

Um vazio que não se preenche: a experiência sexual amorosa de uma mulher obesa

Ana Carolina Pina, Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes, Valéria Barbieri.

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo –
FFCLRP-USP

Resumo

Este trabalho busca compreender a relação existente entre o excesso de peso e a experiência sexual amorosa, por meio de um caso clínico de uma paciente adulta com obesidade grau II (avaliado segundo IMC). A paciente passou por avaliação psicológica por meio de entrevista e aplicação do Desenho da Figura Humana (DFH), técnicas avaliadas de acordo com referencial psicanalítico. A paciente foi encaminhada após avaliação médica, na qual foram descartados problemas orgânicos relacionados à obesidade. A paciente mostrou dificuldades no contato interpessoal, assim como retraimento e insegurança; inibição para agir no mundo externo, pouca autonomia e medo intenso de se expor a críticas e reprovação. Nesse sentido, ela faz tudo pelo outro, para não o desagradar e, assim, não perder o seu afeto; por outro lado, espera a retribuição do outro, pois não quer ser desapontada. Cria desta forma uma dependência mútua: precisa do outro e deseja que o outro precise dela. Na tentativa de agradar, despreza suas próprias necessidades e seus desejos, mostra-se engessada diante do mundo, com dificuldade em ser criativa, em relaxar e fazer uso pessoal dos objetos. Há prejuízo na espontaneidade, recorrendo à concretude para se relacionar com o mundo: o alimento funciona como algo concreto que deve preencher seu vazio. O parceiro passa a ser alguém que deve acolhê-la e suprir sua dependência, numa relação que suprime a necessidade do contato sexual. A figura masculina opera, portanto, para a satisfação de seus desejos infantis (de acolhimento incondicional), mas não dos desejos sexuais. Observa-se uma ligação estreita do alimento com o relacionamento amoroso: ao sentir-se sozinha, ela se cuida e emagrece na esperança de ser amada e escapar da solidão; mas, ao estar com o marido, que não pode suprir seus desejos infantis, sua solidão se agrava e ela busca o alimento como forma de aplacar esses desejos. O vazio, no entanto, permanece e a busca incessante pela satisfação continua.

Palavras-chave: obesidade, sexualidade, mulher, psicanálise.

Introdução

A obesidade é uma patologia crônica que tem como característica principal o acúmulo anormal de tecido adiposo no organismo. De acordo com diversas pesquisas científicas, sua etiologia é multifatorial, abrangendo aspectos genéticos, biológicos, socioeconômicos, culturais e psicológicos (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2013; CDC, 2015).

Para se medir a obesidade, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016) define como referência o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pelo peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros. Por meio desta medida, a obesidade é dividida em três níveis, o primeiro (grau I) que tem IMC entre 30 e 34,9 Kg/m², o segundo, grau II, entre 35 e 39,9 Kg/m², e o terceiro, de grau III ou obesidade mórbida, ou ainda severa, com IMC acima de 40 Kg/m². Os casos mais graves são os de obesidade mórbida ou severa, por apresentarem alto grau de comorbidades. Atualmente, há um novo acréscimo nessas faixas: a super obesidade mórbida ou grau IV, correspondente a um IMC maior ou igual a 50 kg/m² (HAGER, 2007).

Com o acréscimo desta nova faixa, tem-se a corroboração de que a obesidade está cada vez mais disseminada no mundo todo, sem limites de aparecimento, com incidência cada vez maior. Assim, esta patologia se configura como um dos mais graves problemas de saúde pública, pois abrange todas as faixas etárias e tanto países desenvolvidos como aqueles em desenvolvimento; uma epidemia global que chega a alcançar 1,7 bilhões de pessoas em todo o mundo (COSTA; IVO; CANTERO; TOGNINI, 2009), revelando-se como um dos mais importantes fenômenos clínico-epidemiológicos da atualidade, que independe de condições econômicas e sociais (PREVEDELLO; COLPO; MAYER; COPETTI, 2009).

De acordo com os índices da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), em 2014 havia cerca de 1.9 bilhão de adultos com sobrepeso e, dentre estes, 600 milhões eram obesos. Nos Estados Unidos da América, 73% da população são consideradas obesas e a mortalidade em relação a essa doença chega a 300 mil casos por ano.

Na América Latina a obesidade tornou-se um problema de saúde pública em quase todos os seus países, devido a um abundante crescimento. De acordo com a pesquisa realizada por Malta et al. (2012), no Brasil, o índice da população adulta acima do peso é de 51%, sendo que destes, 17,4% são obesos. De 2006 a 2012, o incremento anual desta prevalência foi de 1,37% e 0,89%, respectivamente. Os autores apontam que, caso essas tendências se mantenham, em dez anos cerca de dois terços dos adultos nas capitais dos estados brasileiros terão excesso de peso, e um quarto será obeso. Desta forma, o crescimento exacerbado desta doença revela o intenso impacto na saúde dos indivíduos, além da influência na economia de inúmeros países.

