



María Ángeles Ludeña Martín

Hipnose: Surpresa e Hipnoidal como Fatores da Mudança Terapêutica nos Distúrbios Emocionais

Tese de Doutoramento em Psicologia, especialidade de Psicologia Clínica, orientada pelo Senhor Professor Doutor Eduardo Santos e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Novembro de 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Hipnose: Surpresa e Hipnoidal como Fatores da Mudança
Terapêutica nos Distúrbios Emocionais**

María Ángeles Ludeña Martín

Doutoramento em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

Tese orientada por:
Professor Doutor Eduardo Santos



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

À memória dos meus pais, Carmen e Martín

Ao meu marido, Carlos

Aos meus filhos, Moisés, Aarón e Pablo

AGRADECIMENTOS

Nestes últimos anos em que tantas coisas aconteceram em paralelo a este projeto, tenho muito que agradecer a todos aqueles que de um modo ou outro formaram parte dele, até duma forma indireta.

Quero começar por agradecer ao Carlos todo o seu apoio e ajuda. De facto foi ele quem me encorajou para embarcar neste desafio. O meu mais sincero e profundo obrigado.

Agradeço ao meu orientador o Professor Eduardo Santos por ter aceitado estar comigo neste trabalho, pelo seu apoio e boa disposição.

Quero agradecer às pessoas que participaram nos estudos porque contribuíram para dar um pouco mais de luz ao conhecimento que hoje tenho.

Um agradecimento muito especial a Ronald Pekala, que disponibilizou todos os recursos relacionados com um dos instrumentos mais relevantes para esta investigação, de um modo altruísta e gentil.

E para terminar, e não por isso, menos importante, o meu agradecimento a todas e a cada uma das pessoas que estiveram na minha vida no momento certo, contribuindo para a minha chegada aqui, muito especialmente à minha mãe, por quem sinto uma profunda admiração e aos meus irmãos e irmãs que me apoiaram quando mais necessitei.

Muito obrigada

RESUMO

São diversas as investigações sobre hipnose que evidenciam as expectativas (e as crenças/attitudes) sobre hipnose como determinantes da resposta às sugestões hipnóticas. Nomeadamente, que as expectativas positivas em relação à hipnose constituiriam variáveis psicológicas determinantes, não só para a ocorrência de resposta hipnótica, mas, igualmente, e em especial, no sentido da mudança terapêutica. Todavia, recentemente, diversos estudos e autores têm colocado em questão esta perspectiva (Benham, Woody, Wilson, & Nash, 2006; Lifshitz, Howells, & Raz, 2012), atribuindo às expectativas um papel muito menor quanto à magnitude da influência na responsividade hipnótica.

Na sequência destas pesquisas e propostas teóricas, a que juntamos a nossa experiência com o uso de hipnose clínica, formulámos a hipótese de que a indução hipnótica/sugestões hipnóticas provocam surpresa (pela violação das expectativas) e mudança no estado psicológico da pessoa, exercendo a interação entre ambos os acontecimentos, uma influência direta na mudança terapêutica (e não as expectativas, as crenças ou as attitudes).

Para realizar este estudo empregámos os seguintes instrumentos: PCI *Phenomenology of Consciousness Inventory* (Pekala, 2002 - Tradução e validação para a população portuguesa de Ludeña, na presente investigação), o CES-D (*The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) de Radloff (1977, adaptado por Fagulha & Gonçalves, 2000), Escala de autoavaliação de ansiedade de Zung (Zung, 1971 - Adaptação de Vaz Serra e col. 1982), Escala de avaliação do efeito surpresa (Ludeña, 2010).

Nesta investigação utilizamos uma amostra clínica de 82 pessoas com diversos distúrbios emocionais (ansiedade, depressão). As pessoas preencheram os questionários relativos à ansiedade e depressão e, posteriormente, foram expostas de forma individual a uma experiência hipnótica, em contexto clínico, com sugestões terapêuticas, sem que elas soubessem a natureza dessa experiência. Imediatamente depois da dita experiência preencheram o PCI e a escala de avaliação da surpresa. Passada uma semana, voltaram a preencher os questionários de ansiedade e depressão. As variáveis dependentes neste estudo foram a mudança terapêutica e a experiência subjectiva de hipnose (fenomenologia), sendo a mudança terapêutica operacionalizada como a diferença de ansiedade e depressão antes e depois da experiência com hipnose. O nível de surpresa e o estado hipnoidal (do PCI) foram as variáveis independentes. Tanto a análise da variância como a análise de regressão múltipla hierárquica mostraram uma significativa influência do nível de surpresa mais o estado hipnoidal na mudança terapêutica. Também se observou uma significativa e forte correlação entre estas mesmas três variáveis. Os resultados encontrados apontam para direção diferente à da implicação fundamental das crenças e das expectativas, salientando um papel decisivo para a surpresa e para o estado hipnoidal tanto no respeitante à experiência subjectiva de hipnose, como para a própria mudança terapêutica.

Palavras-chave: mudança terapêutica, consciência, estado hipnoidal, hipnose, surpresa.

ABSTRACT

Several investigations show that hypnosis expectations (and beliefs /attitudes) about hypnosis as determinants of response to hypnotic suggestions. In particular, the positive expectations hypnosis constitute the major determinants, not only the occurrence of hypnotic response, but also, and in particular the change in sense therapy. However, recently, several studies and authors have called into question this perspective (Benham, Woody, Wilson, & Nash , 2006; Lifshitz, Howells, & Raz, 2012) , attributing to a much smaller role expectations as to the magnitude of the influence responsiveness hypnotic.

Following this research and theoretical positions that joined our experience with the use of clinical hypnosis is our hypothesis that the hypnotic induction/hypnotic suggestions provoke surprise (for violation of expectations) and change in the psychological state of the person exercising interaction between both events, a direct influence on therapeutic change (and not the expectations , beliefs or attitudes).

To conduct this study we employed the following instruments: PCI Phenomenology of Consciousness Inventory (Pekala, 2002 - Translation and validation of the Portuguese population Ludeña, in the present investigation), the CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) in Radloff (1977 adapted by Sparky & Gonçalves, 2000), Scale Zung self-rated anxiety (Zung, 1971 - Adaptation Vaz Serra et al. 1982), Scale assessment of surprise (Ludeña, 2010).

In this investigation we used a clinical sample of 82 people with various emotional disorders (anxiety, depression). People completed the questionnaires related to anxiety and depression, and subsequently were exposed individually to a hypnotic experience in a clinical setting with

therapeutic suggestions, without them knowing the nature of that experience. Immediately after the actual experience and completed the PCI assessment scale surprise. A week later, they returned to complete the questionnaires of anxiety and depression. The dependent variables in this study were therapeutic change and the subjective experience of hypnosis (phenomenology), and therapeutic change operationalized as the difference in anxiety and depression before and after the experience with hypnosis. The level of surprise and the state hipnoidal (PCI) were the independent variables. Both the analysis of variance as the hierarchical multiple regression analysis showed a significant influence on the level of surprising and hipnoidal state to change therapy. They also observed a significant and strong correlation between these same three variables. The results point to a different direction to the fundamental implication of the beliefs and expectations, highlighting a crucial role for the surprise and the hipnoidal state both for the subjective experience of hypnosis and for the therapeutic change.

Keywords: therapeutic change, consciousness, state hipnoidal, hypnosis, surprise.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
CAPÍTULO I: MUDANÇA TERAPÊUTICA	7
Psicoterapia <i>versus</i> terapias psicológicas	7
Fatores que intervêm na mudança terapêutica.....	10
Visão da mudança terapêutica a partir da neurociência	13
Concluindo com a definição de mudança terapêutica	16
CAPÍTULO II: CONSCIÊNCIA. ESTADOS ALTERADOS?	19
Introdução	19
Formação da consciência	20
Perspetivas sobre os conceitos de consciência e estado alterado de consciência .	21
Pensamento inconsciente	27
CAPÍTULO III: DISTÚRBIOS EMOCIONAIS	31
Introdução	31
Classificação	38
Tratamentos para os distúrbios emocionais	40
Hipnose como coadjuvante em distúrbios emocionais	42
CAPÍTULO IV: A SURPRESA	43
Descrição.....	43
Causas	45
Características	47
A surpresa como experiência subjetiva	48
Medição	49
CAPÍTULO V: HIPNOSE	51
Definição de hipnose	51
Breve história sobre Hipnose	55
Fundamentos básicos das diferentes Perspetivas Teóricas sobre Hipnose	70
Hipótese alternativa à perspetiva Sócio-Cognitiva.....	76
Evidência empírica sobre a hipnose clínica	79
Como atua a hipnose	80
Integração da hipnose nas Terapias Psicológicas	87
Hipnose e mudança terapêutica	90

PARTE II: METODOLOGIA EMPÍRICA.....	93
CAPÍTULO VI: PROCEDIMENTO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO PCI (PHENOMENOLOGY OF CONSCIOUSNESS INVENTORY) PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA.....	95
Método	97
Instrumentos	101
Procedimento	101
Análise descritiva do instrumento.....	103
Análise da fiabilidade das medidas	103
Análise da validade	105
CAPÍTULO VII: ESTUDO EXPLORATÓRIO: USO DE TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA INCREMENTAR A MUDANÇA TERAPÊUTICA: O EFEITO SURPRESA.....	107
Amostra.....	107
Materiais	107
Metodologia	108
CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPEUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE.....	111
Enquadramento e objetivos	111
Obtenção da amostra	111
Seleção	113
Instrumentos	114
Procedimento	117
Resultados.....	118
PARTE III: CONCLUSÕES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	137
BIBLIOGRAFIA	149
ANEXOS	165

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1. COMPONENTES BÁSICAS DOS TRATAMENTOS DOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS.....	40
TABELA 1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	97
TABELA 2. DETALHE DAS PROFISSÕES DOS PARTICIPANTES.....	98
TABELA 3. LOCALIDADE DE PROCEDÊNCIA DOS PARTICIPANTES.....	99
TABELA 4. DIMENSÕES DO PCI.....	104
TABELA 5. ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....	109
TABELA 6. COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS (TESTES POST-HOC).....	109
TABELA 7. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DO DISTÚRBO EMOCIONAL.....	112
TABELA 8. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR GÊNERO.....	119
TABELA 9. DISTRIBUIÇÃO POR IDADE.....	120
TABELA 10. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO O ESTADO CIVIL ...	121
TABELA 11. DISTRIBUIÇÃO DE PARTICIPANTES POR PROFISSÃO.....	122
TABELA 12. DADOS RELATIVOS AOS MODELOS RESULTANTES DA ANÁLISE DE REGRESSÃO.	125
TABELA 13. DADOS RELATIVOS À ANOVA DA ANÁLISE DE REGRESSÃO.	125
TABELA 14. DADOS RELATIVOS AOS COEFICIENTES BETA E <i>T</i> RESULTANTES DA ANÁLISE DE REGRESSÃO.	125
TABELA 15. DADOS RELATIVOS AOS MODELOS RESULTANTES DA ANÁLISE DE REGRESSÃO.	127
TABELA 16. DADOS RELATIVOS À ANOVA DA ANÁLISE DE REGRESSÃO.	127
TABELA 17. DADOS RELATIVOS AOS COEFICIENTES BETA E <i>T</i> RESULTANTES DA ANÁLISE DE REGRESSÃO.	127
TABELA 18. DADOS RELATIVOS AOS MODELOS RESULTANTES DA ANÁLISE DE REGRESSÃO.	128
TABELA 19. DADOS RELATIVOS À ANOVA DA ANÁLISE DE REGRESSÃO.	128
TABELA 20. DADOS RELATIVOS AOS COEFICIENTES BETA E <i>T</i> RESULTANTES DA ANÁLISE DE REGRESSÃO.	128

