



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

OBESIDADE E DEPRESSÃO: UMA PERSPECTIVA

ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

DALIANE MUNIZ PINTO

**BRASÍLIA
JUNHO/2007**

DALIANE MUNIZ PINTO

OBESIDADE E DEPRESSÃO : UMA PERSPECTIVA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília - UniCEUB como requisito para a obtenção do grau de Psicólogo da Faculdade de Ciências da Saúde.

Professor-Orientador: Geison Isidro Marinho.

Brasília, Junho/2007

Dedico este trabalho a todos que tornaram possível a sua realização. Em especial, à minha família e aos meus filhos, João Victor e Luiz Henrique, que são minha fonte de inspiração na arte de viver a Psicologia.

AGRADECIMENTOS

Concluir essa graduação, após tantos obstáculos e desafios vencidos, é mais que uma vitória. É a certeza de que tudo acontece, não apenas quando desejamos, mas no tempo certo em que deveriam acontecer. Por isso, não poderia deixar de homenagear neste pequeno espaço, todos aqueles que fizeram parte de minha longa caminhada, em busca desse objetivo.

Não seria possível chegar até aqui sem que Deus me permitisse, sem a parceria incessante de minha família: Pai, Mãe, irmãos e cunhados, de meu marido Alex, meus filhos, João Victor e Luiz Henrique, e meus amigos, para os quais, muitas vezes, fui ausente em razão de meu ofício.

Agradeço, especialmente, a meu Professor-Orientador, antes meu calouro, e hoje um grande mestre, no qual me espelho por sua competência e profissionalismo.

E a todos que, indiretamente, colaboraram para a confecção deste trabalho, seja indicando artigos, emprestando livros, trocando idéias, aliviando angústias, tirando dúvidas, acreditando que tudo daria certo e contribuindo para isso... muito obrigada!



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Geison Isidro Marinho – Professor-Orientador

Eillen Pfeiffer Flores - Examinadora

Carlos Augusto de Medeiros - Examinador

A menção final obtida foi:

BRASÍLIA, JUNHO/2007

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Terapia Analítico-Comportamental: Fundamentos e Definições.....	4
Behaviorismo.....	4
Análise Experimental do Comportamento.....	7
Terapia Analítico-Comportamental.....	9
O Trabalho do Terapeuta.....	11
Intervenções.....	14
Treinamento de Habilidades Sociais.....	15
Obesidade: Definições e Características.....	19
Definição.....	19
Caracterização da Obesidade.....	21
Comorbidades Clínicas e Psicológicas.....	22
Implicações na vida do cliente e para a Depressão.....	24
Depressão: Definições e Características.....	27
Definição.....	27
Características da Depressão.....	28
Análise Comportamental da Depressão.....	30
Obesidade e Depressão: Características Comportamentais da Comorbidade e o Treinamento em Habilidades Sociais como proposta de Intervenção.....	34
Relação Comportamental da Comorbidade.....	34
Treinamento em Habilidades Sociais: Aplicação no Contexto da Comorbidade.....	36
Considerações Finais.....	42
Referências Bibliográficas.....	45

RESUMO

O presente trabalho pretende apresentar as implicações da obesidade para a depressão e apontar de que maneira o treinamento em habilidades sociais (THS), como intervenção clínica, para o tratamento da depressão, contribui para um melhor prognóstico da obesidade. A obesidade surgiu como uma epidemia, no início do século XX, sendo considerada, hoje, um sério problema de saúde pública, que atinge a todas as classe socioeconômicas. É uma doença crônica, multifatorial, apontada como fator de risco para diversas patologias graves. Sua caracterização e etiologia têm merecido a atenção de diversas especialidades, particularmente a psicologia, que tenham uma relação interdisciplinar capaz de abordar as diversas facetas de suas comorbidades e possibilidades de tratamento. A depressão é um transtorno psiquiátrico de elevada incidência, classificado pelo DSM-IV como um transtorno de humor. Sua etiologia é, também, multifatorial e está associada a uma alta mortalidade devido à relação de comorbidade com outras patologias. Conforme a literatura, o indivíduo obeso apresenta aspectos emocionais e psicológicos, dentre estes a depressão, e, apesar de não haver consenso, alguns autores consideram a obesidade como causa dos transtornos emocionais, enquanto outros a consideram consequência desses problemas. Diante disso, ao abordar a relação entre obesidade e depressão, sob o enfoque da Terapia Analítico-Comportamental, pretende-se observar, as contingências e o repertório social que envolvem essa comorbidade, em virtude das características comportamentais que são comuns à depressão e à obesidade, como por exemplo, o isolamento, a solidão e as relações sociais e afetivas empobrecidas, que interferem e prejudicam a obtenção de reforçadores sociais. Por meio do THS, busca-se enriquecer e adequar o repertório social deficitário, além de modificar a relação comportamental da comorbidade. Segundo a literatura, por meio da modelação e do enfrentamento, ambas técnicas do THS, é possível promover a mudança dos comportamentos inadequados, relacionados ao isolamento e à solidão, bem como, ampliar o repertório comportamental tornando-o eficiente para a obtenção de reforçadores sociais. É, também, possível observar a interrupção do ciclo vicioso gerado pelas contingências apontadas e uma maior habilidade em manter relações sociais e afetivas reforçadoras. Dessa forma, a diminuição de reforçadores sociais é um aspecto relevante e comum à obesidade e à depressão e o THS, como técnica de intervenção clínica, tem se mostrado eficaz e eficiente no tratamento da relação comportamental dessas patologias, na medida em que, tornando os indivíduos obesos socialmente mais habilidosos favorece o prognóstico da obesidade e promove uma melhor qualidade de vida, em detrimento da depressão.

Palavras-Chaves: obesidade; depressão; treinamento de habilidades sociais.

A obesidade emergiu como uma epidemia, nos países desenvolvidos, no início do século XX. Entretanto, hoje, possui caráter pandêmico e é um tema de interesse universal que atinge a todos os níveis socioeconômicos (Bernardi, Cichelero e Vitolo, 2005). É uma doença crônica, multifatorial, considerada fator de risco para diversas patologias graves. Além disso, a obesidade pode ser causa de sofrimento, depressão e de comportamentos de esquivia social, que prejudicam a qualidade de vida (Ades e Kerbauy, 2002). Por sua caracterização e etiologia, tem merecido a atenção e estudos de diversas especialidades que tenham uma relação interdisciplinar capaz de abordar as diversas nuances de suas comorbidades e tratamento (Vasquez, Martins e Azevedo, 2004).

Sabe-se que a obesidade não é considerada um transtorno alimentar nem um transtorno psiquiátrico, mas permeia esse contexto por se caracterizar, conforme Dobrow, Kamenet e Devlin (2002), como um transtorno do comportamento que reflete um excesso no consumo de alimentos, com menor dispêndio de energia, conseqüente aumento do peso e intensos conflitos emocionais. Ainda segundo os autores, vários estudos relatam índices significativamente elevados de depressão entre indivíduos obesos que procuram tratamento.

A depressão é um transtorno psiquiátrico de incidência relevante, classificado pelo DSM-IV como um transtorno de humor. Sua etiologia é multifatorial e está associada a uma alta mortalidade devido à relação de comorbidade com outras patologias. Sua sintomatologia pode ser observada nos comportamentos emitidos pelos indivíduos, a exemplo da irritabilidade, choro fácil, alterações do apetite e do sono, anedonia, fadiga, ansiedade, problemas de relacionamento pessoal e social, abuso de substâncias, dentre outros.

A literatura mostra-se vasta quando se trata de relacionar obesidade e depressão. Apesar de não haver consenso, alguns autores consideram a obesidade como causa dos problemas emocionais, enquanto outros a vêem como conseqüência. Assim, pode-se afirmar que o indivíduo

obeso apresenta aspectos emocionais e psicológicos, em maior incidência a depressão, identificados como causadores ou conseqüência ou, ainda, retroalimentadores de sua condição de obeso (Vasquez, Martins e Azevedo, 2004).

Tendo em vista essa relação de comorbidade faz-se necessário identificar, a partir da análise do comportamento, as contingências que propiciam o surgimento desse contexto, bem como o repertório comportamental que o favorece, a fim de intervir de maneira eficaz no processo que o retroalimenta. Diante disso, o presente trabalho, por meio do método de pesquisa bibliográfica, pretende apresentar as implicações da obesidade para a depressão e apontar de que forma o treinamento em habilidades sociais, como intervenção clínica, para tratamento da depressão, contribui para um melhor prognóstico da obesidade.

Entender as variações comportamentais observadas nos clientes depressivos implica necessariamente a investigação das variáveis que estariam instalando e mantendo os sentimentos de disforia ao longo da história do indivíduo, o que seria alcançado com a especificação das contingências "depressoras" (...). O enfoque analítico-comportamental parte dessa ferramenta de análise para entender os contextos em que os repertórios depressivos aparecem e, a partir disso, arquiteta possibilidades de intervenções clínicas (Abreu, 2006, p. 323).

A Terapia Analítico-Comportamental (TAC), que se fundamenta no Behaviorismo radical e na Análise Experimental do Comportamento, tem por objetivo conscientizar o cliente das contingências que atuam em sua vida fazendo-o compreender como algumas coisas são feitas e por que são feitas, por meio da análise funcional, a fim de intervir e modificar o comportamento quando desejado. Ao abordar a relação entre obesidade e depressão, sob enfoque da TAC, pretende-se observar, principalmente, os aspectos do repertório social que envolvem a comorbidade, em virtude das características comportamentais comuns à depressão e à obesidade,

como por exemplo, o isolamento, a solidão e as relações sociais e afetivas empobrecidas, que interferem e prejudicam a obtenção de reforçadores sociais.

Com a finalidade de enriquecer e adequar o repertório social empobrecido, além de modificar a relação comportamental da comorbidade, sugere-se como técnica de intervenção o Treinamento em Habilidades Sociais (THS).

Dessa forma, ao se pensar a obesidade, como um grave problema de saúde pública que tem mostrado um crescente aumento nas últimas décadas, procura-se trazer à baila o que a literatura, clássica e contemporânea, tem argumentado, à luz da análise do comportamento, a respeito dessa patologia e sua relação com a depressão. É, sobretudo, relevante identificar as condições psicológicas da obesidade que podem ser agravadas ou agravar o quadro depressivo, comprometendo o prognóstico e a qualidade de vida dos indivíduos afetados, bem como propor técnicas de intervenção clínica eficazes. “A síndrome depressiva é companheira freqüente de quase todas as patologias clínicas crônicas, e quando está presente acaba levando a piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida, e maior morbimortalidade como um todo” (Teng, Humes e Demétrio, 2005, p. 156).