Somado à sua incidência, a obesidade acarreta desvantagens sociais e diferentes tipos de morbidade em crianças, adolescentes e adultos. Ocasiona graves consequências relacionadas aos aspectos físicos (doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes), psicológicos (isolamento, vergonha, insegurança) ou psicossociais (baixo desempenho escolar e social, baixa autoestima, autoimagem prejudicada). Por este motivo, vários países apresentam sua economia abalada por gastos excessivos no tratamento dessa doença (MONTEIRO; VICTORA, 2005).

Em relação à sua etiologia, Hyder (2003) aponta para a associação de diversos aspectos: biológicos (predisposição genética), físicos (metabolismo), psicológicos (depressão ou ansiedade devido a traumas, perda de um ente querido etc.) e socioculturais (dieta estabelecida, falta de atividade física, entre outros). Também se faz necessário considerar o

estilo de vida dos indivíduos, como sedentarismo, hábitos alimentares impróprios, alimentação insatisfatória, velocidade da refeição e lanches desequilibrados (FISBERG, 2005/2016).

Spada (2005) menciona outros fatores etiológicos de risco: os precipitantes, como conflitos, separações, enfermidade grave; e os perpetuadores, como baixa autoestima, angústia de separação, fobia social e depressão. De qualquer maneira, é importante ressaltar a conjunção dos diversos fatores como causa da obesidade. Martins (1986) evidencia que os obesos comem mais quando experimentam situações de tensão emocional, de conflitos na vida social ou vivência de agressividade, percebendo o alimento como gratificação substitutiva. Nesse sentido, Benedetti (2003) denota que, apesar da multiplicidade de fatores etiológicos, os participantes de seu estudo associaram o ganho de peso a algum evento traumático (morte de um parente próximo, conhecimento da traição do marido e outros). Eles afirmaram a incapacidade de controlar as situações, gerando perda de controle em relação à quantidade de alimento ingerido.

Além da etiologia, as consequências da obesidade são evidentes, particularmente quanto aos efeitos psicossociais. De acordo com Scherer (2012), é comum pacientes adultos, especialmente os com obesidade mórbida, optarem pela distância do convívio social. Buscam, desta forma, uma proteção da discriminação e do preconceito, exacerbados na sociedade capitalista – que, ao mesmo tempo em que potencializa o consumo desenfreado, exclui e estigmatiza o obeso. Buscam também, no isolamento, evitar a vergonha causada pela dificuldade de acessibilidade, pelas restrições físicas nas atividades e no ambiente de trabalho, e mesmo por não encontrarem vestimentas adequadas.

Em estudo com a população brasileira, verificou-se que os obesos caracterizavam o próprio corpo como “feio”, “ridículo” e “deselegante”, apresentando características de intensa insatisfação e baixa autoestima (SGAVIOLI, 1993). Consequentemente, devido à insatisfação com o próprio corpo, o indivíduo obeso tem dificuldade de se relacionar sexualmente com outra pessoa e de obter satisfação sexual (COSTA, 2010). Assim, por se sentir inadequado, o obeso pode trocar o prazer sexual pelo prazer em comer. Wiederman e Pryor (1997) apontam que o transtorno alimentar, associado à baixa autoestima e depreciação da própria imagem corporal, leva o indivíduo a evitar experiências que poderiam resultar em prazer corporal. Além da satisfação sexual propriamente dita com ou sem parceiro, essas pessoas têm menos possibilidade de realizar atividades focadas no corpo, por exemplo: massagens, natação, esportes em geral, já que tais experiências intensificam sua autoconsciência.

Em seu estudo, Stuart e Jacobson (1990) ressaltam a ligação entre sexualidade/satisfação e obesidade. Eles destacam que a ingestão alimentar, por acarretar sensação de prazer, pode servir como substituto do prazer sexual. Mais ainda, apontam para três razões associadas ao excesso alimentar: como resposta às insatisfações sexuais; como maneira de esconder os desejos sexuais; como proteção ao sexo. Indo nessa direção, Woititz (1989) ressalta que a obesidade pode ter um propósito: o obeso, por acreditar ser indesejável sexualmente, pode usar sua doença como maneira de não entrar em contato com sua sexualidade.

Assim, percebe-se um grande impacto da obesidade na vida social e psíquica do indivíduo, em especial quanto aos relacionamentos interpessoais amorosos e à relação do indivíduo com seu corpo, o que é verificado pelo receio de se mostrar e socializar devido ao sentimento de baixa autoestima, autoimagem diminuída e depreciação de si mesmo.