TABELA 21. DADOS DESCRITIVOS REATIVOS AOS DIFERENTES GRUPOS COMBINANDO NÍVEL DE SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL EM <i>MUDANÇA TERAPÊUTICA ZUNG</i> E <i>MUDANÇA TERAPÊUTICA CES-D</i>	131
TABELA 22. DADOS DESCRITIVOS RELATIVOS AOS DIFERENTES GRUPOS COMBINANDO NÍVEL DE SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL EM <i>MUDANÇA DE DIAGNÓSTICO</i>	133
TABELA 23. DADOS RELATIVOS À ANÁLISE DE REGRESSÃO PARA ESTADO HIPNOIDAL.	135

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. FATORES INTERVENIENTES NA MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	13
GRÁFICO 2. DETALHE DAS PROFISSÕES DOS PARTICIPANTES.....	98
GRÁFICO 3. PERCENTAGEM DA PROCEDÊNCIA DOS SUJEITOS DA AMOSTRA ...	100
GRÁFICO 4. MÉDIAS DOS GRUPOS DE NÍVEL SURPRESA RELATIVAS A ESTADO HIPNOIDAL.....	110
GRÁFICO 5. MÉDIAS DOS GRUPOS DE NÍVEL SURPRESA RELATIVAS A ESTADO ALTERADO	110
GRÁFICO 6. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO O DISTÚRBO EMOCIONAL.....	113
GRÁFICO 7. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA TOTAL POR GÊNERO.....	119
GRÁFICO 8. IDADE DOS PARTICIPANTES PARA A TOTALIDADE DA AMOSTRA	120
GRÁFICO 9. PERCENTAGEM DE PARTICIPANTES SEGUNDO ESTADO CIVIL.....	121
GRÁFICO 10. PERCENTAGEM DE PARTICIPANTES POR DISTINTAS PROFISSÕES	122
GRÁFICO 11. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR PROVENIÊNCIA.....	123
GRÁFICO 12. MÉDIAS DOS DIFERENTES GRUPOS COMBINANDO NÍVEL DE SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL EM ZUNG.	132
GRÁFICO 13. MÉDIAS DOS DIFERENTES GRUPOS COMBINANDO NÍVEL DE SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL EM CES-D.	132
GRÁFICO 14. MÉDIAS DOS DIFERENTES GRUPOS COMBINANDO NÍVEL DE SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL EM MUDANÇA DE DIAGNÓSTICO.	133

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. HIPÓTESE DA PERSPETIVA SÓCIO-COGNITIVA	77
FIGURA 2. HIPÓTESE ALTERNATIVA.....	77
FIGURA 3. MODELO CLÍNICO PARA A INTEGRAÇÃO PSICOLÓGICA DA HIPNOSE ..	89

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO NA VALIDAÇÃO DO PCI PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA.....	167
ANEXO 2. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	171
ANEXO 3. HYPNOTIC ASSESSMENT PROCEDURE (HAP) - INDUCTION PROCEDURE	175
ANEXO 4. INVENTARIO DE FENOMENOLOGÍA DE CONSCIENCIA (PCI) TIPO 1: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE FENOMENOLOGÍA.....	183
ANEXO 5. CES-D: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA.....	191
ANEXO 6. ZUNG: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDADE.....	195
ANEXO 7. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EFEITO SURPRESA.....	199
ANEXO 8. PROTOCOLO DE INDUÇÃO HIPNÓTICA.....	203
ANEXO 9. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO PRELIMINAR “USO DE TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA INCREMENTAR A MUDANÇA TERAPÊUTICA: O EFEITO SURPRESA”.....	207
ANEXO 10. SUGESTÕES AGRADÁVEIS DE BEM-ESTAR E CAPACIDADE.....	211
ANEXO 11. TABELA DAS DIMENSÕES DO PCI.....	215
ANEXO 12. CORRELAÇÕES DE PEARSON DOS ITENS DO PCI.....	219
ANEXO 13. DIFERENÇAS EM MUDANÇA TERAPÊUTICA ENTRE GRUPOS EM SUB-AMOSTRA COMORBIDADE.....	223
ANEXO 14. DIFERENÇAS EM MUDANÇA TERAPÊUTICA ENTRE GRUPOS EM SUB-AMOSTRA DE UM ÚNICO DISTÚRBO (ANSIEDADE OU DEPRESSÃO).....	227

INTRODUÇÃO

Desde há vários anos se tem realizado um grande esforço para que as terapias psicológicas tenham uma validação empiricamente sustentada. Surgiu como iniciativa da *AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION* (APA) e, posteriormente foi-se estendendo internacionalmente (Woody, Weisz, & McLean, 2005). Apesar disso, existem alguns problemas como já foi referido por Chambless & Ollendick (2001). Isto deu origem as ênfases nas terapias centradas na evidência. Diversas autoridades reguladoras da saúde estabelecerem que as terapias baseadas na evidência têm uma eficácia mais que suficiente para ser estabelecidas nos Sistemas de Saúde de todo o mundo (Barlow, 2004). Esta nova conceção deve-se, por um lado, ao facto de que atualmente se tem maior conhecimento sobre a natureza de certas patologias e isto requer que sejam dirigidas com novas intervenções, e por outra parte, metodologias de investigação clínica têm melhorado substancialmente, de tal maneira que as ameaças à validade interna e externa reduzem-se consideravelmente mediante maiores controlos na medição, o desenho experimental sofisticado, a melhoria em grande medida dos procedimentos de gestão de dados e os estudos que promovem a generalização dos resultados. Ainda assim, algo muito importante, os governos de todo o mundo e os seus Sistemas de Saúde ante os métodos de saúde demonstráveis inadequados e custosos, decidiram que a qualidade da atenção da saúde deve melhorar, e que ditos métodos deverão ter bases na evidência, sendo de interesse público o garantir que isto aconteça (Medicine, 2001).

Na prática clínica encontramos algumas dificuldades na aplicação das terapias psicológicas empiricamente sustentadas. Por exemplo, ante uma fobia ou um distúrbio de pânico, por muito eficaz que seja a “exposição”, resulta inútil se a pessoa rejeita utilizá-la. Outro caso, em pessoas deprimidas, a sua desmotivação pode ser tão grande que supõe um grande obstáculo para iniciar qualquer tratamento. A hipnose pode proporcionar uma ajuda importante nesta fase promovendo esperança, motivação, sentimento de competência e criando uma perspectiva de futuro. Algumas meta-análises mostram que associar a hipnose aos tratamentos psicológicos melhora a eficácia e a eficiência dos mesmos (Kirsch, Montgomery & Sapienstein, 1995; Smith, Glass & Miller, 1980; Agostinho, 2012).

Uma possível vantagem de utilizar hipnose seria diminuir o próprio tratamento. Incidindo diretamente sobre a motivação e o sentimento de competência, atrás mencionados, acelera-se a mudança (Ludeña & Pires, 2009). O benefício da hipnose pode estar em tornar os pacientes mais dispostos a cooperar sem que se sintam vulneráveis (Montgomery & Schnur, 2005).

Existe uma eterna polémica entre se em hipnose se produz ou não um estado alterado da consciência. Por um lado, tradicionalmente explica-se a experiência hipnótica com a assunção da alteração do dito estado, por outro, a partir da perspectiva cognitivo-comportamental são diversas as investigações sobre hipnose que evidenciam as expectativas (e as crenças/attitudes) sobre hipnose como determinantes da resposta às sugestões hipnóticas. Concretamente, que as expectativas positivas em relação à hipnose constituem variáveis psicológicas importantíssimas, não só para o acontecimento da resposta hipnótica, mas,

especialmente, no sentido terapêutico. A nossa hipótese, baseada na nossa própria experiência clínica e em investigação recente, é que a indução hipnótica/sugestões hipnóticas provocam uma mudança no estado da consciência da pessoa e que esta mudança influi na mudança terapêutica.

Deste modo, observamos que as sugestões provocam em o/a paciente surpresa, e que a dita surpresa tem um impacto direto na resposta, favorecendo automatismos, com o que o sujeito se sente mais capaz e confiante no tratamento e nas suas próprias competências. No entanto, a mudança terapêutica não é igual em todas as pessoas e parece que, tanto dispor de determinadas características pessoais, como o modo em que o procedimento terapêutico é feito pode favorecer os resultados na terapia.

O ter ou não em conta estes aspetos é crucial na maneira de aplicar o procedimento hipnótico. A questão é: são as expectativas tão determinantes para a resposta hipnótica? Se assim for, previamente à aplicação da hipnose seria recomendável fomentar as ditas expectativas para obter os melhores resultados. Mas, e se não são tão importantes, e pelo contrário, qualquer explicação prévia sobre hipnose elimina o efeito surpresa da resposta às sugestões, diminuindo com isso a resposta hipnótica e o seu correspondente aproveitamento terapêutico? Esta é a questão central da presente dissertação e com esta pretendemos contribuir não só para aspetos teóricos fundacionais à ventagem da hipnose, mas igualmente contribuir com linhas de orientação clínica.

Este projeto está distribuído em três partes, a primeira contempla o enquadramento teórico (Parte I), a segunda integra os estudos

empíricos desenvolvidos no âmbito de este trabalho (Parte II) e a terceira apresenta a discussão e os resultados (Parte III).

O enquadramento teórico foi dividido em capítulos com os aspectos centrais do trabalho de investigação. Um primeiro capítulo que abarca a mudança terapêutica onde não há que esquecer os fatores extra-terapêuticos que intervêm igualmente e não podem ser rigorosamente controlados na investigação. O capítulo dois trata o tema da consciência, neste caso, para compreender melhor a perspetiva do trabalho e os fundamentos empíricos que sustentam esta posição. Num terceiro capítulo expõem-se os distúrbios emocionais e as terapias empiricamente sustentadas, que são utilizadas para o seu tratamento, assim como a utilização da hipnose nos mesmos como coadjuvante. Um quarto capítulo sobre a surpresa, onde são expostas diversas teorias sobre o que é, as suas causas e consequências, entre outros aspetos. Finalmente, um quinto e último capítulo aborda o tema da hipnose, incluindo uma breve referência à sua história, às principais teorias científicas e estudos recentes na linha da nossa hipótese de trabalho. A terminar este capítulo faz-se menção à função da hipnose na mudança terapêutica.

Em relação aos estudos empíricos, são três os apresentados neste projeto. O primeiro corresponde à tradução e adaptação do PCI para a população portuguesa. O segundo é um estudo exploratório que serviu como preâmbulo para a realização do estudo principal e é referente à surpresa percebida durante a hipnose e a sua influência no estado de consciência. O terceiro e mais importante dos estudos, alude à importância da surpresa e a mudança no estado hipnoidal para benefício da terapia dentro do âmbito da psicologia clínica.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I: MUDANÇA TERAPÊUTICA

Psicoterapia versus terapias psicológicas

São diversas as definições de Psicoterapia e nenhuma delas é suficientemente clara ou exata (Corsini & Wedding, 2008). Segundo Norcross & Goldfried (2003): “*Psicoterapia é a aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posturas interpessoais derivadas de princípios psicológicos estabelecidos com o propósito de assistir as pessoas na modificação de comportamentos, cognições, emoções e outras características pessoais no sentido em que os participantes o considerem conveniente*”. A FEAP (*Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas*, organismo integrado na *European Association for Psychotherapy* (EAP)) propõe que: “*A psicoterapia é um tratamento científico, de natureza psicológica que, a partir de manifestações psíquicas ou físicas do mal-estar humano, promove o logro de mudanças ou modificações no comportamento, a saúde física e psíquica, a integração da identidade psicológica e o bem-estar das pessoas ou grupos tais como o casal ou a família.*” David Barlow (2004) faz uma distinção entre Psicoterapia e Tratamento Psicológico, sugerindo que o tratamento psicológico se refere a uma intervenção primária da patologia, enquanto psicoterapia tem mais que ver com aconselhamento. O tratamento psicológico é mais específico sendo a psicoterapia mais genérica.