Terapia Analítico-Comportamental: Fundamentos e Definições

Behaviorismo

O Behaviorismo Clássico surgiu no início do século XX, em contraposição às psicologias mentalistas, voltadas para o estudo da mente ou da consciência humana. Watson o define como a ciência natural que se encarrega de toda a área do ajustamento humano, cujos objetivos consistem em prever e controlar o comportamento (Costa, 2002). Suas principais características são: tomar como objeto de estudo o comportamento publicamente observável; ignorar os fenômenos mentais; utilizar procedimentos objetivos para estudar o comportamento e explicá-lo através do paradigma S – R (Matos, 1997).

Na visão de Watson, todos os comportamentos são reflexos por referirem-se basicamente às mudanças observadas no organismo, decorrentes de algum estímulo ambiental antecedente (Costa, 2002). Assim, define como estímulo, qualquer objeto no ambiente ou mudança no próprio corpo do organismo e, como resposta, o que o organismo faz, classificada como externa e interna. Ao usar o paradigma pavloviano, S – R, assume uma concepção mecanicista de explicação comportamental, no sentido que a causa é, necessariamente, um evento anterior que produz um efeito.

O Behaviorismo Radical, proposto por Skinner, é definido como um conjunto de reflexões sobre o objeto de estudo, temas e métodos da psicologia e da ciência do comportamento (Costa, 1997 citado em Costa, 2002). De acordo com suas proposições, o comportamento pode ser visto como a relação entre o organismo e o ambiente, sem interferências fenomenológicas da mente ou cognição e, nesse sentido, busca identificar o contexto de surgimento e manutenção de cada resposta, bem como sua função no ambiente. Contrariamente à concepção watsoniana, defende

que grande parte do repertório comportamental humano é operante, definido como uma classe de respostas cuja probabilidade de ocorrência é função de suas conseqüências (Skinner, 1953).

Segundo Costa (2002), o paradigma utilizado por Skinner para explicar o comportamento operante surge da tríplice contingência, $S^d - R - S^r$, na qual S^d refere-se ao estímulo discriminativo que indica a ocasião para o reforço; R, a resposta e S^r , o estímulo reforçador. Dessa forma, são as conseqüências produzidas pelo comportamento que atuam selecionando este.

Cavalcante (1997) cita que, para Skinner, o comportamento humano resulta de três níveis de variação e seleção: a filogênese (seleção natural); a ontogênese (condicionamento operante ou seleção por reforçamento) e a cultura. Tal modelo seria uma extensão da causalidade expressa pelo modelo explicativo da seleção natural de Darwin, aplicado igualmente ao nível da ontogênese e da cultura. Apesar das especificidades de cada nível, o princípio de causalidade seria equivalente em cada um deles. À Psicologia caberia o estudo da ontogênese.

Dessa forma, a evolução da espécie dotou o indivíduo com um conjunto de reações a estímulos do ambiente, e a aprendizagem aumenta o leque de estímulos que podem controlar uma determinada resposta. O comportamento operante engloba as operações do organismo sobre o ambiente, alterando-o, e tais alterações podem determinar a probabilidade futura dessas ações (Todorov, 2002).

O comportamento de um indivíduo hoje é resultado de dois processos semelhantes de seleção por conseqüências. Para a espécie, ao longo da evolução, as conseqüências de seus atos selecionaram indivíduos com certas características, que geraram descendência. A história da espécie é uma história de sobrevivência por adaptação a mudanças no ambiente. Para o indivíduo, sua constituição genética determina seu repertório incondicionado, e as conseqüências de suas ações sobre o ambiente determinam (selecionam) quais respostas serão repetidas

no futuro. A história do indivíduo parte da história da espécie. Muito além da fantástica variabilidade no seu patrimônio genético, cada indivíduo age sobre seu ambiente e sua ação é modificada por suas conseqüências sobre o ambiente. O que é no nascimento um repertório predominantemente reflexo, com padrões de ação fixos e característicos de cada espécie, amplia-se com o desenvolvimento do repertório operante. Em certos casos o comportamento operante evolue diretamente de um respondente, como o sugar o seio materno nos mamíferos. No nascimento o sugar é basicamente reflexo, e pode ser eliciado por um toque nos lábios do bebê. Rapidamente passa para o controle operante e tem todas as características das respostas mantidas por suas conseqüências (Todorov, 2002, p. 152).

Em suma, o Behaviorismo surgiu como uma proposta filosófica e metodológica para tomar, como seu objeto de estudo, o comportamento. Tais propostas visavam estudar o comportamento em si; opor-se ao mentalismo; aderir ao evolucionismo biológico; usar métodos objetivos na coleta de dados; realizar experimentação controlada, dentre outros procedimentos que fortalecessem o viés científico da psicologia. Watson acreditava que o comportamento de um organismo não sofria influências de causas internas, sendo basicamente respondente. Já Skinner, em contraposição a essa visão metodológica, deu origem ao Behaviorismo Radical, que entende o comportamento como resultado da interação organismo-ambiente, dando ênfase aos eventos internos enquanto campo de estudo da psicologia.

O Behaviorismo Radical seria a filosofia por trás da ciência do Comportamento que Skinner estava tentando erguer e que deveria, no futuro, substituir a própria Psicologia, profunda e irremediavelmente impregnada por pressupostos

mentalistas. Tal ciência foi chamada de “Análise Experimental do Comportamento” (Neto, 2002, p. 2).

Análise Experimental do Comportamento

A análise do comportamento tem por objeto de estudo as interações organismo-ambiente. Interessa-se especialmente pelo homem, mas estuda também interações envolvendo outros animais sempre que houver algum motivo para supor que tais estudos possam ajudar no esclarecimento de interações homem-ambiente (Todorov, 2004).

Tentar entender o porquê de o homem fazer o que faz, foi alvo de muitas tentativas ao longo da história da psicologia. Skinner (1978, citado em Todorov, 2004) parte do princípio de que há um senso de ordem para o estudo científico do comportamento e que este aperfeiçoa e completa a experiência cotidiana, quando busca e ratifica as relações entre circunstâncias e comportamentos, de forma mais precisa, descrevendo leis que atuam sobre os comportamentos.

Nesse sentido, a ciência do comportamento não busca simplificar o homem ou explicá-lo com base em modelos teóricos, mas procura entender como ele interage com o meio em que vive (Batitucci, 2001). A formulação de uma interação entre o organismo e o meio deve explicitar três aspectos: o momento no qual a resposta ocorre; a própria resposta; e as conseqüências da resposta. A inter-relação destes três elementos determina o que se chama de contingência (Malerbi e Matos, 2000, citados em Batitucci, 2001).

Segundo Gomide (1998, citado em Batitucci, 2001), o conceito de contingência é instrumento para a identificação de relações funcionais, buscando descobrir leis e princípios gerais que estão presentes nas ações recíprocas entre o ambiente e organismos.

Os homens, assim como os animais de outras espécies, comportam-se no meio em que vivem e tais comportamentos modificam esse ambiente. Essas modificações ambientais são conseqüências das ações dos organismos e influenciarão os seus comportamentos futuros, selecionando um repertório de comportamentos adequados para aquele meio (Malerbi e Matos, 2000, citados em Batitucci, 2001).

Dessa forma, pode-se inferir que a vida de cada indivíduo envolve a história de relações de seus comportamentos com o ambiente. Para se compreender a razão pela qual um organismo comporta-se de uma determinada maneira é necessário analisar as relações entre comportamentos e conseqüências ocorridas no passado (Batitucci, 2001).

O comportamento não pode ser entendido isolado do contexto em que ocorre. Não há sentido em uma descrição de comportamento sem referência ao ambiente, como não há sentido, para a psicologia, em uma descrição do ambiente apenas. Os conceitos de comportamento e ambiente, e de resposta e estímulo, são interdependentes. Um não pode ser definido sem referência ao outro (Todorov, 1981, citado em Todorov, 2004).

A Análise Experimental do Comportamento (AEC) propõe relações funcionais entre variáveis, controlando rigorosamente as independentes (mudanças no ambiente) e observando os efeitos nas dependentes (mudanças no comportamento). É uma maneira de se estudar o comportamento e sua interação com o meio (Batitucci, 2001).

Segundo Honing (1966, citado em Todorov, 2004), a AEC caracteriza-se pelo uso conjunto dos seguintes aspectos: (a) estudo intensivo do comportamento do indivíduo; (b) controle rigoroso do ambiente experimental; (c) uso de uma resposta repetitiva que produz pouco efeito imediato no ambiente; (d) meios eficazes de controle do comportamento do sujeito; (e)

observação e registro contínuo do comportamento; (f) programação de estímulos e registro de eventos automáticos.

O objeto a ser avaliado pelo Analista do Comportamento provém de várias fontes: observações casuais, observação de campo controlada, observação clínica, observações controladas do comportamento em instituições e estudo do comportamento humano e infra-humano em laboratório. Quando o foco está na compreensão do comportamento, a partir da realização de pesquisas experimentais, fala-se de Análise Experimental do Comportamento (Skinner, 1978, citado em Todorov, 1982).

A análise do comportamento pode ser aplicada em várias áreas, como por exemplo, na clínica, nas organizações, no esporte, nas instituições, dentre outras. Este trabalho tem como foco a aplicação clínica da análise do comportamento, ou seja, a Terapia Analítico-Comportamental.

Terapia Analítico-Comportamental

O surgimento da Terapia Analítico-Comportamental (TAC) está relacionado aos trabalhos de intervenção behaviorista no contexto clínico, apresentando-se dentre as abordagens comportamentais que se pretendem psicológicas, ao mesmo tempo em que recusam os princípios de uma concepção individualista e subjetivista do homem. Fundamenta-se no Behaviorismo radical, em que as relações comportamentais significam relações entre ações do homem e eventos do mundo físico e social com o qual ele interage. Essas ações e eventos constituem relações apenas quando é possível determinar a função que desempenham em relação uns aos outros. Assim, quando se afirma que seu objeto de estudos é o comportamento, refere-se a uma relação funcional entre ações e eventos do mundo físico e social, ou, a uma relação funcional entre respostas e estímulos, como preferem os behavioristas (Tourinho, 2006).

Dessa forma, o processo terapêutico analítico-comportamental sugere uma tentativa de controle das variáveis ambientais que favorecem a extinção de comportamentos inadequados e a aquisição de outros que permitam uma atuação mais adequada do cliente em seu contexto, reduzindo ao máximo sua exposição às conseqüências negativas, e aumentando ao máximo a probabilidade de se expor a situações agradáveis (Neri, 1987).

Nesse sentido, Costa (1996, citado em Costa, 2002) complementa a definição de Neri:

Por terapia comportamental [leia-se TAC] entende-se o trabalho terapêutico que se fundamenta no Behaviorismo radical e utiliza os princípios da Análise do Comportamento no contexto clínico, objetivando identificar e analisar funcionalmente as variáveis externas que estão controlando os comportamentos do cliente, a fim de modificá-los quando desejado (p. 11).