Objetivos

Devido à alta incidência da obesidade e à complexidade da vida sexual dos indivíduos obesos, este trabalho apresenta a relação existente entre o excesso de peso e a experiência sexual amorosa, por meio de um caso clínico de uma paciente adulta com obesidade grau II (avaliado segundo IMC).

Referencial teórico

A análise foi feita a partir do referencial teórico da psicanálise, mais particularmente o referencial winnicottiano. Winnicott (1975, 1983, 2000) destaca que o desenvolvimento emocional humano abrange três estágios (dependência absoluta, relativa e rumo à independência). A presença de uma mãe suficientemente boa, que oferece holding, permite que o bebê se desenvolva e atinja a maturidade afetiva. Nesta, o principal aspecto é o concernimento, capacidade de se preocupar com o outro e de ser capaz de se sentir sozinho mesmo na presença de alguém.

Nesse sentido, a experiência com um ambiente intrusivo (insuficientemente bom) nos estágios iniciais do desenvolvimento, prejudica expressões que vão dando sentido ao *self*, podendo fazer com que o indivíduo se defenda por meio do funcionamento falso *self*. Este funcionamento pode ser organizado de maneira precoce e excessiva, como forma de adaptação ao meio e proteção contra as angústias primitivas e o fracasso ambiental (ABADI, 1998). Nesse sentido, Winnicott (2000) afirma que o falso *self* é um funcionamento usado para proteger o verdadeiro *self* e, assim, evitar seu aniquilamento.

Mello Filho (1989) destaca que em alguns pacientes obesos a doença funciona como um falso *self*, ou seja, uma “carapaça defensiva” (p. 122), que oferece uma sensação de equilíbrio e poder. Porém, a gordura é apenas uma imitação da constituição corporal, um volume adiposo que não é essência corpórea, é falso. Consequentemente, há receio de perder peso, pois emagrecer significa perder essa defesa, perder os limites, correr o risco de desintegração, entrar em caos. De acordo com o autor, “aqui a metáfora é quase perfeita: um falso *self* (corporal) protege um verdadeiro *self* (somático), ao mesmo tempo oculto e impedido de se desenvolver pela própria existência da estrutura defensiva” (MELLO FILHO, 1989, p. 122).

Quando há prejuízos para o desenvolvimento do *self* verdadeiro, resta ao indivíduo reagir: “diante da dificuldade de existir, a alternativa é reagir” (ABADI, 1998, p. 13). Abadi (1998) afirma que há duas maneiras de reação: a mãe e a criança permanecem em um vínculo simbiótico, ou a mãe realiza uma ruptura precoce (intrusão). Nos dois casos há prejuízos emocionais para a criança, pois ela reage permanecendo no vínculo simbiótico ou se prende de forma patológica a um único objeto substitutivo da mãe (fetichização do objeto). Neste último caso não há processo simbólico, o objeto é substituído por outro objeto único (concreto), no intuito de negar a perda do primeiro. Também não há contato com o mundo interno e a fantasia, as únicas formas de relação com o mundo externo passam a ser o fazer e o ter (comprar, consumir e comer), como possibilidades de preencher o vazio angustiante e amenizar a sensação de ansiedade intolerável.

Winnicott (2000) pondera que a busca compulsiva por um objeto concreto, no caso o alimento, como maneira de preencher o vazio afetivo, somente acontece caso o indivíduo tenha vivenciado uma privação emocional nos primórdios de sua vida. Assim, se a mãe não foi capaz de se identificar com seu filho e lhe transmitir seu estado emocional, a criança passa a tentar adivinhar o que acontece com a mãe, que é sua fonte de alimento. Nessa busca por

conhecer em que estado emocional a mãe se encontra, para que possa conhecê-la e completar o vínculo com ela, a criança pode sentir que está “roubando” o alimento, já que ele não é oferecido pela mãe.

Nesse sentido, a busca afetiva por meio do excesso alimentar pode ser comparada a uma atitude de roubo em relação ao corpo da mãe, considerada uma manifestação da tendência antissocial (MISHIMA; BARBIERI, 2006). A sofreguidão, ou seja, o ato compulsivo de comer representa a tentativa de ingerir comida para sanar a privação sofrida. Se a experiência de desilusão for intensa ou brusca, a sofreguidão passa a fazer parte da compulsão do bebê para ter a cura e o retorno da experiência afetiva boa.

Logo, a privação sofrida pode acarretar como reação a ingestão alimentar exacerbada, salientando a experiência infantil com predomínio da deficiência de afeto, com prejuízo para a capacidade de brincar construtivamente, simbolizar e expressar seu estilo de ser pessoal (MISHIMA, 2007).