Portanto, os psicólogos partem de uma avaliação para conhecer, descrever e compreender o objetivo sobre o qual se pretende fazer a mudança terapêutica a fim de orientar, predizer, prevenir, otimizar

condutas e potencialidades. Este é o princípio em que se baseia o estabelecimento das terapias empiricamente sustentadas (TES), de que resultam manuais de tratamentos estruturados a partir de investigação empírica substancial. Do ponto de vista institucional, a Divisão 12 (Psicologia Clínica) da Associação Americana de Psicologia, foi a dinamizadora do desenvolvimento das linhas de orientação para os clínicos e investigadores no que respeita aos tratamentos validados empiricamente. Foi a primeira instituição a estabelecer um grupo de trabalho (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995) e respetivos critérios para fundamentar as revisões feitas a partir da investigação publicada, daí derivando, então, as respetivas linhas de orientação. Naturalmente, estas linhas de orientação são indicadas para as diferentes perturbações psicológicas, tratando-se, pois, de orientações específicas. Por outro lado, são considerados diversos níveis de suporte empírico, basicamente, considerando a robustez das características metodológicas e clínicas das diferentes pesquisas.

Desde que foi criado o conceito de terapias empiricamente sustentadas (TES) que surgiram críticas (exemplos: Cooper, 2003; Garfield, 1996; Silverman, 1996). Essas críticas variaram quanto à sua possível pertinência, mas podemos realmente afirmar que, em geral, tocaram aspetos relevantes. Claro que uma crítica óbvia, que desde logo poderia ser feita, tem a ver com a aproximação à lógica dos ensaios clínicos característicos em psicofarmacologia: uma redução significativa das características e variação humana a quadros de sintomas que fundamentam o diagnóstico. Como refere Plante (2011), alguns profissionais defendem que cada pessoa é única, com diferentes

personalidades, sintomas, recursos de *coping*, sendo impossível usar o mesmo tratamento igualmente com todas as pessoas. Para além disso, a partir da nossa própria experiência, poderemos acrescentar mais algumas particularidades que, frequentemente, ocasionam dificuldades à implementação das TES: 1) Pessoas que estão medicadas e que consoante a perturbação e o tipo de medicação constituem diferentes casos; 2) Duração da perturbação e experiências terapêuticas anteriores; 3) Coragem na realização de certos tratamentos psicológicos (nomeadamente os que envolvam exposição).

O conflito entre estas duas posições (das TES e daqueles que lhe fazem críticas) deu origem ao conceito de prática com base na evidência (PBE). Assim, a própria APA criou um grupo de trabalho (APA, 2006) que passou a analisar as abordagens de investigadores e clínicos em combinação com a pesquisa empírica, daí resultando linhas de orientação mais flexíveis e, ao mesmo tempo, mais generalizáveis ao mundo real da prática clínica.

A Associação Americana de Psicologia (APA) fez público um relatório sobre a PBE em que a define como *"a integração da melhor investigação disponível, unida à peritagem clínica no contexto das características de cada paciente, da sua cultura e suas preferências"*. O seu propósito é promover a saúde com a aplicação de princípios baseados no apoio empírico, na avaliação psicológica, formulação de casos, relação terapêutica e intervenções (APA, 2006). Por isso, pressupõe a avaliação da mudança com a terapia psicológica. As PBE têm regras mais amplas que as terapias empiricamente suportadas (TES), sendo também mais flexíveis. O relatório da APA assinala que a

intervenção psicológica tem de avaliar as intervenções pela sua eficácia e utilidade clínica.

Fatores que intervêm na mudança terapêutica

Na análise funcional do comportamento são consideradas muito importantes as contingências de reforço para conseguir-se uma mudança terapêutica consistente e significativa. Também é importante a relação paciente/terapeuta para modelar e reforçar os comportamentos a mudar (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Vários autores se têm interessado pelo estudo dos factores que intervêm na mudança terapêutica. Bandura (1977) desenvolveu uma teoria segundo a qual a autoeficácia determina o comportamento, os objetivos e modos de fazer frente aos problemas. A terapia pode influenciar na apreciação que o paciente faz sobre a sua própria influência na mudança: ensinando novas formas de comportamento, animando a ter novas experiências, com o que poderá apreciar novas sensações e facilitando a sua resposta emocional (Krause, 1992; Winkler, Avendaño, Krause, & Soto, 1993). Segundo esta abordagem, se a terapia é bem sucedida, o paciente enfortalecerá a sua capacidade ao mesmo tempo que o seu sentimento de disposição para a mudança.

Grant, Franklin, & Langford (2002) fazem menção à importância da autoconsciência privada e aos constructos subordinados à auto-reflexão como processos que sustentam a criação de mudanças de comportamento na prática clínica.

Realizaram-se diversos trabalhos de investigação para determinar as variáveis inespecíficas que intervêm em todo o processo terapêutico.

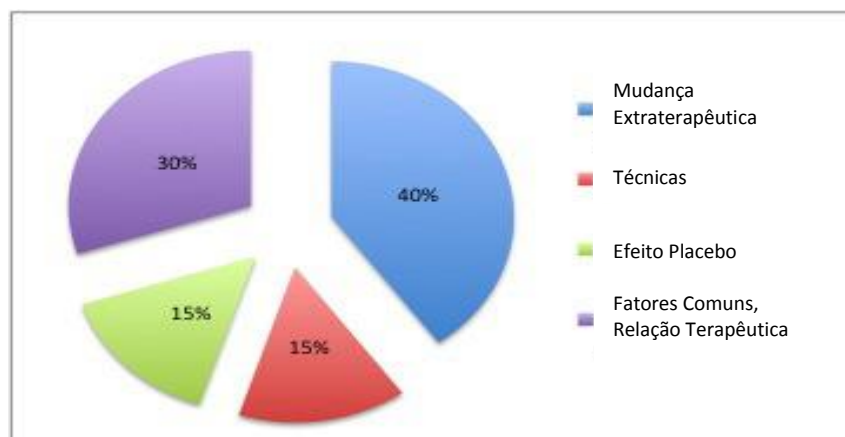
Umas centraram-se no paciente (demográficas, diagnóstico clínico, crenças/expectativas, traços de personalidade), outras no terapeuta (atitudes, habilidades, personalidade, nível de experiência, bem-estar emocional) e outras ainda na relação e aliança terapêutica (Winkler, Cáceres, Fernández, & Sanhueza, 1989). Destas variáveis, a motivação, as expectativas e as necessidades do paciente têm sido determinadas como as mais relevantes, consideradas por muitos autores como as forças de mudança terapêutica (Opazo, 1992). Para concretizar mais este aspecto, apresentamos as conclusões de outros trabalhos posteriores onde se mencionam quatro fatores comuns a todas as terapias, independentemente da orientação teórica, que exercem uma influência notável nas mudanças terapêuticas. (Hubble, Duncan, & Miller, 2002). Esses fatores comuns são:

- *Circunstâncias externas à terapia*, próprias do paciente. Aqui podem ser incluídas toda a classe de situações e características pessoais que o paciente traz à consulta (Duncan, Hubble, & Miller, 1997). Estima-se que aproximadamente 40% da variância para a mudança terapêutica se deve a este fator (Lambert, 1992). Rennie (1990, 1992, 1994a, 1994b, 1994c, 1995) deu um grande contributo com os seus estudos sobre a influência das características do paciente sobre o processo terapêutico. Uma das conclusões é que o modo como os pacientes falam sobre si incrementa o autoconhecimento dos seus sentimentos e a sua perturbação. A reflexão que os pacientes fazem revela-se no transcurso da terapia através da auto-consciência e autocontrolo que declaram (Rennie, 1992).

- O segundo fator é a *relação que se estabelece entre o terapeuta e o paciente*, neste caso, com um peso de 30% de influência para o êxito da mudança (Lambert, 1992). Aqui intervêm características do terapeuta como a empatia, cuidado, aceitação, competências, apoio e ser agradável (Kuehl, Newfield, & Joanning, 1990). Bachelor (1998) indica diferentes tipos de aliança terapêutica em função da empatia do terapeuta percebida pelo paciente. Identifica quatro tipos de empatia: cognitiva, afectiva, compreensão do terapeuta e o terapeuta como nutriente.
- O terceiro fator tem que ver com o *efeito placebo, a esperança e as expectativas* que o paciente tem, contribuindo com 15% (Lambert, 1992). A interpretação que o paciente faz sobre a terapia conduz às suas expectativas de que será ajudado (Frank & Frank, 1993). Quando as expectativas sobre o tratamento são positivas nas primeiras fases, estas têm uma maior influência (Garfield, 1994). Todavia, o efeito placebo parece ser menos potente em pacientes com distúrbios mais severos (Barker, Funk, & Houston, 1988)
- Por último, serão os *modelos e técnicas* utilizadas as componentes do quarto fator. Em começos de 1990 formou-se a Divisão 12 da American Psychological Association. Este grupo foi encarregado de identificar intervenções psicológicas eficazes de selecionar as estratégias para educar os terapeutas em formação, bem como de tornar públicos os resultados resultantes do

trabalho daquele grupo de trabalho (Chambles, 1993). O estabelecimento destes tratamentos baseia-se na assunção de que os terapeutas são responsáveis pela melhoria dos pacientes e que se produzem os melhores resultados com o menor custo. Ainda que na formação e na prática se tenham incrementado as especificações, técnicas e protocolos estandardizados, 30 anos de investigação sugerem que a sua influência nos resultados dos tratamentos é relativamente pequena, apenas cerca de 15% da variância (Lambert, 1992).

Gráfico 1. Fatores intervenientes na mudança terapêutica



Visão da mudança terapêutica a partir da neurociência

A neurociência cognitiva representa um esforço transdisciplinar para proporcionar uma melhor compreensão da interdependência de mecanismos neurobiológicos dos processos cognitivos. Graças a ela temos melhores conhecimentos sobre os processos psicológicos tais como a percepção, atenção, aprendizagem, memória, linguagem e emoção. Um dos seus grandes contributos é de que existe

bidirecionalidade entre os fatores genéticos e os ambientais sendo que a ativação dos processos psicológicos é uma pré-condição para a ocorrência de mudanças funcionais e estruturais no sistema nervoso. Quer dizer, os processos psicológicos são os fatores que sustentam a origem, desenvolvimento, sobrevivência e plasticidade neuronal (Prickaerts, Koopmans, Blokland, & Scheepens, 2004). A terapia psicológica pode ver-se como a gênese das mudanças neuronais mediante processos psicológicos, isto é, a psicoterapia concebida como procedimento de tratamento neurocognitivo (Gonçalves, et al., 2005).

