



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Aplicação da Hipnose Clínica na Obesidade

Ana Catarina Tróia Pinto Laginhas

Julho de 2017

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia
Médica

Aplicação da Hipnose Clínica na Obesidade

Ana Catarina Tróia Pinto Laginhas

Orientado por:

Professor Doutor Mário Simões

Julho de 2017

Resumo

A obesidade é uma doença de difícil controlo, que está associada a um grande insucesso terapêutico, sobretudo a longo prazo. Nesta síndrome multifactorial, há uma componente psicológica que actua de forma subconsciente e que é responsável, em parte, pela falta de motivação e de empenho nos programas de perda de peso, contribuindo para as sucessivas recaídas. Desta forma, há necessidade de encontrar novas intervenções terapêuticas complementares que sejam sobretudo dirigidas a esta vertente psíquica.

Este trabalho tem por objectivo averiguar o contributo da hipnose clínica no tratamento da obesidade, analisando os eventuais benefícios que esta abordagem possa trazer às restantes terapêuticas, bem como, avaliar a sua eficácia.

Palavras-chave: hipnose, obesidade, tratamento, alternativo

Abstract

Obesity poses serious disease control issues, often associated with long term therapeutic failure. Within this multifactor syndrome, an underlying subconscious psychological component may be partially held accountable for the lack of motivation and commitment in weight loss programs and corresponding repeated relapses. Consequently, there is need to envisage new complementary therapeutic interventions, specifically targeting psychological factors.

The aim of this dissertation is to ascertain the contribution of clinical hypnosis in obesity treatment, analyzing the potential benefit this approach may add to other therapeutical methods, as well as its efficacy.

Keywords: hypnosis, obesity, treatment, alternative

O trabalho final exprime a opinião do autor e não da Faculdade de Medicina de Lisboa

Índice

Obesidade – Introdução	5
Classificação	6
Etiologia.....	7
Factores ambientais	7
Factores genéticos.....	8
Outros factores.....	8
Aspectos Psicológicos da Obesidade.....	9
Hipnose	10
Indução.....	11
Sugestão	12
Mitos	13
Aplicação da hipnose clinica no tratamento da obesidade	15
Técnicas hipnóticas utilizadas na obesidade.....	16
Resultados	19
Discussão	23
Agradecimentos	25
Bibliografia	26

Obesidade – Introdução

A obesidade é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública em todo o mundo [24,55], afectando crianças, adolescentes e adultos [13]. Infelizmente, esta doença já é mais frequente do que outros problemas, como a desnutrição [24]. Devido às dimensões assustadoras que adquiriu nas últimas décadas, associadas ao impacto na morbilidade e mortalidade, a obesidade foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI [13,46,55].

Esta epidemia continua a alargar a um ritmo alarmante, não só nos países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento, atingindo homens e mulheres de todas as raças [13, 23]. Apesar de tudo, nos últimos cinco anos, devido aos esforços implementados, esta evolução tem sido mais lenta [39]. Todavia, se não forem tomadas medidas mais drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 [45].

A obesidade é uma consequência do estilo de vida confortável da sociedade moderna, caracterizada por hábitos alimentares pouco saudáveis, associados a uma população eminentemente sedentária [46,51] sendo, desta forma, encarada como a “síndrome do novo mundo” [38].

A obesidade está associada a uma mortalidade precoce, por estar na origem de uma serie de doenças crónicas debilitantes que poem a vida em risco, incluindo alguns tipos de cancro, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares [22,38,55]. O risco de desenvolvimento destas doenças é proporcional ao aumento de peso [22,51].

De igual forma, estas doenças implicam custos elevados para a saúde. Estima-se que em Portugal os custos directos da obesidade absorvam 3,5% destas despesas [24]. Por sua vez, o impacto no individuo pode ser quantificado pela influencia na qualidade de vida, no recurso aos serviços de saúde, no absentismo, na perda de autonomia, nas relações interpessoais, na marginalização e no isolamento [2,46].

Na União Europeia 51,6% dos adultos têm excesso de peso. [21]. A panorâmica em Portugal não é muito diferente, pois 34% da população adulta apresenta pré-obesidade e 12% é considerada obesa, sendo que esta prevalência é mais elevada nas classes sociais mais desfavorecidas [21,45].

Classificação

A obesidade pode ser definida como um estado de desequilíbrio entre a quantidade de energia consumida e a quantidade de energia despendida, em que ocorre um balanço positivo persistente, com a consequente acumulação excessiva de gordura corporal [2,19,38,45,46].

Para o estudo da obesidade podem-se recorrer a várias medidas antropométricas como o peso, a altura e a circunferência abdominal, entre outras que proporcionam uma forma acessível, relativamente fácil, barata e não invasiva de determinar a proporção e composição corporal de cada indivíduo [2]. O IMC é a medida padrão internacional usada para classificar a obesidade, relacionando o peso e a altura através da seguinte equação [5,19,24, 38,45]:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{altura}^2 (\text{m}^2)$$

Considera-se pré-obesidade quando o $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e obesidade quando o $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ [24,27,45,51,55].

Apesar de se verificar uma boa correlação entre o IMC e a massa gorda corporal [45], esta classificação apresenta algumas limitações. Indivíduos obesos apresentam diferenças não só na quantidade de gordura como também na sua distribuição, o que não é avaliado através do IMC [51], sendo que as doenças associadas à obesidade estão mais relacionadas com a distribuição morfológica da gordura do que com o IMC [2]. Nem todas as pessoas obesas, mesmo com obesidade de grau III, desenvolvem certas doenças associadas à obesidade - “obesos metabolicamente saudáveis” - da mesma forma que pessoas não obesas, com IMC dentro da normalidade, podem desenvolver estas doenças [22, 27, 51].

A resposta para este dilema parece estar no facto destas últimas terem um excesso de tecido adiposo abdominal, contrastando com as primeiras, que apresentam um menor valor de adiposidade nesta região [22]. De facto, a distribuição da gordura corporal não é homogénea. Quando o tecido adiposo predomina na região abdominal (forma de maçã) que está presente sobretudo nos homens, denomina-se obesidade androide [2], estando bem estabelecida uma associação entre este tipo de adiposidade abdominal e a resistência à insulina e o risco cardiovascular [2, 22]. Por outro lado, quando a gordura se acumula

na região das coxas, ancas e nádegas (forma de pêra) característica do sexo feminino, classifica-se como obesidade ginóide, não se encontrando tão correlacionada com os componentes da síndrome metabólica [2,45,51].