Em seu estudo, Mishima (2007) verificou que a criança obesa usa o alimento como forma de se relacionar com o ambiente externo, agindo no meio para ter algo concreto, devido à deficiência afetiva sofrida. Os objetos concretos do ambiente externo servem para satisfazer o vazio afetivo: é uma busca por satisfação das necessidades, mas, uma busca que falha, que não abranda a ausência, tornando o vínculo com o alimento um círculo vicioso: busca por alimento – insatisfação – sentimento de solidão – busca por mais alimento.

O presente trabalho apresentará a análise do funcionamento psicodinâmico de uma mulher obesa, pensando na relação entre o comportamento alimentar e os relacionamentos interpessoais, particularmente, os amorosos.

Método

Este trabalho tem como estratégia metodológica o estudo de caso, que tem o intuito de exemplificar hipóteses e teorias já explicitadas previamente, além de servir como uma fase de exploração para pesquisas de fenômenos pouco investigados (COSTA; MACHADO; TÁKI, 2010).

De acordo com Nasio (2001), o caso sugere o interesse particular do analista por um de seus pacientes, um interesse que é compartilhado com outros, possibilitando a observação escrita e, assim, constituindo-se em caso clínico. O sentido psicanalítico de um caso advém do fato dele representar a própria singularidade do ser que sofre.

Nesse sentido, em Psicanálise, o caso é definido como o relato de uma experiência única, a fim de demonstrar o encontro do terapeuta com seu paciente e possibilitar um avanço teórico. Para Fédida (1991) o caso representa uma teoria que nasce, pois ele existe diante de uma atividade de construção.

Para Guimarães e Bento (2008) o caso clínico passa a ser estudo de caso quando é apresentado publicamente: ao sair do registro da experiência clínica particular do analista e passar para a experiência compartilhada. Turato (2003), ao definir o termo “clínico”, ressalta a atitude clínica: “ter uma atitude clínica significa colocar-se naturalmente frente a uma pessoa necessitada para ao menos compartilhar com ela as ansiedades e angústias, surgidas ou agravadas com sua condição de adoentado, havendo espontaneamente efeitos psicoterapêuticos” (p. 239).

O caso clínico apresentado neste trabalho é de uma paciente obesa, que passou por avaliação psicológica por meio de entrevista e aplicação do Desenho da Figura Humana (DFH), técnicas avaliadas de acordo com referencial psicanalítico. Antes da avaliação

psicológica, a paciente passou por avaliação médica, em que foi desconsiderado qualquer dificuldade hormonal ou problema orgânico relacionado à obesidade, a fim de que houvesse maior compreensão dos aspectos emocionais relativos à doença.

Resultados – Caso clínico

Patrícia¹ tem 31 anos, graduou-se no ensino médio, trabalha na área da saúde, é separada e mãe de três filhos: Miguel (9 anos), Roberto (5 anos) e Paulo (2 anos). No primeiro contato, ela estava pesando 103,8 kg, com 1,61 m de altura, portanto, apresentava IMC igual a 40 kg/m² (limite da obesidade grau II).

De acordo com relato da entrevista, começou a trabalhar aos 14 anos, em uma padaria. Depois começou a namorar, casou e foi estudar. Com 21 anos foi trabalhar na área da saúde, em um local particular, onde ficou por quatro anos. Logo em seguida, passou em um concurso e está no emprego atual. Neste, sua adaptação foi difícil, por ser uma pessoa “fechada”, não porque quer, mas porque não consegue se colocar diante dos outros.

Foi casada com Geraldo durante 14 anos e, atualmente, está separada dele pela segunda vez, pois descobriu que ele a traiu. Já o perdoara uma vez pelo mesmo motivo, tentou voltar com ele, mas aconteceu novamente. Ainda gosta dele, mas sua família não o aceita mais, não quer que ela volte com ele. Agora, os dois mantêm contato apenas para conversar sobre os filhos.

Ao fim do casamento, perdeu todos os amigos e teve que fazer novas amizades. Além disso, precisou voltar a morar na casa dos pais. O convívio familiar é difícil, os pais estão casados, mas não têm vida conjugal, pois sua mãe descobriu uma traição do cônjuge. Sente que sua mãe tem inveja dela, principalmente quando ela quer sair ou ficar em casa sem fazer nada, ainda mais porque Patrícia não ajuda nas atividades domésticas; com isso, a mãe a critica muito e reclama de tudo que ela faz. Seu pai é ainda mais rígido, não permite que ela pense em aproveitar a vida, e tudo o que ela faz está ruim para ele. Toda a família está acima do peso: o pai pesa 150 kg, a irmã (27 anos) 110 kg, o irmão (33 anos) 130 kg, apenas a mãe é magra, pesa 58 kg.

Patrícia tem pouco convívio com seus irmãos, a irmã raramente vai visitá-los, pois está casada com outra mulher e seu pai e seu irmão não aceitam essa situação. Já seu irmão mora em outra cidade e também visita pouco a família.

