



Rev. Bras. de Hipnose 2015; 26(2):68-79

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista
Brasileira de
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.org.br

Hipnose no Tratamento da Obesidade

Hypnosis in Obesity Treatment

Maria do Carmo Machado

Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro (AHIERJ)

Resumo.

Este trabalho tem como finalidade mostrar a importância da hipnose no tratamento da obesidade, uma doença considerada grave devido sua repercussão em todo o organismo, podendo resultar em série de doenças como diabetes, hipertensão arterial, problemas cardiovasculares e outras. No estado hipnótico, pode-se alcançar a parte mais profunda da mente e instruí-la a fazer mudanças necessárias à vida, modificar hábitos alimentares e melhorar a qualidade dos alimentos. Pode-se ainda buscar o equilíbrio emocional, pois é consenso que vários fatores devem ser abordados para o emagrecimento, sendo também importante incluir exercícios físicos e mentais específicos.

Palavras-chave: Obesidade, tratamento, hipnoterapia, equilíbrio emocional.

Abstract.

This work aims to show the importance of hypnosis in the treatment of obesity, a disease considered serious due to its repercussion throughout the body, which can result in a series of diseases such as diabetes, arterial hypertension, cardiovascular problems and others. In the hypnosis state, one can reach the deepest part of the mind and instruct it to make necessary changes in life, change eating habits, and improve food quality. One can still seek the emotional balance, since it is a consensus that in order several factors must be addressed to lose weight, being also important to include specific physical and mental exercises.

Keywords: Obesity, treatment, hypnotherapy, emotional equilibrium.

1. Introdução

Este trabalho tem como objetivo mostrar o quanto a hipnose ou auto-hipnose pode contribuir no controle da obesidade, um mal que vem crescendo a cada ano, considerada hoje uma doença do tipo crônica e que provoca ou acelera o desenvolvimento de muitas outras doenças, podendo levar à morte precoce. Hoje considera-se que todo indivíduo obeso deve ser analisado sob o ponto de vista psicossomático.

O excesso de apetite está intimamente ligado a estados emocionais como depressão, ansiedade, tristeza, raiva, insatisfação no traba-

lho, no casamento e com a vida em geral.¹ Portanto, a maioria dos obesos tem questões psicológicas maiores ou menores. Apenas uma pequena porcentagem de obesos tem realmente distúrbios orgânicos, como disfunções da tireoide, dos ovários, entre outras.¹⁻³

Segundo Ballone⁴ “a obesidade apresenta-se em graus variados, indo desde o sobre-peso discreto até a obesidade mórbida. Admite-se que a porcentagem de gordura corporal deve situar-se entre 15 e 18% para o sexo masculino e entre 20 e 25% para o sexo feminino, sendo

considerados obesos os homens com percentual superior a 25% e as mulheres com mais de 30%”.

As pessoas com IMC acima de 40 são portadoras de **obesidade mórbida**, o que equivale aproximadamente 45 Kg acima do peso ideal. Esse tipo de obesidade é um problema que ultrapassa em muito, a simples preocupação estética, pois envolve a saúde global do organismo e, inclusive, a saúde psíquica, já que a auto-estima pode estar severamente prejudicada.^{4,5}

A meta de atingir o peso ideal passou a exigir mudanças no hábito alimentar, a prática do condicionamento físico e a atenção à saúde psíquica. É bem conhecida a importância das dietas e exercícios físicos, para a manutenção da forma. Existem na literatura vários tipos de dietas e orientações sobre os exercícios físicos que dispendem bastante calorias, que contribuem no processo de emagrecimento.⁵

Aqui, discorreremos sobre como a hipnose e auto-hipnose pode auxiliar na solução de problemas emocionais, a modificar hábitos alimentares e estimular a prática de atividades físicas. Mais interessante ainda, são os exercícios mentais descritos por vários autores, nos quais eles ensinam a modificar a percepção do próprio corpo, a visualização de um corpo magro, elegante, do jeito almejado pelo indivíduo, e usar isto como incentivo na busca pelo peso ideal.

2. Obesidade

A grande maioria dos obesos o são porque ingerem mais calorias do que gastam. Sendo assim, as ações mais eficientes se baseiam em reduzir de forma inteligente a alimentação e fazer exercícios. Os distúrbios hormonais são responsáveis oficialmente por menos de 4% dos casos de obesidade.⁴

Um outro fator a ser levado em conta é o emocional. Pesquisas bem conduzidas pela Unicamp revelam que 75,5% dos pacientes com obesidade mórbida (mais de 40 de IMC),

comem compulsivamente em consequência de ansiedades e depressão². Por isso, é preciso dar um tratamento diferenciado a quem come compulsivamente e a quem não come. Ou seja, primeiro trata-se a mente, depois o corpo.

É sabido que algumas pessoas ganham peso mais facilmente que outras. Para que se entenda esta tendência, é necessário ter em mente que na origem da obesidade estão envolvidos fatores metabólicos, genéticos, culturais e comportamentais. As pessoas que continuam comendo e fazendo as mesmas atividades de quando eram mais jovens podem ganhar peso, porque o metabolismo diminui com a idade.⁶

Trabalhos recentes^{1,2} mostram que há uma alta incidência de indivíduos com compulsão alimentar entre os pacientes obesos que procuram tratamento. Dos pacientes examinados por Marussi¹, apenas 24,5% estavam dentro dos limites da normalidade em termos de hábitos alimentares. Uma alta frequência de episódios bulímicos correlacionou-se positivamente com alta incidência (os escores altos da escala de avaliação) de ansiedade e de depressão.