Uma forma indirecta de avaliar a adiposidade intra-abdominal é através da medição do perímetro da cintura, que se faz utilizando uma fita métrica, no ponto médio entre o bordo inferior da última costela e a crista ilíaca [45]. Pelos motivos expostos anteriormente, esta medida pode ser considerada como um marcador de risco cardiovascular, em que valores de perímetro da cintura superiores ou iguais a 88 cm para as mulheres e superiores ou iguais a 102 cm para os homens estão associados a um aumento do risco de complicações associadas à obesidade. [22, 27, 45].

Etiologia

A obesidade é uma doença com origem multifactorial [2,27,38], que envolve uma complexa interação entre factores genéticos, psicológicos, socioeconómicos, culturais e ambientais, [7] que culminam num estado de desequilíbrio entre o consumo e o gasto de energia. Este desequilíbrio tende a perpetuar-se no tempo, pelo que a obesidade é considerada uma doença crónica. Assim sendo, é muito simplista pensar-se que esta doença se deve apenas a um aumento de ingestão de calorias e/ou diminuição da actividade física, apesar destes serem, sem dúvida, os factores mais bem estudados. [23,45,46].

Factores ambientais

A influência de factores ambientais e comportamentais no desenvolvimento da obesidade pode ser justificada pelo aumento da prevalência de indivíduos obesos, que se tem verificado nas ultimas décadas, nos países desenvolvidos, como consequência da modificação do estilo de vida e dos hábitos alimentares das sociedades ocidentais, que incluem o aumento de consumo de “fast foods”, associado a estilos de vida sedentários [2, 46].

Os hábitos alimentares constituem um determinante essencial para a saúde. Alguns autores mostraram que existe um maior risco de um individuo se tornar obeso se tiver uma alimentação inadequada. Dietas ricas em gorduras, açúcares e bebidas

gaseificadas e pobres em frutas e vegetais estão intimamente relacionadas com o aumento de peso. Da mesma maneira, nos países industrializados foi demonstrado que o consumo crónico de álcool também se encontra associado ao excesso de peso. [2,38,46]

Complementarmente, existe uma associação entre a diminuição de actividade física e o aumento de peso, em que a obesidade é mais frequentemente observada nas pessoas sedentárias, comparativamente a pessoas que praticam exercício físico regular. [2,38,46].

Factores genéticos

Diversos estudos mostraram que, independentemente dos factores ambientais, indivíduos com progenitores obesos têm uma maior tendência para desenvolver obesidade. A prova disto é que pessoas adoptadas apresentam IMCs que se assemelham mais aos dos seus pais biológicos do que aos dos seus pais adoptivos, sugerindo que existe alguma influência genética na etiologia da obesidade. [2,28]

De facto, vários estudos identificaram uma associação entre alguns casos de obesidade e certas mutações genéticas que parecem estar relacionados com o consumo e o gasto de energia, bem como, com o controlo do apetite e o comportamento alimentar. [28,38]. Contudo, estas influências genéticas representam uma fracção ínfima dos casos de obesidade, sendo que os genes envolvidos aumentam a suscetibilidade que um individuo tem para a ocorrência de obesidade, quando expostos a um meio ambiente desfavorável [2, 23].

Da mesma forma, o aumento “recente” da prevalência da obesidade nos países desenvolvidos ocorreu de uma forma excessivamente rápida para poder ser explicado apenas com base nas alterações genéticas, reforçando a importância dos factores ambientais na etiologia da obesidade. [2, 28].

Outros factores

Algumas doenças também se encontram associadas à obesidade como, por exemplo, o hipotireoidismo, a síndrome de Cushing e a síndrome dos ovários poliquísticos [23,28].

Por outro lado, foi também demonstrado que a obesidade em crianças ou adolescentes é um factor de risco para o desenvolvimento de obesidade na idade adulta [2].

Também as mulheres múltiparas são mais frequentemente obesas que as nulíparas ou primíparas e a cessação tabágica pode similarmente levar ao aumento do IMC. [2, 46].

Aspectos Psicológicos da Obesidade

A obesidade cria uma enorme carga psicológica, sendo que a insatisfação corporal é a complicação psicológica mais frequente que advém desta doença. [5] Indivíduos com um IMC maior tendem a ter uma imagem corporal mais negativa, em virtude das suas medidas fugirem ao padrão de “corpo ideal” imposto pelas sociedades ocidentais, que se caracteriza por corpos magros, esbeltos e tonificados [5,47].

Isto gera ansiedade, baixa autoestima, insegurança e tristeza, o que leva, em ultima instância, a que os indivíduos obesos se “fechem no seu mundo” e se isolem do exterior [10]. Não obstante, estas pessoas vêm na comida uma forma de amenizar este sofrimento. Pessoas com excesso de peso consomem mais alimentos em situações de stress emocional, como mecanismo compensatório, criando, assim, um ciclo vicioso [9,10,12,47].

Apesar de tudo, vários estudos demonstraram que os indivíduos obesos geralmente não têm mais problemas psiquiátricos do que os indivíduos com peso normal [5,18,23].

Hipnose

A hipnose clínica pode ser caracterizada como um procedimento durante o qual um profissional de saúde sugere a um paciente alterações nas percepções, sensações, emoções, pensamentos ou comportamentos [17,33,35].

Tratando-se de uma experiência multidimensional e controversa, facilmente se percebe que não existe uma teoria única que seja unânime para descrever a complexidade deste fenómeno [17].

A hipnose pode ser definida como um estado modificado da consciência [17,48], caracterizado por uma redução temporária do juízo crítico, uma focalização da atenção internamente, com uma suspensão relativa da consciência periférica e um aumento da imaginação, que amplificam a sugestibilidade [3,6,17,33,42,43].

Trata-se de um estado modificado da consciência, por envolver alterações da consciência em relação ao estado base de vigília, diferindo, de igual forma, do sonho ou do sono [32,35]. A pessoa “hipnotizada” está acordada e num estado de vigília diferenciada, que convida à absorção nas experiências internas, desencorajando a concentração da atenção para estímulos irrelevantes que iriam competir com a total imersão do paciente nas sugestões imaginativas. [17,32].

A hipnose afecta as funções integrativas cerebrais e induz alterações ou mesmo quebras entre diferentes subunidades do cérebro que são responsáveis pela formação da experiência consciente [17]. Desta forma, percebe-se que é irrealista esperar que exista uma única “assinatura psicológica” no estado hipnótico [17]. Por outras palavras, não existe uma alteração neuropsicológica específica correlacionada com a hipnose, o que leva alguns autores a considerarem que não existe [17,48].