Sua rotina diária não muda muito: leva os filhos para a escola, vai trabalhar, volta para casa e vai para o computador; não costuma sair com as crianças. No final de semana não faz nada diferente; gosta de dançar, mas a timidez não deixa. Patrícia gosta de caminhar, pois, nesse momento, “*viaja*”, ouve música e se “*desliga do mundo*”.

Ela sente dificuldade em aceitar o fato de ter que criar os filhos sem o marido, sente-se sobrecarregada. O mais novo, Paulo, é o mais carinhoso e dorme na mesma cama com Patrícia, mas o mais velho, Miguel, é o mais carente, tem ciúmes dos outros e medo de perder a mãe. Patrícia não tem muita paciência com as crianças, quando se separou do marido ela deixou de cuidar deles, pois não tinha ânimo, tomava remédio para dormir para não ver nada acontecer. Nessa época não tinha nem vontade de arrumar a casa, não fazia nada.

Quanto à alimentação, em sua infância ingeria somente suco e refrigerante, não comia mais nada. Odiava comer e chegou a tomar remédio para abrir o apetite (biotônico). Na adolescência gostava muito de fazer esportes, como vôlei, natação e dança, então, seu peso

¹ Todos os nomes usados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos participantes.

era considerado saudável. Após os 16 anos, quando começou a namorar, também começou a engordar, pois, além de cessar as atividades físicas, não podia fazer nada diferente, apenas ficar em casa, obedecendo o namorado, que, posteriormente, virou seu marido. Nesse período passou a comer, no mesmo dia, quatro barras de chocolate e, quando emagrecia, o marido dizia que era porque ela queria arrumar outra pessoa (um amante). Com a primeira gravidez chegou a pesar 88 kg, depois foi para 110 kg. Logo em seguida engravidou de novo, foi quando se separou do marido pela primeira vez e, com isso, passou a pesar 70 kg. Voltou com ele e engordou, passando a pesar 112 kg. Depois disso, na terceira gravidez chegou a pesar 126 kg.

O convívio com Geraldo, seu marido, era muito difícil, especialmente em relação à vida sexual. Como ele era “viciado em sexo” (sic), ela nunca podia estar cansada nem recusar o contato, senão, ele a ofendia severamente. No início do relacionamento ele era carinhoso, depois passou a pensar somente em sexo, desejava “coisas” que ela não queria e ameaçava deixá-la. Um aspecto que a atrapalha no contato sexual é porque tem muita vergonha de seu corpo, pois sua barriga é do tipo “aventil”, que cai para frente.

Além das dificuldades sexuais, o fato de estar acima do peso também foi prejudicial quando precisou arrumar emprego, porque sofria preconceito. Disse que queria perder peso, porque se sentia desconfortável e insegura. Contudo, ainda está comendo muito, pois está ansiosa, já que conheceu uma pessoa pela internet. Marcou dois encontros com essa pessoa, mas não foi em nenhum deles, porque acha que está gorda e, assim, pode desagradá-lo. Essa situação de ansiedade a faz comer muito. Outro momento em que come demais é quando está no período pré-menstrual, come tanto que nem percebe o que está ingerindo. Seu humor oscila, há dias em que se sente triste, outros em que está mais feliz. Nos dias em que está triste, culpa o ex-marido, dizendo que ele é uma pessoa interesseira, que só a procura quando quer alguma coisa, depois some e não quer mais saber dela. Patrícia sente-se pouco amada por sua família e seu ex-marido, sente-se incompreendida e só. Afirma gostar ainda do ex, o que a faz se sentir mal, pois ele a traiu. Diz que queria sentir raiva, mas “nem isso” consegue.

Aplicação do DFH

Patrícia desenhou primeiramente uma figura feminina. No inquérito, disse que era uma mulher de 30 anos, magra, de estatura média, separada e com três filhos. Ela estava brava com as “coisas da vida” e sentia-se triste; pensava muito nas decepções que havia vivido e sua necessidade era se sentir bem e feliz. Sua qualidade era humildade e seu defeito o fato de perdoar fácil demais. Em relação ao corpo, afirmou que o rosto era a parte mais bonita, por ter seu sorriso elogiado; já a barriga era a parte mais feia, por ser flácida. Era uma mulher mais ligada à figura do pai e se fosse a personagem de uma novela seria a esposa traída.

A segunda figura era um homem, de 32 anos, alto, magro e de cabelos grisalhos; separado e com três filhos. Pensava muito nos erros cometidos e se sentia triste; sua principal necessidade era corrigir os erros. Foi difícil falar de suas qualidades, mas estava relacionada ao fato de saber pedir desculpas; já os defeitos foram descritos como falta de personalidade, ter “cabeça fraca” e ser desonesto. A melhor parte de seu corpo foi o tórax, por ser definido; a pior era a boca, já que os dentes estavam mal cuidados. Era uma figura mais ligada ao pai e seria o vilão como personagem de uma novela.