A literatura, de modo geral, mostra que pacientes obesos com compulsão alimentar apresentam taxas mais elevadas de transtornos do humor, transtornos de ansiedade e bulimia nervosa. Tal fato poderia explicar alguns resultados divergentes obtidos em estudos que procuram determinar a prevalência de psicopatologia na obesidade. A coexistência de compulsão alimentar na obesidade prejudica os resultados deficitários em programas de perda de peso, quando comparados a pacientes sem compulsão alimentar, e requer desta forma programas específicos de tratamento para o comportamento bulímico.^{2,4}

Não importando a idade do indivíduo, um prolongado período de excesso de peso produzirá o seu tributo. O prejuízo à saúde será proporcional à idade, ao excesso de peso e tempo desse excesso. É bom lembrar que o sedentarismo ainda é, independentemente do nível de percentual de gordura de cada um, uma arma mortal. O Instituto Americano

Cooper também já mostrou um número muito maior de mortes entre magros sedentários do que entre gordos ativos.⁷

2.1. Definição e classificação da obesidade

Para que essa definição tenha aplicação prática, é necessário que seja baseada em critérios matematicamente definidos, e para isso existe o IMC, hoje aceito como padrão de medida internacional para obesidade. Mas, fazendo referência apenas ao tecido adiposo os meios de classificação são variados, pode-se usar a relação do peso/altura (tabela do *Metropolitan Life Insurance Company*) ou as medidas de espessura de prega cutânea.³

O IMC é obtido pela divisão do peso (em “quilos”) pela altura ao quadrado (expressa em metros), e pode-se classificar o peso em categorias, de acordo com o IMC, como mostra a Tabela 1. Com base nessa classificação, para um indivíduo com 1,70 m de altura, por exemplo, se o peso for de 86,7 kg, ele terá IMC de 30 e será classificado como obeso. Com peso de 101,15 kg, ele atinge IMC de 35 e ainda será obeso. Já com peso de 115,6 kg, o IMC é de 40, e ele será considerado um obeso mórbido.

Em termos gerais, se aceita que o peso ideal ou de menor risco para saúde corresponde a um IMC de 20 a 25 e até 27 para pessoas idosas⁶. Este índice deve ser usado para adultos. Para crianças e adolescentes devem ser utilizadas curvas específicas, uma vez que, ainda, estão em fase de crescimento⁸.

Entretanto, mesmo considerando a frieza e pretensa exatidão do IMC, existem muitas variáveis, como, por exemplo, distribuição corporal da gordura, biotipo etc. Nesses casos preconizam-se outros métodos de “medida de gordura”, como por exemplo, a densitometria. Esta classificação tem importância estatística no que se refere ao prognóstico de intercorrências clínicas, como por exemplo, a hipertensão arterial, gota, osteoartrose, dislipidemia

etc., e conseqüentemente estimar-se o risco de morbidade e mortalidade das pessoas.^{3,4}

Tabela 1. Classificação do peso de acordo com o índice de massa corpórea (IMC)⁴

Categoria	IMC
Desnutrição	Abaixo de 14,5
Abaixo do Peso	até 20,0
Peso Normal	20,0 - 24,9
Sobrepeso	25,0 - 29,9
Obesidade	30,0 - 39,9
Obesidade Mórbido	40,0 e acima

Quanto à circunstância em que ocorre, segundo Sandra Gasparini³, podemos classificar a obesidade em:

1. **obesidade de longa data** - indivíduos obesos desde criança, sendo a forma de mais difícil tratamento;
2. **obesidade da puberdade** - aparece na puberdade, é predominante em mulheres e tem como causas angústias e ansiedades desta fase da vida e alterações orgânicas;
3. **obesidade da gravidez** - na gravidez e no pós-parto, também por fenômenos psíquicos e/ou orgânicos;
4. **obesidade por interrupção de exercícios** - comum em esportistas que ingerem grandes quantidades de calorias e param de fazer exercícios, ou seja, deixam de gastá-las;
5. **obesidade secundária a drogas** - alguns medicamentos como os corticoides, os antidepressivos e os estrógenos podem induzir a um ganho de peso;
6. **obesidade por interrupção do fumo** - a explicação é que a nicotina aumenta o gasto calórico por sua ação lipolítica; também é responsável por perda de apetite;
7. **obesidade endócrina** - apesar da população leiga ter outro ponto de vista, a obesidade Endócrina aparece em somente 4% das obesidades. Aqui se incluem doenças da tireoide, do pâncreas e da suprarrenal.

Por esta classificação já podemos concluir que a obesidade não é característica de pessoas com "falta de vontade para emagrecer, descuidadas com sua aparência etc.", mas de pessoas com uma doença que deve ser tratada como tal.

Jane Feldman⁹ sugere que definir obesidade é, muitas vezes, uma tarefa difícil. Existem situações em que qualquer um olha para um indivíduo e afirma que ele é obeso. No entanto, existem casos onde afirmar que alguém é obeso é extremamente duvidoso. Nesses casos, podemos lançar mão da bio-impedanciometria e da densidade corporal para definir melhor a porcentagem de tecido adiposo e, assim, delimitar melhor o diagnóstico da obesidade.