O procedimento hipnótico tipicamente envolve duas fases, a indução e a sugestão [32].

Indução

A indução hipnótica é o procedimento utilizado para introduzir a hipnose [34]. Depois de estabelecida a empatia, a indução é, geralmente, considerada como o segundo passo necessário para se atingir o estado hipnótico [8,34,42].

A indução contribui e está envolvida num contexto experimental mais vasto que estabelece e reforça a ideia de que a interação entre o terapeuta e o doente é de natureza “hipnótica” [34]. Ou seja, a indução determina uma mudança na comunicação entre estes dois intervenientes, demarcando como sendo “hipnótico” tudo o que a sucede. Desta forma, esta fase ao enquadrar a situação como hipnótica e especial, amplificando potencialmente as expectativas dos doentes sobre o que é possível imaginar, pensar, sentir e fazer, aumenta a motivação destes para responderem e para se envolverem nas sugestões imaginativas. No fundo, a indução amplifica e foca a imaginação, os pensamentos, as emoções, a linguagem, as sugestões e os comportamentos [32,34].

A indução acaba por ser uma sugestão inicial para o paciente usar a imaginação, não existindo mais do que uma fina linha a demarcar as sugestões contidas na indução e as que a seguem [32]. Várias induções contêm sugestões implícitas e explícitas para desviar a atenção do exterior, focalizando-a internamente, de forma a atingir o estado hipnótico [32,34].

Existem vários tipos de induções hipnóticas como a “técnica de revirar os olhos em estrabismo convergente”, a “indução por levitação da mão e braço”, a “técnica da fixação do olhar”, a “indução por dissociação cognitiva”, a “indução por relaxamento progressivo” e a “hipnose conversacional” ou “Ericksoniana” [42].

A hipnose é tipicamente realizada num local calmo, ajudando a marcar a situação como “hipnótica”, ao diminuir as distrações e ao encorajar o doente a focalizar a sua atenção na voz do terapeuta e no efeito das sugestões, à medida que elas vão sendo propostas [32,34]. Apesar de existirem diversas formas de indução hipnótica, a maioria inclui sugestões para relaxar, bem como para imaginar experiências agradáveis [32,34]. Também não é surpreendente que, uma das primeiras sugestões utilizadas seja a de fechar os olhos, de forma a aumentar a concentração interior [34].

Sugestão

Pode-se dizer que uma pessoa “está hipnotizada” quando responde a sugestões imaginativas que são apresentadas posteriormente à indução [32].

A sugestão pode ser definida como uma forma de comunicar uma ideia ou crença que, uma vez aceita, tem a capacidade de produzir profundas alterações no humor, pensamentos, percepções e comportamentos [31,40]. Sugestões imaginativas são pedidos para experimentar um estado imaginativo como sendo real, ou seja, são um meio de reestruturar a realidade de forma criativa [32].

Na hipnose clínica, as sugestões hipnóticas são encaradas como evocações automáticas e respostas únicas por parte do paciente, com a finalidade de atingir objectivos terapêuticos que de outra forma poderiam não ser possíveis [31,40]. Através das sugestões podem ser produzidos ou eliminados diversos fenómenos como a experiência da dor e delírios entre outros [40].

Também podem ser utilizadas sugestões pós-hipnóticas, que são oferecidas durante o estado hipnótico com a intenção de serem postas em prática após a hipnose. Nestes casos, a resposta à sugestão é geralmente evocada por associação a uma pista e tende a restabelecer por breves instantes o transe hipnótico. [31]

Sugestões efectivas são compostas por três processos: o “rapport” emocional entre o doente e o terapeuta, a aceitação da sugestão e o efeito desta última, depois de ter sido incorporada na personalidade [31]. Na hipnose, a “resistência” não vem do paciente como na psicanálise, ocorrendo quando existe uma falha no rapport [48].

O sucesso da sessão hipnótica também depende da susceptibilidade hipnótica, que varia de pessoa para pessoa e dentro da mesma pessoa em diferentes fases da vida [48]. Esta variabilidade individual na habilidade para responder a sugestões denomina-se hipnotizabilidade e mostra uma inclinação hereditária [14,56].

Diferenças individuais na hipnotizabilidade são prevalentes e podem ser avaliadas através de testes [14,40,48]. Há algumas sugestões hipnóticas que requerem mais competências hipnóticas por parte do indivíduo como as alucinações visuais negativas (não ver algo que está à sua frente), enquanto que sugestões como relaxar podem ser experimentadas por praticamente todas as pessoas [11]. Quanto mais sugestionável uma

pessoa for, maior o benefício que tirará de uma determinada aplicação através da hipnose [11].

Factores sociais, como as expectativas, crenças e motivações também vão influenciar a forma como as pessoas respondem à hipnose [11]. A crença da pessoa que vai ser submetida a hipnose é um bom preditor da extensão com que ela a experimenta. Da mesma forma, o “rapport” ou relação de empatia e confiança que é estabelecida entre o doente e o terapeuta também contribui para a idiossincrasia da hipnose. [11,32].

Mitos

Devido à indústria cinematográfica, à literatura (romances e ficções), aos média em geral, às histórias que passam de geração em geração e estão enraizadas em diferentes culturas e à hipnose de palco existem diversos mitos associados à hipnose que se promulgaram [36]. Estas crenças e atitudes negativas face à hipnose têm contribuído para que este procedimento permaneça mal compreendido, seja controverso, subutilizado e fracamente aceite pela população leiga, bem como pelos profissionais de saúde. [3,36,42].

Como referido anteriormente, estas crenças e expectativas vão influenciar a forma como as pessoas respondem à hipnose, acabando por interferir com os objectivos terapêuticos. Deste modo, a primeira fase da hipnose ou “pre-indução” é fundamental para estabelecer o “rapport”, desmistificar crenças e diminuir o receio, de forma a que o paciente esteja disposto, motivado e seja esperançosamente capaz de experimentar qualquer sugestão [11,34,36].

Um dos mitos mais frequentes inclui a ideia que o “hipnotizador” pode controlar a mente do “hipnotizado” [36]. Muitas pessoas têm medo de perder o controlo durante a hipnose, de revelar os seus segredos ou de fazer coisas contra a sua vontade [42], achando que não vão conseguir resistir ou opor-se às sugestões hipnóticas e que, em vez disso, vão responder de forma robótica [34]. Na realidade, o terapeuta não tem o poder de controlar o paciente, as suas palavras não são mágicas e este funciona apenas como um facilitador do processo terapêutico [3, 35]. O paciente é que tem um papel activo, podendo ignorar as sugestões hipnóticas, se assim o desejar, uma vez a mente subconsciente é sempre capaz de rejeitar quaisquer sugestões, incluindo as imorais ou inapropriadas [3,31,35].

