

ASPECTE PSIHLOGICE ALE OBEZITĂȚII

Victoria CONDREA

doctorandă,

Universitatea de Stat din Moldova

Abstract: *The purpose of our theoretical study is to address the phenomenon of obesity from a psychological and psychotherapeutic point of view. This pathology needs to be studied due to the ever-increasing global and national incidence of people suffering from this pathology. The study focuses on the cause and the problem of relapses in weight loss from the perspective of psychoanalytic theory and how gender differences affect weight and self-esteem.*

Introducere. Scopul studiului nostru teoretic este de-a aborda fenomenul obezității din punct de vedere psihologic și psihoterapeutic. Patologia analizată necesită studii ample, în condițiile incidenței în continuă creștere la acest capitol, la nivel global, dar și național. Studiul de față se focusează pe cauzele problemelor apărute în procesul de pierdere în greutate, din perspectiva teoriei psihodinamice și a modului în care diferențele de gen afectează greutatea și respectul de sine.

Actualmente, circa 56% din populația Republicii Moldova este supraponderală, iar circa 23% dintre cetățenii noștri sunt obezi, potrivit studiului STEPS (o inițiativă globală a Organizației Mondiale a Sănătății, un instrument de cercetare important în domeniul bolilor netransmisibile, elaborat cu scopul de-a ajuta țările să evalueze răspândirea factorilor de risc ai acestora) [5]. Persoanele obeze sunt dezavantajate în societatea noastră, stigmatizate la locul de muncă, în circumstanțe sociale și chiar în cadrul propriilor familii. Ele sunt mai ușor supuse denigrării decât reprezentanții celorlalte grupuri defavorizate. Într-o societate ale cărei rădăcini puritane ne fac să credem că orice este realizabil dacă cineva depune eforturi, obezitatea este percepută drept un eșec moral.

Mai mult, oamenii obezi se văd adesea cu eșecuri și se simt în afara controlului propriilor vieți. Ei sunt ostracizați, începând din copilăria timpurie, apoi, treptat, la maturitate, subtil izolați de societate. Totodată, statisticile arată că abilitatea de a scădea în greutate și de a menține această pierdere se poate solda cu șanse minime.

În acest studiu, analizăm semnificațiile psihologice ale mâncării, apetitului și greutateii, precum și motivațiile de bază care se aplică tulburărilor alimentare. Abordăm problema recidivării în timpul procesului de pierdere în greutate, din perspectiva teoriei psihanalitice. Deoarece problemele legate de comportamentul alimentar perturbat apar predominant la femei, diferențele de sex sunt, de asemenea, explorate. Aducem în atenție, de asemenea, scopurile și metodele modelului freudian contemporan. Considerațiile genetice, fiziologice, nutriționale și sociale sunt esențiale pentru înțelegerea obezității, dar pentru acest articol vom izola problemele psihologice.

Diferențele de gen în obezitate, substratul istoric. Cel puțin, de la povestea lui Adam și a Evei, femeile au fost subordonate bărbaților, care le tratau ca fiindu-le inferioare din punct de vedere moral. Datorită nașterii și creșterii copiilor, în context istoric, corpul femeii a fost și este perceput ca scopul ei definitoriu. Dualismul minte-corp, care este piatra de temelie a multor filosofii occidentale, atribuie mintea – personalității masculine, iar corpul – femeii. După cum subliniază Spelman [4], atitudinea față de corp are implicații profunde pentru atitudinea față de femei. Înălțarea spre divinitate se face prin intermediul minții și a sufletului, iar corpul este cel care ne fixează de pământ și de activități umile; este ideea ce reprezintă povara acestei realități istorice care stabilește scena pentru care femeile își disprețuiesc propriul corp și creează un teren fertil în ceea ce privește fetișul dietei și lupta pentru controlul corpului.

