulsional, algo ele diz. Come-se para calar, para ter prazer, come-se muito além do nutrir. De forma que nos perguntamos: O que a gordura quer dizer? Ou melhor dizendo: o que o sujeito que porta um corpo excessivo quer falar? Falar pode ser um caminho interessante para pensarmos o corpo e o comer – e, para isso, é preciso alguém para escutar.

Escuta do paciente nutricional

Serão as mulheres vienenses, as histéricas tratadas por Freud, as responsáveis pela “construção de uma clínica da escuta: uma clínica da interioridade e não mais da

exterioridade” (ROUDINESCO, 2016, p. 81). Freud irá atribuir a Breuer o “tratamento por meio da fala”, embora reconheça que o tenha remodelado e, ao longo dos anos e de seus estudos, aprimorado seu método, como o sentar-se atrás da paciente para que se possa priorizar a escuta ao olhar.

Em 1912b/2019, Freud irá publicar o artigo *Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico*, no qual expõe, a partir de sua experiência, quais seriam as regras técnicas de aplicação do tratamento psicanalítico. Neste texto, ele recomenda que diante do paciente, o médico entregue sua memória inconsciente ao que é trazido e reforça que não é necessário um esforço para se lembrar ou mesmo anotar o que é dito, mas que o que importa terá seu valor percebido *a posteriori*. A expectativa sobre o paciente poderia levar a uma sugestão no tratamento, enquanto o sujeito deve ser ativo neste para que opere psicanaliticamente. Embora organize as regras e detalhe o método de atendimento, Freud diz que todas elas se unem em uma mesma indicação: o uso da atenção equiflutuante. Esta será a regra psicanalítica fundamental, por parte do psicanalista, como contrapartida à regra fundamental do paciente (a associação livre), cujo funcionamento Freud irá traduzir da simples maneira: “ouça o que lhe dizem e não se preocupe se vai se lembrar de algo ou não” (FREUD, 1912b/2019, p. 95).

Em “A questão da análise leiga”, Freud (1926/2019) nos apresenta como os pacientes procuram médicos por conta de seus mais variados sintomas e recebem orientações, medicamentos e opiniões sobre mudanças do seu modo de vida como forma de cura, mas o que obtêm são alívios passageiros. Com isso, o que ele propõe em um atendimento analítico é que o paciente fale, se escute e desta maneira procure a sua cura – portanto, que, a partir do momento em que se escuta, que ele seja ativo em seu tratamento. Desta maneira, a clínica da escuta rompe com o movimento médico tradicional em que o paciente é apenas aquele que porta uma doença e executa apenas um papel secundário em seu tratamento, sendo o médico quem determina como este deve prosseguir. Ao permitir que o paciente fale e ao escutá-lo, este paciente se torna sujeito, se torna atuante ao dizer de si. Para Perez e Sirelli (2015, p. 117) “A escuta psicanalítica surge como lugar de oposição e resistência à tentativa de calar o sujeito”, visto que retira o saber visível e palpável da medicina e introduz uma escuta como modo de colocar o sujeito para se haver com aquilo que lhe causa, em vez de simplesmente livrá-lo do seu mal-estar com medicações. É importante reiterar que o sujeito faz sintomas com aquilo que não sabe como manejar e a medicação não desfaz o sintoma, apenas o cala.

Na nutrição, podemos pensar um modo de funcionamento semelhante: o sujeito faz sintoma com seu corpo e com seu modo de comer e, ao procurar ajuda, recebe normas a serem seguidas para moldar esses. Seriam as dietas uma forma de medicalizar (e assim calar) o sujeito?

Na contramão de tal visão, a escuta psicanalítica se coloca como um meio de inserção do sujeito no tratamento nutricional, que, de maneira geral, não autoriza sua entrada. Para a nutrição aquele que se coloca diante do profissional de saúde é o indivíduo e não o sujeito. Então, ao escutar, em uma consulta nutricional, o que se propõe é que coloquemos o sujeito em cena e percebamos mais do que apenas o superficial que seria trazido se somente escutássemos suas respostas às nossas perguntas pré-formuladas. Apresenta-se uma escuta do sujeito fora dessa realidade de vigilância, combate e exclusão da gordura para fora de seu próprio corpo. Aquilo considerado estranho pela medicina é o que constitui o sujeito e seu desejo inconsciente e por constituí-lo também deve ser ouvido como tal, assim como faz a psicanálise (FREUD, 1919/1996). O que se ouve em uma psicanálise é aquilo que, ao articular um discurso, surge como fala de um sujeito, independente se há relação com a realidade material e sem a predeterminação de um assunto específico.