A crença que o estado hipnótico é igual ao sono deve-se, por um lado, à origem da palavra hipnose, que deriva da palavra grega "hypnos", que quer dizer sono [3]. Por outro lado, quando o paciente se encontra neste estado, geralmente os seus olhos estão fechados, a sua respiração está mais calma e há uma alteração do estado de consciência, o que leva a que várias pessoas, presumam erradamente que o indivíduo esteja a dormir [3]. Contudo, como já se referiu, o estado hipnótico corresponde a um estado modificado da consciência, que difere do sono [35]. Estes dois estados partilham uma diminuição relativa da consciência periférica, mas enquanto que no sono a focalização da atenção está dissolvida, na hipnose, ela está intensificada. De facto, na hipnose, a pessoa entra num estado em que cada vez se encontra mais acordada e mais concentrada, com um aumento da absorção e diminuição da distractibilidade [3].

Aplicação da hipnose clínica no tratamento da obesidade

A obesidade é uma doença de difícil controlo, estando associada a um grande insucesso terapêutico [10,46], com diversas recaídas ao longo do percurso. Muitos indivíduos obesos tentam perder peso, contudo, a percentagem de pessoas que consegue manter esta perda de peso é baixa, sobretudo a longo prazo [27,50].

Estes fracassos sucessivos na obtenção de sucesso no tratamento de longa duração da obesidade vão continuar a existir enquanto a terapêutica for só dirigida ao corpo, ignorando os elementos psicológicos que estão envolvidos nesta síndrome [25]. De facto, na obesidade refractária há uma componente psicológica que actua de forma subconsciente [20], contribuindo para a ocorrência de recaídas, ao sabotar o compromisso terapêutico, sobretudo a longo prazo. Nestes indivíduos, adicionalmente aos factores genéticos e ambientais, que contribuem para a génese e manutenção da obesidade, há outros factores mais encobertos e subconscientes a actuar, que podem até ser mais obesogénicos [20]. Estes últimos, resultam de decisões executivas internas realizadas com base no subconsciente, geralmente provocadas por experiências desagradáveis, traumas ou decisões inapropriadas tomadas durante a infância ou na adolescência [20,25].

Desta forma, para uma abordagem terapêutica proporcionar uma redução de peso duradoura, é fundamental haver um suporte psicológico [49] para facilitar a mudança de comportamentos alimentares e, ao mesmo tempo, para se descobrirem os elementos psicológicos subconscientes que possam estar na origem da manutenção do excesso de peso [15,20,25].

Por este motivo, facilmente se percebe como a hipnoterapia pode ser um complemento potencialmente importante na terapêutica da obesidade, uma vez que este procedimento desempenha um papel fulcral na componente psicológica desta doença. Todavia, para este procedimento ser eficaz deve estar englobado num tratamento multidisciplinar [15] que inclui um seguimento rigoroso da dieta recomendada, bem como exercício físico e, por vezes, terapia cognitivo-comportamental [15,49]. A cooperação da família e a experiência do terapeuta são outros factores importantes para o sucesso desta técnica [6].

De acordo com Gravitz (1988), a aplicação da hipnose no tratamento da obesidade foi, pela primeira vez, reportada em 1847, quando o Dr. J. W. Robbins recorreu a sugestões aversivas para controlar o apetite dos seus pacientes [26].

A hipnoterapia actua através de mecanismos cognitivos como sugestões, visualizações e “ego-enhacement” [20]. Como referido anteriormente, no estado hipnótico, o doente aceita, incorpora e age em função das sugestões mais prontamente do que quando está acordado. Posto isto, através da hipnose são feitas sugestões terapêuticas que ajudam os pacientes obesos a resolver os seus problemas, aumentando a sua autoestima, alterando as suas percepções relativamente à imagem corporal, incrementando a motivação e solucionando problemas emocionais associados à dieta, aos hábitos alimentares e ao controlo [26,54].

Por sua vez, as sugestões pós-hipnóticas vão funcionar como um poderoso lembrete, uma voz interna “pseudo-consciente” que é activada de cada vez que os pacientes manifestam desejos inapropriados, como por exemplo comer compulsivamente [20,49,54].

Utilizando a hipnose desta maneira, é provável que os pacientes com obesidade refractaria, que têm dificuldade em aderir e/ou a sentirem-se motivados relativamente a programas de perda de peso, passem a beneficiar dos mesmos [49].

Técnicas hipnóticas utilizadas na obesidade

Numa abordagem inicial, como mencionado anteriormente, é importante trabalhar com o doente para estabelecer o “rapport”, desmistificar crenças e promover atitudes e expectativas positivas face à hipnose [49]. De igual forma, é importante que o paciente perceba que é ele que determina o sucesso ou o fracasso da terapêutica, sendo que o terapeuta apenas ajuda a inclinar a balança para o lado positivo [49,54].

A aplicação da hipnoterapia na obesidade envolve várias fases e diversos métodos que são diferentes de terapeuta para terapeuta, dependendo, também, da individualidade dos pacientes. [6,49,53].

Inicialmente, o terapeuta pode introduzir o estado hipnótico através de qualquer um dos métodos de indução mencionados anteriormente. Contudo, como os indivíduos

obesos geralmente sofrem de uma grande ansiedade, tensão e “stress” emocional [6,53], pode ser preferível o relaxamento progressivo. No estado hipnótico, o doente encontra-se mais aberto à sugestão e, assim, na fase seguinte vão ser introduzidas uma serie de sugestões terapêuticas com o objectivo de ajudar o paciente a perder peso [1,53]

Primeiramente, o terapeuta pode ensinar técnicas de autocontrolo [6,53]. Alguns indivíduos alimentam-se, não porque exista um aumento da sensação de fome ou uma alteração desta percepção, mas sim porque “aprenderam” ao longo do tempo que, comer reduz a sua ansiedade [49]. Deste modo, em situações de maior “stress” emocional comem de forma compulsiva, sendo que o preço desta “aprendizagem” é a obesidade. Nestes pacientes, durante a hipnose podem ser feitas sugestões, no sentido de estes identificarem situações ou episódios que desencadeiam esta compulsividade, para que estes possam ser corrigidos [53].