A classificação de obesidade pode ainda tomar como base o consumo e o gasto de energia. Dessa forma teremos dois tipos de obesidade: por hiperfagia e por gasto ineficiente.

A **obesidade por hiperfagia** é o tipo da doença consequente à ingestão de muita comida, são obesos que comem muito, em quantidade ou em qualidade (alimentos muito calóricos) e neste grupo estão incluídos os populares "beliscadores". Além dos mecanismos psíquicos envolvidos na obesidade por hiperfagia, tais como a depressão, ansiedade, angústia, carência afetiva etc., há casos de alterações orgânicas, alterações hipotalâmicas, no centro da saciedade, e alterações envolvendo hormônios gastrintestinais.

A **obesidade por gasto ineficiente** inclui pessoas de vida sedentária, portanto, aquelas que consomem mais calorias do que gastam e as pessoas que, mesmo consumindo proporcionalmente ao gasto, de repente param de se exercitarem, sem diminuir o consumo calórico. Também estão aqui as pessoas que "comem pouco", conforme costumam afirmar, mas "têm tendência para engordar". Este grupo não costuma ter disfunções metabólicas, como dizem. Normalmente a causa da obesidade é que elas gastam menos calorias do que consomem.^{3,9}

A obesidade pode ainda ser classificada quanto ao número de células de gordura. É considerada **obesidade hipercelular**, quando então ocorre aumento do número total de células adiposas, que pode se tornar até cinco vezes superior ao número encontrado em indivíduo adulto normal. Esta é a forma de obesidade que ocorre na infância ou adolescência, porém pode também ser observada nas pessoas com mais de 75% de excesso de peso corporal. Por outro lado, é considerada **obesidade hipertrófica** se em vez de um aumento no número de células gordurosas, ocorre um aumento no tamanho dessas células por acúmulo excessivo de lipídeos. Esse tipo de obesidade se inicia na idade adulta, na gestação, por exemplo, e correlaciona-se melhor com a distribuição androide de gordura.^{3,9}

Há ainda uma outra classificação da obesidade, no que diz respeito à distribuição da gordura no corpo. Para essa classificação é necessário estabelecer o índice W/H, representado pela relação cintura-quadril. A medida da cintura deve ser apurada de acordo com a circunferência que passa entre o umbigo e as costelas e medida do quadril deve ser medida tomando-se a maior circunferência na região glútea. Para os homens com **obesidade androide**, o índice W/H deve ser maior que 0.9, ou seja, a cintura deve ser igual ou maior que o quadril. Na **obesidade ginóide**, o índice W/H deve ser menor que 0.9, ou seja, o quadril tende a ser maior que a cintura. As observações antropométricas têm sugerido que quanto maior o índice W/H, ou seja, quanto maior a cintura em relação ao quadril, maior é a tendência à doença coronariana, diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias (aumento de colesterol e triglicérides).^{3,9}

2.2. Como Acontece a Obesidade

O principal mecanismo da obesidade é um desequilíbrio entre a formação e a distribuição de células adiposas (de gordura) no organismo. Todas as calorias consumidas podem ser

transformadas e armazenadas sob a forma de células adiposas, e o que gasto calórico favorece a destruição destas células. Portanto, a obesidade em si não significa, obrigatoriamente, que a pessoa come em excesso, mas significa, também, que ela gasta pouco do que consome. Assim sendo, a obesidade é causada por um desequilíbrio entre as calorias que são ingeridas, sob a forma de alimentos, e as calorias que são gastas no funcionamento do organismo. Mais de 95% dos obesos estão entre as duas possibilidades consideradas, mesmo que alguns insistam em dizer que “não comem quase nada”^{3,4}

A quantidade de calorias que uma pessoa necessita varia de acordo com a idade, o sexo e a atividade física. Vale a pena lembrar que o que mais colabora para o aumento de peso, ao contrário do que se pensa, não é o açúcar, mas as gorduras. Para se ter uma ideia, é bom lembrar que 1,0 grama de gordura tem 9,0 calorias, enquanto 1,0 grama de açúcar tem 4 calorias. A maioria dos alimentos que aumentam o peso são sempre considerados “irresistíveis” ao paladar contém os dois componentes, açúcar e gordura, como o chocolate, as massas, sorvetes, etc.^{2,4}

2.3. Complicações Clínicas da Obesidade

Desde a antiguidade, Hipócrates já havia percebido a tendência maior dos obesos para a morte súbita. De fato, a obesidade predispõe a uma série de doenças, entre elas hipertensão arterial, doença coronariana, vasculares¹⁰ e articulares¹¹, e apneia do sono¹² (ver Tabela 2), e causa uma série de problemas de ordens econômica, social, psicológica e sexuais. O cansaço, a sudorese excessiva, principalmente em pés, mãos e axilas, as dores nas pernas e colunas etc. são sintomas comuns em obesos.³ As doenças relacionadas à obesidade têm importante influência na redução da qualidade de vida, no aumento das taxas de mortalidade e expectativa de vida.⁶

2.4. Tratamento da Obesidade

2.4.1 - Dieta

Um dos argumentos contra as dietas considera uma possível “teoria do ponto pré-estabelecido”, segundo a qual, o corpo teria uma tendência a manter um determinado peso gordo ou magro por toda a vida. O mecanismo responsável por este efeito estaria no hipotálamo, sendo esse ponto diferente em cada pessoa. Se o sujeito emagrece abaixo desse suposto limite, o corpo realizaria ajustes tentando repor as gorduras perdidas, aumentando a fome do indivíduo. O mesmo aconteceria com os magros, que por algum motivo tentam engordar com programas de superalimentação e não conseguem. Se por um lado a teoria explica os fatos, não constitui um argumento válido para não fazer dieta.^{5,13}

Tabela 2. Doenças relacionadas à obesidade.