A distinção entre realidade psíquica e realidade material é algo não recorrente em outras áreas que não a psicanálise. De maneira geral, aquilo que é trazido no discurso e que não coincide com a realidade material é tido como algo de teor equivocado ou mentiroso, enquanto para a escuta psicanalítica, será esta fantasia (a realidade psíquica) que trará notícias do inconsciente e do sujeito (FREUD, 1897/1996). Esta astúcia freudiana vai de encontro ao ideal médico que considera apenas o fisiológico, o palpável, o fato, a realidade material. Levando em consideração que a realidade psíquica também ocupa um papel de importância no discurso do sujeito, o modo de escutar posto em prática seria aquele que retiraria a preocupação exclusiva com o dizer sobre o organismo e sua função corporal e colocaria em questão o que se diz sobre o corpo e o comer, ainda que, para isso, o sujeito traga recortes de situações que, a princípio, não se relacionariam a estes, ao menos diretamente.

Buscando novamente trazer a visão psicanalítica ao atendimento nutricional, podemos pensar que ao permitir que o sujeito fale de maneira livre, suas resistências ao desejo inconsciente e repetições da expressão dele aparecerão e, ao trabalhá-las falando, o paciente poderá colocar em palavras sua relação com o corpo e o comer, poderá permitir

que o comer vire discurso e, assim, será capaz de utilizar a boca para outro fim que não o comer apenas, mas também para falar. Como nos lembra Freud (1914/2019), não será apenas a lembrança e o conhecimento acerca de suas resistências que irá levar o paciente à cura, é fundamental que haja uma elaboração daquilo que antes era desconhecido ao sujeito e tal elaboração, ainda que longa, também ocorrerá por meio do falar.

Por meio do estudo do *Complexo do desmame* (1938/2003), Jacques Lacan irá retomar o erotismo oral abordado por Freud a que já fizemos menção aqui. Ao tratar do desmame como algo cultural, diferenciando os homens dos animais, pois tal ato marca no psiquismo uma busca por satisfação que não é relacionada ao biológico, visto que ele justamente rompe com uma relação biológica. Marcas essas que podem ter efeitos traumatizantes por algumas vezes, como nos casos de “anorexias nervosas, as toxicomanias pela boca, as neuroses gástricas” (LACAN, 1938/2003, p.37). Lacan nos diz que esta será a primeira vez que “uma tensão vital resolve-se numa intenção mental” (*Ibidem*). Seguindo a análise de tal complexo, o autor nos relata os pontos no desenvolvimento humano relacionados ao ato de mamar, ou seja, o fato de não ter dentes e não andar sozinha faz com que a criança seja dependente de um outro que a alimente e realize outras atividades básicas. Contudo, ao adquirir as capacidades de mastigar e se alimentar sozinha, a criança pode deixar de mamar. De uma mesma maneira, podemos fazer a relação entre falar e deixar de comer – usar a boca com a finalidade de falar, de expressar uma falta, uma abertura de si, em vez de deixá-la completa por comida, com o intuito de calar-se. Assim, utilizaremos essa analogia para pensar a inclusão de uma escuta na consulta nutricional. O paciente tomado como sujeito de seu tratamento e o profissional atento ao que esse diz poderão juntos ouvir aquilo que aparece relacionado ao comer e ao corpo durante o atendimento e colocar o dito em processo de elaboração para que, assim como o desmame, o corpo e o comer também possam ser dissociados de seu lado puramente biológico e fechado e, ao contrário, se abrirem para a produção de sentido sobre si, bem como para a expressão do desejo. A subversão freudiana será reconhecer um sujeito onde a ciência supunha um objeto (LACAN, 1960/1998). É na falha do dizer consciente que irá surgir o sujeito por meio das formações do inconsciente (atos falhos, chistes, sintomas, sonhos e lembranças encobridoras), assim, notamos que há sujeito, mas o modo de ter acesso a ele é colocando-o justamente na posição de sujeito, trabalho a que se propõe a psicanálise (PEREIRA, 2021).