Os métodos de investigação como a neuro-imagem ou a monitorização de respostas autonómicas ajudaram a avaliar as reciprocidades envolvidas na terapia psicológica dos indivíduos com transtornos obsessivo-compulsivos, depressivos, fobia social, fobia específica e stresse pós-traumático. Os resultados revelam que a Terapia cognitiva tem o potencial de modificar circuitos neuronais disfuncionais associados aos transtornos estudados. Os processos psicológicos aprendidos na Terapia produzem mudanças biológicas nas sinapses cerebrais e nas expressões neurofisiológicas. Os efeitos neurobiológicos da terapia psicológica são considerados como muito relevantes em neurociência (Prieto & Nasello, 2005). *“Uma explicação neurobiológica do tratamento eficaz de indivíduos com ansiedade por meio de Terapia Cognitiva sugere novos traços de memória que se formam num cérebro plástico, substituindo as conexões anteriores que produziam reações de ansiedade”* (Andreasen, 2005).

Outro exemplo relativo aos contributos da neurociência neste capítulo encontra-se em Dispenza (2008), que assinala a importância do lóbulo frontal do cérebro a este respeito. Segundo explica Dispenza

(2008), o cérebro reflete a atenção da pessoa, da sua intenção, repetição, aprendizagem e instrução, e isto serve tanto para manter os problemas como para aprender a resolvê-los. O produto final da nossa experiência é a emoção. Quando se repetiu tanto um estado mental negativo, a química interna está memorizada e nada muda. Para que se produza essa mudança devemos insistir noutro estado emocional positivo de modo a criar outra memória. A memória é o proceso de manter novas conexões sinápticas durante a aprendizagem (LeDoux, 2003). Enquanto centramos a atenção noutros pensamentos positivos vão-se criando novos circuitos. Esta mudança interna, experimentada apenas uma vez, não é suficiente para que se produza uma mudança comportamental, deve repetir-se uma e outra vez. Nesta fase, a química interna já está memorizada. Mas isto não é suficiente: temos de aplicar o aprendido, experimentar com o nosso corpo o que foi adquirido a nível mental, e só depois se produz a mudança no comportamento que origina uma nova experiência. Quer dizer, o processo de mudança consiste em pensar e depois fazer. Produz-se mudança quando o comportamento é igual à intenção, incluso antes que se tenha produzido a própria experiência (Dispenza ,2008).

O ensaio mental tem um efeito sobre as redes neuronais. Pascual-Leone et al. (1995) realizaram um estudo que consistiu em formar quatro grupos de pessoas que não sabiam tocar piano, medindo-se-lhes a actividade cerebral e as conexões elétricas antes e depois de finalizar a experiência. Ao grupo 1 eram ensinados acordes para que durante 2 horas, 5 dias por semana praticassem num piano. Ao grupo 2 durante 2 horas, 5 dias por semana, era pedido para tocarem o que quisessem. Ao grupo 3 eram ensinados os mesmos

acordes que ao grupo 1, mas pedindo-lhes que não tocassem no piano, só que imaginassem que o faziam mentalmente durante 2 horas, 5 dias por semana. Por último, ao grupo 4, grupo de controlo, não era pedido que tocasse o que quer que fosse; apenas eram feitas as medições antes e depois do experimento. Com a técnica de *estímulo magnético transcranial* foram medidas as mudanças produzidas no cérebro. Os resultados foram os seguintes: nos grupos 2 e 4 não aconteceu nenhuma mudança. Nos grupos 1 e 3 criaram-se novas conexões neuronais na mesma área específica do cérebro. O autor conclui que quando nos concentramos e focalizamos a nossa atenção, o cérebro não sabe a diferença entre o que sucede fora e o que acontece dentro, quer dizer, o pensamento converte-se na própria experiência (Pascual-Leone, 2001). Quando mudamos a mente, o cérebro muda (Dispenza, 2008).

Encontramos outro exemplo sobre o modo em que os pensamentos repetidos fortalecem as conexões neurológicas em Yue & Cole (1992). Neste estudo, o ensaio mental de fazer um esforço físico a modo de treino, de maneira repetitiva, não só teve como resultado mudanças no cérebro, mas também no corpo. As pessoas submetidas à prova de visualizar-se levantando alguma coisa pesada com um dedo, durante um certo período de tempo, acabaram por fortalecer o dito dedo com o qual imaginaram a acção.

Concluindo com a definição de mudança terapêutica

Mudança terapêutica é todo aquilo que nos permite dar conta de que a pessoa chegou ao processo de terapia com umas características ou sintomas particulares e finaliza duma maneira diferente e desejável,

produzindo-se mudanças a nível cognitivo, de atitudes e de emoções, entre outras, que são refletidas na sua conduta. Esta mudança não é algo pontual, perdura no tempo e se faz extensível a todos os contextos em que se desenvolve a vida da pessoa que o experimenta. A medida de esta mudança, para além dos diversos instrumentos que existem para isso, pode ser feita através da observação clínica na sequência do processo terapêutico, com episódios concretos. Cada expediente individual dos pacientes é uma fonte valiosa de informação clínica a tomar em consideração (Rivera & Bernal, 2008).

CAPÍTULO II: CONSCIÊNCIA. ESTADOS ALTERADOS?

Introdução

A psicologia cognitiva, desde a sua criação, após a Segunda Guerra Mundial, deu um importante contributo para o conhecimento que temos hoje sobre a consciência. Nos últimos anos foram aumentando os estudos sobre os processos inconscientes que influenciam a percepção, a memória e outros estados mentais, tais como os pensamentos e as ações da experiência consciente.

Desde o século XIX, tanto filósofos como psicólogos têm considerado que a mente poderia dividir-se em três faculdades: cognição (representação mental de percepção, pensamento, atenção, aprendizagem e memória), emoção (experiência subjetiva de excitação, prazer e desgosto com suas expressões em comportamento) e motivação (ativação comportamental em direção a um objetivo), sendo todas elas determinantes da conduta. (Hilgard, 1980). Em relação aos processos cognitivos, numerosa investigação suporta que a memória, a aprendizagem, a percepção e os pensamentos, atuando de forma implícita, têm uma influência inconsciente. (Kihlstrom, 1987; 1999; Rozin, 1976). Em relação à memória, deve ter-se em conta dois aspetos; por um lado, sendo a emoção uma resposta às nossas percepções, pensamentos e memórias, se forem implícitos podemos não ser conscientes da fonte da nossa emoção, resultando esta ser também uma expressão implícita, ou inconsciente. Por outra parte, podemos ter consciência do que percebemos ou pensamos e não ser conscientes da emoção que está a provocar-nos os ditos processos cognitivos.

Segundo Clore e Schwarz (Clore, 1992; Clore, Schwarz, & Conway, 1994), a função da emoção é proporcionar informação permitindo avaliar a situação, podendo este processo resultar disfuncional quando a emoção é inconsciente, já que na essência da emoção está o “sentir”, quando sentimos tomamos consciência. Por isso, não se pode afirmar, de momento, com base na investigação realizada, que a emoção é inconsciente, mas, tampouco se pode descartar que, ao menos, num primeiro momento, a emoção possa ser inconsciente, e uma vez percebida pelas sensações corporais, ser interpretada de forma consciente, dando assim aparecimento na conduta (Kihlstrom, Mulvaney, Tobias, & Tobis, 2000).

Formação da consciência

Segundo explica Damásio (2010), por detrás da mente consciente existem processos mentais inconscientes. É um facto que antes dos seres humanos terem consciência da sua mente, exibiam comportamentos adaptativos eficientes que não eram causados por uma mente ou consciência. Processos conscientes e inconscientes coexistem para a conservação da vida. Os organismos criam mentes a partir da actividade dos neurónios. Estes organizam-se em pequenos circuitos microscópicos cuja combinação forma outros circuitos maiores, construindo-se grandes redes em cuja actividade se criam padrões neuronais. Estes padrões representam objetos e acontecimentos de fora do cérebro, tanto do corpo como do mundo exterior. Tais padrões representam-se em “mapas”, como imagens, ainda que não exatamente visuais, e podem ter origem em qualquer dos sentidos (auditivo, visceral,

táctil...). A informação destes “mapas” será utilizada de forma consciente ou inconsciente para orientar um modo eficaz de comportamento, sendo essencial para a sobrevivência. Estes mapas constroem-se tanto quando integramos informação nova do exterior, como quando lembramos objetos a partir da memória no interior do nosso cérebro. Nunca param de se criar, inclusive durante o sono. O termo “imagem”, neste contexto, refere-se a um padrão de actividade. Este mapeamento é a mente. Através deste processo aprendemos de forma consciente. Os sentimentos que compõem o plano de fundo de cada momento mental também são imagens.

A mente pode ser ou não consciente pois as imagens continuam formando-se a partir da percepção das lembranças, ainda que não tenhamos consciência delas. *“Muitas imagens nunca chegam a ser conscientes, não são vistas nem ouvidas diretamente pela consciência. Estas imagens conseguem influir em nossos pensamentos e nas nossas ações”* (Damásio, 2010).

Perspetivas sobre os conceitos de consciência e estado alterado de consciência

O termo “consciência” é um constructo complexo sobre o qual se têm centrado muitos autores, a partir de diversas e muito diferentes perspetivas. Alguns utilizam-no para referir a consistência no tempo dos conteúdos da mesma, outros como “autoconsciência”, ou consciência de si, ainda outros autores referem-se à disponibilidade dos conteúdos da consciência para uma vasta gama de sistemas, e outros à simultaneidade de estados de consciência que têm lugar como partes (componentes, aspetos). A visão, o tato, a audição, as emoções, etc.,

são experiências que não acontecem como átomos, mas são unificadas num campo global de consciência (Daiton, 2000; Bayne & Chalmers, 2003). Finalmente, Baruss (1987) define a consciência como o sentido de existência dos factos mentais do sujeito. Representa o conhecimento da existência de si como relacionado à sua experiência”.

Para alguns autores há dois modos de entender o conceito de “consciência” quando se fala de “estado alterado de consciência”. A chamada *consciência de fenómeno primário* (Block, 1995; Farthing, 1992) refere-se à experiência subjetiva em si (Revonsuo, 2006). Engloba as sensações, as percepções, as emoções, a imagem corporal, as imagens mentais... Uma segunda noção de consciência diz-se *consciência reflexiva* (Block, 2001; Farthing, 1992), e depende da consciência do fenómeno primário porque requer que focalizemos em algum conteúdo fenomenológico particular para fazer um processo adicional de categorização, de juízo, de avaliação ou eleição da próxima ação em curso (Revonsuo, 2006). Na terminologia tradicional da psicologia cognitiva, envolve a atenção seletiva e a memória de trabalho.

Tomando em conta esta distinção, o estado alterado de consciência tem diversas definições como as seguintes:

- *Mudança temporal no modo geral de experiência subjetiva, tanto nas crenças individuais como no seu funcionamento mental, sendo claramente diferente das normas gerais para o seu estado normal de consciência “desperta” (consciente), (Farthing, 1992).*
- *Um estado alterado de consciência para um indivíduo dado é aquele no qual sente uma mudança qualitativa no modo de*

processamento mental, quer dizer, sente não só uma mudança quantitativa (mais ou menos alerta, mais ou menos imagem visual, mais desperto, maior confusão...), mas em que também algumas qualidades do seu processo mental estão diferentes (Tart, 1990).

De acordo com estas definições, existe uma mudança no modo de ter uma experiência subjetiva e um juízo cognitivo para reconhecer uma diferença claramente distinta no processamento mental “normal”. Entende-se por “normal” o processar a experiência fenomenológica do modo típico, dominante a maior parte do tempo, sendo “alterado” o que acontece infreqüentemente, de modo improvável ou raro, excepcional, atípico. Segundo Revonsou e col. (2009) o juízo que uma pessoa possa fazer sobre a sua consciência não é uma condição necessária para que um estado alterado de consciência tenha lugar, pois este pode ocorrer sem que a pessoa se dê conta, ou ao mesmo tempo que a experiência, ou mesmo depois; por exemplo durante o sono, durante uma alucinação produzida por uma droga ou em uma alucinação psicótica. Quando uma pessoa percebe um facto inusualmente real, em princípio, não considera que o mundo tenha mudado drasticamente, mas que há algum erro na sua percepção. Contudo, o próprio juízo do sujeito não é uma condição necessária e/ou suficiente para identificar a presença ou ausência de um estado alterado de consciência.