Por meio da análise dos desenhos notou-se integração e preservação da representação corporal. Houve diferenciação entre masculino e feminino; mas, a figura feminina, comparada com a masculina, apresentou características sugestivas de pouco contato com aspectos

sexuais. As figuras pareceram mais imaturas, apesar da idade dada a eles, com sinais de dependência e ligação com o passado: a figura feminina pensava nas decepções que havia vivido e a masculina nos erros cometidos. Houve presença de sinais de falta de confiança no ambiente e dificuldade de ação no mundo externo, com comprometimento da percepção da realidade e sinais de pouca maturidade afetiva.

Patrícia fez uma associação direta dos desenhos com sua vida, descrevendo ela mesma e o ex-marido, com temas sobre traição, arrependimento, sofrimento e decepções. Houve percepção do abandono pelo marido, mas com sentimentos ambivalentes quanto à sua atitude: apesar de descrevê-lo como desonesto, justifica a falha cometida afirmando que ele tinha “cabeça fraca” e que queria corrigir seus erros. Também o coloca como um vilão com cara de ingênuo, como se tentasse desculpá-lo, sugerindo dependência em relação a essa figura.

A mulher desenhada foi considerada com idade aproximada à dela; percebida com sentimentos de desvalorização, por ter a barriga flácida e ser a esposa traída. Além disso, esta figura mostrou-se frágil, pois, além de todo sofrimento e das decepções sofridas, seu defeito era o fato de perdoar fácil demais, ‘engolindo’ todo sofrimento e desprezo vindo do outro.

Síntese do caso

Patrícia apresentou identificação sexual com a figura feminina, porém, é uma figura que se mostra passiva frente à vida, às vezes infantilizada, como se crescer fosse muito perigoso. A autonomia é sentida como a não necessidade do outro, o que significa perder o amor dele; com isso, há um conflito em que ela se coloca entre ser independente ou ter o outro por perto. Para não perder o amor do outro, ela se mostrou capaz de passar por cima das próprias necessidades e desejos, colocando-o em primeiro lugar.

Apresentou dificuldades no contato interpessoal, tanto pelo retraimento, como pela insegurança; mostrou uma atitude inibida diante do mundo externo, com baixo nível de autoconfiança, pouca autonomia ao reagir a uma situação nova e medo intenso de se expor a críticas e reprovação. Para evitar tais afrontamentos, ela se desfaz de seus atributos femininos e sensuais, desvaloriza-se diante do outro e aceita tudo o que vem dele. Acaba deixando de lado suas próprias necessidades para pensar em agradar o outro, agindo e reagindo de uma maneira pouco espontânea. Consequentemente, quando faz tudo pelo outro sem desagradar, ela espera receber em troca afeto e satisfação, não querendo ser desapontada. Nesse sentido, busca manter o outro perto de si, em um vínculo de dupla dependência: ela precisa do outro e quer que o outro precise dela.

Ao desprezar suas necessidades e desejos para agradar o outro, ela mostra-se engessada diante do mundo, com dificuldade em ser criativa, em relaxar e fazer uso pessoal dos objetos. Essa dinâmica denota prejuízo na espontaneidade, na expressão do gesto criativo; assim, como há impossibilidade de agir de outro modo, acaba recorrendo à concretude. Nesse sentido, pode-se pensar no uso que é feito do alimento – a busca de algo concreto no mundo que ela possa ter para se sentir preenchida, o que denota dificuldade de simbolização.

O prejuízo de sua espontaneidade indica falta de confiança no ambiente, como o familiar, que é sentido como pouco acolhedor, com figuras que não conseguem suprir suas necessidades e que são tão repressoras a ponto de exigir dela uma postura rígida e distante emocionalmente. A figura materna não se mostrou capaz de suprir a dependência, transmitia medo e inveja, dificultando o desenvolvimento emocional. A figura paterna também foi vista como não suficientemente boa, tendo como função principal punir e castrar (o pai é muito exigente, reclama de tudo que ela faz). A visão que Patrícia tem de sua família é permeada

pela raiva, pois ela não pode ser dependente deles e receber afeto, mas tem que agir com a responsabilidade de uma pessoa adulta.

Como as figuras parentais não se mostraram suficientes para suprir suas necessidades afetivas, ela se sente pouco acolhida, insegura e com receio do mundo externo. Apresenta sentimentos de menos-valia, desvalorização de si e baixa autoestima, chegando a se isolar do contato com o outro para se defender. Além disso, o parceiro passa a ser uma figura que deve acolhê-la e suprir sua dependência, sem que seja preciso o contato sexualizado.