Ainda segundo a autora observam-se algumas características específicas deste modelo de terapia, a saber: (a) ênfase nas variáveis ambientais, no comportamento e nos seus determinantes atuais; (b) criteriosa coleta e análise de dados; (c) interpretação dos dados coletados por meio da análise funcional; (d) intervenção direta e objetiva e (e) mudança comportamental como critério final para avaliar a intervenção.

Diante dessa caracterização, a TAC tem como objetivo conscientizar o cliente das contingências que atuam em sua vida, fazendo-o compreender como algumas coisas são feitas e por que são feitas. Assim, provoca a modificação dos aspectos que estão lhe causando problemas de forma que emita novos comportamentos que tenham conseqüências reforçadoras, tornando sua relação com o ambiente mais produtiva (Batistussi, 2000).

Em suma, a principal meta da TAC é alcançar uma adequada compreensão da situação-problema trazida pelo cliente e, a partir da análise funcional, realizar uma intervenção efetiva que concorra para a modificação do comportamento.

O Trabalho do Terapeuta

Com base nas premissas do Behaviorismo radical, onde se procura analisar o comportamento humano a partir de sua relação com o ambiente, negando a interferência de eventos internos, faz-se necessário apresentar questões relacionadas à subjetividade e à maneira como os eventos privados são tratados nessa abordagem.

A atuação do terapeuta analítico-comportamental está intrinsecamente relacionada ao tratamento dos comportamentos privados, visto que os clientes procuram a terapia quando estão ansiosos, angustiados, tristes, pensando em suicídio, enfim, quando questões subjetivas, relacionadas a sentimentos e sofrimento, associadas às contingências, trazem o cliente ao setting terapêutico.

Trabalhar no contexto clínico com eventos privados implica analisá-los funcionalmente, como se faz com qualquer outro tipo de comportamento público. É necessário identificar tanto as variáveis que antecedem a ocorrência de um comportamento encoberto quanto as que o mantêm. Dessa forma, um comportamento privado não é inacessível e pode ser compreendido e modificado da mesma maneira que um comportamento público (Costa, 2002).

Na prática eventos privados são entendidos como estímulos e comportamentos que também estão sob o controle de contingências, então, cabe ao terapeuta utilizar os princípios dos condicionamentos clássico e operante para modificar tanto os comportamentos públicos como privados do cliente. Logo a intervenção comportamental parte do princípio de que mudanças nas contingências promovem mudanças nos comportamentos públicos quanto no mundo privado dos indivíduos (Lipp, 1984 citado em Costa, 2002, p. 25).

Segundo Costa (2002), para lidar com eventos privados na clínica, o terapeuta deve observar que o relato de um evento privado é um comportamento verbal que faz referência a um estado do corpo e/ou a outro comportamento. Deve identificar que tipo de S^d foi oferecido e que elicia as respostas do cliente e por fim, considerar que o relato de sentimentos e pensamentos sinaliza probabilidade de emissão de comportamentos públicos. Para exemplificar, algumas pessoas, quando se dizem deprimidas, têm maior probabilidade de permanecerem mais tempo sozinhas, sorrir com menos frequência, chorar com mais frequência, dentre outros. Assim, pensamentos e sentimentos são entendidos como comportamentos por estarem sob controle de contingências ambientais e envolverem probabilidade de ações publicamente observáveis.

Cabe ainda ao terapeuta desfazer a análise causal estabelecida pelo cliente entre evento privado e comportamento público e conscientizá-lo, por meio da análise funcional e de mudança nas contingências, que suas sensações, pensamentos e fantasias poderão ser minimizados com alterações no ambiente externo.

Nesse sentido, abordar questões relacionadas à subjetividade será sempre importante no contexto clínico. Pode-se afirmar que o terapeuta analítico-comportamental caracteriza-se por considerar relevantes os conteúdos pertinentes ao mundo privado, sem descuidar das contingências e tratá-los como causa de comportamentos.

Depois de resgatar os aspectos referentes à subjetividade no contexto clínico, faz-se necessário apontar as etapas do processo terapêutico e conseqüentemente o papel do terapeuta em cada uma dessas fases.

O processo terapêutico analítico-comportamental, segundo Lima (1981), pode ser dividido em três etapas: inicial, intermediária e terminal.

A etapa inicial corresponde à avaliação que determina o motivo que levou o cliente a procurar a terapia e, a partir daí, coleta-se informações sobre a história de vida, identificando

comportamentos-problema, comportamentos saudáveis, pessoas e situações que servem como reforçadores, entre outros. Nessa fase, os dados são coletados a partir do relato verbal do cliente e, para que seja efetiva, o terapeuta deve apresentar diversas habilidades verbais e não-verbais, como por exemplo, empatia, operacionalização de informações, sorriso, gestos ocasionais com as mãos, postura dirigida ao cliente, entre outras. Estas habilidades visam o estabelecimento do vínculo terapêutico que é um aspecto importante e preditor do sucesso do processo clínico (Costa, 2002).

Entre a etapa inicial e intermediária acontece o que se denomina de devolução. Após a coleta de informações, o terapeuta formula hipóteses diagnósticas, tanto para os comportamentos isolados quanto de uma maneira mais ampla, capaz de explicar a situação atual do cliente, a partir das inter-relações entre seus diversos comportamentos, por meio da análise funcional. É ainda na devolução que é discutida, de forma clara, objetiva e direta com o cliente, a proposta de intervenção e como pretende realizá-la (Banaco, 1997).

A etapa intermediária diz respeito à intervenção e é quando se utiliza mais extensivamente o arsenal de técnicas comportamentais, como a dessensibilização sistemática, o esmaecimento, o treino de papéis, o treino em Habilidades Sociais, dentre outras. Nessa fase, a avaliação constante do terapeuta sobre as intervenções realizadas, bem como a modificação de comportamentos do cliente, são consideradas critérios para avaliar a eficácia da intervenção realizada.

A terceira e última etapa, a terminal, consiste no acompanhamento e não tem um critério único de realização. Nessa fase, os objetivos terapêuticos foram alcançados e o cliente mostra-se capaz de gerenciar sua vida sem a ajuda do terapeuta. A alta é sugerida e há um espaço de tempo maior entre as sessões, até que os contatos passem a ser feitos apenas por telefone. Dessa forma, busca-se verificar se os ganhos obtidos no processo terapêutico estão se mantendo e, do contrário, há possibilidade de ser realizada uma nova intervenção (Costa, 2002).

Diante do que fora exposto, o terapeuta analítico-comportamental procura identificar os comportamentos-problema, sejam públicos ou privados, relaciona-os às contingências ambientais e procura, por meio da análise funcional, intervir de forma que haja mudança comportamental, trazendo benefícios para o cliente.

Quando um analista do comportamento se define filosoficamente como behaviorista radical, o que pretende enfatizar é exatamente que o comportamento, enquanto relação do homem com o mundo, não é expressão de algo que transcende as relações; o comportamento, enquanto relação é, ele mesmo, o fenômeno psicológico (Tourinho, 2006, p. 6).

Intervenções

A intervenção sob a abordagem comportamental enfoca diretamente o comportamento a ser modificado e o ambiente onde esse comportamento ocorre, em vez de investigar variáveis internas ou associadas à personalidade (Rangé, 2001). Para ser eficaz, requer uma avaliação precisa do comportamento-alvo e das unidades funcionais do ambiente onde esse comportamento ocorre. A avaliação do comportamento inclui a discriminação de sua topografia, suas dimensões e funções, a história de reforçamento, a frequência de ocorrência, a definição e quantificação das mudanças desejadas. A avaliação do ambiente inclui a especificação dos estímulos antecedentes e conseqüentes ao comportamento, suas características e sua distribuição no tempo e no espaço. A descrição e quantificação adequada dessas variáveis mostrarão a extensão do problema ou da queixa e a validade social da intervenção. A partir dessa medida, é feita a escolha da técnica de intervenção mais apropriada às necessidades do cliente e de sua realidade (Rangé, 2001).

Treinamento de habilidades sociais.

Dentre as inúmeras técnicas de intervenção possíveis na Terapia analítico-comportamental, destaca-se nesse trabalho o Treinamento de Habilidades Sociais (THS), por sua vasta abrangência e aplicabilidade no que concerne à ampliação do repertório comportamental e conseqüente aumento de reforçadores sociais.

Caballo (2003) define Habilidade Social (HS) como o conjunto de comportamentos emitidos por uma pessoa em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos de um modo adequado à situação, respeitando-se os demais. Geralmente, resolve os problemas imediatos da situação, com probabilidade de minimizar problemas futuros.

Os componentes da HS incluem a comunicação não verbal que é expressa por meio do olhar, da expressão facial, dos gestos, da orientação corporal, e o comportamento verbal, analisado por meio do volume, inflexão, fluidez, velocidade e clareza do tom de voz. Os padrões comportamentais que resultam desses elementos são: o assertivo, que se expressa, o não assertivo, que evita confrontações, e o agressivo, que explode (Savaio e Neto, 2007).

O conceito de HS não é consensual na literatura. Tem sido considerada por alguns autores como sinônimo de assertividade, enquanto outros apontam que a habilidade assertiva não esgota a noção de HS (Del Prette e Del Prette, 1999; Falcone, 1989, 1998; MacKay, 1988; Matos, 1997, citados em Furtado, Falcone e Clark, 2003).

Segundo Rangé (2001), a HS é a capacidade de emitir respostas eficazes e adequadas a situações específicas. Surgiu sob influência dos trabalhos de Wolpe e Lazarus sobre treinamento assertivo e inclui uma variedade de técnicas como instrução, modelação, ensaio comportamental, reforço social positivo, prompts e feedback.

O indivíduo socialmente habilidoso é capaz de obter ganhos com maior frequência, desempenhar o mínimo possível de atividades indesejáveis, além de desenvolver e manter relacionamentos reciprocamente benéficos e sustentadores. Dessa forma, indivíduos socialmente habilidosos visam constantemente à satisfação pessoal, sem negligenciar a qualidade de suas interações (Bedell e Lennox, 1997, citados em Furtado e cols., 2003).

Alguns autores, como Caballo (2003), têm associado HS à melhor saúde física e mental, ao sucesso profissional e à maior realização pessoal. Assim, se mostram como recursos indispensáveis para realizar atividades fundamentais da vida como nos relacionamentos interpessoais, na construção de amizades e desenvolvimento de redes sociais.