A função mais básica da consciência é monitorizar o estado dos sistemas homeostáticos e reportar se estão ou não satisfeitos. O estado interno de consciência tem de estar conectado como o estado do mundo que nos rodeia, se bem que não seja necessário estar consciente do ambiente externo para o perceber. A consciência não é

só o que sentimos, mas o que sentimos acerca de algo (Solms & Turnbull, 2004).

No contexto de hipnose, os teorizadores sobre a existência de estado ou não estado alterado da consciência coincidem em que as sugestões podem realmente produzir alterações como a amnésia, a analgesia, e o sentimento de involuntariedade (Kirsch, 2005).

Há outros autores que divergem quanto à concepção de consciência/estado alterado: por exemplo, Kihlstrom considera crucial para a definição de estado alterado de consciência os relatos introspectivos da mudança subjetiva de experiência (Kihlstrom, 2005). Por outro lado, Shapiro (1977) defende que a mudança no modo geral de experiência subjetiva não é suficiente para se considerar a existência de um estado alterado de consciência: deve haver também mudanças a um nível neurofisiológico (Shapiro, 1977). Ainda que esta proposta possa ser razoável, ela não especifica que de mudanças psicológicas ou neurofisiológicas devem ocorrer para que se considere ocorrência dum estado alterado de consciência (Revonsou & col., 2009).

Segundo Revonsou & col. (2009) a alteração dum estado de consciência deve incluir outros critérios, para além dos conteúdos de consciência fenomenológica *per se* e do juízo de reconhecimento reflexivo baseado na fenomenologia experimentada pela pessoa. Deve incluir a referência à sua relação com o mundo-consciente, sendo o “mundo”, não só o exterior mas também o referente ao corpo da pessoa, tanto a nível biológico como cognitivo. A noção de alteração é interpretada como uma noção de relação, não uma noção de fenómeno. Os conteúdos fenomenológicos informam sobre sensações, sentimentos, emoções, etc. Atuam como veículos da representação

consciente. Quando a informação que transmitem é exata, isto é, *conforme os padrões de experiência subjetiva de consciência que representam do mundo e do corpo*, estão num estado normal, mas quando não é assim indicam um estado alterado de consciência. Num estado alterado de consciência a relação com o mundo consciente desvia-se do natural e tende a distorcer. Este estado distorcido não é funcional nem permanente na consciência do organismo, mas provocado por alguma mudança externa que altera a sua relação representacional. Com isto, estes autores definem o estado alterado de consciência como ligado a mecanismos de representação do cérebro resultantes duma organização de distorção global de conteúdos totais num momento dado em relação com o contexto. É temporal, reversível e não é patológico.

Segundo estes autores (Revonsou & col., 2009), e em relação à hipnose, quando a indução produz mudanças na base de mecanismos de consciência incrementando a probabilidade de diferentes tipos de alucinações e enganos em resposta às sugestões, então, é porque a hipnose envolve um estado alterado de consciência. Se só inclui imaginação voluntária sem mudanças nos ditos mecanismos, não se produz estado alterado de consciência.

A mente inconsciente é, metaforicamente falando, uma reserva multidimensional das experiências vitais, incluindo motivação, necessidades, impulsos e funções automáticas do dia-a-dia. Em contraste com a mente consciente não é rígida ou analítica. É capaz de fazer interpretações simbólicas e tende a ter uma visão global (Fromm, 1992; Zeig, 1980).

A consciência-atenção constitui segundo Tart a maior fonte de energia para a consciência, sendo consciência o conhecimento básico de que alguma coisa está a acontecer. A consciência experimenta-se por meio de dez mecanismos ou subsistemas que incluem: exteroceptores, interoceptores, entradas de processamento, memória, sentido de identidade, formação de avaliação e decisão, *output*, subconsciente, emoção e espaço-tempo. Os estados de consciência são uma função dos modelos entre as estruturas de consciência mencionadas e a consciência-atenção (Tart C. 1969, 1975, 1977).

Para Fishkin & Jones (1978) a atenção é uma “janela móvel” entre o que é potencialmente possível de ter consciência e o que num momento determinado entra na consciência, sendo influenciada por localização, tamanho, velocidade de movimento, e padrão de atenção, entre outras coisas.

Para Silverman (1968), os estados alterados de consciência são uma função do modo de atenção estendido. Alterações na atenção levam a alterações na consciência. Distingue três dimensões: extensibilidade (grau de absorção da pessoa a partir dum estímulo interno ou externo), extensão (grau de avaliação dos elementos do campo de estímulos, largo ou estreito) e seletividade (elementos do campo de estímulos dominantes que exercem influência na percepção).

Podia considerar-se que a consciência é como composta por várias estruturas, unidades processuais ou esquemas regulados provavelmente por algum tipo de mecanismo de atenção (Pekala, 1991). Como assinala Itzard (1977), muitos adultos têm dificuldade em lograr um estado alterado de consciência porque as operações e estruturas da mesma estão fortemente arraigadas. Os estados alterados de

consciência, segundo esta autora, só resultam quando o indivíduo pode romper os vínculos afetivos-cognitivos. São o resultado da mudança nos processos afetivo, perceptual e cognitivo que caracterizam a consciência.

Pensamento inconsciente

O pensamento inconsciente define-se como o processo cognitivo que tem lugar quando a atenção consciente está dirigida para outra parte (Dijksterhuis & Nordgren, 2006).

Tradicionalmente considerava-se que os raciocínios e juízos eram exclusivamente atividades conscientes. Porém, nos anos mais recentes tem-se demonstrado que existe uma grande variedade de processamentos mentais superiores (desde juízos sociais, a condutas dirigidas a objetivos concretos) que operam de forma inconsciente (Dijksterhuis & Nordgren, 2006). Estudos confirmam a existência de processos motivacionais inconscientes que são muito similares ao funcionamento consciente (Dijksterhuis & Aarts, 2010). Tem-se encontrado que o pensamento associado a uma emoção positiva ou negativa, que atua dum modo subliminal, modela o objetivo da conduta (Custers & Aarts, 2010).

Por outro lado há abundante evidência (Handley & Runnion, 2011) de que as pessoas pensam com informação complexa de forma inconsciente, enquanto dum modo consciente têm maior dificuldade para isso devido à distração. Também inconscientemente se pode aceder a informação que dum modo consciente não é possível, por exemplo quando se apresenta dum modo muito rápido. Isto leva a que

as pessoas, com base nessa informação, formem atitudes (Handley & Runnion, 2011).

Segundo Meichembaum & Gilmore, (1984) a consciência pode ser entendida em termos de factos, processos e estruturas cognitivas, sendo os factos cognitivos os pensamentos e imagens, que ocorrem inconscientemente, os processos cognitivos as representações e a transformação destes em esquemas de experiência e ação, e por último, as estruturas cognitivas, as características da organização cognitiva, sendo duráveis, e formando os constructos teóricos que explicam a percepção, interpretação, transformação, organização e lembrança da informação. Estruturas cognitivas particulares supra-organizacionais influem na conduta sem conhecimento consciente do indivíduo. São estas as que conduzem à psicopatologia já que determinam como uma pessoa experimenta e percebe os factos.

A Teoria do Pensamento Inconsciente (Unconscious Thought Theory - UTT) tem como paradigma que as pessoas pensam dum modo inconsciente com a mesma eficácia que quando o fazem conscientemente. Ambos os tipos de pensamentos interatuam (Dijksterhuis & Aarts, 2010); nenhum deles atua de forma isolada. A estrutura básica experimental em que se baseiam estas conclusões é a seguinte: numa condição (consciente), aos participantes na experiência são apresentadas várias alternativas para escolher a melhor das opções, assim decidindo sobre diferentes situações. Por exemplo, comprar um carro novo, considerando o consumo de combustível, segurança, valor de revenda, etc. Tanto a informação relevante como o objetivo da escolha que devem fazer é dada numa forma explícita. Na linha base, são instruídos para que respondam de imediato sem tempo para

considerar as opções propostas, na condição de pensamento inconsciente devem realizar ao mesmo tempo outras tarefas de distração, que exigem toda a atenção (ex. resolver anagramas). A variável dependente será a qualidade da escolha. Estas pesquisas permitiram concluir que o pensamento inconsciente produz melhores escolhas ante decisões complexas, sendo o pensamento consciente superior nas decisões simples (Dijksterhuis, Boss, Nordgren, & Van Baaren, 2006). As razões propostas para estes resultados, baseados em extensa investigação, são as seguintes: 1) o pensamento inconsciente tem uma capacidade de processamento muito maior (realiza tarefas em paralelo); 2) o processamento consciente está limitado pela atenção; 3) o processamento inconsciente é mais preciso e fiável, pois o consciente está condicionado pelo tempo, o contexto, a acessibilidade às características do que pretende; 4) a limitação do pensamento consciente está condicionada principalmente pela focalização da atenção produzindo efeitos de polarização (Wilson & Schooler, 1991; Dijksterhuis, Boss, Nordgren, & Van Baaren, 2006).

Sobre o modo de funcionar de um tipo e outro de pensamento, Boss e Dijksterhuis (2011), com base nos resultados obtidos nas suas pesquisas concluíram que o pensamento inconsciente forma as opiniões “bottom-up” e o pensamento consciente “top-down”. Nos seus experimentos, onde os sujeitos tinham que formar opiniões considerando os estereótipos, estes só são relevantes quando se pensa dum modo consciente, mas são indiferentes para o pensamento inconsciente. Segundo Sloman (1996) e Strack & Deutsch (2004) as estratégias de processamento do pensamento consciente são hierárquicas, enquanto as do pensamento inconsciente são automáticas. Inconscientemente

CAPÍTULO II: CONSCIÊNCIA. ESTADOS ALTERADOS?

integramos grande quantidade de informação, trabalhando para o abstrato, a uma ordem superior de saída. Pelo contrário, o pensamento consciente utiliza esquemas e informação abstrata que dirige para uma certa direção suportada por esses esquemas iniciais.

CAPÍTULO III: DISTÚRBIOS EMOCIONAIS

Introdução

Não é fácil definir o que é uma emoção. Etimologicamente, o termo emoção vem do latim *emotio-onis* que significa impulso que induz à ação. Teóricos como Johnson-Laird & Oatley (1992) afirmam que *cada emoção nos conduz numa direcção que no decurso da evolução funcionou melhor de que outras soluções em circunstâncias recorrentes*. As emoções são fenómenos psicofisiológicos que representam modos eficazes de adaptação a diversas mudanças das demandas ambientais. Aspectos psicológicos alteram a atenção e elevam a variação de certas condutas na hierarquia de respostas do indivíduo. Sobre a fisiologia, as emoções organizam as respostas de distintos sistemas biológicos, incluindo as expressões faciais, os músculos, a voz e o sistema endócrino, com o objetivo de estabelecer um meio interno ótimo para o comportamento mais efetivo.