Ao ganhar controlo sobre a alimentação, também é necessário modificar a relação que estes doentes têm com a comida. Neste caso, podem ser feitas sugestões enquanto os pacientes se imaginam envolvidos em comportamentos alimentares saudáveis e apropriados, idealizando a perda de peso como consequência [25,52,54]. Isto pode ser conseguido através de sugestões para reduzir o apetite, controlar a quantidade de comida ingerida por dia, estabelecer horas fixas para comer, bem como, para seleccionar o tipo de alimentos ingeridos [6,49,53].

Por outro lado, através da hipnose, também se podem condicionar aversões à comida. Este fenómeno é conseguido através de sugestões para os doentes experimentarem enjoos e náuseas em relação a determinados alimentos muito calóricos [6,52]. Miller (1976) demonstrou que esta técnica de hipnoaversão é especialmente efectiva, quando os outros métodos falham [52].

Nesta primeira fase, também é importante ensinar os pacientes a comer [6,53]. Indivíduos obesos alimentam-se, inicialmente, como todas os outros, para responder ao estímulo da fome. Contudo, há uma grande percentagem destas pessoas que, a médio prazo, acaba por perder a capacidade de reconhecer esta sensação [49]. Como referido anteriormente, indivíduos com excesso de peso, geralmente, utilizam a comida como forma de se escudarem dos seus problemas. Assim, acaba por haver uma mistura de percepções, sensações e sentimentos, fazendo com que estas pessoas passem a interpretar erradamente várias pistas emocionais, como correspondendo à sensação de fome [49].

Nestes casos, é fundamental ensinar o doente a “escutar” o seu corpo, através de sugestões no sentido do seu estomago comunicar consigo, sinalizando se está ou não com fome [6,53]. Independentemente das sugestões dadas, o objectivo é que o paciente aprenda a sentir-se novamente satisfeito, sem necessidade de sentir desejos de comida entre as refeições [41,52,53].

Por outro lado, vários indivíduos obesos comem de forma excessivamente rápida e automática, sem saborearem aquilo que estão a ingerir [53]. Nestas situações, é necessário recorrer a sugestões para que estes doentes aprendam a comer devagar, a saborear uma garfada de cada vez, entregando-se ao palato ao invés do apetite, de forma a transformarem a experiencia gustativa num processo mais vívido e agradável [25,50,52,53].

Ainda nesta fase, podem ser feitas sugestões para que os pacientes encarem a prática de exercício físico como uma tarefa cada vez menos indolor, mais prazerosa, automática e que os deixa mais relaxados. Pretende-se com isto que estes indivíduos se sintam mais motivados para praticar desporto regularmente, o que torna o seu abandono menos provável de acontecer [15,53].

Em suma, nesta primeira fase, através da hipnose, modificam-se comportamentos, de forma a que se consiga aumentar o cumprimento e a adesão às restantes terapêuticas envolvidas no tratamento da obesidade. Posto isto, será de prever que a hipnose possa oferecer diversas vantagens, aumentando a eficácia dos programas de perda de peso.

A médio prazo, vão começar a emergir os problemas internos subjacentes à obesidade, mencionados anteriormente, que afectam negativamente o empenho dos pacientes nas restantes terapêuticas e são responsáveis, em parte, pelas recaídas que determinam o seu insucesso a longo prazo [49]. Nestas situações, a hipnose é necessária para desvendar, clarificar e resolver estes conflitos, através de exercícios que utilizam a imaginação [54]. Nesta fase, também são vantajosas sugestões de “ego-enhacement” [52], para aumentar a autoestima e a confiança, modificando crenças erradas que estes doentes possam ter e que também contribuem para a manutenção do excesso de peso [52,53,54].

Do mesmo modo, na segunda fase, é fundamental, através da hipnose, motivar os pacientes, para que estes continuem envolvidos no programa de emagrecimento, mesmo que tenham tido alguma recaída [53]. A intenção é que os doentes se foquem nas

consequências positivas e nos benefícios que a perda de peso lhes trouxe e idealizem os objectivos que ainda querem atingir, ao invés de se centrarem nos efeitos negativos da recuperação, eventual, de alguns kilos [52,53].

Finalmente, na última fase, o objectivo é a consolidação do tratamento e a prevenção de recaídas a longo prazo [53]. Segundo Brodie (1964), a obesidade pode ser comparada a um cancro, na medida em que esta também é uma doença grave que requer um tratamento prolongado. O doente tem de aceitar que vai precisar de meses, ou mesmo de anos de tratamento regular para conseguir eliminar este “cancro de gordura” [52]. O número de sessões de hipnoterapia que o individuo obeso precisa depende de pessoa para pessoa e do progresso obtido em cada sessão [49]. Contudo, idealmente deveria ser feito um acompanhamento durante pelo menos um a dois anos [6].

Complementarmente, alguns autores sugerem que se deve ensinar aos pacientes auto-hipnose, encorajando-os a usá-la de forma regular, para reforçar as sugestões implementadas [26,49,50].

Resumidamente, provavelmente uma das características mais importantes dos doentes que conseguem atingir o seu peso ideal e mante-lo a longo prazo, através da hipnoterapia, é a elevada autoestima e o sentido de “empowerment”, de motivação e de valorização pessoal que estes adquiriram através deste procedimento [15].

Resultados

Após uma revisão da literatura disponível para avaliar a eficácia da aplicação da hipnose clínica no tratamento da obesidade, constata-se que esta está dominada por estudos que relatam histórias de sucesso [50]. Contudo, deve-se ter muito cuidado na interpretação destes resultados, uma vez que, a maioria destes casos diz respeito a estudos com diversas limitações metodológicas que podem enviesar estes resultados [15,20,50].

Já Mottand Roberts (1979) referia que, apesar de existir evidência que a hipnose pode ter um papel importante na perda de peso, é necessário que sejam feitos estudos bem desenhados para que se possa aferir a extensão desta utilidade [16]. Apesar de se terem passado 38 anos, esta afirmação, infelizmente, continua a ser actual.

Joaquim H. Aja (1977) procedeu à realização de um estudo que envolveu 40 participantes, que apresentavam uma média de 103, 419 kg no início do tratamento, tendo sido submetidos a 3 sessões de hipnoterapia. Neste estudo, cada indivíduo funcionou como o seu próprio controlo. Foi feita uma indução padronizada, seguida de uma serie de sugestões comportamentais específicas para a perda de peso. Procedeu-se a uma reavaliação do peso 3 e 6 meses após o tratamento. No “follow-up” de 3 meses, verificou-se uma média de perda de peso de 5,715 kg, enquanto que 6 meses depois observou-se uma média de 4,3 kg perdidos. Estes resultados levaram os autores a sugerir que a hipnoterapia pode ser eficaz na perda de peso. Por outro lado, os investigadores relataram que, no fim da terceira sessão, observaram um aumento da calma, diminuição da insónia e da depressão, bem como um incremento da auto-estima [1].