Hipertensão arterial;
Doença coronariana podendo levar ao infarto;
Insuficiência cardíaca;
Diabetes;
Hiperlipidemia;
Cálculos de vesícula;
Esteatose hepática;
Alterações na menstruação;
Incontinência urinária;
Apneia do sono;
Infertilidade e Impotência sexual;
Depressão;
Doenças vasculares, varizes e má circulação nas pernas;
Doenças articulares especialmente em joelhos e tornozelos;
Câncer no intestino, próstata, mama, endométrio e ovários.

Outro fator contra as dietas, e bem documentado pela ciência, é que o corpo sob restrição calórica reduz o metabolismo, e gasta menos calorias tentando se proteger. É mais um argumento para a inclusão dos exercícios

nos programas de emagrecimento e sem eles as chances de sucesso ficam bem reduzidas.¹⁴

2.4.2–Exercício Físico

Atualmente tem-se visto defesas particulares dessa ou daquela modalidade esportiva, principalmente quando confrontam atividades aeróbicas com anaeróbicas. Entretanto, pode-se indicar qualquer atividade como sendo boa, porque todas contribuem para o gasto de calorias; mas, as aeróbicas ainda são as campeãs, quando se trata de perda de peso, elas são capazes de recrutar maior número de grupos musculares e maior dispêndio de energia por unidade de tempo, além dos benefícios bem estabelecidos pela ciência com relação à diminuição do colesterol, pressão arterial e da glicemia.

A maior prova disso, é que nas academias, entre tantas opções de atividades, o *spinning* ou ciclismo vem se tornando uma das mais eficientes para emagrecer, desde que, bem conduzida por profissionais. A corrida, seja na esteira ergométrica ou ao ar livre, é tão boa e eficiente quanto o ciclismo, e a opção deve ser por conta da preferência pessoal.⁷

Os estudos apresentados depois de 1995, parecem romper o paradigma de que "só" os exercícios aeróbicos seriam recomendados para o emagrecimento. Nesse processo o balanço calórico conta bastante, e os exercícios, sejam quais forem, consomem oxigênio energia e obviamente calorias. Logo, qualquer um é bom se, bem orientado.⁷

Cada vez mais as evidências mostram a importância dos exercícios no controle ponderal, sendo mesmo o suporte de qualquer dieta.

2.4.3–Medicamentos

Quanto ao tratamento medicamentoso da obesidade, há várias classes, desde os medicamentos termogênicos até anorexígenos potentes^{4,15}

Medicamentos termogênicos. São medicamentos que incrementam a queima calórica e tendem, portanto, a promover a perda de peso. As substâncias mais conhecidas são: fenilpropanolamina, efedrina, aminofilina, cafeína. São medicamentos raramente usados na prática clínica, e quando usados, o são, como coadjuvantes de outros medicamentos devido a seus efeitos colaterais frequentes, que são taquicardia, hipertensão arterial e estímulo ao SNC.

Inibidores de absorção intestinal de gorduras. No momento, como representante deste grupo tem-se o **orlistat** (*Xenical*), que atua inibindo a ação da lipase pancreática, e provocando, com isto, uma redução em cerca de 30% na absorção total de gordura ingerida em uma refeição. Pelo seu mecanismo de ação, o efeito colateral mais comum é o aumento da frequência de evacuações e, dependendo do volume de gordura ingerida, a diarreia intensa. Os defensores de seu uso preconizam que teria também um efeito educativo para quem faz o uso do mesmo, já que os pacientes aprenderiam a comer e identificar os alimentos que contenham índices altos de gordura em sua composição. Se tomado por um tempo prolongado é recomendável que seja feita uma reposição de vitaminas lipossolúveis (as que dependem da gordura para serem absorvidas).

Medicamentos anorexígenos. São medicamentos que atuam aumentando a saciedade, isto é, a pessoa sente-se satisfeita com menor quantidade de alimento, voltando a ter fome em um período mais longo que o usual. Tem também efeito sobre a compulsão alimentar. A seguir comentamos sobre alguns exemplos.

Dietilpropiona – No momento, é o anorexígeno mais utilizado no Brasil, sendo um potente anorético. Age circuito noradrenérgico, nos núcleos hipotalâmicos laterais, inibindo a fome. Tem grande potencial de dependência. Ao longo do tempo, é necessário aumentar a dose. Os efeitos colaterais mais comuns podem ser: boca seca, constipação intestinal, irritabi-

lidade, insônia e mais raramente taquicardia e hipertensão arterial.

Femproporex - de ação semelhante a dietilpropiona, age através de inibição do centro da fome hipotalâmico. Seus efeitos colaterais geralmente são menos intensos que os da dietilpropiona. Pode ser uma opção nos casos de pessoas idosas, cardiopatas e hipertensos que necessitam de medicação anorexizante.