Lacan dirá que a psicanálise dispõe de um único meio de trabalho: a fala do paciente (1953/1998, p. 248). Será desta fala livre e direcionada que o inconsciente irá aparecer e, com isto, fará o sujeito dividido surgir também, mas não de qualquer fala e sim daquela que aparece por meio da associação livre e da claudicação do dizer consciente. Ao que de forma simples poderá ser dito: é sujeito – no sentido psicanalítico – quem diz para além do discurso consciente e, se nos propomos a escutar além, será o sujeito que ouviremos.

Trazendo a questão discutida, mais uma vez, para o âmbito do atendimento nutricional, podemos ver que é comum que os pacientes tragam relatos que podem ser lidos como fruto de sua realidade psíquica, visto que, muitas vezes, entram em contradição com a realidade material, mesmo que de maneira inconsciente. Desta forma, faz-se importante escutar como o sujeito traz o que vivencia de forma a obter notícias de seu inconsciente. Podemos pensar, como exemplo, o caso de pacientes gordos ou classificados como obesos que, ao procurarem auxílio nutricional, dizem: “Não como muito, não sei porque continuo a ganhar peso”, como uma queixa. De modo que não é raro que os profissionais desconfiem que tal paciente esteja mentindo sobre sua rotina alimentar e que, na realidade, o paciente de fato coma em grandes quantidades. Em tal exemplo, assim como em diversos outros momentos que a clínica nos traz, o julgamento acerca do que o paciente nos diz é o caminho mais fácil a ser trilhado, ou seja, tomar como base pura e simplesmente aquilo que foi dito de forma consciente por aquele que nos procura. No entanto, ao admitir a possibilidade da inserção da escuta psicanalítica neste cenário, torna-se importante ouvir mais e tentar trazer a questão inconsciente que ronda aquele dito, tornando fundamental o questionamento sobre o porquê o paciente diz o que diz. Pois, mesmo que haja a possibilidade de o paciente estar “mentindo”, devemos nos questionar que se ele o faz, por que o faz? De que maneira o mentir entra no discurso daquele que o diz? Será que o paciente, ao falar com o nutricionista, percebe que aquilo que fala não corresponde à realidade, ou será que o que ele diz faz parte de sua fantasia? Entender o que há por detrás do dito nos leva a uma pesquisa sobre o sujeito do inconsciente que nos procura.

Embora só se possa pensar em acesso ao inconsciente por meio da experiência psicanalítica, ao propormos trazer tal experiência para um atendimento nutricional, abrimos a possibilidade de escuta do inconsciente e, mais, a instituição de um saber por parte daquele que fala e não apenas do nutricionista. Propõe-se que o profissional saia do

lugar de mestre e permita que o sujeito do inconsciente emerja e traga para a cena do atendimento algum saber sobre aquilo que ele se queixa, se apropriando deste.

Esse discurso fantasioso ou, da maneira mais corriqueira que ouvimos, a mentira, trata-se de uma criação do sujeito, de um modo possível de dizer da realidade psíquica: o que importa na escuta analítica. Ao não dizer uma verdade, diz-se outra, mesmo que por meio de uma mentira, invenção ou fantasia. Tal verdade encoberta revela algo do sujeito, algo este que não pode ser dito de outra maneira naquele momento. Para dar conta desta estranha situação, Freud se valeu do conceito de transferência (FREUD, 1912a/2019): ele nos dirá que todas as pessoas desenvolvem um modo de conduzir suas vidas amorosas e este servirá de trilho, sendo reeditado por algumas vezes, para as relações que ocorrerão durante a vida do sujeito; os investimentos libidinais dispendidos nessas relações serão divididos entre a realidade, sendo conscientes, enquanto os outros serão inconscientes, porém ambos terão influência sobre as escolhas amorosas, modos de satisfação da pulsão e metas aspiradas. Desta forma, um investimento libidinal insatisfeito pode voltar-se para a figura do médico, ao que Freud (1912a/2019) constatará que a transferência é uma forte resistência contra o tratamento e, ao mesmo tempo, um modo de ter notícias sobre as fantasias do sujeito.