Thomas A. Wadden (1981) conduziu um estudo, em que 33 mulheres, que apresentavam pelo menos 10% de excesso de peso, relativamente ao seu peso ideal e sem patologias médicas que contraindicassem a perda de peso, foram distribuídas aleatoriamente por um de três grupos. Um grupo efectuou hipnose, que envolveu uma indução hipnótica seguida de sugestões comportamentais específicas para a perda de peso, associadas a imagens metafóricas dirigidas para o objectivo de perder peso. O segundo tratamento, descrito pelo autor, como “covert modeling” consistia nas mesmas técnicas de imagens metafóricas utilizadas no grupo anterior, sem recorrer à indução ou à sugestão. Apesar do autor referir diferenças entre sugestões e imagens metafóricas, estas ultimas não deixam de ser uma forma de sugestão. Finalmente, o terceiro grupo efectuou uma terapia de relaxamento, em que as participantes realizaram um relaxamento muscular progressivo e “visualizaram” imagens relaxantes, não relacionadas com comida ou com o peso. Para diminuir a influência das expectativas e motivações nos resultados finais, nos três grupos, previamente à primeira sessão, foram provocadas expectativas positivas, relativamente ao tratamento, através da referência a diversos estudos que provavam que as respectivas terapêuticas eram eficazes. As participantes completaram pelo menos 6 sessões individuais, durante 7 semanas. No final deste período, procedeu-se a uma reavaliação do peso, tendo-se encontrado uma redução média de 2,9 kg no grupo da hipnose, de 3 kg no grupo do “covert modeling” e de 2,8 kg no grupo da terapia de relaxamento. Foi feita uma nova reavaliação 6 semanas após o fim do tratamento, em que se verificou que, apesar de haver uma continuação da perda de peso no grupo do “covert modeling” (- 0,2 kg) e um pequeno aumento nos grupos da hipnose (+ 0,2 kg) e da terapia

de relaxamento (+ 0,04 kg), as diferenças entre os grupos não foram significativas. De forma similar, 16 semanas após o tratamento, observou-se um ligeiro aumento de peso em todos os grupos (apesar das participantes continuarem a pesar menos do que no início do tratamento), sem grandes discrepâncias. Com estes resultados, os autores consideraram que a hipnoterapia parece ter uma eficácia modesta na redução de peso e apenas a curto prazo [54].

Num outro estudo, David L. Johnson (1996) realizou uma investigação com 172 mulheres que foram distribuídas de forma igualitária por dois grupos. No primeiro grupo, foram submetidas a um tratamento envolvendo apenas hipnose, que consistia numa indução por relaxamento progressivo, seguida de sugestões comportamentais dirigidas para a perda de peso. No segundo grupo, foi efectuada hipnose conjuntamente com técnicas de “overt aversion”, em que se recorreu a sugestões comportamentais específicas para a perda de peso, associadas a choques elétricos. Para além destes tratamentos, todas as pacientes receberam uma audiocassete, com 90 minutos de duração, que incluía as induções e sugestões envolvidas no programa, que deveriam ouvir todos os dias. De forma similar, todas as envolvidas foram submetidas a uma dieta com baixo teor em gorduras, que variava entre 1200 a 1500 calorias, por dia. A idade média das participantes era 39,7 anos e o seu IMC médio era de 30, com pelo menos 30% de mulheres com excesso de peso. Cada doente foi pesada, na mesma balança, no primeiro dia de tratamento e antes de cada sessão semanalmente, durante um período médio de 31,2 dias. No fim deste período, todas as participantes, menos uma, perderam entre 0,5 kg a 15 kg, com uma diminuição média de 2 kg/m² no IMC, não havendo diferenças significativas entre os dois grupos, apesar do tratamento envolvendo a técnica de “overt aversion” ter obtido resultados ligeiramente melhores. Estes resultados apontam para a possível eficácia da hipnose, sobretudo quando associada a técnicas de “overt aversion”, na redução de peso [26].

Num artigo de revisão mais recente, Paul A. Entwistle (2013) analisou 43 estudos, realizados entre 1959 e 2003, alguns dos quais com mais de 100 participantes. Nestas investigações foram utilizadas diversas combinações de sugestões, imagens metafóricas, técnicas de aversão e dissimulação para a redução de peso. O autor verificou que, apesar de existirem diversos estudos na ultima metade do século passado, surpreendentemente, há pouca investigação relacionada com a aplicação da hipnose na obesidade desde o ano de 2000. De igual forma, concluiu que dos 43 estudos analisados, 33 investigadores (77%)

consideraram que a hipnose foi eficaz a facilitar a perda de peso em pacientes obesos [20].

Numa metanálise, Irving Kirsch (1995) analisou 18 estudos, em que a terapia cognitivo-comportamental foi comparada com a mesma terapia complementada com hipnose. Estes estudos envolveram um total de 577 participantes, que foram distribuídos aleatoriamente em 16 destas comparações e de forma sequencial em 2. Pela avaliação dos resultados, o autor constatou que a hipnose aumenta os efeitos da terapia cognitivo-comportamental numa serie de problemas, sendo particularmente eficaz no tratamento da obesidade. Contudo, este efeito só se torna aparente algum tempo após o final do tratamento. Diferenças entre o tratamento hipnótico e não hipnótico da obesidade aumentam até 6 meses após o termino da terapêutica e mantêm-se inalteradas nos 2 anos seguintes [30]. Estes resultados foram corroborados por Nancy E. Schenberger (1999), que verificou que vários estudos demonstraram que a hipnose é mais eficaz na redução de peso do que o grupo controlo (terapia cognitivo-comportamental isolada), sobretudo a longo prazo. Passados 2 anos de tratamento, os participantes que fizeram hipnose continuam a perder peso, ao contrario dos que não fizeram. No seguimento dos participantes que realizaram hipnose, a autora verificou que estes aderiram mais frequentemente às regras do programa (dieta, exercício) e que estas modificações de comportamento levaram à perda de peso continuada [44].