Seguindo a exposição de Solm e Turnbull (2004) as emoções são afins à modalidade sensorial, dirigida internamente e dando informação sobre o estado atual da pessoa em contraste com o exterior. Esta percepção que a pessoa tem de uma situação dada, percebida a partir de alguma modalidade sensorial, é subjetiva, assim como a resposta visceral derivada é também subjetiva, já que a dita resposta é sobre o que se percebe e não propriamente sobre o acontecimento em si. *A emoção é uma percepção do estado da pessoa, não do mundo objetivo*. Por exemplo, ante uma tormenta o ver um raio e ouvir um trovão pode provocar uma resposta visceral interpretada como medo. É por isso que

algumas pessoas ficam atemorizadas e outras não (todos percebem o raio e o trovão mas nem todos têm a resposta visceral).

Ao mesmo tempo que surgiu a revolução cognitiva em psicologia, aumentou a teorização e investigação no campo das emoções, estados de humor e afetos. Izard (1977) desenvolveu a teoria das diferenças emocionais. Nesta teoria considera-se que as emoções têm um papel fundamental na motivação, na comunicação social, na cognição e na ação (Pekala, 1991). Esta teoria baseia-se em cinco pressupostos: 1) o principal sistema de motivação humana está constituído por dez emoções entre as quais se incluem: *interesse-excitação, disfrute-alegria, surpresa-susto, ira-raiva, desgosto-nojo, desprezo-desdém, medo-terror, vergonha-timidez/humilhação e culpa-remorsos* 2) cada emoção tem propriedades motivacionais e fenomenológicas únicas, 3) as principais emoções, como alegria, tristeza, ira e vergonha conduzem a experiências internas e consequências comportamentais distintas, 4) as emoções interatuam entre si, podendo uma ativar, ampliar ou atenuar outra, 5) os processos emocionais interatuam e exercem influência nos processos de homeostase, impulsos, percepção cognitiva e motora. Segundo a teoria das diferenças emocionais, formam-se quatro tipos de motivação: impulsos (resultam de mudanças ou défices), emoções (funções adaptativas a uma experiência ou fenómeno motivacional), afetos-interações cognitivas (estado resultante da interação entre um afeto e processos cognitivos) e afetos-estruturas cognitivas (organizações psicológicas resultantes da repetição de interações entre afetos e um particular *set* de cognições).

Segundo Izard (1977) as emoções fundamentais primárias constituem as estruturas básicas da consciência. A emoção precede à

percepção. Portanto, a percepção é uma predição baseada nas experiências passadas e em padrões de afecto, sendo influenciada pela combinação dum grande variedade de afetos. Izard considera que a consciência é organizada pelas emoções e não pelas representações ou esquemas. As sensações tanto internas como externas são a base da consciência. Por isso, as emoções influem na consciência do indivíduo sobre a percepção, cognição e conduta.

Outros autores propuseram a teoria de cinco níveis de consciência emocional, determinados pela organização dos estados emocionais nas pessoas (Lane, Quinlan, Schwartz, Walker, & Zeitlin, 1990; Lane & Schwartz, 1992). Segundo esta teoria, o indivíduo, ao longo do seu desenvolvimento cognitivo vai diferenciando a sua experiência emocional. No nível inferior está a consciência das sensações corporais, no seguinte nível estaria a consciência da tendência à ação do sujeito ante estas percepções sensoriais. Em nenhum destes dois níveis, o sujeito tem propriamente consciência de emoção como tal. Só a partir do seguinte nível, a pessoa é consciente de ter uma emoção e poderá diferenciar, compreender e operar com base na emoção que sente. Sem prejuízo, essa distinção nos níveis de consciência emocional não coincide sempre com o desenvolvimento cognitivo do sujeito. Esta dessincronização entre a memória implícita e explícita sugere uma deterioração nos níveis superiores de consciência emocional e deixando intactos os níveis inferiores. (Lane, Quinlan, Schwartz, Walker, & Zeitlin, 1990; Lane & Schwartz, 1992).

A um nível cognitivo, a investigação do impacto das emoções sobre a memória tem-se feito em três domínios: memória *flash*, memória como testemunho e memória traumática. Destes estudos conclui-se que

a emoção grava os detalhes centrais de forma que são lembrados dum modo mais vívido. Sem embargo, emoções intensas durante a codificação do acontecimento não são uma garantia de lembranças acessíveis e fidedignos, podem incluso, esquecer-se (Eich & Schooler, 2000). Os efeitos do estado de humor na memória, fortalecem-se com um intervalo de separação temporal entre o acontecimento vivido e a sua lembrança (Smith, 1988). Tais efeitos poderão emergir, incluso, quando a retenção se avaliou de forma implícita, quer dizer, sem fazê-lo conscientemente (Macaulay, Ryan, & Eich, 1993) (Tobias, Kihlstrom, & Schacter, 1992).

Damásio (2010) defende que as emoções podem ser classificadas em vários tipos:

- *Emoções universais*: medo, ira, tristeza, felicidade, nojo e surpresa. Comuns em todas as culturas, inatas e estáveis.
- *Emoções de fundo*: entusiasmo, desalento. Estas ativam-se por circunstâncias vitais ou por estados internos. O estímulo que as desencadeia pode funcionar de forma encoberta e estão muito ligadas ao estado de humor.
- *Emoções sociais*: compaixão, vergonha, culpa, desprezo, ciúmes, inveja, orgulho, admiração. São desencadeadas em contextos sociais. Também precisam de estímulos adequados. Envolvem reações corporais e a pessoa experimenta-as como sentimentos. Algumas são exclusivamente humanas e de criação evolutiva recente, como é os casos da admiração e da compaixão.

Também se sabe que há diversas áreas do cérebro associadas às emoções e que segundo o tipo de emoção se ativa esta ou aquela, assim como uma conexão neurobiológica. Um exemplo disso evidencia-se num estudo realizado sobre as emoções sociais de admiração e compaixão (Immordino-Yang, Damásio, & Damásio, 2009). Neste trabalho pretendia-se que os participantes vivessem ambas as emoções em quatro condições experimentais: duas para admiração (uma como virtude num acontecimento de generosidade, e outra por ações de virtuosismo, como por exemplo, um grande atleta ou um virtuoso na música) e duas para compaixão (uma ante sofrimento por dor física, e outra como sofrimento por dor psicológica ante uma tragédia de perda grave). Os participantes eram expostos a observar situações reais e eram observados por imagiologia. Os resultados obtidos foram os seguintes: as áreas do cérebro com ativação eram as mesmas que nas emoções básicas (ínsula, córtex cingulado anterior e regiões do tronco cerebral superior). Portanto, as emoções sociais envolvem os mesmos mecanismos de regulação vital.

Por outro lado, sentir estas emoções envolvia os córtices postero-mediais (PMC), zonas que desempenham um papel importante na construção da consciência, com o que em cada uma das circunstâncias experimentais o sujeito se torna espectador imitador da ação (no caso da admiração) ou se envolve em sintonia com o protagonista do problema (no caso da compaixão). Ainda aqui, as zonas de ativação do PMC eram distintas, segundo o caso, sendo ativada um área para admiração de atividade física e compaixão por dor física, e outra zona de admiração por factos virtuosos e compaixão de dor mental. No primeiro caso envolviam-se partes do corpo orientadas à ação,

ativando-se rapidamente e extinguindo-se também antes, e no segundo caso era um estado mental, com mais demora em ativar-se e também mais lenta em extinguir-se.

A interpretação que a pessoa faz, da situação na qual se encontra, está intimamente ligada à emoção que se vai produzir. As reações emocionais, em qualquer caso, são adaptativas.

Na presente dissertação centramo-nos nas emoções de ansiedade e depressão, com todas as suas vertentes. Em relação à ansiedade, as contribuições específicas funcionais dos componentes do mecanismo biológico de sobrevivência são claras (Cannon, 1927): ativação do sistema cardiovascular, constrição dos vasos sanguíneos periféricos, elevação de pressão arterial e decremento do fluxo sanguíneo periférico, excesso de sangue redirecionada para os músculos esqueléticos, incremento de sangue na circulação que oxigena o cérebro, sendo estimulados os processos cognitivos e sensoriais, aumento de glucose, pupilas dilatadas, audição mais aguda, suspensão de digestão com a correspondente diminuição de saliva, pressão urinária, defecação e ocasionalmente vômitos. Em definitivo, é um mecanismo de ativação de defesa do organismo para poder escapar dum perigo (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). O medo é um sentimento subjetivo de terror, uma forte motivação para o escape e uma resposta fisiológica de *arousal* complexa. É por isso que se fala de três componentes numa emoção: comportamental, fisiológica e cognitiva. Estas três componentes podem-se reduzir a uma única função de motivar à tomada de uma ação imediata de fuga que leva consigo uma expressão (facial) de perigo que é comunicada aos que possam estar próximos do dito perigo, para que também possam reagir e proteger-se. Esta pode ser uma razão pela

qual as emoções se “contagiam”. O medo, por exemplo, é um sinal de alarme programado filogeneticamente, necessário para fazer frente a uma situação de perigo. Mas quando tal situação de perigo não é real, embora fosse a pessoa quem a interpretar assim, o corpo reage ao dito sinal do mesmo modo que se fosse realmente perigoso, e ao percebê-la com uma intensidade extremamente adversa, procurará escapar, evitar ou paralisar.

Em determinadas ocasiões temos ante nós tarefas para desempenhar que julgamos não sermos capazes de realizar, ou porque as consideramos excessivas ou porque pensamos que não temos suficiente capacidade para levá-las a cabo. Ante esta situação sentimo-nos ansiosos. Assim, se considerarmos estar ante uma situação de perigo à qual não podemos fazer frente (pode ser um perigo físico, social ou psicológico), também subirá a nossa ansiedade e medo, que poderá desembocar em pânico.

O medo excessivo contribui para muitos problemas psiquiátricos correntes. Exprime-se de forma idêntica em seres humanos e em animais, se bem que não reajam da mesma maneira, mas em função da sua própria história evolutiva (LeDoux, 2000).

No caso da depressão, a conservação de energia e recursos pode ser necessária ante acontecimentos de perdas importantes. Ante a morte dum ser querido, por exemplo, serviria para repor o suporte social, propiciando a empatia nos outros e o restabelecimento de redes sociais (Barnett, King, & Howard, 1979; Izard, 1992).

No tópico seguinte ver-se-á que existe uma relação complexa entre estas diversas emoções. A depressão é o distúrbio de humor mais

comum sendo um problema mais psico-social que médico (Yapko, 2006; Pires, 2002).

Estas reações adaptativas podem ser apropriadas, mas também a origem numa expressão patológica. Convertem-se num distúrbio psicológico quando se associam a angústia ou incapacitam a pessoa no seu funcionamento.

Classificação

A classificação dos distúrbios emocionais, como se faz no DSM-IV-TR é considerada a melhor quanto ao uso de conceitos e constructos que emergem de um fundo geral de neuroticismo/inibição de conduta, mas não é o melhor modo de organizar nosologicamente esse fundo geral (Allen, McHugh, & Barlow, 2008). Brown, Chorpita, & Barlow (1998) utilizando uma amostra de 350 pacientes com transtornos de estado de humor (afetivos) e de ansiedade, de acordo com o DSM-IV-TR, confirmaram a existência de uma estrutura hierárquica dos distúrbios emocionais. Transtornos de ansiedade e de humor têm sido estudados em detalhe e diversos estudos concluem que se sobrepõem. Existe, inclusive, evidência de pontos em comum de genética e neurobiologia (Barlow, 2002; Brown, 2007; Suárez, Bennett, Goldstein, & Barlow, 2009). Davidson e colegas encontraram ativação no hemisfério direito interior conectada com o incremento do afeto negativo e decremento do afeto positivo em pessoas deprimidas ou ansiosas (Davidson, 2000; Wiedemann, Pauli, & Dengler, 1999).