Manzidol – Tem a vantagem de continuar atuando mesmo após um longo tempo, ao contrário dos anorexígenos citados acima, que têm sua ação limitada pelo comprometimento da reserva de noradrenalina. É possível que o *mazindol* tenha sua ação no sistema límbico e não no hipotálamo, atuando em via dopaminérgica. No entanto, tem sua utilização limitada pelos efeitos colaterais que provoca. Além da boca seca, a constipação intestinal é quase certa e alguns pacientes relatam sensação de desconforto, agitação intensa e sintomas depressivos, até pânico.

Sibutramina – Tem ação tanto serotoninérgica, inibindo a recaptção da serotonina, como catecolaminérgico. O primeiro efeito promove um aumento da sensação de saciedade, agindo também sobre a compulsão alimentar e o segundo, um efeito inibidor na sensação de fome e aumento na queima de calorias. Os efeitos colaterais são poucos, geralmente dores de cabeça, obstipação intestinal, boca seca e insônia. Pode ocorrer aumento da pressão arterial e, por isto, é o uso por indivíduos cardiopatas e hipertensos é reservado. Não é derivado anfetamínico e, segundo a literatura, não há risco de dependência química. Ainda não há estudos sobre a sua ação em crianças e adolescentes.

As principais indicações para o uso de anorexígenos são: hábitos alimentares claramente patológicos, tais como bulimia, hiperfagia, e compulsão alimentar e incapacidade de ingerir dietas hipocalóricas para que haja uma redução do peso, além de obesidade mórbida, IMC

acima de 30, IMC acima de 25 com doença associada, como o diabetes, dislipidemias e hipertensão arterial, e tratamentos ineficazes com dieta, exercícios entre outros recursos.

3. Hipnose

A hipnose pode ser definida como estado alterado da consciência ou percepção, definida também como um estado de atenção concentrada, quando a mente está ligada numa só ideia, um foco de atenção concentrada, “esquecendo-se” do mundo ao redor.¹⁶

Na visão da *American Psychological Association* (APA em 1993), a hipnose é um procedimento durante o qual um pesquisador ou profissional de saúde sugere ao seu cliente, paciente, ou a qualquer indivíduo, que experimente mudanças nas suas sensações, percepções, pensamentos ou comportamentos. Entre os consensos já sedimentados, está a afirmação de que o estado de hipnose pode ser considerado um estado natural de consciência, diferente do estado de vigília. É importante deixar bem claro que toda hipnose é, na realidade, uma autohipnose.¹⁷

Os conhecimentos adquiridos através da hipnose têm permitido o desenvolvimento de técnicas que permitem ao indivíduo fazer seu inconsciente trabalhar a seu favor, através de processos simples. O auto-condicionamento é o método básico para tornar-se e conservar-se com o peso ideal. É a mesma coisa que programar uma rotina para si mesmo.¹⁸

3.1. Auto-hipnose

A maioria das pessoas acredita que o hipnotismo é um poder que uma pessoa tem sobre a outra, podendo obrigá-la a fazer tudo o que lhe for ordenado. Isto não é verdade. A pessoa que está hipnotizada acha-se entre o estado alerta (vigília) e o sono, permanecendo uma porta de contato aberta com o mundo exterior, e é a palavra do hipnotizador que atua. Uma voz gravada poderá hipnotizar uma pessoa e sabe-se hoje que o que hipnotiza é a

própria pessoa. Portanto, toda vez que uma pessoa for hipnotizada estará na realidade se auto-hipnotizando, a voz do hipnotizador apenas ajuda.¹⁹

Um hipnólogo poderá ajudar ao paciente a mudar os seus hábitos alimentares, ou o hipnotizado poderá fazer isso por ele mesmo. Se ele o fizer, estará usando a auto-hipnose, que é capaz de atingir quase todos os surpreendentes efeitos da hipnose.¹⁹

3.2. Modifique seus hábitos alimentares através da hipnose

No estado de relaxamento podemos alcançar a parte mais profunda da mente e instruí-la, para obter as mudanças necessárias em nossa vida. Todavia é necessária muita prática para atingir o estágio de hipnose. De suas primeiras tentativas de relaxamento até chegar a fase de obter resultados efetivos às sugestões haverá tempo e treinamento; até que o seu estado de relaxamento seja tão completo que seu consciente não mais interfira em suas sugestões. Somente então, será aceita a sugestão de que, por exemplo, "proteínas são melhores para o organismo do que os açúcares".¹⁹⁻²¹

Poderá realmente inverter o paladar de dois alimentos. Por exemplo, imagine que você detesta o gosto do espinafre, mas adora o de espaguete. Poderá realmente convencer a sua mente, através de simples e repetidas sugestões, de que o espinafre é tão bom quanto o espaguete e que o espaguete tem um gosto tão ruim como o espinafre.²¹

O controle da sua mente por você mesmo é um controle passivo. Tudo que deve fazer é comunicar-se consigo mesmo, dar a si mesmo as instruções alimentares certas, naturais e saudáveis, e o resto será automático. Você não perceberá que está fazendo um regime, que está controlando sua dieta. De fato, não é realmente uma dieta. Você terá uma alimentação adequada, prescrita, e a gostará do que está comendo, não ficando deprimido quando recusar um pedaço de bolo ou um sorvete. Ao contrário, você se sentirá chateado se comer o

bolo ou o sorvete e recusar a salada de frutas.^{21,22}

3.3. Como atuam os padrões de sugestões

Os padrões de sugestionabilidade podem variar desde o bocejo involuntário até a analgesia ou a faculdade de não sentir dor. Neste último, poderá até acender um fósforo e segurar a chama com seus dedos, e não sentirá dor, e o que é mais assombroso, não se formará bolha de queimadura.²⁰

