

Aspectos Psicológicos da Obesidade

Anamaria C. Afeche Cohen

O percurso da Psicologia nesta área tem como marco a publicação do livro *Eating Disorders* da psiquiatra Hilde Bruch na década de 70. Hilde Bruch trouxe a obesidade para o terreno das patologias alimentares.

Entende-se por obesidade o acúmulo exagerado de gordura no tecido subcutâneo, numa média de 20% acima do peso normal de acordo com a idade e altura do indivíduo.

De acordo com Mancini (2001) embora a diferença entre a normalidade e a obesidade seja arbitrária, adota-se como medida o quanto a saúde física e psicológica são afetadas e a expectativa de vida é reduzida em função do aumento do peso. A literatura atual enfatiza as implicações fisiológicas, psicológicas e sociais relacionadas à obesidade.

Kahtalian (1992) declara que quando já estabelecida a obesidade, o paciente passa a viver em função das dificuldades que o excesso de peso lhe traz. É nesta ocasião que uma série de aspectos ligados à gordura passam a incomodar o obeso: desânimo, dificuldades de executar o ato sexual, limitações de se expor em atividades de praia, esportivas ou sociais, sensação de vergonha, inferioridade, dificuldades de comunicação, etc. O excesso de peso constitui-se num aleijão, em muleta que tem de carregar o resto da vida. Serve o excesso de peso no corpo à função de localizar toda a angústia e toda a sorte de dificuldades existenciais. A localização (somatização), no entanto, para muitos, traz tranquilidade e paz. Não precisam pensar em dificuldades emocionais, e sim, em controlar o peso.

Auto-regulação da alimentação:

A fome é entendida como o desejo de comer, despertado por sensações fisiológicas; já o apetite tem sido descrito como o desejo de comer, que envolve a lembrança da sensação agradável de se estar satisfeito. Ele é despertado, por exemplo, pela aparência do alimento, seu cheiro, seu sabor e é a maior força psíquica na regulação da ingestão do alimento no homem.

Kahtalian (1992) acrescenta que a fome biológica é desagradável, dolorosa e só se encerra pela comida. Já o apetite procura o prazer, a satisfação libidinosa, não obedece às reservas calóricas. No primeiro, o corpo pede a comida, no segundo, a mente é quem pede.

Outro problema ligado à regulação da fome é a saciedade. De acordo com Anjos (1983) o obeso apresenta uma redução da sensibilidade para os sinais reguladores de "parada". Por que isto ocorre, não é perfeitamente esclarecido. Neste sentido, achar que o obeso come muito porque "não tem vergonha", não tem base científica.

Imagem Corporal:

Como pode ser observado, os estudos indicam que a fase de desenvolvimento no qual tem início a obesidade faz diferença: aqueles que eram magros e depois se tornaram gordos, tendem a manter uma imagem de seu corpo como magros; enquanto que aqueles que eram gordos desde a infância, têm dificuldade de se adaptar a uma nova imagem.

Estudos ligados à sexualidade e ao prazer indicam uma relação com a obesidade. A comida já é por si um prazer. Entretanto, ela pode se converter numa substituição do prazer sexual. Alguns autores (Belmonte, 1986; Cassius, 1990; Katz, 1990) explicam que este processo se inicia na infância, quando se misturam as sensações de fome, apetite e saciação com outras sensações, como as de conforto, prazer, etc.

Especificamente relacionado ao prazer sexual, a literatura nos indica que a ingestão excessiva de alimentos: 1) pode ter a ver com uma resposta contra nossas insatisfações sexuais; 2) pode ser uma forma de esconder nossos desejos sexuais; 3) pode servir de escudo para escaparmos ao sexo (Stuart & Jacobson, 1990).

Lowen (1979) interpreta a necessidade de comer em excesso da seguinte forma: Nem todo mundo sexualmente frustrado come exageradamente, porém o inverso é verdade, toda pessoa que come compulsivamente e em demasia, não se encontra sexualmente satisfeita. O indivíduo que está em contato com o seu corpo percebe suas verdadeiras necessidades e age racionalmente para satisfazê-las”.

Uma Psicoterapia de Grupo, baseada na Análise Transacional.

Estamos, no momento, envolvidos num grupo de atendimento a pacientes obesas, operadas (banda gástrica), com compulsão alimentar.

O método utilizado é a Análise Transacional.

O foco está sendo dirigido ao comportamento compulsivo das pacientes.

Inicialmente, encontramos muita resistência destas pacientes em relação à psicoterapia.

Não posso afirmar que esta resistência seja característica de todo paciente obeso. Contudo, aqueles que se submeteram a alguma forma de cirurgia de redução de estômago colocam a resolução da obesidade inteiramente nesta cirurgia, algo externo que vai solucionar o problema “sem que eu tenha que pensar no assunto e fazer algo a respeito”.