Presiunea socială și diferențele de gen – stereotiparea obezității. Există un „asediu” zilnic de publicitate mass-media care încurajează cumpărarea unor varii produse de înfrumusețare, indiferent dacă este vorba de cea mai recentă dietă de slăbit, de creme ce întârzie îmbătrânirea sau de aparate anticelulitice. Toate aceste reclame se adresează femeilor, principalele ținte ale marketingului, cărora li se transmit mesaje subliminale de a-și îmbunătăți presupusele imperfecțiuni. Numărul total al acestor mesaje care ne atacă zilnic creează o presiune copleșitoare pentru a ne conforma dacă nu la un anumit model corporal, atunci măcar la achiziționarea produselor comercializate pentru a încuraja *insecuritățile* imaginii corporale. Individul se autodefineste prin aprecieri vizuale reflectate din societate, în general. Femeile sunt vulnerabile la stigmatizarea obezității și ideile despre sine gravitează în jurul disprețului real sau potențial pe care îl percep sau îl prezic.

Aspecte psihologice ale bolii. În timp ce fiziologia pune accentul pe funcționarea biologică a corpului și efectele nocive ale obezității asupra sănătății, abordarea psihologică se concentrează pe rolul pe care mintea îl joacă în cazul unei asemenea boli, ca semn al nevoilor sau conflictelor psihice. Mai mult, terapeutul înțelege dificultatea pacientului, ca fiind o încercare de soluționare a unei probleme care poate să nu fie conștientă. Astfel, ceea ce este inadapativ

în ceea ce privește sănătatea, ar putea fi adaptativ în funcționarea psihologică. Există numeroase formulări psihodinamice ce abordează utilizarea alimentelor, ca răspuns adaptativ expres la anumite stări; lipsa sincronizării mama-copil, în timpul îngrijirii timpurii, în special, privind hrănirea; utilizarea mâncării ca obiect de tranziție (un obiect autoliniștitor care este impregnat de convingerea copilului că are control total asupra mediului său) sau eforturi competitive cu mama. Rolul psihologului este de-a ajuta pacientul să înțeleagă că această afecțiune, în ciuda tuturor sancțiunilor împotriva obezității, poate fi utilă în menținerea echilibrului psihic. Din acest punct de vedere dinamic, deși pierderea în greutate este obiectivul principal al tratamentului, mecanismul prin care are loc se realizează prin înțelegerea simptomelor și reconsiderarea acestora dintr-o perspectivă mai pozitivă. Utilizarea necorespunzătoare a alimentelor, actul de a mânca în exces și obezitatea în sine sunt văzute ca simboluri ale conflictelor sau deficitelor subconștiente. Aducerea acestor conflicte în planul conștient și înțelegerea răspunsurilor automate la situații stresante este nucleul muncii psihodinamice. Sub aspect intrapsihic, rezistența la schimbare nu se referă la punctul sanogen la care se tinde, ci la renunțarea la o metodă de adaptare sau defensivă la o situație încărcată emoțional din etapele de dezvoltare timpurie [1].

Abordări teoretice și terapeutice. Tratarea acestei probleme se bazează pe numeroase conceptualizări teoretice. Deși există numeroase abordări terapeutice, toate se concentrează, în special, pe etiologie și tratament. Fie că este vorba de un conflict intern, bazat pe impulsuri sexuale și agresive, o problemă relațională sau compensarea pentru un deficit, mâncarea, mâncatul și greutatea pot deveni simboluri ale unor probleme subconștiente. Teoria pe care o invocăm în acest articol este modelul freudian contemporan intrapsihic.

Modelul freudian contemporan (intrapsihic). Teoriile lui Freud au fost numite „o biologie a minții”, întrucât el considera viața mintală și dezvoltarea acesteia ca fiind intrapsihice (care decurg din factori constituționali interni). Astfel, viața mintală este văzută ca fiind autonomă, rezistentă la influențele exterioare, **autosușținută**, adăpostind fanteziile inconștiente. Cererile sociale necesită reprimarea expresiei inacceptabile a impulsurilor sexuale și agresive care își au originea în etapele timpurii ale vieții noastre, permițând în același timp descărcarea lor prin mijloace indirecte sau simbolice. În decursul vieții de adult, aceste adaptări compromise pot fi exprimate ca sublimări acceptabile din punct de vedere social sau într-o serie de simptome nevrotice, de exemplu, utilizarea mâncării în evitarea unor afecte neplăcute.

Atunci când o pacientă se prezintă pentru tratament psihologic, s-ar putea să-și vadă obezitatea ca fiind dovada rușinoasă și dureroasă a eșecului ei ca femeie. În contextul social, ea s-a autostigmatizat și autoblamat pentru faptul că este obeză. Scopul unei asemenea paciente este să găsească o modalitate de a slăbi. Este frustrată și furioasă din cauza imposibilității de a se alimenta eficient, deși nu vrea nimic altceva decât să fie „slabă”. Ea repetă aceleași comportamente de a pierde și de-a adăuga în greutate. Uneori, este conștientă de anxietate și disconfort, chiar și atunci când a slăbit.