Os faquires indianos são famosos por deitarem em camas de pregos. Sabe-se que os kahunas havaianos andam sobre o calor da lava fervente. Alguns rituais tribais em todas as partes do mundo citam a caminhada sobre brasas sem dores aparentes ou queimaduras no corpo. Muito é possível fazer através da hipnose ou auto-hipnose.^{20,21}

3.4. Por que a imaginação é mais poderosa do que a força de vontade?

O poder da imaginação é o maior poder sobre a Terra. No organismo, a imaginação funciona como estímulo. Imagine um bife bem passado e virá água na boca. Você não conseguiria ocasionar a formação de saliva unicamente pela força de vontade. É a imaginação que causa a impotência, o medo e uma enormidade de distúrbios emocionais. Utilizando a imaginação num sentido positivo, qualquer pessoa pode obter saúde, bem-estar e controle emocional. A chave mágica para a auto-sugestão é a visualização enquanto o pensamento está no estado de relaxamento. Visualizar é permitir a mente aceitar a imagem para armazenamento.²³

Em seu livro, Sidney Petrie e Robert Stone²¹ falam sobre a importância de visualizar-se magro toda vez que se olhar no espelho.

“Quando se olhar no espelho, expulse vagarosamente a imagem do que vê. Feche então seus olhos, e visualize um rosto mais afilado e com queixo menor. Estenda depois a visão para todo o corpo.

Olhe-se inicialmente de frente, depois de perfil, removendo de cada vez de sua imaginação as saliências gordurosas dos quadris, da barriga etc. Repita esse exercício como um procedimento normal cada vez que se divisar no espelho”

3.5. Controlando o emocional para emagrecer

Um dos fenômenos inexplicáveis da mente é usado universalmente na psicoterapia: *com a compreensão advém a cura*. Explique a causa do sintoma e esse desaparecerá.²²

A compreensão sobre o excesso de peso ajudará muitíssimo às pessoas equilibrarem seu emocional, ajudando assim a escolher sua alimentação adequada. Quando você estiver relaxado e pronto a transmitir-lhe sugestões para desenvolver seu bem-estar deverá sempre emitir ordens que ponham um término nas emoções negativas e que fortaleçam as positivas.²¹⁻²³

Eis aqui alguns exemplos de sentimentos negativos: remorso, inveja, ciúmes, ódio, raiva, ansiedade, preocupação, fracasso, apreensão, destruição, pessimismo, aborrecimento, apatia, impotência, exaustão, frustração, maldade e descrença. Essa pode ter sido a frase mais negativa jamais escrita, mas são facetas ainda muito mais negativas em nossa personalidade. Talvez você ainda possa lembrar-se de mais algumas.²²⁻²³

Eis agora alguns exemplos de sentimentos ou atitudes positivas: fé, amor, confiança, segurança, compreensão, força, vigor, sucesso, otimismo, autoconfiança, interesse, conhecimento, zelo, vitalidade, vigilância, jovialidade, gratidão, benevolência, apreciação e solicitude.

Tudo na lista anterior dos sentimentos negativos parece sinônimo de invalidez, fracasso e dano. Observe que terminamos com uma lista de reações positivas, pois se o tivéssemos feito com uma negativa, estaríamos deixando-lhe um resíduo de negatividade, naturalmente destrutivo. Terminando com a

lista positiva, você ficará com pensamentos criadores construtivos. Essa é a técnica a ser usada em convencer a si mesmo a ser sensato.²¹⁻²³

4. Técnicas de Hipnose para Emagrecimento

Há várias técnicas de indução, as mais praticadas se baseiam no relaxamento corporal, mas o transe pode ser conseguido através de outras formas, principalmente com métodos ericksorianos indiretos. Não entraremos em detalhes sobre todas as técnicas existentes em hipnose, mas selecionamos alguns exercícios que achamos muito interessante, descritos na literatura para o processo de emagrecimento. Um aspecto importante na perda do peso é ter em mente alguma imagem de alguém, ou de você mesmo no passado, com quem você gostaria de parecer quando perdesse peso.²³⁻²⁵

Vendo-se ao espelho. A sua imaginação pode ajudar. Imagine você refletido em um espelho, mais magro no reflexo e então veja-se entrar no espelho e fundir-se com esta imagem. Repare as sensações que você experimenta. Saia do espelho, fique novamente em pé frente a ele e empurre a imagem com a mão direita, pelo lado direito, para fora do espelho. Toda vez que você se sentar para comer, ou alguns minutos antes, veja esta imagem na qual você está se transformando. Talvez você queira desenhar esta imagem em um papel e pendurá-la em um local onde possa vê-la com frequência. Você pode até querer levá-la consigo, se for passar longos períodos fora de casa. Ver a figura por um momento reforça a sua intenção.²²

Para perder os quilos supérfluos. Sugestões de pensamentos: “Já não sinto a ansiedade de engordar... estou emagrecendo... emagrecendo... sem nenhuma fadiga livre-me do fantasma do ganho de peso e agora... meu peso diminui, diminui regularmente..., sei que estou emagrecendo..., emagrecendo... Sei que vou recuperar a silhueta... o peso normal... e não voltarei a engordar nunca mais. Meu peso

diminui... diminui dia após dia... diminui. Toda noite, antes de dormir... eu me descontraio... e penso... estou emagrecendo... emagrecendo... emagrecendo... emagrecendo dia a dia..., dia a dia... Emagreço enquanto durmo... emagreço. Antes de cair no sono, penso... estou emagrecendo... vou entregar-me ao sono... vou emagrecer mais ainda... durante toda a noite estarei emagrecendo... e toda noite durmo profundamente... a noite inteira emagreço... emagreço... emagreço”^{22,23}.