Outros autores como Frank G Sommers (1972) [49], Michael M. Miller (1974) [37], Thurman Mott Jr (1979) [52], Marianne S. Andersen (1985) [4] e Gordon Cochrane (1986) [16], também, observaram nos seus estudos que a hipnose pode ser um tratamento efectivo para a perda de peso. Frank G Sommers (1972) concluiu ainda que, muitos dos seus pacientes exibiam uma nova vida, devido à confiança e força interior que adquiriram por terem ultrapassado este problema por eles, recorrendo à hipnose [49].

Discussão

Pela análise dos resultados obtidos, constata-se que na maioria dos estudos existe um benefício da aplicação da hipnose clínica nos programas de redução de peso, tanto a curto, como a médio prazo, sobretudo quando se recorrem a técnicas de aversão. De forma similar, também se conclui que a hipnoterapia aumenta os efeitos da terapia cognitivo comportamental no tratamento da obesidade, sobretudo a longo prazo. Por fim, nos estudos em que foram avaliadas outras características além do peso, verificou-se que a hipnose está associada a um aumento da autoestima, da confiança e da motivação no tratamento, factores que contribuem para a perda de peso.

Todavia, a grande maioria dos estudos apresenta diversas limitações metodológicas, que dificultam a interpretação dos resultados.

A primeira barreira encontrada foi a grande lacuna que existe relativamente a publicações sobre este tema. A partir do início deste século, quase não existem investigações publicadas. Por outro lado, quase todos os estudos revistos analisaram um pequeno número de pacientes e alguns só utilizaram participantes femininas, o que pode dar origem a resultados que não são representativos da população.

Outra falha encontrada, na maioria dos artigos, foi a inexistência de informação referente a características relevantes dos pacientes, como a idade, a classe social, a etnia, as co-morbilidades, a idade de início da obesidade, o grau da obesidade, bem como, a existência de tratamentos prévios para a perda de peso. De forma similar, na maioria dos estudos não é referido se os participantes se encontram envolvidos em algum programa de perda de peso, nem que tipo de tratamentos estão a receber além da hipnose.

Por outro lado, em várias investigações constata-se a ausência de um grupo controlo e, quando este existe, há casos em que a distribuição dos participantes, entre os dois grupos, não é feita de forma aleatória, procedimento que pode ameaçar a validade dos estudos. Também não existe uniformidade nas técnicas hipnóticas utilizadas. São aplicados diferentes tipos de induções e sugestões terapêuticas nos diferentes estudos, prejudicando a sua comparação. Em diversas investigações também não existe uma avaliação dos doentes a longo prazo.

Finalmente, quase todos os estudos utilizam como único critério de avaliação da efectividade a perda de peso, ignorando outras medidas importantes como a autoestima, a imagem corporal, a confiança e a motivação.

Em suma, pode-se concluir que a hipnose clínica é eficaz na redução de peso a curto, médio e longo prazo, sobretudo quando são utilizadas técnicas de aversão, sendo que este procedimento é especialmente importante para aumentar a autoestima, a confiança e a motivação dos pacientes. Contudo, para se poder aferir com mais precisão acerca dos benefícios e eficácia da aplicação da hipnose clínica na obesidade, são necessárias investigações futuras mais rigorosas que permitam retirar conclusões cientificamente válidas.

Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Doutor Mário Simões, pela ajuda prestada ao longo desta dissertação, pelas suas ideias e total disponibilidade.

À minha família e ao meu namorado, por estarem sempre ao meu lado, por todo o apoio, incentivo e paciência.

À Dra. Ana Bastos, por me ter introduzido ao mundo da hipnose, ajudando-me a mudar a minha vida.

Bibliografia

- 1 Aja, Joaquin H. (1977) Brief Group Treatment of Obesity through Ancillary Self-Hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis 4. Vol.19: 231-234.
- 2 Amaral, Odete and Pereira, Carlos Obesidade. Da genética ao ambiente. Educação, ciência e tecnologia: 311-320.
- 3 American psychiatric publishing, inc.. Second edition; 2004.
- 4 Andersen, Marianne, S. (1985) Hypnotizability as a factor in the hypnotic treatment of obesity. The International journal of clinical and experimental hypnosis 2. Vol. XXXIII: 150-159.
- 5 Andersen, Ross E. (2003) Obesity: etiology , assessment, treatment and prevention. Human kinetics publishers, inc. Library of congress cataloguing-in-publication data. USA.
- 6 AO, Graham D. Burrows, Stabley, Rob O., Bloom, Peter B. International handbook of clinical hypnosis, in: John Wiley and Sons, Ltd; 2001.
- 7 Associação Portuguesa de Nutricionistas. Obesidade. Texto online. Acedido em 02.07.2017
- 8 Barabasz, Arreed and Barabasz, Marianne (2016) induction technique: beyond simple response to suggestion. American journal of clinical hypnosis 59: 204-213.
- 9 Barbieri, Aline, F. (2012) As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP 1. Vol. 10. Campinas: 133-153.
- 10 Bernardi, F., Chichelero and C., Vitolo, R. (2005) Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Revista de Nutrição, Campinas; 18(1): 85-93.

- 11 Carvalho, Cláudia, Entrevista com o professor irving kirsch; uma conversa acerca da hipnose clínica experimental. Notas didáticas: 377-384.
- 12 Cataneo, C., Carvalho A., M., P. and Galindo Elizângela, M., C. (2005) Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 18(1): 39-46.
- 13 Cavalcanti, C., L., Gonçalves, M. C. R., Asciutti, L., S., R. and Cavalcanti, A., L. (2010) Envelhecimento e obesidade: um grande desafio no século XXI. *Revista brasileira de ciências da saúde* 2. Vol. 14:87-92.
- 14 Champigny, Clare M. and Raz, Amir (2015) Transcultural factors in hypnotizability scales: limits and prospects. *American journal of clinical hypnosis*: 1:23.
- 15 Cochrane, Gordon (2011) Hypnosis and weight reduction: which is the cart and which is the horse?. *American journal of clinical hypnosis* 2. Vol. 35: 109-118.
- 16 Cochrane, Gordon and Friesen, John (1986) Hypnotherapy in weight loss treatment. *Journal of consulting and clinical psychology* 4. Vol. 54: 489:492.
- 17 Current Theories of Hypnosis. Manual online acedido em 10.06.2017.
- 18 Dobrow, I., J., Kamenetz, C. and Devlin, M., J. (2002) Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Psychiatric aspects of obesity. Rev. Bras. Psiquiatr.* 24(Supl III):63-67.
- 19 Editorial (1998) Obesity; a chronic disease with alarming prevalence and consequences. *Journal of internal medicine*: 267-269.
- 20 Entwistle, Paul A., Webb, Richard J., Abayomi, Julie C., Johnson, Brian Sparkes, Andrew C. and Davies, Ian G. (2014) Unconscious agendas in the etiology of refractory obesity and the role of hypnosis in their identification and resolution: A new paradigm for weight-management programs or a paradigm revisited?. *Journal of clinical and experimental hypnosis* 62(3): 330–359.