Em contrapartida, as deficiências em HS são relacionadas “a uma pior qualidade de vida e a diversos tipos de transtornos psicológicos como a timidez, o isolamento social, a delinquência juvenil, o desajustamento escolar, o suicídio e os problemas conjugais, além de outras síndromes como a depressão, o pânico social e a esquizofrenia” (Del Prette e Del Prette, 2001, citados em Furtado e cols., 2003, p. 3). As deficiências em HS atingem cerca de 25 a 30% dos pacientes com transtornos emocionais (Argyle, 1984, citado em Furtado e cols., 2003). Estão presentes também em neuroses histéricas, uso de drogas e alcoolismo, observando-se nestes últimos, dificuldades interpessoais que facilitam a ingestão de álcool ou consumo de substâncias (Hidalgo e Abarca, 2000, citados em Furtado e cols., 2003).

Para Rangé (2001), as dificuldades sociais apresentadas são específicas de cada paciente, requerendo do terapeuta uma avaliação individual para identificar as situações mal-administradas e o padrão de resposta disfuncional emitida para, então, planejar uma intervenção personalizada. As respostas mais frequentemente encontradas na literatura como metas do treinamento em HS (THS), para diferentes tipos de pacientes, são: (a) iniciar e manter conversações; (b) falar em público; (c) expressar amor, agrado e afeto; (d) defender os próprios direitos; (e) pedir e receber

favores; (f) recusar pedidos; (g) aceitar e fazer elogios; (h) desculpar-se e aceitar críticas; (i) sorrir e fazer contato visual; (j) fazer entrevistas para solicitar emprego; (k) solicitar mudança de comportamento do outro e (l) expressar opiniões pessoais e desagradados.

Durante o THS é importante diminuir os níveis de ansiedade do paciente e identificar o contexto e a categoria de pessoas diante dos quais o comportamento é esperado. Pelo menos quatro contextos sociais específicos devem ser avaliados e incluídos no treinamento: (a) com estranhos, (b) com amigos, (c) com parentes, (d) no trabalho ou (e) na escola (Rangé, 2001).

Do ponto de vista da técnica, o THS compreende duas etapas, não necessariamente separadas: a de avaliação e a de intervenção. A avaliação visa à identificação de déficits e excessos comportamentais, seus antecedentes e conseqüentes, respostas emocionais concomitantes e que estejam contribuindo para a não emissão de comportamentos socialmente habilidosos (Del Prette e Del Prette, 1999; Falcone, 2002, citados em Murta, 2005). Genericamente, as técnicas de avaliação utilizadas incluem entrevistas, inventários, auto-registros, observação direta do comportamento em situação natural ou de desempenho de papéis (Murta, 2005).

A metodologia do THS geralmente acontece como se segue: Inicialmente, faz-se uma avaliação detalhada, descrevendo-se a situação-problema. Essa forma de avaliação é chamada de análise funcional. Nesse momento do processo terapêutico, operacionaliza-se não só o problema de inabilidade, mas também em que situações ele se apresenta e que conseqüências tem para o indivíduo. Com o relato do que o indivíduo faz normalmente nas situações de inabilidade social, devem-se analisar os possíveis comportamentos que possam ter na situação e também considerar as limitações impostas pela realidade. Após o levantamento das possíveis conseqüências a curto e longo prazos das diversas possibilidades de ação, decide-se por um determinado comportamento e passa-se, então, a treiná-lo (Savaio e Neto, 2007).

Esses comportamentos treinados deverão ser trabalhados também fora da sessão. Algumas vezes é solicitado ao cliente que faça registros e observe o seu comportamento, e, em outras, solicita-se que ele emita comportamentos que não façam parte do seu repertório (Savaio e Neto, 2007).

As técnicas habitualmente empregadas podem compreender: o fornecimento de instruções, ensaio comportamental, modelação, modelagem, feedback verbal e em vídeo, tarefas de casa, reestruturação cognitiva, solução de problemas, relaxamento, dentre outras. Em seu conjunto, estas técnicas visam a modificar componentes comportamentais, cognitivos e fisiológicos típicos dos déficits em HS (Murta, 2003).

Dessa forma, o THS pode ser utilizado na clínica como proposta de intervenção para déficits de relacionamento interpessoal, ansiedade, timidez, isolamento social, baixa auto-estima, dentre outros comportamentos que remetem à inabilidade social, observáveis em contextos de obesidade e depressão, que são objetos de estudo desse trabalho.

Obesidade: Definições e Características

Definição

A obesidade pode ser definida como um desequilíbrio crônico entre a energia ingerida e a energia gasta, com maior quantidade de tecido adiposo em relação à massa magra do que o esperado para o sexo, a idade e a altura (Halpern e Rodrigues, 2006).

Em adultos, o padrão internacional para classificação da obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC) que é obtido pela seguinte fórmula: $IMC = \text{peso}/(\text{altura})^2$. Quando o resultado desta razão é igual ou superior a 30 kg/m^2 , o indivíduo é considerado obeso (Halpern e Rodrigues, 2006).

Segundo Dualib e Coutinho (2006), a obesidade é considerada uma doença multifatorial, sendo sua etiologia atribuída a fatores genéticos, com prevalência de 24 a 40% na variância no IMC; a fatores ambientais, como o sedentarismo e a má alimentação; e a fatores psicológicos, psicossociais e culturais.

Para Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002), a obesidade é, basicamente, um transtorno do comportamento que reflete um excesso de consumo de comida comparada com o dispêndio de energia. Citam, ainda, que parece óbvio considerá-la como um problema auto-induzido, que é, ou deve ser, colocado sob controle volitivo. Entretanto, achados recentes sugerem que:

os genes da obesidade podem exercer efeito influenciando os componentes do dispêndio de energia (por exemplo, o índice do metabolismo de repouso) que não estão sujeitos ao controle consciente ou influenciando sistemas (por exemplo, a regulação do apetite) que impulsionam o comportamento consciente (Dobrow, Kamenetz e Devlin, 2002, p.64).

Estes autores afirmam, ainda, que “os comportamentos que levam à obesidade são mais bem explicados por modelos biológicos/ambientais do que por modelos psicológicos” (p. 64). Portanto, é um equívoco avaliar a obesidade como produto de um déficit da capacidade volitiva ou de um distúrbio emocional.

Segundo Sandra Gasparini (citada em Ballone, 2003), a obesidade pode ser classificada de acordo com as circunstâncias em que ocorre, a saber: (a) Obesidade de longa data – é apresentada por indivíduos obesos desde criança. Considera-se esta a forma de mais difícil tratamento e entre as causas existem a predisposição genética (herança familiar) e a hiperalimentação precoce; (b) Obesidade da puberdade – é predominante em mulheres e pode ser atribuída às angústias e ansiedades desta fase da vida e alterações orgânicas; (c) Obesidade da gravidez – surge durante a gestação e no pós parto, e pode ser atribuída a fenômenos psíquicos e/ou orgânicos; (d) Obesidade por interrupção de exercícios – é observada em esportistas que ingerem grandes quantidades de calorias e param de fazer exercícios; (e) Obesidade secundária a drogas – pode ser provocada por alguns medicamentos como os corticóides, os antidepressivos e os estrógenos; (f) Obesidade após parar de fumar – a nicotina aumenta o gasto calórico por sua ação lipolítica e também é responsável por perda de apetite; (g) Obesidade endócrina – é induzida por doenças da tireóide, do pâncreas e da supra-renal. É responsável por apenas 4% das obesidades.

Os indivíduos obesos apresentam-se com maior quantidade de tecido gorduroso pelo organismo e essa distribuição da gordura é variável de pessoa para pessoa. A obesidade Gínóide é caracterizada quando há maior concentração de gordura na região subcutânea, particularmente da cintura para baixo, e acomete, principalmente, as mulheres. A gordura pode, ainda, concentrar-se no abdome, entre as vísceras, caracterizando a obesidade Andróide ou Visceral. É frequentemente observada nos homens e relacionada ao maior risco cardiovascular (Ballone, 2003).

Conforme o padrão internacional de classificação da obesidade, pessoas que apresentam IMC acima de 40 kg/m² são portadoras de Obesidade Mórbida. Esses indivíduos devem ser encarados como portadores de uma doença que apresenta risco de morte, reduz a qualidade de vida e a auto-estima e que requerem abordagens eficientes para promover uma redução do peso (Oliveira, Linardi e Azevedo, 2004).

Daphne Marussi e Paulo Dalgalarondo (citados em Ballone, 2003) estudaram o perfil psiquiátrico de 50 pacientes com obesidade mórbida (IMC a partir de 40) e apontam que encontraram entre eles 20 a 30% de comedores compulsivos passíveis de tratamento psiquiátrico. Observaram, ainda, maior tendência à depressão e que, frequentemente, apresentam história de outros transtornos psíquicos.

Apesar de a obesidade estar amplamente determinada biologicamente, seus relatos psicológicos podem ser altamente relevantes para o manejo clínico de indivíduos obesos.

Caracterização da Obesidade

A obesidade surgiu como uma epidemia em países desenvolvidos, no final do século XX. Atualmente, atinge todos os níveis socioeconômicos e vem aumentando sua incidência nos países em desenvolvimento. É um fenômeno mundial que afeta ricos e pobres e é resultante da ação de fatores ambientais (hábitos alimentares, atividade física e condições psicológicas) sobre indivíduos geneticamente predispostos a apresentar excesso de tecido adiposo (Bernardi, Chichelero e Vitolo, 2005).

Além de trazer sérios riscos para a pessoa, a obesidade é hoje um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo. Apesar dos inúmeros tratamentos

existentes, sua prevalência vem crescendo nas últimas décadas e especialistas a caracterizam como epidemia (Ades e Kerbauy, 2002, p.2).

Segundo Ades e Kerbauy (2002), no Brasil, cinco em cada cem crianças de até 14 anos têm peso excessivo e estão sob o risco de desenvolver hipertensão arterial. Portanto, o problema não se restringe a determinados indivíduos, como mulheres ou população adulta.

Comorbidades Clínicas e Psicológicas

Hipócrates percebera, desde a antiguidade, maior tendência dos obesos para a morte súbita. Assim, a questão da obesidade está muito além das preocupações estéticas, por predispor o indivíduo a uma série de outras doenças. São sintomas comuns aos obesos: o cansaço, a sudorese excessiva, principalmente em pés, mãos e axilas, as dores nas pernas e coluna (Ballone, 2003).

A mortalidade, devido às patologias cardiovasculares, tem íntima relação com o sobrepeso excessivo. Geralmente, a obesidade favorece a hipertensão arterial, o aumento dos níveis de triglicérides e colesterol, bem como à diminuição do HDL-colesterol (Ballone, 2003).