Esta resistência foi diminuindo, primeiramente, quando tomaram conhecimento da proposta de trabalho. Foi feito um contrato de terapia em grupo, com a duração de 3 meses. Depois disso, a continuidade do trabalho seria decidida pelos membros do grupo. Outro fator determinante foi a decisão de começar o

trabalho de grupo com a análise dos estados de ego, sem levantar questões da história passada dos pacientes.

Isto ofereceu uma compreensão da dinâmica da personalidade, da permissão interna para comer, da falta de limites da Criança e do conseqüente diálogo interno negativo após a ingestão da comida, com sentimentos de culpa; a tal ponto que uma das participantes do grupo verbalizou a seguinte frase: “Eu não posso, não quero e não vou comer com exagero”.

Outra questão abordada foi a dos passatempos, como uma das formas de estruturação do tempo, após ouvir as conversas que aconteciam na sala de espera do consultório.

O assunto que sempre se repetia era em relação à “banda” gástrica, se já havia sido ajustada, quantas vezes, vou ajustar até não entrar mais nada, etc.

O grupo foi orientado a falar de outros assuntos, pois tal repetição só reforçava a idéia da ‘banda”, como a única solução para o problema da compulsão alimentar.

Também foi feito um trabalho de conscientização de como o alimento estava servindo para anestesiar as emoções e não entrar em contato com certos sentimentos ou sensações proibidas.

Paralelamente, uma das pacientes, ao participar do curso básico de Análise Transacional (101), através de uma técnica de regressão, entrou em contato com um acontecimento de sua infância, revivido com muita dor.

Isto a mobilizou de tal forma, que relatou na sessão de grupo. Tal fato desencadeou uma nova dinâmica no grupo, com o relato de outra paciente de fatos de sua infância.

Uma terceira paciente, a que se mostrou mais resistente no começo da terapia, também começou a falar de suas angústias, demonstrando uma confiança maior no grupo e na terapia.

No presente estágio, estamos trabalhando o script, através desses relatos e de outros exercícios.

O que posso concluir é que houve uma evolução no grupo, uma diminuição significativa da resistência e aprofundamento das questões pessoais; maior consciência dos fatores psicológicos da obesidade que eram negados ou negligenciados.

Uma das pacientes, que vivia apertando a banda gástrica de uma forma até aviltante para seu corpo, mostra-se menos ansiosa, consciente de que a “banda” representa uma ajuda para emagrecer.

Outra, que havia parado de emagrecer, voltou a perder peso, devido ao controle da ingestão de alimentos.

A Análise Transacional proporciona uma forma direta e objetiva de lidar com as questões.

A análise estrutural facilita o trabalho no aqui-e-agora, focalizando os processos intra-psíquicos, aguçando a percepção das pacientes para seus diálogos internos e mudando-os, quando necessário. Também contribui para a diminuição da resistência. Como sugere o próprio Eric Berne, a análise estrutural constitui-se na primeira fase da terapia.

A análise das emoções e dos disfarces, neste caso, parece-me fundamental, devido a grande dificuldade dessas pacientes entrarem em contato com seus corpos, encouraçados pela gordura.

Os jogos também têm sido analisados, explicada a correlação com o jogo de alcoólatra. Elas começam a perceber o papel de vítimas no triângulo dramático e, muitas vezes, perseguindo a si mesmas depois da grande ingestão de alimentos.

E, finalmente, o significado da comida, decorrente de seus scripts de vida.

Como relata uma paciente:

“Após a morte de minha mãe, quando eu tinha 6 anos de idade, fui criada pela minha madrasta. Ela comia o melhor e deixava os restos para mim e meu irmão. Me levantava bem cedo para comprar pão fresco para ela e nós comíamos o pão do dia anterior.

Quando me casei e fui morar em minha própria casa, no início, não sentia vontade de fazer nada, acostumada a ter que fazer todo o serviço na casa da madrasta. Não sentia vontade de comer. A seguir, me dei conta que podia fazer o que quisesse. Podia comer o pão fresco, a comida boa. Comecei a engordar.”

Referências Bibliográficas:

Anjos, M.N., *Obesidade*. Rio de Janeiro: C. Médica, 1983.

Anaruma, S. M., *Aspectos Psicológicos da Obesidade*, mesa redonda, VII Congresso de Psiquiatria Clínica, 2002.

Berne, E., *Os Jogos da Vida*, Rio de Janeiro, Ed. Artenova S.A., 1974.

Berne, E., *O Que Você Diz Depois de Dizer Olá?* São Paulo, 1988.

English, F., *O Fator de Substituição – Disfarces e Sentimentos Reais*, Brasília, Prêmios Eric Berne, UNA-AT, 1983.

Kahtalian, A., *Obesidade: um desafio*. In: Mello Filho et al., *Psicossomática hoje*, Porto Alegre: A. Médicas, 1992.

Mancini, M., Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso, Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia, São Paulo, 2001.