- 21 Eurostat (2016) European health interview survey. Almost 1 adult in 6 in the eu is considered obese. Share of obesity increases with age and decreases with education level. News release 203/2016.
- 22 Filho, Fernando R. et al. (2006) gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. Arq bras endocrinol metabol 2. Vol. 50: 230-238.
- 23 Francischi, Rachel P.P. et al. (2000) Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev. Nutr. Campinas 13(1): 17-28.
- 24 Frota, A., C. (2007) Princípios-chave da prevenção e controle da obesidade. Direção-Geral da Saúde.
- 25 Hartman, B. J. (1977) A Hypnobehavioral Approach to the Treatment of Obesity. Journal of the national medical association, 11. Vol.69: 821:824.
- 26 Johnson, David, L. and Karkut, Richard, T. (1996) Participation in multicomponent hypnosis treatment programs for women's weight loss with and without overt aversion. Psychological Reports, 79: 659-668.
- 27 Kaila, Brinderjit and Raman, Maitreyi (2008) Obesity: a review of pathogenesis and management strategies. Can J gastroenterol Vol 22, Nº 1: 61-68.
- 28 Kasper, Dennis, Fauci Anthony, Hauser, Stephen, Longo, Dan, Jameson, J. Larry, Loscalzo, Joseph (2017) Harrison's Principles of Internal Medicine, 19e.
- 29 Kekecs, Zoltan et all (2016) The elkins hypnotizability scale: assessment of reliability and validity. International journal of clinical and experimental hypnosis 64(3): 285-304.
- 30 Kirsch, Irving, Montgomery, G. and Sapirstein, G. (1995) Hypnosis as an Adjunct to Cognitive-Behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology No. 2. Vol. 63: 214-220.

- 31 Larkin, Dorothy M. (2014) Principles of therapeutic suggestions (part i) and clinical applications of therapeutic suggestions (part ii). *Explore*: 380-388.
- 32 Lynn, S. J., Laurence, J.-R. and Kirsch, I. (2015) Hypnosis, suggestion and suggestibility: an integrative model. *American Journal of clinical hypnosis*: 314-328.
- 33 Lynn, Steven J. et al (2015) Grounding Hypnosis in Science: The “new” apa division 30 definition of hypnosis as a step backward. *American journal of clinical hypnosis* s7: 390-401.
- 34 Lynn, Steven J., Maxwell, Reed and Green, Joseph P. (2017) The hypnotic induction in the broad scheme of hypnosis. *American journal of clinical hypnosis* 59: 363-384.
- 35 Marto, José M. and Simões, Mário P. *hipnose clínica. Teoria, pesquisa e prática*. Lidel, edições técnicas, Lda.; 2013.
- 36 Meyerson, Joseph (2014) The Myth of Hypnosis: The Need for Remythification. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 62(3): 378–393.
- 37 Miller, Michael M. (1974) Hypnoaversion in the treatment of obesity. A preliminary report. *Journal of national medical association* 6. Vol. 66: 480:481.
- 38 Nammi, Srinivas, Saisudha Koda, Krishna M. Chinnala and Krishna M. Boini (2004) Obesity: an overview on its current perspectives and treatment options. *Nutricion journal*: 1-8.
- 39 OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs (2014) Obesity update.
- 40 Parris, Benjamin A. (2016) The prefrontal cortex and suggestion: hypnosis vs. placebo effects. *Frontiers in psychology*: 1-4.

- 41 Peckmezian, Tina and Hay, Phillipa (2017) A systematic review and narrative synthesis of interventions for uncomplicated obesity: weight loss, well-being and impact on eating disorders. *Peckmezian and Hay Journal of Eating Disorders*: 5:15.
- 42 Reid, David B. (2016) Hypnotic induction: enhancing trance or mostly myth? *American journal of clinical hypnosis* 59: 128-137.
- 43 Robertson, D. (2006) The medical & scientific approval of hypnotherapy. *The hypnotherapy journal (NCH)*: 29-35.
- 44 Schoenberger, Nancy E. (2000) Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of clinical and experimental hypnosis* 2. Vol. 48: 154-169.
- 45 Sérgio, A., Correia, F., Breda, J., Medina, J., L., Carvalheiro, M., Almeida M., D., V. and Dias, T. (2005) Programa nacional de combate à obesidade. Direcção-Geral de Saúde.
- 46 Serra-Majem, L. and Bautista-Castaño (2013) Etiology of obesity: two “key issues” and other emerging factos. *Nutrición hospitalaria. Nutr Hosp* 2013;28(supl):32-43.
- 47 Silva, Guidélia, A. and Lange, E., S., N. (2010) Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicol. Argum.* 60. Vol. 28. Curitiba: 43-54.
- 48 Simões, Mário P. (2002). *Altered States of Consciousness and Psychotherapy - A cross cultural perspective*. *The International Journal of Transpersonal Studies*. 21, 145-152.
- 49 Sommers, Frank G. (1972) Psychophysiological aspects in treating obesity. *Canadian falily physician*. February: 50:52.
- 50 Spiegel, Herbert, Spiegel, David (2004) *Trance and treatment. Clinical uses of hypnosis*. American Psychiatric Publishing, Inc.

51 Tchernof, A. and després, J-P. (2013) Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *Physiol Rev* 93: 359-404.

52 Thurman, M., Jr. and Roberts, Joan (1979) Obesity and Hypnosis: A Review of the Literature the american journal of clinical hypnosis 1. Vol. 22: 3-7.

53 Vanderlinden Johan and Vandereycken Walter (1994) The (limited) possibilities of hypnotherapy in the treatment of obesity. *American journal of clinical hypnosis* 36: 248-257.

54 Wadden, T., A. and Flaxman J. (2008) Hypnosis and weight loss: a preliminary study. *International journal of clinical and experimental hypnosis* 2. Vol. 29:162-173.

55 World Health Organization (2007) The challenge of obesity in the who european region and the strategies for response. Denmark. WHO library cataloguing publication data.

56 Zhang, Yingchun et al. (2017) Relationship between hypnosis and personality trait in participants with high or low hypnotic susceptibility. *Neuropsychiatric disease and treatment* 13: 1007:1012.