A obesidade é também, um importante fator para o desenvolvimento da diabetes e de osteoartrose de joelhos. Em homens, observa-se o câncer intestinal (colo-retal) e de próstata. Em mulheres obesas, prevalece o câncer de endométrio, vesícula, colo de útero e mama, além de maior frequência de ovários policísticos, bem como maior produção de hormônios masculinos (androgênios) pelos ovários, ocasionando hirsutismo, irregularidade menstrual, infertilidade e aumento dos ovários (Ballone, 2003).

A obesidade, por sua caracterização e etiologia multifatorial, é uma condição que tem sido alvo de diversas especialidades, sobretudo da psiquiatria e da psicologia. Entretanto, o DSM IV-

R não a classifica como transtorno psiquiátrico, nem como transtorno alimentar, apesar de seus portadores apresentarem perturbações comportamentais e conflitos psíquicos relacionados à alimentação. Embora a obesidade não deva ser classificada como transtorno alimentar, alguns autores a abordam nesta categoria devido aos aspectos de funcionamento similares aos demais transtornos, por apresentar perturbações no comportamento alimentar, caracterizando-se síndrome psicológica associada, que pode merecer intervenção médica e/ou psiquiátrica (Flaherty, 1995 citado em Vasquez, Martins e Azevedo, 2004).

Apesar de não ser considerada como um transtorno psiquiátrico, a obesidade foi, por muito tempo, compreendida como uma manifestação somática, ou uma consequência de um conflito psicológico que, em determinados indivíduos, somente poderia ser solucionado por meio da hiperfagia. Esta é uma noção que, ainda hoje, predomina entre a população leiga e alguns profissionais de saúde. Existe uma predominância de sintomas psicológicos, tais como depressão, ansiedade e alterações no comportamento alimentar, nos indivíduos obesos que procuram tratamento. Porém, não foi possível determinar uma relação de causa e efeito (Segal e Fandiño, 2002).

Os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequências da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos de autoconceito possam preceder o desenvolvimento da obesidade. A depressão e a ansiedade são os sintomas comuns; depressão maior pode ser freqüente nos gravemente obesos. Pacientes obesos emocionalmente instáveis podem experimentar aumento na ansiedade e depressão quando fazem dietas (Flaherty, 1995). Portanto, o obeso apresenta aspectos emocionais e psicológicos identificados como causadores ou consequências ou retroalimentadores da sua condição de obeso, concomitante a uma condição clínica e educacional alterada (Vasquez e cols., 2004, p.196-197).

Implicações na vida do cliente e para a Depressão

O efeito reforçador de uma consequência particular pode ter se desenvolvido sob condições que já não vigoram. Por exemplo, a maioria de nós é fortemente reforçada por alimentos salgados ou doces, não porque grandes quantidades são atualmente boas para nós, mas porque alimentos salgados e doces foram escassos na história passada da espécie. Aqueles para quem, graças às variações genéticas, essas comidas foram especialmente reforçadoras, ficaram mais predispostos a comê-las e a sobreviver. Assim, a suscetibilidade aumentada para o reforçamento conduziu à descoberta e ao processamento de vastas quantidades de comidas salgadas e doces; e hoje muitos de nós comemos demais dessas comidas e vamos procurar ajuda na terapia (Skinner, 1995, p.105).

A privação de alimento e água são as duas forças motivadoras conhecidas mais poderosas. Neste sentido, é preciso abordar a fome em seu aspecto psicossocial, visto que os casos de obesidade causados por patologias endócrinas ou genéticas bem definidas constituem um percentual muito pequeno (Escrivão e Lopes, 1995, citados em Cataneo, Carvalho e Galindo, 2005).

Dessa forma, estudos que visam compreender os aspectos psicológicos ligados à obesidade são muito importantes. Segundo Campos (1993, citado em Cataneo e cols., 2005), as principais características psicológicas identificadas em adultos obesos por hiperfagia são: “passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da

agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa.” (Cataneo e cols., 2005, p. 39).

A mídia veicula um padrão estético, na maior parte das vezes, sem relação com a saúde. O ideal é o corpo magro, sem que se considerem as diferenças genéticas. O ser gordo é caracterizado como um indivíduo sem controle de impulsos, preguiçoso, relaxado. A disseminação desses conceitos demonstra que o sobrepeso pode ser um fator de sofrimento para aqueles que não alcançaram um corpo perfeito (Vasquez e cols., 2004).

O preconceito social e a discriminação contra a obesidade levam o indivíduo obeso a um intenso sofrimento. Ao depreciar a própria imagem física, leva o indivíduo à preocupação opressiva com a obesidade, tornando-o inseguro devido à sua inabilidade de manter a perda de peso. A falta de confiança, a sensação de isolamento, assim como a humilhação, decorrente do intenso preconceito e discriminação aos quais os indivíduos obesos estão sujeitos, demandam uma enorme carga psicológica (Bernardi, Chichelo e Vitolo, 2005).

Segundo Segal e cols. (2002), devido aos aspectos sociais desfavoráveis aos obesos, “são pessoas que cursam um menor número de anos escolares e que têm menor chance de serem aceitas em escolas. O mesmo se dá em empregos mais concorridos, resultando em salários mais baixos” (p.70). Apontam ainda que, normalmente, essas pessoas têm menor chance de se envolverem afetivamente num relacionamento estável.

Esses mesmos indivíduos podem apresentar dificuldades em obter prazer nas relações sociais, por se sentirem rejeitados ou discriminados, o que os leva ao isolamento. Por outro lado, esses sentimentos contribuem para que os obesos enxerguem a comida como importante fonte de prazer, o que, devido ao preconceito, conseqüentemente, restringe e empobrece ainda mais suas relações afetivas e sociais. Esse processo alimenta o ciclo vicioso em que, de um lado, há o

ganho progressivo de peso e, do outro, uma solidão cada vez maior (Bernardi e cols., 2005, p. 87).

Para Bernardi e cols.(2005), cerca de dois terços dos indivíduos obesos consomem carboidratos, não somente para aliviar a fome, mas para combater tensões, ansiedade, fadiga mental e depressão. Para Kahtalian (1992, citado em Cataneo e cols., 2005), “o ato de comer, para os obesos, é tido como tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também dificuldades de lidar com a frustração e com os limites” (p. 39).

Entretanto, para enfrentar a pressão social adversa ao ganho de peso e obesidade, muitos indivíduos, especificamente as mulheres, tentam impor algum controle sobre o próprio padrão alimentar e seleção de alimentos (Bernardi e cols., 2005).

Freqüentemente, pessoas obesas tentam perder peso, e a natureza de suas respostas emocionais para perda de peso pode ser refletida como uma característica psicológica. Sintomas como humor depressivo, ansiedade, fraqueza e preocupação em comer são predominantes. Estes sintomas podem ser reduzidos por meio de programas baseados na modificação comportamental, na dieta e nos exercícios (Bernardi e cols., 2005, p. 91).

Em suma, conforme indica a literatura, as implicações sociais e físicas da obesidade concorrem para um agravamento da saúde psíquica dos indivíduos obesos. Apesar da obesidade não ser considerada a causa ou a conseqüência dos transtornos emocionais que acometem os pacientes que a apresentam, deve ser avaliada como uma condição médica que possui um aspecto psicológico relevante. Dessa forma, o presente trabalho visa discutir as implicações desses aspectos, como facilitadores, para o surgimento da depressão, enfocando as habilidades de relacionamento interpessoais.

Depressão: Definições e características

Definição

A Depressão por diversas vezes considerada “a gripe da doença mental”, é um dos transtornos mais comuns entre os indivíduos que procuram os serviços de saúde mental (Dougher e Hackbert, 2003).

Segundo o DSM IV, os principais sintomas para que se possa realizar o diagnóstico específico de um transtorno depressivo incluem: (a) feições deprimidas ou tristes; (b) redução do interesse ou prazer em realizar atividades (anedonia); (c) alterações de apetite (tanto o ganho como a perda de peso); (d) alterações de sono (tanto insônia como excesso de sono); (e) redução geral do nível de atividade (retardo motor); (f) agitação ou ansiedade; (g) fadiga ou perda de energia; (h) sentimentos de inferioridade e/ou culpa contínua acompanhados por autocrítica; (i) recordação seletiva ou atenção para eventos negativos; (j) distorção cognitiva; e (k) ideação suicida.

Além dos sintomas mencionados pelo DSM IV existem outros comumente observados, como ruminação, expressões de desamparo, desesperança, insatisfação crônica, raiva, abuso de substâncias, problemas de relacionamento pessoal e social, e dificuldades no trabalho (Dougher e Hackbert, 2003).

Rangé (2001) cita que a diminuição da vontade sexual, dificuldade para pensar, concentrar-se, lembrar-se, dificuldade para tomar decisões, preocupação desagradável maior que o necessário, isolamento social, além de queixas somáticas, como dores, tonturas, mal-estares indefinidos, formigamentos, vazio na cabeça ou no corpo, tremores, aperto no peito, arrepios,

angústia e nervosismo, são considerados sintomas importantes para a identificação e diagnóstico da depressão.

Características da Depressão

A sintomatologia da depressão é muito variada e difere em cada indivíduo. Por isso, a psicopatologia recomenda como válida a existência de três sintomas depressivos básicos, que darão origem a infinitas manifestações, e suficientes para sua detecção, a saber: (a) Inibição Psíquica; (b) Estreitamento do Campo Vivencial; e (c) Sofrimento Moral (Ballone, 2007).

A Inibição Global do organismo se manifesta como uma espécie de lentidão dos processos físicos e psíquicos, generalizada a toda atividade corpórea. Em níveis variáveis, esta inibição geral torna o indivíduo apático, desinteressado, lerdo, desmotivado, com dificuldade em suportar tarefas elementares do cotidiano e com grande perda na capacidade em tomar iniciativas. Disso resulta a dificuldade em manter um bom nível de memória, de rendimento intelectual, da atividade sexual e até da agressividade necessária para enfrentar atividades cotidianas (Ballone, 2007).

O Estreitamento Vivencial é caracterizado pela perda progressiva do prazer, ou seja, anedonia, e o universo de interesses e de prazeres pelas coisas da vida vão se tornando cada vez menor e mais restrito até o momento em que a preocupação com o próprio sofrimento toma conta de todo interesse vivencial do indivíduo (Ballone, 2007).

Enquanto a Inibição Global caracteriza-se por um aspecto exterior do relacionamento do indivíduo com o mundo, como uma espécie de prejuízo em seu desempenho pessoal e em seu relacionamento com as coisas, o Estreitamento Vivencial, refere-se a uma alteração mais interior, um prejuízo nas impressões que o mundo e a vida causam no sujeito (Ballone, 2007).

O Sofrimento Moral é um fenômeno marcante na trajetória depressiva. Caracteriza-se por um sentimento de autodepreciação, auto-acusação, inferioridade, incompetência, pecaminosidade, culpa, rejeição, feiúra, fraqueza, fragilidade dentre outros adjetivos pejorativos (Ballone, 2007).