Freud ressalta que o uso da transferência como resistência não é algo exclusivo à psicanálise, mas as outras áreas não a reconhecem. Desta forma, podemos notar que quando um paciente, em um consultório nutricional, traz em seu discurso uma fantasia ou inverdade, esta pode ser lida como uma resistência - e a resistência faz-se importante no tratamento ao passo que demonstra algo difícil de ser dito ou trazido à tona por aquele que nos fala, diz de uma defesa e, portanto, mais uma vez reforçamos, é preciso ouvir o paciente, o que essa resistência traz encoberta e do que o sujeito pretende defender-se. Quase ao fim de sua obra, Freud explica, em *Construções na análise* (1937/2019), como o “sim” e o “não” do paciente não devem ser tomados *a priori* como uma resposta final, mas que apenas ao longo do tratamento pode-se extrair um valor desses ditos. Apenas é possível se relacionar com o discurso do paciente – e aqui podemos incluir a mentira ou a verdade – a partir das intervenções feitas durante o tratamento, pois ao colocar o sujeito para falar, nos deparamos com seu repertório psíquico e como ele poderá lidar com os ditos que saem de sua boca.

Considerações finais

A inclusão daquilo que a psicanálise defende não precisa excluir o trabalho do nutricionista, senão deixaríamos de lado a função deste profissional e colocaríamos o psicanalista em seu lugar, mas é necessário que cada questão posta ao paciente suporte uma resposta que flutue por outros lugares e que o saber que o sujeito tem sobre si seja mais valioso do que aquele publicado em diretrizes; é preciso compreender que existirão respostas que ultrapassarão as perguntas e elas também dirão sobre aquele que se porta diante do profissional. Se os artigos e diretrizes são pautados em estudos longos e abarcam um grande número de pessoas para que possa ser determinado qual a melhor solução geral para determinadas populações, a psicanálise irá trabalhar no caso a caso. Assim, diante daquele um que se coloca perante o nutricionista, é preciso que haja uma reinvenção das regras, dentro do possível, é preciso que as diretrizes caibam no paciente e não o contrário. É preciso que consideremos que aquele que come muito possui questões além do ato de alimentar-se e que, antes que calculemos “Uma dieta planejada individualmente para criar um déficit de 500 a 1.000 kcal deve ser parte integrante de programas de perda de peso objetivando uma diminuição de 0,5 a 1 kg por semana, com metas realistas” (ABESO, 2016, p. 76), é necessário que o sujeito lide com essas questões e as elabore, senão o plano alimentar calculado precisamente com o déficit calórico preconizado terá como função tornar-se mais um engodo que o paciente carregará consigo.

O encontro da nutrição com a psicanálise exige um desencontro desta primeira com aquilo que há de fechado em sua estrutura para que haja espaço tanto para o que ela se propõe quanto para o desejo do sujeito, para tanto, como ponto inicial, é preciso que a posição de saber do nutricionista caia, não para deixar de existir, mas para que seu saber fique em segundo plano e o saber principal seja o que só o sujeito sabe sobre como subjetiva sua relação com o comer. Saber este, portanto, que deve ser encontrado na fala do sujeito e não nos manuais de nutrição. Proposição difícil a que aqui fazemos, pois reconhecemos que a formação do nutricionista se baseia em diversos estudos: da formação do corpo humano às patologias que o atingem e a melhor nutrição para cada uma dessas etapas. Não se trata de invalidar tudo aquilo que construiu e constituiu sua bagagem enquanto profissional, mas que, diante do sujeito, aconteça um desaprender momentâneo para que se possa ouvir o que vem sem julgamentos.

Isso não significa concordar com o consumo de ultraprocessados, permitir frituras diárias ao paciente com dislipidemia, ou o excesso de doces por aqueles que têm

alterações em sua glicemia, tampouco trata-se de “romantizar a obesidade”, mas sim de compreender que há um além do corpo objetivo, que jamais nos procura, pois quem nos procura é sempre este além: o sujeito. Aliás, seu ato de procurar um profissional que o auxilie em sua lida com seu sofrimento alimentar já é um passo em direção a um desejo de mudança.

Nos questionamos: e nos casos de maior urgência, como o de pacientes que se negam a comer ou apresentam alguma doença de grande porte que uma alimentação inadequada pode agravar seriamente sua saúde? A escuta também se coloca como fator primordial ao tratamento, mas, nestes casos, o primeiro passo é assegurar que o paciente coma ou retire da sua rotina os alimentos prejudiciais (nos casos de doenças como a renal crônica e pancreatite, por exemplo), mas sem deixar de considerar também as questões subjetivas de tais processos.