Para controlar o apetite. “Estou comendo cada vez menos... e quanto mais emagreço, menos fome tenho... Não sinto necessidade de comer entre as refeições... pois nessas horas nunca tenho fome... assim, vou emagrecendo, emagrecendo... meu apetite diminui... diminui... diminui todo dia... já não espero a refeição com impaciência... pois não sinto tanta fome assim... não me atiro mais sobre o prato... porque não tenho mais apetite... o apetite é cada vez menor... Ao começar a comer... percebo que já não tenho fome... meu apetite diminui... após alguns bocados, estou satisfeito... não tenho mais fome... meu apetite diminui... diminui... diminui... dia a dia... Quanto menos como...menos a comida me faz falta... Penso cada vez menos em comer... já não aprecio as comidas pesadas, que fazem engordar... prefiro a qualidade à quantidade... De resto, já não tenho tanto apetite assim... só pego uma pequena quantidade de cada prato... e vontade de comer... cada vez menos... e meu apetite diminui... diminui todo dia.”^{22,23}

Para afinar a silhueta. “Atualmente, a alegria que sinto em emagrecer me proporciona mais satisfação que a mesa... comer menos se tornou indiferente para mim... a tal ponto me sinto renascer... desde que me sinto mais flexível... mais leve também... que minha silhueta está se afinando... Noto que a barriga diminui... não me sinto pesado como antes... Vou me tornando mais magro... dia a dia vou ficando mais esguio... mais esguio... Vejo-me em pensamento... tal como logo me tornarei...

andando com desembaraço... em um passo elegante e ativo... Vejo meu corpo em traje de banho... na praia... livre das adiposidades... flexível e harmonioso... Minha silhueta se adelgaça de dia para dia... e sei que sempre poderei melhorá-la... ter uma silhueta como a que antevero agora... em pensamento... essa será a silhueta que terei... estou certo disso..., tudo farei para obtê-la... Aliás... como pouco... e sinto desenvolver-se em mim a necessidade de me superar... de todas as maneiras... para aprimorar ainda mais a silhueta...”^{22,23}

4.1. Como Erickson trabalhava com a obesidade

Milton Erickson não interpretava, tão pouco ficava preso na visão que o sujeito tinha do problema. Ele se preocupava em fazer um bom transe, onde ele pudesse usar de sugestão pós-hipnótica. Aqui, ele queria trabalhar através do sintoma, apenas modificando o sintoma, como um vírus injetado padrão, mas sempre dando uma nova conotação ao problema e, assim, resignificando o que era negativo e impositivo. Dessa maneira perdia o sentido, Milton Erickson usava algumas regras básicas, que são comentadas a seguir.^{18,25}

Expansão e distorção do tempo. Seria o exercício de prescrever repetidas vezes, em transe e fora de transe, sugestões pós-hipnóticas de que a pessoa, num tempo reduzido, fará aquilo que ela adora e sentirá como tendo feito por um período. Um exemplo: uma mulher que adorava comer, e muito. Ele apenas disse-lhe que reduzisse o tempo de duas horas para 15 minutos, onde ela pudesse comer prazerosamente, saudavelmente, tudo que ela necessitava para o seu próprio bem, em 15 minutos. E esses 15 minutos valeriam por duas horas completas de satisfação.

Dessa forma, os problemas de obesidade podem ser trabalhados ao nível do problema. Ao *nível orgânico*, como a pessoa come, o que come, a quantidade, seu problema digestivo, seu metabolismo; ao nível dos *costumes e*

hábitos propriamente dito, tais com beliscar o tempo inteiro, sem se alimentar e comer muita quantidade; e ao nível **cognitivo**, as crenças limitantes que essa pessoa tem, tais como comer para ficar saudável; engordar depois do casamento; ficar obesa para ser uma boa avó; pessoas muito magras não são saudáveis etc.

Entre muitas outras crenças limitantes que você pode trabalhar: (a) a compulsão por comer, como a necessidade de satisfazer uma tensão; (b) um desejo específico de comer alguma coisa (por ex.: chocolates); (c) o nível simbólico, a significação para o mundo interno dessa pessoa, a origem do hábito, o que significa para ela estar gorda; (d) o sobrepeso e a obesidade como proteção frente a um perigo externo ou interno (dor, abandono, solidão etc.), e trabalhar com esses fatores de sofrimento; (e) a função e a interação familiar do problema da obesidade (o motivo pelo qual se mantém obesa); (f) o sobrepeso e a obesidade como dificuldade para a auto-aceitação (auto-estima, amor próprio, da crença limitante de não ser amado); (g) o subir e descer de peso, o poder das dietas, a questão da bulimia, o conflito entre as partes dessa pessoa. Uma parte quer ficar magra e outra parte está engordando; (h) comer como uma maneira de seguir, “engolindo” emoções não digeridas e não assimiladas.^{18,21-26}

5. Considerações Finais

Neste trabalho, foi mostrado o mundo dos obesos, onde há mais doenças, preconceitos, rejeições, frustrações para exercer sua sexualidade, dificuldades de se vestir e para arranjar emprego, enfim, um transtorno sério que merece muita atenção. Sabemos que todo obeso gostaria de emagrecer e mudar este quadro, mas para isso, não basta fechar a boca, é preciso mudar de comportamento, e a hipnose pode auxiliar muito nesse processo porque quando estamos no estado de relaxamento nossa mente fica apta para aceitar as sugestões de mudanças necessárias.