Pessoas com baixa auto-estima podem reagir de maneiras diferenciadas, indo desde a agressividade, com dificuldades de lidar com as frustrações e comportamentos de superioridade ostensiva, até o completo isolamento, com mutismo, extrema dificuldade de expor sentimentos, podendo, em alguns casos, desenvolver quadros de fobia social dentre outros transtornos de ansiedade. Quando a depressão é grave e possui características psicóticas, o sentimento moral pode surgir sob a forma de delírio (Ballone, 2007).

Nas depressões severas, o desfecho suicida é frequentemente atribuído ao sofrimento moral, caracterizando-se como prova doentia de seu fracasso diante da vida e de sua falência existencial (Ballone, 2007).

Realizar um diagnóstico adequado do problema é de extrema importância, uma vez que os dados obtidos permitirão o delineamento de um programa de intervenção compatível com as necessidades do cliente. Embora um diagnóstico formal, feito com base no DSM-IV, por exemplo, seja útil e muitas vezes necessário, por si só ele é geralmente insuficiente para a compreensão do problema e para o delineamento de um programa de intervenção adequado para o cliente (Miyazaki, 2000, p. 46).

Análise Comportamental da Depressão

Uma explicação analítico-comportamental da depressão deve ser capaz de esclarecer seus principais sintomas em termos de princípios comportamentais.

Skinner (1953, citado em Méndez, Olivares e Ros, 2005) caracterizou a depressão como um processo de extinção operante, ou seja, o fim do reforço causa a redução dos comportamentos que antes eram reforçados. Posteriormente, Ferster, Costello e Lewinsohn desenvolveram modelos teóricos mais complexos, baseados no modelo socioambiental da depressão (Méndez, Olivares e Ros, 2005).

Segundo Ferster (1973, citado em Abreu, 2006), uma característica habitualmente encontrada em indivíduos que sofrem de depressão é a redução ou perda de determinados tipos de atividades, alta incidência de reclamações, choro fácil e irritabilidade, sendo a diminuição da taxa de comportamento atribuída a uma escassez de reforçadores.

Ainda sob a perspectiva do mesmo autor, os comportamentos dos indivíduos deprimidos distinguem-se quantitativamente, e não qualitativamente, dos indivíduos considerados “normais”. Na depressão observa-se uma abundância de comportamentos de fuga ou esquiva da estimulação aversiva e um déficit de comportamentos para obter reforço positivo. Essas modificações comportamentais são produzidas por: (a) Repertórios de observação anômalos – o indivíduo subvaloriza suas aptidões e superestima seus defeitos; (b) Processos de retroalimentação perniciosos – a baixa taxa de reforço gera uma debilitação do comportamento que, por sua vez, diminui a probabilidade de obtenção de reforçadores, e assim sucessivamente; (c) Programas de reforço inadequados – Se a obtenção de um reforçador exige uma grande quantidade de respostas, a aquisição do mesmo vai seguida de um longo período de inibição comportamental; e (d) Mudanças repentinas no meio – a perda abrupta de fontes de reforço e de estímulos

discriminativos importantes favorece o surgimento de comportamentos depressivos (Méndez e cols., 2005).

Costello (1972, citado em Méndez e cols., 2005) aponta que uma das principais causas da depressão é a ruptura de cadeias comportamentais: a eficácia dos reforçadores ou estímulos não condicionados se potencializa quando estes não são precedidos por estímulos discriminativos ou por estímulos condicionados.

A baixa taxa de reforço positivo é, para Lewinsohn (1974, citado em Méndez e cols., 2005), a origem da depressão podendo ser explicada por uma ou várias dessas razões: “(a) os potenciais eventos reforçadores são raros, pouco intensos e/ou variados; (b) A disponibilidade de reforço no meio é pouca; e (c) As habilidades para obter reforços do meio são deficitários” (p. 148).

Diante dessas condições, surgem as respostas depressivas como disforia, fadiga, sintomas somáticos e passividade. O baixo nível de reforço positivo evidencia a diminuição do nível de atividade do indivíduo com depressão, cujo comportamento adaptativo está submetido a um esquema de extinção. No início, os amigos, familiares e outras pessoas de seu convívio social prestam muita atenção e demonstram simpatia e apoio, reforçando socialmente o choro, as queixas ou expressões verbais de autculpa. O aumento dos comportamentos depressivos torna a relação com o indivíduo aversiva, de modo que, posteriormente, as pessoas que o rodeiam tendem a fugir ou evitá-lo retirando-lhe o reforço social. Esse contexto faz com que a situação se torne ainda mais aversiva para o indivíduo, ao se encontrar socialmente isolado, e agrava sua depressão, fechando, assim, um círculo vicioso (Méndez e cols., 2005).

Segundo Biglan (1991, citado em Dougher e Hackbert, 2003), o comportamento de angústia funciona para diminuir a probabilidade de apresentação de estímulos aversivos produzidos por outros. Esse repertório pode ser estabelecido em ambientes punitivos e pode ser

generalizado, mesmo quando o reforço imediato para o comportamento de angústia não é iminente. Algumas vezes, é reforçado positivamente pelo aumento de atenção e apoio social. No entanto, mesmo que aumente o apoio social, o comportamento de angústia é, normalmente, percebido pelos outros como aversivo.

Uma queda na frequência do comportamento ou uma redução persistente no nível de emissão de comportamentos podem ser consequência da extinção. Não é difícil perceber que repertórios sócio-verbais empobrecidos podem resultar em baixas taxas de reforço social (Dougher e Hackbert, 2003).

Outra característica comum de pessoas que sofrem de depressão é a punição prolongada e sem possibilidade de fuga, resultando em uma redução comportamental generalizada (Maier, Seligman e Solomon, 1969, citados em Dougher e Hackbert, 2003).

Assim pode-se dizer que a extinção, a punição e a falta de repertório efetivo podem explicar a queda na taxa de comportamento emitida por pessoas depressivas. Por outro lado, observa-se, também, uma elevada taxa de comportamento de ansiedade, incluindo lamentação, choro e irritabilidade (Dougher e Hackbert, 2003).

O estado afetivo relacionado à depressão é o principal sintoma para a realização do diagnóstico e para a procura de tratamento pelo indivíduo. Assim, quando a escassez de reforço é generalizada ou persistente, frequentemente tem como consequência reações emocionais identificadas como tristeza ou desespero. Em termos comportamentais, reforço insuficiente, extinção ou punição funcionam com estímulo incondicionado que elicia uma série de respondentes, a exemplo da frustração e da cólera. Essas reações emocionais evocadas por reforço insuficiente são fontes de sofrimento posterior, ou seja, geram angústia subsequente num ciclo progressivo, que podem esclarecer muitos sintomas depressivos como a perturbação do

sono, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores de cabeça e estresse prolongado (Dougher e Hackbert, 2003).

Com base nas hipóteses enunciadas, pode-se deduzir que: (a) A taxa de reforço positivo é menor em indivíduos com depressão que nos indivíduos sem depressão; (b) A taxa de reforço positivo para uma mesma pessoa é menor quando esta apresenta depressão que quando não a apresenta; (c) O início de uma depressão coincide com uma redução significativa da taxa de reforço positivo; (d) A gravidade da depressão varia em função do grau de diminuição do reforço positivo; e (e) A melhora da depressão coincide com um aumento significativo da taxa de reforço positivo (Méndez e cols., 2005).

Conforme alguns teóricos, como Hersen, Eisler, Alford e Agras (1973, citados em Dougher e Hackbert, 2003), a falta de reforço social é um fato importante para o surgimento e a manutenção do quadro depressivo e uma causa óbvia desse baixo nível de reforço social é um repertório social inadequado.

Grande parte dos indivíduos com repertório social adequado encontra outras fontes para repor perdas súbitas de reforçadores. Entretanto, quando a maior parte do repertório comportamental do indivíduo é baseada em um reforço que, por sua vez, foi perdido e existem poucas fontes reforçadoras, surgem as dificuldades crônicas. “O cultivo de uma variedade de fontes de reforço e atividades reforçadoras é uma boa inoculação contra a depressão grave” (Dougher e Hackbert, 2003, p. 170).

Dessa forma, o déficit em habilidades sociais é um importante componente da depressão, pois interações sociais constituem a base sobre a qual outras habilidades são adquiridas e déficits nessa área resultam em perda considerável de reforçadores (Miyazaki, 2000).

Obesidade e Depressão: características comportamentais da comorbidade e o Treinamento de habilidades sociais como proposta de intervenção

Relação Comportamental da Comorbidade

Diante dos aspectos abordados sobre obesidade e depressão é possível observar que existe uma série de categorias comportamentais que demonstram a relação de comorbidade entre estas patologias. Apesar de não ser comprovada a existência de causa e consequência entre obesidade e depressão, é certo que as questões socioambientais e emocionais a que estão submetidos os indivíduos obesos, e a forma como lidam ou respondem a este contexto, contribuem para o surgimento do quadro depressivo.

Segundo Correia, Del Prette e Del Prette (2004), dentre os vários aspectos psicológicos associados à obesidade, pode-se ressaltar a qualidade das relações interpessoais. Miller e colaboradores (1990, citado em Correia e cols., 2004) mostraram, por meio de um estudo sobre habilidades sociais em mulheres obesas, que estas causaram uma pior impressão nos demais, sendo avaliadas como menos agradáveis, socialmente menos habilidosas e menos atrativas fisicamente que as não-obesas.

Conforme cita a literatura, os indivíduos obesos constantemente estão expostos a situações de preconceito e discriminação, o que gera um sofrimento emocional relevante. A mídia reforça esse contexto, ao passo que promove o culto ao corpo magro, estabelecendo-o como padrão de beleza, saúde, felicidade, status social, prazer, fonte de conquistas, sucesso, vaidade, boa aparência, etc. A obesidade pode significar, a partir dessa leitura midiática, desleixo, preguiça, infelicidade, sofrimento, fracasso social, principalmente, quando, em virtude do sobrepeso, os indivíduos vivem situações constrangedoras. Diante disso, podem ser observados

comportamentos como isolamento, baixa auto-estima, sentimento de rejeição, autocrítica, descontentamento com a imagem corporal, insegurança, ansiedade, falta de confiança em si, passividade, solidão e dependência emocional, dentre outros.

Esse repertório comportamental se retroalimenta, pois, a partir de eventos considerados aversivos, o isolamento, como comportamento de fuga ou esquiva, traz como consequência solidão, relações sociais e afetivas empobrecidas, dificuldades de sentir prazer nas relações sociais por se sentirem rejeitados, dificuldades de adaptação social e menor chance de se envolverem afetivamente num relacionamento estável. Com isso podem desenvolver passividade, submissão, dificuldade de expressar sentimentos e opiniões, fazer ou recusar pedidos, etc., tendendo a isolarem-se cada vez mais, evitando contextos aversivos e constrangedores que demandam intenso sofrimento psíquico.