Por não poder expressar sua criatividade, Patrícia parece não encontrar sentido naquilo que faz, mostrando que o *self* não está plenamente constituído, mas que suas partes parecem espalhadas nos objetos externos, restringindo a existência de Patrícia à presença deles. Há dificuldades em se apropriar de seu verdadeiro *self*, distanciando-se de suas características reais. O existir no mundo está relacionado ao vínculo com o outro, necessitando da aprovação dele para se sentir feliz e realizada.

A falta de espontaneidade acarreta em uma escassez de energia para realizar determinadas atividades e um sentimento de estagnação perante o mundo, como, por exemplo, a dificuldade em se cuidar e em perder peso. Diante disso, Patrícia vive uma vida sem estilo pessoal, não consegue se mostrar realmente como é (verdadeiro *self*), ora sentindo-se inferior e pouco valorizada, ora mostrando-se ideal e perfeita demais (até perdoa o marido). Essa dificuldade em ser espontânea, em ver-se e perceber-se como realmente é, prejudica os relacionamentos pessoais, particularmente os sexuais, já que o outro é visto predominantemente como necessário para satisfazer a dependência e suprir a carência que ela demonstra. Assim, a figura masculina é tida como necessária para a satisfação do desejo infantil (de acolhimento incondicional), mas não dos desejos sexuais.

O mesmo acontece com o uso que ela faz do alimento: assim como depende dos cuidados do outro para viver, também depende da comida para se sentir preenchida. A ingestão excessiva de alimento tem esse sentido: incluir todo o bom dentro de si, sem ter que escolher, extrapolando o limite. Assim, busca o alimento concreto como equivalente simbólico do afeto bom, sinalizando uma deficiência da simbolização.

Há uma ligação estreita do alimento com o relacionamento interpessoal: a história de seu peso se entrelaça com a história do relacionamento com o marido. Quando está separada do ex-marido, há esperança de encontrar alguém diferente que possa suprir suas necessidades de dependência e valorizá-la. Assim, ela se cuida e emagrece na esperança de ser amada e escapar da solidão. Contudo, ao reatar com ele, ela sabe que está junto de alguém, mas devido à natureza da relação, a solidão não passa, pelo contrário, até se agrava, pois não entende porque se sente só se está acompanhada. Assim, a esperança se esvai e ela luta por manter a relação por meio do alimento (é ele que faz a ligação com o outro). Logo, sua dependência não é suprida, e a busca incessante pelo objeto continua.

Por consequência, ao comer mais quando está junto do marido, para abrandar o sentimento de solidão que existe mesmo na companhia do outro, ela engorda, sentindo-se culpada por estar acima do peso e, com isso, não conseguir corresponder às expectativas do outro. Dessa maneira, a gordura a afasta de um contato mais profundo, mas também a protege das frustrações que podem advir dessa relação. Com essa proteção, ela não precisa se expor, não precisa se mostrar ao outro, evitando o risco de ser frustrada. Contudo, por outro lado, também evita a satisfação que pode surgir dos relacionamentos. O círculo vicioso está formado: vazio afetivo – busca por alimento – proteção – evitação do contato interpessoal – insatisfação – vazio afetivo – mais busca por alimento.

Considerações

A área da sexualidade está presente na vida de todo ser humano, contudo, sua compreensão mostra-se complexa e vasta. Por este motivo, é preciso que o indivíduo seja visto em todas as suas dimensões, para que se possa entender suas experiências e a relação existente com o aspecto sexual.

No caso apresentado, a paciente vivenciou experiências de falhas afetivas intensas, com um ambiente insuficientemente bom, incapaz de suprir suas necessidades emocionais, acarretando prejuízo em sua possibilidade de existir de forma verdadeira e pessoal no mundo. Assim, como maneira de se sentir “satisfeita” emocionalmente, Patrícia fazia uso do alimento (objeto concreto), que não era satisfatório, gerando culpa, afastamento do contato e mais busca por afeto na concretude.

A paciente busca satisfazer, na relação amorosa com seu parceiro, seus desejos infantis: a necessidade de acolhimento, uma relação dual de dependência e a satisfação oral infinita. A sexualidade, portanto, é suprimida da relação, já que faz parte de um modo adulto de se relacionar e não corresponde àquilo que Patrícia busca em termos afetivos. Como o marido não poderia ocupar este papel, de uma mãe idealizada que pudesse manter com ela uma relação dual e a satisfizesse com alimentação ininterrupta, Patrícia se sentia revivendo um relacionamento faltoso, passando a buscar no alimento uma forma de preencher essas falhas e esse vazio.

De acordo com tais compreensões, o atendimento psicoterápico com mulheres obesas deve funcionar como um espaço para que elas possam pensar sobre o uso que fazem da comida, bem como a relação entre o comportamento alimentar e seu funcionamento psíquico. No caso de Patrícia, destaca-se a ingestão excessiva de alimento com o fato de aceitar tudo aquilo que o outro oferece, ou seja, ter e reter para não perder o outro.