Precisamos olhar com carinho o aspecto afetivo, a carência de amor, ansiedade e depressão nesses indivíduos obesos. Estas pessoas podem estar alimentando-se fisicamente do que precisa sentimentalmente. E nesses casos, devemos trabalhar primeiramente a ansiedade, equilibrando o estado emocional para depois mudar os hábitos alimentares e estimular a prática de atividades físicas, para que elas atinjam o seu peso ideal.

Existem na literatura vários trabalhos mostrando que só dieta e atividade física não bastam, precisamos tratar da nossa mente e buscar equilíbrio total para nos mantermos magros e saudáveis.

O importante desta técnica é que após dadas as sugestões, seja por você mesmo (auto-hipnose) ou pelo hipnólogo, seu subconsciente fará tudo automaticamente e quando estiver no estado de vigília fará a redução dos alimentos e escolherá os alimentos adequados. Com estas mudanças terá a oportunidade real de resolver seu problema de obesidade.

Resumidamente, a obesidade é considerada hoje uma doença e como tal merece tratamento. A hipnose pode contribuir muito para o controle do peso, modificando hábitos alimentares e estimulando as atividades físicas.

Podemos também praticarmos os exercícios mentais específicos para emagrecer, fator importante neste processo.

Referências

1. Busato de Azevedo MAS. Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia da SBP* 2004; 12:127-144.
2. Marussi D, Dalgalarrodo P. Perfil Psiquiátrico de pacientes com Obesidade Mórbida. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM da UNICAMP, 2003.
3. Gasparini SRS. Obesidade; como classificá-la? In *PsiqWeb*, <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em 2011.
4. Ballone GJ. Obesidade, in *PsiqWeb*. <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=97> (acesso em 2011).

5. Virtue D. Síndrome do Peso - Como combater a compulsão ao comer e recuperar o peso ideal. São Paulo: Ed. Best Seller, 1994.
6. Gasparini, SRS. Geriatria e Gerontologia. <http://www.saudevidaonline.com.br/artobes.htm>. (acesso em 2011).
7. Hainer V, Toplak H, Stich V. Fat or Fit: What Is More Important? *Diabetes Care* 2009; 32: S392–S397.
8. Strauss R – Childhood obesity. *Curr Probl Pediatr* 1999; 29:1-29.
9. Feldman J. Tratamento do diabetes. <http://www.epub.org.br/svol/artigo69.htm> (acesso em 2011).
10. Liberman M. Obesidade e resistência à insulina: “janela” para a disfunção miocárdica. *Arq. Bras. Cardiologia* 2011; 97:92-93.
11. Mancini M, Aloe F, Tavares S. Apnéia do sono em obesos. *Arq. Endocrinol. Metab.* 2000; 44:81-90.
12. Chacur EP, Oliveira e Silva L, Luz GCP, Leão da Silva P, Baraúna MA, Cheik NC. Obesidade e sua correlação com a osteoartrite de joelho em mulheres. *Fisioter Mov* 2008; 21:93-98.
13. Stuart RB. *Pense Magro e Emagreça. O método mais popular do mundo para perder peso.* São Paulo: Ed. Record, 2002.
14. Kessler M, Halpern A, Zukerfeld R. *Emagreça Mudando o Corpo e a cabeça,* São Paulo: Editora Record, 2002.
15. Katzung B, Masters S, Trevor A. *Basic and Clinical Pharmacology.* 12th ed., Mc Graw Hill. Lange, 2011.
16. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosc* 1999; 11:110-125.
17. Green JP, Barabasz AF, Barrett D, Montgomery GH. The 2003 APA division 30 definition of hypnosis. *J Clin Exp Hypnosis* 2005; 53:259-264.
18. Erickson MH, Rossi E. *The Collect Papers vols.1, 2, 3 e 4* Zeig JK, 1985.
19. Feitosa N. *A Auto-Hipnose e Você.* Campos de Jordão: Editora Vertente, 1998.
20. Jagot PC. *O Poder da Auto-Sugestão - Método Prático de Auto-ugestão.* Rio de Janeiro: Editora e Distribuidora Palls AS, 1979.
21. Petrie S, Stone RB. *Como Reduzir e Controlar seu Peso através do ato-hipnotismo,* São Paulo: Editora Best Seller, 1966
22. Epstein G. *Imagens que Curam – Guia Completo para a Terapia da Imagem.* 9ª edição. Rio de Janeiro: Xeno Ediora e Prod. Cult. Ltda, 1989.
23. Rouet M. *O Poder do Subconsciente - Resolva seus problemas pessoais com a ajuda da auto-hipnose associada ao pensamento criador.* Livros que constroem. São Paulo: IBRASA Inst Bras Difusão Cult Ltda, 1994.
24. Araujo JSA. *Hipnose Ericksoniana.* Vitória/ES: Editora Gráfica Sodré, 2004.
25. Robles T, Abia J. *Autohipnose - Aprendendo a Caminhar Pela Vida.* Belo Horizonte: Ed. Diamante, 2001.