A maior dificuldade de articulação entre os saberes aqui discutidos pode ser encontrada nestes casos em que há maior gravidade do quadro do paciente, pois há necessidade de intervenções mais abruptas, como a retirada de alguns alimentos da dieta ou até a passagem de sondas como via alternativa de alimentação, situações em que o desejo do paciente é deixado de lado em prol da manutenção de sua vida. Mas, ainda assim, defendemos a escuta do paciente, visto que a passagem de uma sonda, por exemplo, pode solucionar o problema da desnutrição, mas abrir outras questões que o levaram àquele quadro e, das quais, não pôde se defender. Basta – como finalidade de nosso artigo - que haja o reconhecimento de que há um sujeito diante do profissional que, a partir disto, já haverá, instantaneamente, uma visão diferenciada sobre este, pois ele estará implicado em seu tratamento.

“Mas para que todo este interesse pela escuta psicanalítica?”, pode ser a pergunta imediata diante deste trabalho, ao menos por parte de um nutricionista. ‘Para que mudar a conduta do nutricionista que há muito vem se aperfeiçoando para melhor atender seu paciente?’. Realmente a proposta aqui não passa por uma estratégia que garanta um emagrecimento mais rápido ou então que permita ao paciente comer tudo o que ele quiser e mesmo assim perder peso ou se livrar de sua patologia. Como trazido a todo momento, trata-se de considerar que as dificuldades alimentares passam, muitas vezes, por questões outras e, por isso, torna-se fundamental ouvi-las, já que o tratamento nutricional será apenas parte do processo e, sendo assim, não será eficaz nem mesmo em seus objetivos mais básicos. É como se a prescrição de uma dieta ou a oferta de orientações nutricionais

funcionassem como a retirada superficial do problema, enquanto o que foi causador deste permanece enraizado.

Se o corpo para a psicanálise é aquele afetado pela pulsão, que nos atentemos a ele, nos façamos valer daquilo que a psicanálise entende como cura. Talvez a objetivação da cura, enquanto recuperação da saúde ou melhoria do corpo, seja aquilo que impede o andamento do tratamento nutricional e, se mudarmos o ângulo do olhar e da escuta, se sustentarmos aquilo que o sujeito nos traz como demanda sem que ofereçamos uma solução rápida e prática (e decerto ineficaz no que se refere à manutenção), talvez possamos ouvir além e, junto ao paciente, pensarmos também em um caminho além.

Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 4ª. ed. São Paulo: ABESO, 2016.
- DERAN, S. (2014) **O peso das dietas**: emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas! São Paulo: Sensus.
- ELIA, L. **Corpo e sexualidade em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Uapê, 1995
- FOUCAULT, M. (1962) **O nascimento da clínica**, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2001.
- FOUCAULT, M. (1975) **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**, Petrópolis, Vozes, 2013.
- FREUD, S. (1897) Carta 67. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. I, Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- FREUD, S. (1900) A interpretação dos sonhos. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vols. IV e V., Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- FREUD, S. (1904 [1905]) O método psicanalítico freudiano. In: _____. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- FREUD, S. (1905) Tratamento anímico (ou psíquico). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud**. Volume VII Um Caso de

- Histeria, Três Ensaio sobre Sexualidade e outros trabalhos (1901~1905). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, S. (1912a) Sobre a dinâmica da transferência. In: _____. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- FREUD, S. (1912b) Recomendações aos médicos para o tratamento psicanalítico. In: _____. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- FREUD, S. (1914) Lembrar, repetir e perlaborar. In: _____. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- FREUD, S. (1915) **As pulsões e seus destinos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.
- FREUD, S. (1916-17 [1915-17]) Conferências introdutórias sobre psicanálise – “Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas”, In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. XVI, Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- FREUD, S. (1919) “O estranho”, in: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. XVII, Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- FREUD, S. (1926) A questão da análise leiga. Conversas com uma pessoa imparcial. In: _____. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- FREUD, S. (1937) Construções na análise. In: _____. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- GARCIA-ROZA, L. (2002) **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed..
- GIORDANI, R.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. O cuidado com o corpo e a obrigatoriedade da saúde: sobre *hexis* e poder na modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4361-8, 2020.
- LACAN, J. (1938) Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- LACAN, J. (1953) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos** (1966), Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1960) Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: _____. **Escritos** (1966), Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.
- PEREIRA, M. **Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo no Inconsciente freudiano**. Youtube, 20 maio 2021.