Outra característica que pode ser apontada nessa análise é a funcionalidade da hiperfagia. Ora, com um repertório social baixo, decorrente do isolamento, a busca por reforçadores sociais será mínima e, tendo em vista o sofrimento psíquico que este contexto demanda, o reforço de mais fácil acesso e que desprende menor desgaste emocional é o ato de comer. Comer para aliviar a tensão e compensar a ausência de repertório social torna-se um comportamento de grande valor reforçador. Por conseguinte, tomando-se o mesmo padrão de retroalimentação, a hiperfagia promove o ganho de peso e, dessa forma, persistem o descontentamento por não conseguir emagrecer, a vergonha e depreciação da imagem corporal, sentimento de fracasso social, o medo de não ser aceito, a passividade, a dificuldade de lidar com frustrações e a não-assertividade. Como num círculo vicioso, esses comportamentos vão favorecer o isolamento e, conseqüentemente, em virtude da ausência de reforçadores, da ineficiência dos reforçadores acessíveis e da inabilidade social para lidar com eventos aversivos, o surgimento da depressão.

Correia, Del Prette e Del Prette (2004), a partir da realização de pesquisa com pacientes obesas, detectaram na aplicação de questionário que:

Situações envolvendo a ansiedade são consideradas os principais motivos das mulheres comerem em excesso, conforme relatado. Esse resultado está de acordo com os obtidos por Schachter, Goldman e Gordon (1968), que consideram o comer em excesso uma estratégia dos obesos para reduzir a ansiedade (p. 208).

Depreende-se, assim, que obesidade e depressão são condições clínicas intimamente correlacionadas, dentre outros fatores, pela inadequação do repertório social dos indivíduos por elas acometidos. Sem renegar os fatores orgânicos, culturais e sociais a que estão condicionadas, os aspectos psicológicos e psicossociais que envolvem ambas as patologias podem ser dirimidos, na medida em que os comportamentos-problema, principalmente os relacionados à ausência de reforço positivo e à inabilidade social, são objetos de intervenções psicoterápicas.

Dessa forma, tratar os sintomas da depressão, existentes no contexto em pauta, por meio do Treino em Habilidades Sociais, corresponde a interromper o círculo vicioso de inadequação do repertório social, concorrendo para um melhor prognóstico da obesidade.

Treinamento de Habilidades Sociais: Implicações na Comorbidade

Segundo Caballo (2003), o THS encontra-se entre as formas de intervenção mais eficazes e freqüentemente utilizadas para o tratamento de problemas psicológicos, para a melhoria das relações interpessoais e da qualidade de vida.

O THS é importante, pois os seres humanos passam grande parte de seu tempo envolvidos em alguma forma de comunicação interpessoal e, sendo socialmente habilidosos, são capazes de efetuar interações sociais satisfatórias. Esta maneira de interagir promove o aumento de

reforçadores e, portanto, pode atuar na prevenção e/ou redução de dificuldades psicológicas (Bolsoni-Silva, 2002).

Entender as variações comportamentais observadas nos clientes depressivos implica necessariamente a investigação das variáveis que estariam instalando e mantendo os sentimentos de disforia ao longo da história do indivíduo, o que seria alcançado com a especificação das contingências "depressoras", em última análise, com o mapeamento dos eventos antecedentes e conseqüentes aos comportamentos depressivos de interesse. Em conjunto, os comportamentos-problema e os eventos antecedentes e conseqüentes dos quais aqueles são função formariam a unidade de análise denominada de tríplice contingência (Skinner, 1965). O enfoque analítico-comportamental parte dessa ferramenta de análise para entender os contextos em que os repertórios depressivos aparecem e, a partir disso, arquiteta possibilidades de intervenções clínicas (Abreu, 2006, p. 323).

A psicoterapia Analítico-Comportamental tem por objetivo garantir o bem estar do cliente ajudando-o a descrever as funções de seus comportamentos e desenvolver repertórios que lhe tragam reforçadores positivos e negativos. Parte desses repertórios a serem desenvolvidos envolve relacionamentos interpessoais. Com base nesse contexto, o THS é útil à Análise do Comportamento e à Terapia Comportamental, pois focaliza comportamentos sociais passíveis de serem avaliados, sugerindo estratégias de intervenção efetivas (Bolsoni-Silva, 2002).

Alberti e Emmons (1978, citado em Bolsoni-Silva, 2002) consideram os comportamentos não assertivos como situacionais ou gerais. A falta de assertividade situacional ocorre quando comportamentos não-assertivos se manifestam apenas em algumas situações que causam ansiedade. A não asserção geral inclui os comportamentos basicamente não-assertivos, fazendo com que o indivíduo sinta-se incapaz de afirmar seus direitos ou agir de acordo com seus

próprios sentimentos na maior parte ou em quase todas as situações. Como consequência apresenta baixa auto-estima e muita ansiedade frente às situações sociais. “A pessoa não-assertiva situacional pode reconhecer seu problema e rapidamente iniciar, com sucesso, a asserção, percebendo na sua vida diária maneiras de ser assertivo consigo mesmo e com os outros, sem ser instruído para isso. Já a pessoa não assertiva geralmente necessita de um tratamento terapêutico especializado para conseguir desenvolver a assertividade necessária” (Bolsoni-Silva, 2002, p. 3).

Diante do contexto de obesidade e suas implicações para a depressão, pode-se inferir que existem vários comportamentos que demonstram déficit no desempenho social. Tendo em vista a grande diversidade de técnicas e comportamentos a serem abordados no referido contexto, procurou-se objetivar no presente trabalho o THS, como técnica de intervenção, para os comportamentos de isolamento, solidão e relações sociais e afetivas empobrecidas, citados anteriormente como comuns a ambas as patologias.

O argumento aqui é que as pessoas com poucas habilidades sociais têm a densidade de reforço diminuída e, assim, experimentam ansiedade que favorece o isolamento e, conseqüentemente, a solidão e o empobrecimento das relações sociais e afetivas. Além disso, parece provável que, com o tempo, as pessoas com níveis muito baixos de contato social possam se adaptar e baixar seu nível desejável de relações sociais, comprometendo severamente sua auto-estima e autoconfiança, retroalimentando o ciclo vicioso. Vale à pena ressaltar que não são os níveis de contato obtidos em si mesmos que são cruciais: melhor seria levar em consideração a relação dos níveis de contato conseguidos com os desejados (Caballo, 2003).

O procedimento básico, segundo Caballo (2003), consiste em: a) identificar dificuldades quanto à inadequação social, ou seja, quais as queixas e problemas; b) realizar análise funcional a fim de identificar quais déficits o impedem de comportar-se de forma socialmente adequada; c) informar o cliente sobre a terapia; e d) iniciar o treinamento de habilidades deficitárias.

Uma das formas de se abordar a solidão e o isolamento é através da técnica de enfrentamento, cujas estratégias podem alterar: a) o nível desejado de contato social; b) o nível obtido de contato social; e c) a importância e/ou a magnitude percebida da discrepância entre os níveis de contato desejados e obtidos. Isso se justifica, pois pode ser que pessoas obesas, que se sintam solitárias, não apresentem menos contatos sociais que as outras pessoas. Embora tenham um número razoável de “amigos”, apresentam mais interações superficiais e menos interações efetivas com a família e os amigos. “A solidão é afetada não somente pela existência de relações sociais e pela frequência da interação social, mas também pela qualidade das relações e as necessidades que satisfazem” (Caballo, 2003, p. 325).

Segundo Gambrill (1988, citado em Caballo, 2003), déficits comportamentais, discriminações errôneas, crenças inadequadas sobre a natureza das relações, temor excessivo à avaliação negativa, não empregar as habilidades disponíveis, poucas oportunidades para empregar habilidades sociais e padrões de atuação excessivamente elevados podem ser caracterizados como problemas concretos que podem causar, manter ou favorecer o isolamento, a solidão e, conseqüentemente, tornar as relações sociais e afetivas empobrecidas.

O mesmo autor sugere o THS, que contempla como proposta de intervenção: desenvolver as habilidades necessárias por meio da apresentação de modelos, da prática e da retroalimentação; proporcionar informações sobre a expressão das habilidades; identificar sinais e estímulos para incentivar o uso das habilidades em contextos nos quais serão reforçadas; diminuir a preocupação com a avaliação negativa, por meio de experiências de sucesso em contextos da vida real e, pela reestruturação cognitiva, modelar a natureza dos pensamentos disfuncionais; incentivar o uso das habilidades, dando tarefas a realizar; reforçar a identificação das oportunidades disponíveis para empregar as habilidades sociais; criar novos contextos para

conhecer pessoas; e estimular o emprego de padrões de atuação realistas, identificando e desafiando as suposições pouco realistas (Caballo, 2003).

McLean (citado em Caballo, 2003) apresenta um programa estruturado em que emprega a prática graduada e a modelação para obter melhoras nas seguintes áreas de habilidades: comunicação, produtividade comportamental, interação social, assertividade, tomada de decisões e autocontrole. Cita, ainda, que é necessário que os pacientes realizem atividades diárias para o desenvolvimento das habilidades e façam registros de suas conquistas. Os pacientes são, também, preparados para a experiência de futuras situações aversivas, em que são estabelecidos e ensaiados planos de contingência para o enfrentamento.

Silva (2001) cita que durante seu trabalho com um grupo de pacientes obesas, propôs a seguinte intervenção, com o objetivo de identificar outros problemas que não a obesidade, mas sobretudo seu repertório comportamental, bem como seu desenvolvimento, seus limites e potencialidades: a) Melhorar e ampliar os aspectos do seu repertório pessoal, social, afetivo e que tragam conseqüências gratificantes; b) Avaliar sua rotina: o que gosta e faz, o que gosta e não faz, o que não gosta e faz e o que não gosta e não faz; c) Estimular a expressão de pensamentos e sentimentos de forma adequada; d) Desenvolver várias fontes de reforçamento; e) Descobrir vários pontos positivos em seu corpo e explorá-los, valorizando-os; f) Valorizar a função do corpo: caminhar, sentir as coisas e pessoas, relações sexuais, e até mesmo comer; g) Encorajar a mudança de alguns hábitos: reforma do guarda-roupa adequando-o às suas características de forma que valorize os aspectos positivos do corpo e seu conforto; h) Experimentar diferentes atividades físicas com o objetivo de identificar o que melhor se adapta a ela; i) Ao praticar exercícios físicos, prestar atenção no prazer, na resistência e não na queima de calorias, na aparência; e j) Estimular prazer físico com massagens, cremes e banho.