É muito frequente a nível do diagnóstico, a existência de comorbidade entre os distúrbios emocionais. Quando um transtorno simples acontece num momento determinado, mais tarde é comum

emergir um distúrbio de estado de ânimo adicional (Brown & Barlow, 2002). Cerca de 55% dos pacientes diagnosticados com ansiedade como principal transtorno sofre, ao mesmo tempo, de um transtorno adicional de ansiedade ou depressão. Ampliando a observação à vida do paciente, para além da intervenção terapêutica, o risco aumenta para cerca de 76% (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001). Esta comorbidade aponta para a existência duma síndrome geral de neuroticismo (Andrew, 1990; Andrews, 1996; Tyrer, 1989; Tyrer, et al., 1998). Estes autores sugerem que as diferenças na expressão de sintomas de transtornos emocionais (ansiedade social, pânico, anedonia...) é simplesmente uma variação natural na manifestação de uma síndrome mais ampla. Outro dado que suporta a existência de um “síndrome neurótico geral” ou “síndrome de afeto negativo” está na observação de que um tratamento específico para um distúrbio de ansiedade resulta em a melhora de outra perturbação (de ansiedade ou de humor) que não estava incluída no tratamento (Borkovec, Abel, & Newman, 1995).

A classificação dos transtornos de ansiedade tem um longo passado, mas uma história recente. Na quarta edição revista de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) (APA, 2002) encontram-se registrados como transtornos de ansiedade as seguintes perturbações: ataque de pânico, agorafobia, perturbação de pânico sem agorafobia, perturbação de pânico com agorafobia, fobia social, fobia específica, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, stresse pós-traumático, stresse agudo, transtorno de ansiedade secundária a uma condição médica geral, transtorno de

ansiedade induzido por substâncias, transtorno de ansiedade não específico.

As patologias registadas no DSM-IV-TR para os transtornos de humor são: episódios afetivos (depressão maior – *episódio único, episódio recidivante, distímico, não especificado*-, mania, misto, hipomania), transtornos depressivos, transtorno bipolar I, bipolar II, perturbação ciclotímica, bipolar sem outra especificidade, perturbação de humor devida a um estado físico geral, perturbação de humor induzida por substâncias, perturbação de humor sem outra especificação.

Tratamentos para os distúrbios emocionais

O tratamento psicológico dos distúrbios emocionais está empiricamente sustentado. De seguida apresentam-se na tabela número 1 as componentes básicas desses tratamentos para distintos transtornos:

Quadro 1. Componentes básicas dos tratamentos dos distúrbios emocionais.

TRANSTORNO	COMPONENTES BÁSICAS
Fobia específica	Exposição ao objeto ou situação temidos (Marks, 1987)
Fobia social	Exposição Reestruturação cognitiva Relaxamento Treino em habilidades sociais (Echeburúa E. , 1995)
Agorafobia	Exposição (Echeburúa & Corral, 1991)
Pânico	Exposição interoceptiva Reestruturação cognitiva Treino de respiração Relaxamento (Craske & Lewin, 2003)

CAPÍTULO III: DISTÚRBIOS EMOCIONAIS

TRANSTORNO	COMPONENTES BÁSICAS
Obsessivo-compulsivo	Exposição aos pensamentos e prevenção de resposta (Rachman, 1985)
Stresse pós-traumático	Exposição aos pensamentos e imagens traumáticas Dessensibilização sistemática Inoculação ao stresse Reestruturação cognitiva Treino em <i>biofeedback</i> Terapia comportamental dialética Terapia de aceitação e compromisso (Foa, Keane, Freidman, & Cohen, 2009)
Ansiedade generalizada	Treino em solução de problemas Exposição funcional cognitiva Técnica de flecha descendente (Dugas & Ladouceur, 2003)
Hipocondria	Tratamento do estilo somático amplificador: <ul style="list-style-type: none"> • Papel da atenção e relaxamento • Cognição, reatribuição de sintomas benignos • Contexto situacional • Papel dos afetos e dependência Tratamento de interpretações catastróficas <ul style="list-style-type: none"> • Compromisso do paciente • Auto-observação de ansiedade • Reatribuição dos sintomas • Mudança de comportamentos inadequados • Mudança de crenças disfuncionais (Botella & Martinez, 2003)
Depressão	Aumento de atividades agradáveis e diminuição das desagradáveis: <ul style="list-style-type: none"> • Intervenção ambiental • Treino em habilidades pessoais e sociais • Habilidades cognitivas (Lewinsohn, Sillivan, & Grosscup, 1980)
Trastorno bipolar	Educação do paciente e família Treino cognitivo Deteção dos sintomas Redução de estímulos stressantes Treino em solução de problemas Treino em comunicação interpessoal (Ramirez-Basco & Thase, 2003)

Hipnose como coadjuvante em distúrbios emocionais

No contexto das terapias psicológicas, podem-se obter grandes benefícios utilizando hipnose como um meio de ensinar competências (Yapko, 2003). A investigação indica que a hipnose pode contribuir para tornar mais eficaz a terapia cognitivo comportamental no tratamento da ansiedade (Schoenberger & col., 1997; Schoenberger, 2000). Através do uso de procedimentos hipnóticos diversos aspetos da ansiedade podem ser tratados, tanto a nível somático como cognitivo (Weitzenhoffer, 2000). Alguns destes aspetos podem envolver o treino em relaxamento-autocontrolo, modificação de pensamentos catastróficos, relativização, exposição com imaginação, etc. (Lynn & Kirsch, 2006). Existem muitos relatórios que indicam que as técnicas hipnóticas conduzem à redução da ansiedade (Flammer & Bongartz, 2003; Bryant, 2008).

Ainda que em geral, o uso da hipnose para o tratamento da depressão não seja habitualmente considerado, sabe-se que é uma ferramenta de grande valor terapêutico em conjunto com outras terapias estabelecidas (APA *American Psychological Association*, 1999; Yapko, 2001a). Há muita investigação que apoia o facto de que utilizar hipnose no tratamento da depressão contribui significativamente para os resultados positivos do tratamento direta e indiretamente (Crawford & Barabasz, 1993; Montgomery & col., 2000; (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, & Pastyrnak, 1997; Yapko, 2006). Também para aspetos específicos, que têm de se trabalhar no referido tratamento, a hipnose pode ser de grande ajuda, por exemplo ante a insónia. O uso de hipnose no tratamento de insónia e distúrbios de sono, em geral, foi descrito em numerosos relatos de estudos de casos (Becker, 1993; Kohen, Mahowald, & Rosen, 1992).

CAPÍTULO IV: A SURPRESA

Descrição

Darwin (1984, -em original 1872-) definiu no seu livro “*The Expression of Emotions in Animals and Man*” a surpresa como a reação causada por alguma coisa imprevista, nova, estranha ou também como uma reação a um acontecimento discrepante do plano ou esquema do sujeito.

Não existe um consenso a respeito da surpresa ser ou não uma emoção. Ortony e col. (1988) consideram que as emoções têm de ter uma valência positiva ou negativa, de modo que a surpresa não seria uma emoção por ser neutra. Kumar (1996) considera que a surpresa é uma não-emoção por esse mesmo motivo, mas que é capaz de intensificar e modificar o tipo de emoções sentidas por uma pessoa. Muitos outros autores, consideram-na uma emoção (Oatley & Johnson-Lair, 1987; Damasio, 2010; Izard, 1977). Izard explica que é uma emoção ainda que com características diferentes da alegria ou da tristeza. Segundo este autor é desencadeada por um aumento drástico na ativação neural. Pode ser considerada uma emoção primária, de base ou prototípica (Plutchik, 1980) ou fundamental (Izard & Buechle, 1980). Por outro lado, Vanhamme (2002a) descreve a surpresa como uma síndrome de reações, com manifestações observáveis a três níveis:

Nível comportamental: expressões faciais distintas, cessação das atividades, concentração da atenção sobre o que desperta a surpresa.

No Sistema de Codificação da Ação Facial (FACS) as unidades de ação que conformam a expressão facial da emoção de surpresa são:

- *Elevação parte interior das sobrancelhas (UA-1)*
- *Elevação parte exterior de sobrancelhas (UA-2)*
- *Elevação da pálpebra superior (UA-5)*
- *Descida da mandíbula e abertura boca (UA-27)*
- *Elevação parte inferior das pálpebras e redução da abertura palpebral (UA-7)*

Também a nível corporal, se a pessoa está de pé os joelhos dobram-se e o corpo inclina-se para a frente.

Expressão vocal:

- Tom de elevado nível
- Vocalizações espontâneas tipo: oh!

Nível fisiológico: mudança nos distintos sistemas:

- Sistema nervoso central: rápida ativação das zonas de projeção sensorial implicadas na perceção, que desencadeia as emoções. Mensagens aferentes passam pelo centro do tálamo e daí ao córtex somato-sensorial primário.
- Sistema nervoso autónomo: desaceleração da frequência cardíaca, vasoconstrição periférica, vasodilatação cefálica e aumento brusco da condutância da pele.
- Sistema nervoso somático: aumento do tónus muscular geral, mudança na frequência e amplitude da respiração ou inspiração breve e de curta latência. Alta amplitude respiratória e dilatação pupilar.

Nível subjetivo: experiência subjetiva de surpresa, verbalizações espontâneas das experiências subjetivas.

- **Mente em branco**: reação afetiva indefinida; as situações que produzem a surpresa são lembradas não tão agradáveis como felicidade ou alegria, mas mais agradáveis que medo, ira ou tristeza.
- **Sensação de incerteza pelo que vai acontecer**: é desenvolvida uma emoção secundária, que é a incerteza. Diferencia-se na representação mental de ambas as emoções; a surpresa baseia-se nos esquemas perceptivos e a incerteza em redes semânticas.

Segundo Izard (1977; 1991) a surpresa cumpre um papel adaptativo. A sua função principal é permitir afrontar efetivamente as mudanças repentinas numa situação e limpar o sistema nervoso da actividade que puder interferir com o ajuste a uma mudança imprevista produzida no nosso meio. Os processos atencionais dirigem-se ao estímulo novo e são ativadas as condutas dirigidas à exploração e à investigação. Portanto, prepara o sujeito para enfrentar de forma efetiva as mudanças inesperadas e as suas consequências.

Causas

Na literatura encontramos três abordagens acerca das causas da surpresa:

1. **Conceito da desconfirmação de expectativas** (Stiensmeier-Pelster e col. 1995), que diz que o evento surpreendente

desconfirma as crenças implícitas, de acordo com as quais o ocorrido era improvável numa situação dada.

2. Divergência do esquema teórico (Meyer e col., 1991). A surpresa será produzida por um evento que diverge do esquema, definindo-se esquema como um tipo privado, normalmente informal, desarticulado de teoria sobre a natureza de objetos, eventos ou situações (Rumelhart, 1984).
3. O modelo neural (Sokolov, 1963, citado por Vanhamme, 2002a) representa um sistema de células no qual é estocada a informação relativa a um estímulo que já se apresentou várias vezes. Nesta abordagem uma reação de surpresa ocorre quando os estímulos produzidos não correspondem ao modelo neural que foi construído nas apresentações anteriores.

Ortony e Partridg (1987) assumem que a surpresa é provocada por acontecimentos inesperados, assim como Peters (1998) no modelo computacional da surpresa.