- PEREIRA, O.; ALMEIDA, T. Saúde e poder: um estudo sobre discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 91-8, 2005.
- PEREZ, M.; SIRELLI, N. A medicalização do mal-estar: a escuta psicanalítica como modo de resistência. **Psicanálise & Barroco em revista**, v.13, n.2, p. 117-136, dez. 2015.
- RODRIGUES, H. Alimentação como fonte de sociabilidade e de hospitalidade. **SINAIS – Revista de Ciências sociais**, Vitória, v. 1, n. 12, p. 85-100, 2012.
- ROIZMAN, D. (2021) **A obesidade “não toda” ou quando a gordura fala**. São Paulo: Escuta.
- ROUDINESCO, E. (2000) **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar.
- ROUDINESCO, E. (2016) **Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo**. Rio de Janeiro: Zahar.
- SCRINIS, G. (2021) **Nutricionismo: a ciência e a política do aconselhamento nutricional**. São Paulo: Elefante.

ABSTRACT

This article discusses the nutritional treatment given mainly to people seen and diagnosed as fat or obese. Thus, this research starts from the notion that the body is necessarily a subjectiv experience and is not limited to the organic, physiological and palpable. Thus, based on the psychoanalytic, privileging the concepts of subject and listening we tried to outline another possible way of looking at the body that appears to be excessive. Considering that the person who enters a nutritional treatment is a subject in the psychoanalytic sense of the term, therefore a divided subject with a lack that cannot be satisfied, became fundamental for the inclusion of the other concepts used and for the possibility of thinking about a different way of providing nutritional care.

Keywords: Eating. Psychoanalysis. Nutrition. Obesity.

RESUMEN

Este artículo analiza el tratamiento nutricional atribuido principalmente a personas consideradas y disgnosticadas como gordas u obesas. Así, esta investigación se basa en la noción de que el cuerpo es necesariamente una experiencia subjetiva y no se limita a lo orgánico, fisiológico y palpable. Así, a partir de conceptos psicoanalíticos, privilegiando el concepto de sujeto y de escucha psicoanalítica, buscamos trazar outro camino posible para la mirada del cuerpo que aparece excesivo. Considerar que se trata de un sujeto dividido y portador de una carencia imposible de satisfacer, se volvió fundamental para la inclusión de los demás conceptos utilizados y para la posibilidad de piensa en una forma diferente de cuidado nutricional.

Palabras clave: Cuerpo. Comer. Psicoanálisis. Nutrición.

RÉSUMÉ

Cet article traite du traitement nutritionnel principalement attribué aux personnes vues et diagnostiquées comme grosses ou obèses. Ainsi, cette recherche repose sur l'idée que le corps est nécessairement une expérience subjective et ne se limite pas à l'organique, au physiologique et au palpable. Ainsi, à partir de concepts psychanalytiques, privilégiant la notion de sujet et d'écoute psychanalytique, nous cherchons à esquisser une autre voie possible pour un regard sur le corps qui apparaît excessif. Considérant qu'il s'agit d'un sujet qui entre dans un traitement nutritionnel, au sens psychanalytique du terme, donc un sujet divisé et porteur d'un manque impossible à satisfaire, est devenu fondamental pour l'inclusion des autres concepts utilisés et pour la possibilité de pensez à une manière différente de prendre soin de votre alimentation.

Mots clés: Corps. Manger. Psychanalyse. Nutrition.

LUIZA RAFFIDE NOVAES ZYLBERSZTEJN

Nutricionista.

Mestre em Psicanálise e Políticas Públicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Associada ao Corpo Freudiano Escola de Psicanálise – Seção Barra Mansa.

luizaraffide@hotmail.com

Orcid: 0009-0006-5589-8067

PEDRO CATTAPAN

Psicanalista.

Membro do EBEP-RJ.

Professor associado da Universidade Federal Fluminense – UFF e do Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

pedrocattapan@id.uff.br

Orcid: 0000-0002-8334-2852

Citação:

ZYLBERSZTEJN, Luiza Raffide Novaes; CATTAPAN, Pedro. Além do comer: uma contribuição psicanalítica à nutrição. **Psicanálise & Barroco em Revista**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2024.

Submetido: 15.05.2024 / Aceito: 15.12.2024

* Artigo fruto da dissertação de mestrado “Além do comer: um olhar psicanalítico sobre algumas questões nutricionais”, defendida em 11/04/2024 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

COPYRIGHT

Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio para propósitos não-comerciais, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