Psihologul vede tulburarea de comportament alimentar ca pe un simptom al unui conflict de care s-ar putea să nu fie pe deplin conștientă. Problema nu constă în dietă, ci în mintea pacientului. Terapeutul este asemenea unui arheolog interesat, un detectiv chiar, analizând narațiunea vieții pacientului și încercând să localizeze sursa conflictului. În această abordare, mecanismul prin care se lucrează este transferul (un fenomen în terapie în care pacientul proiectează experiențe ale unor relații timpurii importante asupra terapeutului). Întâlnirea terapeutică este un mediu sigur pentru deplasarea acestor sentimente și asociații asupra medicului, care ajută suferindul să analizeze și să interpreteze semnificațiile lor.

Neutralitatea (o poziție analitică în care terapeutul nu impune aprobarea sau dezaprobarea gândurilor, sentimentelor sau acțiunilor pacientului și nu ia parte la conflictele lor) este un instrument important pentru terapeut. Încurajează un mediu în care suferindul simte că este sigur să-și exprime dorințele interzise. Conform acestei teorii, pacientul se apără împotriva descoperirii dorințelor inacceptabile ce constituie sursele conflictului și simptomele încep să fie înțelese prin intermediul rezistenței (sabotarea inconștientă atât a memoriei, cât și a *insightului*). Simptomul este un compromis între aceste dorințe inacceptabile (ca în fanteziile oedipiene ale unui copil) și cerințele realității.

În abordarea freudiană, interpretarea este considerată curativă. Încurajează focusarea pe amintirile care aduc dorințe și temeri inconștiente în conștiință și astfel eliberează pacientul în a-și reexamina comportamentele sale inadapative de pe pozițiile unui adult, mai degrabă, decât al unui copil [3].

Exemple de abordare freudiană: neutralitatea ca poziție terapeutică.

Glucksman descrie un caz al unei paciente care s-a tratat, timp de 14 ani. Ea lua și pierdea în greutate în timpul tratamentului, dar în momentul înregistrării datelor, cântărea cam la fel ca la început. Terapeutul era neutru față de creșterea și pierderea în greutate a femeii. Pacienta se înfură pe terapeut, pentru că nu o susținea și nu o ajuta în asemenea eforturi, ci insista să-și accepte oricare greutate. Astfel, medicul se abținea în a se implica în proiectele ei de slăbire. În opinia medicului, pacienta sa se dedublase în „sinele gras” inacceptabil, indubitabil și plin de ură și „sinele fantezie, subțire”, la care tindea. Acest *eu* subțire i-ar fi permis realizarea fanteziilor sexuale interzise. Cu toate acestea, ori de câte ori, se apropia de „greutatea ideală”, anxietatea și frica îi înăbușea încercările de a deține controlul echilibrat asupra mâncării. O reducere a detestării de sine, o viziune pragmatică a imaginii corpului ei și o integrare a percepției sale de sine erau, în cele din urmă, mai importante decât laudele pentru micile succese în pierderea în greutate, conform terapeutului [2].

Supraponderabilitatea, ca simptom al unui conflict subconștient: studiu de caz (Emilia):

Emilia a venit la tratament pentru depresie. Era furioasă și reținută, extrem de timidă în situații sociale. Era plină de ură de sine, dar abia își exprima acest lucru. Deși era destul de supraponderală, nu a considerat niciodată că mâncarea și greutatea ei erau legate de conflictele și confuziile sale interne. De-a lungul tratamentului, ea s-a plâns amarnic de situația și de neputința ei de a face ceva

în acest sens. Era supărată și furioasă, pentru că medicul nu o ajuta să slăbească. Cu toate acestea, ea era un bancher de succes și extrem de competentă în munca ei. Era o masă de contradicții, capabilă să gestioneze conturi de milioane de dolari, dar incapabilă să navigheze în situații sociale simple. Alegea să nu se confrunte cu nimeni, permanent cedând, se abținea de la orice relație mai apropiată, astfel se apăra de umilința de a dori ceva ce nu poate obține.