Dessa forma, na medida em que a cliente passa a gostar e a cuidar mais de si mesma, a valorizar-se, priorizar-se, a defender os próprios direitos, consegue adquirir mais confiança em si mesma e obter maiores fontes de reforçadores, estabelecer contatos sociais mais efetivos, que contribuem para a diminuição da ansiedade, melhorando sua alimentação e qualidade de vida. A partir dessas conquistas a discussão sobre as funções do comer demais, ganhos e perdas que tem por estar gorda, são mais facilmente discriminados, pois, por estarem mais fortalecidas, a disposição para a mudança é maior, o que favorece a perda de peso a médio e longo prazo (Silva, 2001).

Em suma, ao se trabalhar o isolamento, a solidão e as relações afetivas e sociais empobrecidas, por meio do THS, consegue-se romper o ciclo de retroalimentação, claramente percebido no processo depressivo, delineando-se um novo repertório comportamental que favorece a aquisição de novas fontes de reforçadores e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Considerações Finais

A obesidade e a depressão são duas patologias que acometem, física e psicologicamente, os indivíduos por elas afetados, além de possuírem uma acentuada relação de comorbidade. Entretanto, ainda não foi possível, a partir da literatura utilizada, identificá-las ou defini-las como causa ou consequência dessa relação, mas, sim, observar e concluir que ambas possuem um cenário de contingências que propiciam o desencadeamento de inúmeros comportamentos que favorecem a retroalimentação das condições clínicas em questão.

Durante a realização desse trabalho, pode-se observar que, das contingências que implicam no surgimento da depressão em indivíduos obesos, as de maior relevância são as sociais. Esse dado pode ser aferido a partir da identificação dos aspectos psicológicos da obesidade, cujo cenário apresentou o preconceito, a discriminação social e a influência da mídia na imposição de um padrão estético, como alguns dos indicadores para o surgimento da relação de comorbidade.

Em busca de aceitação social e do ideal de beleza, pouco relacionado à saúde, grande parte dos indivíduos obesos busca, por meio da restrição alimentar, encontrar a solução para o sobrepeso e um melhor desempenho social. Porém, o que geralmente se observa diante desse contexto é um aumento da ansiedade e o descontrole na ingestão de alimentos, que culminam em ganho de peso, ideia de fracasso, baixa auto-estima, depreciação da imagem corporal, insegurança, humor deprimido, dentre outros. Com isso, surge o isolamento como comportamento de fuga ou esquivas de situações aversivas, e como consequência, emergem a solidão e o empobrecimento das relações sociais e afetivas. Como estímulos antecedentes, estes favorecem a identificação da hiperfagia como fonte de reforço, uma vez que é evidente a escassez deste no meio, em virtude do empobrecimento e inadequação do repertório social. Assim,

entende-se que esse é um processo que se retroalimenta e propicia o surgimento da depressão que, para a análise do comportamento, tem como principal característica a ausência ou ineficiência de reforçadores. Diante do exposto, pode-se concluir que a ausência de reforçadores sociais é um aspecto observado tanto na obesidade quanto na depressão, ora sendo causa, ora conseqüência da relação de comorbidade.

A partir da análise das características comportamentais comuns à obesidade e à depressão, essa revisão bibliográfica, com vistas a intervir clinicamente nesse contexto, teve como proposta apresentar o Treino em Habilidades Sociais (THS) para os comportamentos-problema de isolamento, solidão e relações sociais e afetivas empobrecidas, em virtude de sua abrangência e aplicabilidade no que concerne à ampliação do repertório comportamental e conseqüente aumento de reforçadores sociais.

O THS mostra-se uma eficiente técnica de intervenção, pois, a partir da análise funcional dos comportamentos inadequados, pode-se identificar em que situações e contextos há um déficit de habilidades sociais. Diante desses dados, o terapeuta elabora sua estratégia clínica procurando desenvolver as habilidades necessárias por meio da apresentação de modelos, da prática e da retroalimentação; proporcionar informações sobre a expressão das habilidades; identificar sinais e estímulos para incentivar o uso das habilidades em contextos nos quais serão reforçadas; diminuir a preocupação com a avaliação negativa, por meio de experiências de sucesso em contextos da vida real; incentivar o uso das habilidades dando tarefas a realizar; reforçar a identificação das oportunidades disponíveis para empregar as habilidades sociais; criar novos contextos para conhecer pessoas; e estimular o emprego de padrões de atuação condizentes com a realidade (Caballo, 2003).

Segundo a literatura, por meio da modelação e do enfrentamento, é possível promover a mudança dos comportamentos inadequados, relacionados ao isolamento e à solidão, bem como

ampliar o repertório comportamental, tornando-o eficiente para a obtenção de reforçadores sociais. É também, possível observar a interrupção do ciclo vicioso gerado pelas contingências apontadas e uma maior habilidade em manter relações sociais e afetivas reforçadoras.

Em face disso, nota-se a apresentação de um processo de retroalimentação, inverso ao percebido anteriormente, em virtude do novo repertório comportamental adquirido e dos reforçadores sociais obtidos a ele associados.

Os resultados obtidos ao se trabalhar o isolamento, a solidão e as relações sociais e afetivas empobrecidas podem ser observados no aumento da auto-estima, da autoconfiança, na diminuição da insegurança, da ansiedade, melhor aceitação do esquema corporal, maior adaptação social, maior resistência à frustração, maior facilidade para expressar sentimentos e opiniões, fazer ou recusar pedidos, dentre outros e, conseqüentemente, pode-se esperar um maior controle alimentar e redução ou menor ganho de peso, pois com a diminuição da ansiedade e com o fortalecimento da auto-estima torna-se mais fácil discriminar a funcionalidade da hiperfagia.

Assim, pode-se depreender que a diminuição de reforçadores sociais é um aspecto relevante e comum à obesidade e à depressão e que o THS, como técnica de intervenção clínica, tem se mostrado eficaz e eficiente no tratamento da relação comportamental da comorbidade, na medida em que, tornando os indivíduos obesos socialmente mais habilidosos, favorece o prognóstico da obesidade e promove uma melhor qualidade de vida, em detrimento da depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P. R. (2006). Terapia Analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 6, 322-328.
- Ades, L e Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: Realidades e Indagações. *Psicologia USP*, 13, 1, 12-31.
- Ballone, G. J. (2007 a). *Obesidade*. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acesso em: 20 mar. 2007.
- Ballone, G. J. (2007 b). *Depressão*. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acesso em: 28 mar. 2007.
- Banaco, R.A. (1997). Auto regras e patologia comportamental. In: Zamignani, D. R., *Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*, vol. 3. Santo André: Esetec Editores Associados.
- Baptistussi, M.C. (2000). Bases teóricas para um bom atendimento em clínica comportamental. In: Wielenska, R. C., *Sobre Comportamento e Cognição Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos*, v. 6, 1ª edição, São Paulo: Esetec Editores Associados.
- Batitucci, L. A. V. (2001). *Autoconhecimento em contexto clínico: Uma abordagem Behaviorista Radical*. Disponível em: <http://www.ibac.com.br>. Acesso em: 22 mar.2007.
- Bernardi, F., Cichelero, C. e Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18, 1, 85-93.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: Breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6, 2, 233-242.

- Caballo, V. E. (1995). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos Editora.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais*. São Paulo: Santos Editora.
- Cardoso, C. L. (2002). A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22, 1, 2-9.
- Carneiro, R. S. e Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9, 1, 119-126.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, *Locus* de Controle e Ansiedade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18, 1, 39-46.
- Cavalcante, S. N. (1997). Abordagem biocomportamental: síntese da análise do comportamento? *Psicologia Reflexão e Crítica*, 10, 2, 253-273.
- Correia, S. K. B, Del Prette, Z. A. P. e Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório. *Revista Psico-USF*, 9, 2, 201-210.
- Costa, N. (2002). *Terapia Analítico-Comportamental - dos Fundamentos Filosóficos à relação com o Modelo Cognitivista*. São paulo: Esetec Editores.
- Coutinho, W. e Dualib, P. (2006). Etiologia da Obesidade. In: Nunes, M. A., Appolinário, J. C., Galvão, A. L., Coutinho, W. e colaboradores, *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Segunda Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, A. e Del Prette, Z. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C. e Delvin, M. J. (2002). Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2, 4, 63-67.

- Dougher, M. J e Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. V, 2, 167-184.
- Furtado, E. S., Falcone, E. M. O. e Clark, C. (2003). Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia*, 7, 2, 43-61.
- Halpern, Z. e Rodrigues, M. D. B.(2006). Obesidade Infantil. In: Nunes, M. A.,Appolinário, J. C., Galvão, A. L., Coutinho, W. e colaboradores, *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Segunda Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Matos, M. J. (1997). O behaviorismo metodológico e suas relações com o mentalismo e o behaviorismo radical. In: Banaco, R.A. *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*, vol. 1. Santo André: Esetec Editores Associados.
- Méndez, F. X. , Olivares, J. e Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. In: Caballo, V. E. e Simon, M. A., *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Gerais*. São Paulo: Livraria Editora Santos.
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 2, 283-291.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2002). A depressão Infantil. In: Silvaes, E. F. M., *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental Infantil*, Vol II. Segunda Edição. Campinas: Papyrus.
- Neri, A. L. (1987). *Modificação do comportamento infantil*. Campinas: Papyrus.
- Neto, M. B. C. (2002). Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia*. 6, 1, 13-18.

- Oliveira, V. M., Linardi, R. C. e Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia Bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 4, 199-201.
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais - Um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Savoia, M. G. e Neto, T. P. B. (2007). *Tratamento Psicoterápico da Fobia Social: Abordagem Comportamental Cognitiva*. Disponível em: <http://www.amban.org.br>. Acesso em 14 mar. 2007.
- Segal, A. e Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, sup. III, 68-72.
- Silva, V. L. M. (2001). Obesidade: o que nós, psicólogos, podemos fazer? In: Wielenska, R. C., *Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos*, v. 6, 1ª edição, São Paulo: Esetec Editores Associados.
- Skinner, B. F. (1995). *Questões recentes na Análise Comportamental*. 2ª Edição. Campinas: Papyrus.
- Teng, C. T., Humes, E. C, e Demetrio, F. N (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 3, 149-159.
- Todorov, J. C. (2004 a) Da Aplysia à Constituição: Evolução de Conceitos na Análise do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 2, 151-156.
- Todorov, J. C. (2004 b) *Behaviorismo e Análise Experimental do Comportamento*. Disponível em: <http://www.cemp.com.br>. Acesso em: 21 mar. 2007.
- Tourinho, E. Z. (2006). Relações comportamentais como objeto da Psicologia: algumas Implicações. *Interação em Psicologia*, 10, 1, 1-8.
- Vasques, F., Martins, F. C. e Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 4, 195-198.