Portanto, o trabalho analítico mostra-se nesses casos muito valioso, pelo oferecimento de *holding* e de um ambiente suficientemente bom, que pode cuidar e acolher; mas que também serve para que o paciente realize uma reedição desses conteúdos mais primitivos, os quais podem afluir de forma livre neste ambiente continente e serem transformados a partir da relação entre paciente e analista.

Referências

- ABADI, S. *Transições: O modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- BENEDETTI, C. *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor, 2003.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Adult obesity causes and consequences*. Centers for Disease Control and Prevention, 2015. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/obesity/adult/causes.html>>. Acesso em: 27 jun. 2016.
- COSTA, A. C. C.; IVO, M. L.; CANTERO, W. B.; TOGNINI, J. R. F. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n.1, p. 55-59, 2009.
- COSTA, R. F. da; MACHADO, S. de C.; TÁKI, A. C. Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 37, n. 1, p. 27-31, 2010.
- DO NASCIMENTO, G. A. et al. Obesidade infantil: causas e consequências. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 13, n. 1, 2016.

- FÉDIDA, P. *Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1991.
- FISBERG, M. *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- FISBERG, M. et al. Obesogenic Environment – Intervention Opportunities. *Journal de Pediatria*, v. 92, n. 3, p. 30–39, 2016.
- FRANCISCO, L. V.; DIEZ-GARCIA, R. W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. *Demetra: Food, Nutrition & Health/Alimentação, Nutrição & Saúde*, vol. 10, n. 3, p. 705-716, 2015.
- GUIMARÃES, R. M.; BENTO, V. E. S. O método do “estudo de caso” em psicanálise. *PSICO*, v. 39, n. 1, p. 91-99, 2008.
- HAGER, C. Quality of life after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *AORN Journal*, v. 85, n. 4, p. 768-778, 2007.
- HYDER, M. The caloric content, macronutrient composition, and portion size of children's meals in restaurants: A risk factor for childhood obesity? *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, v. 64, n. 3B, p. 1478, 2003.
- KAIN, J.; VIO, F.; ALBALA, C. Obesity trends and determinant factors in latin American. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 77-86, 2003.
- MALTA, D. C. et al. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol. 17, p. 267–76, 2014.
- MARTINS, D. F. G. *Aspectos psicodinâmicos associados à obesidade: um estudo comparativo de dois grupos com o TAT e o Rosenzweig*. Dissertação de Mestrado, Instituto Metodista de Ensino Superior, Umesp, São Bernardo do Campo, 1986.
- MELLO FILHO, J. O falso self na prática analítica. In: _____. *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, p. 112-130.
- MISHIMA, F. K. T. *Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- MISHIMA, F. K. T.; BARBIERI, V. Tendência anti-social e obesidade: Etiologias divergentes ou não? In: SILVA NETO, N. A.; AMPARO, D. M. (Orgs.), *Métodos projetivos: Instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura*. Anais do IV Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos. Brasília: ASBRo, 2006, p. 587-598.
- MONTEIRO, P. O. A.; VICTORA, C. G. Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life – a systematic review. *Obesity Reviews*, v. 6, p. 143-154, 2005.
- NASIO, J. D. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- OLIVEIRA, L.; ALMEIDA, P. Obesidade: aspectos gerais dos fatores, tratamento e prevenção. *Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá*, v. 4, 2013.
- PREVEDELLO, C. F.; COLPO, E.; MAYER, E. T.; COPETTI, H. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. *Arquivo de Gastroenterologia*, v. 46, n. 3, p. 199-203, 2009.
- SANTOS, L. M. P. et al. Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the Brazilian Public Health System. *Obesity Surgery*, v. 20, n. 1, p. 943-948, 2010.

- SCHERER, P. T. *O peso que não é medido pela balança: as repercussões da obesidade no cotidiano dos sujeitos*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- SGAVIOLI, M. E. A. Avaliação crítica da relação paciente-profissional em um hospital de ensino. *Revista de Nutrição*, v. 6, n. 1, p. 52-76, 1993.
- SPADA, P. V. *Obesidade infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 39p.
- STUART, R.; JACOBSON, B. *Peso, sexo e casamento. Como tirar esse peso da cabeça e do coração*. 2ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 174p.
- TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. 2a ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- WIEDERMAN, M. W., e PRYOR, T. Body Dissatisfaction and Sexuality among women with Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 21, n. 4, p. 361-65, 1997.
- WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 207p.
- _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. 268p.
- _____. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 455p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity and overweight: fact sheet*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 27 jun. 2016.
- WOITITZ, J. G. *Healing your sexual self*. Deerfield Beach: Health Communications, 1989.