Emilia era al treilea din cei cinci copii, crescuți într-o casă foarte organizată și bine condusă. Această calitate a mamei sale, care se ocupa de gestionarea gospodăriei fără să participe la viața emoțională a copiilor ei, a lăsat-o pe Emilia să se simtă goală în interior și singură. Își amintește că s-a strecurat în cămară, pentru a mânca biscuiți și a-i înghiți ca în transă. Mama ei nu părea să observe niciodată mîncarea lipsă. Din cauza cerințelor de muncă ale tatălui ei, familia s-a mutat frecvent, compromițând posibilitatea de a forma prietenii strânse. Era interesant faptul că în ciuda acestui mediu, surorile nu se bazau una pe cealaltă. Emilia se simțea ca fiind unicul copil. Nu s-a bazat niciodată pe frații ei pentru confort și înțelegere.

Era un copil model care se potrivea perfect în gospodăria ei organizată, niciodată opozantă, întotdeauna se conforma. Sub această cochilie, i-au apărut sentimente de furie. Mîncarea a devenit pentru ea o expresie simbolică a acelei furii îndreptate spre interior. Este interesant de observat că alimentele care au mulțumit-o cel mai mult au fost „lucruri crocante în care își putea scufunda dinții”. La un alt nivel, mai conștient, mîncarea era calmantul durerii, posibilitatea unui prieten și echivalentul psihic al unei atingeri materne.

Pe măsură ce tratamentul a progresat, Emilia a început să-și exploreze poziția de „fată exemplară” în familie și modul în care aceasta a reprezentat o evitare a expresiilor agresive și competitive ale personalității sale. Acest lucru a servit pentru a îndepărta periculoasa posibilitate de a o înstrăina pe mama ei, a cărei toleranță la eșecuri în casa ei bine administrată era minimă. Ea a înțeles modul în care mîncarea a salvat-o de anxietatea ei de a fi abandonată și a început să se afirme în multe situații care anterior ar fi determinat-o să se retragă.

Empatia ei pentru ea însăși, ca un copil înspăimântat și confuz, a crescut și a devenit mai acceptantă pentru corpul ei. A început să frecventeze o sală de sport și să apeleze la ajutorul unui nutriționist. La încetarea tratamentului, a pierdut 23 kg, timp de trei ani. Acesta nu a fost scopul tratamentului, ci o consecință a acestuia. Acceptarea de sine și aprecierea reacției ei „adaptative” la o educație dificilă au ajutat-o să facă această schimbare. Mai mult, această pacientă a fost capabilă să ia decizii necesare și să-și respecte propriile eforturi și nevoi [2].

În concluzie, putem afirma că obezitatea este simptomul unei grave probleme intrapsihice, iar soluția la excesul de greutate prin simpla slăbire a pacienților s-a dovedit a fi puțin eficientă. Din punct de vedere psihodinamic, greutatea este doar un semnal de alarmă ieșit la suprafață, un punct de plecare, al unei analize psihologice. Scopul pierderii în greutate susținut din această perspectivă este, în cel mai bun caz, secundar obiectivului de autoînțelegere și acceptare. În pofida acestui fapt, acceptarea de sine are multiple beneficii: un sentiment mai mare de autocontrol, scăderea anxietății sociale și a presiunii de a se conforma etc.

Bibliografie:

1. Akabas S. R., Lederman S. A., Moore B. J. *Textbook of Obesity: Biological, Psychological and Cultural Influences*. Chichester: John Wiley & Sons. 2012, pp. 84-86.
2. Gluckman P., Nishtar S., Armstrong T. *Ending Childhood Obesity: a Multidimensional Challenge*, 2015. Disponibil: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60509-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60509-8/fulltext).
3. Shill M.A. (2007). Intrapyschic Intersubjective Conflict and Defense in Modern Freudian Theory: A response to Stolorow (2005). In: *Psychoanalytic Psychology*, 24(3), pp. 525–538.
4. Spelman E.V. *Woman as Body: Ancient and Contemporary Views*. *Feminist Studies*, vol. 8, no. 1, 1982, pp. 109–131.
5. http://www.old2.ms.gov.md/sites/default/files/prevalenta_factorilor_de_risc_bolile_netransmisibile_in_republica_moldova_studiul_steps_2013.pdf