Não entanto, há autores que mantêm que nem todos os acontecimentos inesperados são considerados surpreendentes, segundo a teoria da norma, pelo chamado processamento retrocedente, propondo que as pessoas criam padrões de comparação após a experiência, e que esses padrões podem ser usados para avaliar quão surpreendente foi o evento (Kahneman & Miller, 1986). O próprio evento influencia os padrões que serão utilizados para julgar o grau de surpresa ou de normalidade.

A baixa probabilidade de ocorrência dum evento é necessária mas não suficiente para que a surpresa se produza. É o contexto que determina que a surpresa tenha lugar (Teigen & G., 2003).

Outro modelo alternativo, que trata de explicar a causa da surpresa, é o atribucional (Weiner, 1985a; Weiner, Russell, & Lerman, 1978; 1979). Segundo este modelo, a surpresa, como outras emoções, é causada pelas atribuições dum evento como azar ou sorte. Esta atribuição à sorte seria suficiente, mas não necessária como causa, para produzir surpresa.

Características

Entre as características da surpresa podemos encontrar as seguintes:

- a) Tem uma importante função de ampliação da memória ao focar a atenção no seu evento causador. Fica melhor memorizado o evento surpreendente (Kumar, 1996).
- b) Pode exercer a função de amplificar as emoções subsequentes (Vanhamme, 2002b).
- c) A desconfirmação de expectativas está implícita na surpresa (Oliver & Westbrook, 1993).
- d) É a emoção mais breve de todas as primárias. É produzida de forma súbita sendo a sua duração determinada pelo tempo que tarda em aparecer a emoção posterior. Há um sobreposição entre a resposta de orientação e a emoção de surpresa – o assombro (Öhman & Wiens, 2003)

O modelo computacional cognitivo-psicoevolutivo dos processos derivados pelos acontecimentos supressivos (Meyer & Niepel, 1994; Meyer, Reisenzein, & Schützwohl, 1997b; Reisenzein, Meyer, & Schützwohl, 1996; Stiensmeier-Pelster, Martini, & Reisenzein, 1995), baseia-se na suposição de que a surpresa desencadeia uma série de processos mentais que começam com a avaliação do inesperado, continuam com a interrupção da actividade em curso e a focalização da atenção no evento inesperado, terminando com a análise e avaliação deste evento e a revisão das crenças.

Segundo Ekman (1992) e Izard (1977) a surpresa pode ter um papel muito importante nas atividades cognitivas, especialmente na focalização da atenção e a aprendizagem (Izard, 1977; Meyer, Reisenzein, & Schützwohl, 1997; Ortony & Partridge, 1987; Reisenzein, 2000b).

O grupo de investigação da Universidade de Bielefeld (Alemanha) (Reisenzein e col., 1997) refere que a surpresa tem duas funções principais: informativa e motivacional, que em conjunto, promovem a adaptação imediata ao evento surpreendente e a predição, o controlo e as relações afetivas com as futuras aparições do evento.

A surpresa como experiência subjetiva

Como todas as emoções, a surpresa tem uma componente subjetiva que se manifesta em duas propriedades básicas nos estados gerais de consciência: o carácter fenomenológico e a consciência imediata (Smith D. , 1989). Ainda que as reações de surpresa das pessoas tenham várias componentes (Meyer & Niepel, 1994), é a

experiential, a reação de surpresa subjetiva a mais relevante para a pessoa ao detetar a dita emoção (Reisenzein, 2000).

Durante a experiência subjetiva da surpresa, quando a pessoa refere que foi surpreendida, vagamente tem consciência da natureza do que refere, provavelmente está a fazer-se consciente de algum processo mental ou do *feedback* das reações corporais que a surpresa produz. Assim, essa experiência subjetiva inclui um estado mental adicional e a avaliação do inesperado quando excede um limite (Stiensmeier-Pelster & col. 1995; Oatley & Johnson-Laird, 1987).

Medição

Atualmente existem alguns procedimentos para avaliar as emoções. Servem para codificar a expressão facial das emoções básicas. O Sistema de Codificação da Ação Facial (FACS) de (Ekman & Friesen, 1978) é a ferramenta mais potente para os trabalhos de investigação na área da emoção. É um modelo experimental discreto, onde a partir do estudo de toda a musculatura facial se formula o conceito de unidades de ação. Um total de 46 unidades que pelo seu carácter micro podem estar presentes em distintas manifestações emocionais e permitem uma análise minuciosa de cada expressão facial.

Em 1979, Izard apresentou o Sistema de Codificação de Máxima Discriminação do movimento (MAX), modelo teórico discreto e seletivo. Baseando-se na sua própria teoria preconiza a observação de determinados músculos faciais implicados nas emoções básicas. O problema principal é não considerar toda a musculatura facial, mas aquela que na sua teoria indica como relevante.

A Técnica de classificação do afeto facial (FAST) de Ekman, Friesen, & Tomkins (1971) partiu num primeiro momento dum modelo teórico, desenvolvido a partir dos estudos e não da observação. Posteriormente criaram o primeiro sistema experimental (FACS).

O *Facial Animations Composing Environment* (FACE) de Wehrle, (1995/1999) é um modelo experimental discreto baseado nas unidades de ação de Ekman e Friesen (1978), mas são aqui introduzidas novas chaves perceptuais: movimentos, posição e fisionomia.

Na investigação de Reisenzein (2000) encontrou-se que todas as componentes da surpresa (cognitivo, experiencial, condutual e expresivo) se correlacionavam entre si, havendo uma forte associação entre o cognitivo e o experiencial. Tomando em consideração as conclusões desta investigação que apoia a existência duma sólida associação entre os processos subjetivos e os processos neurofisiológicos, decidimos para este trabalho (ver seção Instrumentos), criar uma escala likert para avaliar o grau subjetivo com que as pessoas experimentam a surpresa depois da indução hipnótica, prescindindo de utilizar algum destes instrumentos estandarizados, que não consideramos adequados para a nossa investigação, sendo excessivamente gerais, já que servem para avaliar todas as emoções.

CAPÍTULO V: HIPNOSE

Definição de hipnose

Quando pretendemos compreender o que é “hipnose”, é conveniente começar por distinguir entre “procedimento hipnótico” e “hipnose” enquanto “estado ou condição derivada do referido procedimento”. Weitzenhoffer (2000) faz uma diferenciação muito clara, considerando que o termo hipnotismo se refere ao procedimento, ao processo que conduz à hipnose e o termo hipnose às mudanças (psicológicas e outras) que ocorrem em consequência do tal procedimento. Por outro lado, o facto de se levar a cabo um procedimento hipnótico, não significa que a pessoa à qual este foi administrado chegue a experimentar hipnose. Exemplos disto encontramos nos casos de pessoas relutantes, com baixa hipnotizabilidade ou em simuladores. Todavia, é bem verdade que a maioria dos autores não faz uma tal distinção, o que não contribui nada para uma melhor clarificação da área, gerando-se ambiguidades e falta de precisão nos termos técnicos empregues (Pekala, 1991).

Ainda sobre a natureza da hipnose há a considerar aquela que é a maior das polémicas: se a hipnose é um estado específico, nomeadamente um estado alterado de consciência, ou simplesmente uma resposta a sugestões dadas sem a produção de um tal estado específico. Por exemplo, numa perspetiva social a hipnose não se considera um estado. Mas, como diz Naish, (2007), a conduta hipnótica deveria ser explicada essencialmente por perceções e não pelos mediadores sociais gerais. Claro que se reconhece a influência social na resposta hipnótica do mesmo modo que em muitas outras situações, e

é por isso que aquela perspectiva não contribui com informação relevante sobre os processos hipnóticos. O certo é que falar de hipnose como estado é uma simples descrição como “estar zangado”, “estar apaixonado”, “estar surpreendido”... Quando falamos de estado hipnótico, apenas designamos que os parâmetros chave estão num novo nível (Nash, 2005).

Ao longo da história são muitas as definições que se deram à hipnose dependendo do paradigma de referência. Entre elas podemos mencionar as seguintes:

- É um sono desperto guiado: o hipnotizador (hetero-hipnose) ou o próprio sujeito (auto-hipnose) atua como guia para uma experiência considerada fantasiosa (Barrett, 1979).
- É um estado alterado de consciência natural: a pessoa que está num estado de consciência diferente do “normal”, chamado hipnose, através dum processo natural que não implica a ingestão de substâncias ou outros procedimentos psicológicos (Tart, 1972).
- É um estado de relaxamento hiper-sugestionável: a pessoa entra num estado de relaxamento muito elevado, tanto mental como corporal, com a consequente descida de vigilância, o que propicia uma maior resposta à sugestão (Edmonston, 1991).
- É um estado dissociado: envolve desconexão entre os processos conscientes e inconscientes, o que permite tornar a parte inconsciente mais acessível e recetiva às sugestões (Hilgard, 1977).

Cada uma destas definições é parcialmente adequada, embora por si só insuficiente para descrever o que é a hipnose.

Outra perspectiva sobre a natureza da hipnose é trazida por Barber. Este sugere a existência de três dimensões ou classes de hipnose associadas a cada uma delas a distintos grupos de pessoas mais hipnotizáveis: o primeiro grupo seria o das pessoas que tendem a fantasiar com frequência no seu dia-a-dia; um segundo grupo seria constituído por aquelas pessoas que tendem a ter amnésia, havendo inclusivamente fragmentos da sua vida fora da sua memória. Finalmente, o terceiro grupo seria constituído por pessoas com elevadas expectativas, motivação e atitudes positivas face à hipnose. São os que dispõem dum *set* de respostas sociais apropriadas para responder às sugestões. Em cada um destes grupos funcionam mecanismos distintos para chegar a um determinado estado hipnótico (Barber, 1999).

A American Psychological Association (División 30 -Society of Psychological Hypnosis-, 2004) considera que para que aconteça “hipnose”, esta se deve etiquetar como tal, e define-a como:

"Habitualmente, a hipnose tem uma introdução ao procedimento durante a qual se diz a um sujeito que lhe serão apresentadas sugestões de experiências imaginativas. A indução hipnótica é uma sugestão, extensa e ampla para usar a própria imaginação, que se dá no começo, e que pode incluir maiores elaborações da introdução. Usa-se um procedimento hipnótico para fomentar e avaliar respostas às sugestões. Ao usar a hipnose, uma pessoa (o sujeito) é guiada por outra (o hipnotizador) para que responda às sugestões de mudanças na experiência subjetiva, alterações na percepção, sensação, emoção, pensamento ou conduta. As pessoas podem aprender também auto-hipnose, que consiste em administrar procedimentos hipnóticos a si mesmo. Se o sujeito responde às sugestões hipnóticas, geralmente infere-se que foi induzido em hipnose. Muitos acham que as respostas e experiências hipnóticas são características dum estado hipnótico. Ainda alguns pensam que não é necessário usar a palavra "hipnose" como uma parte da indução hipnótica, outros consideram-no essencial. Os

detalhes dos procedimentos e sugestões hipnóticas diferem segundo os objetivos de quem a pratica, e dos propósitos da tarefa clínica ou de investigação que tenta realizar. Tradicionalmente, os procedimentos incluem sugestões para relaxar-se, ainda que o relaxamento não seja uma parte necessária para a hipnose, podendo-se usar uma ampla variedade de sugestões, incluídas as de alerta. Tanto no âmbito clínico como no de investigação, podem-se usar sugestões que permitem avaliar o alcance da hipnose comparando as respostas com escalas estandardizadas. Se bem que a maioria dos sujeitos possam responder, ao menos, a algumas sugestões, as pontuações das escalas costumam a abarcar uma gama que oscila entre o elevado e o insignificante. Tradicionalmente, as pontuações são agrupadas nas categorias de baixas, médias e altas.

Tal como ocorre com outras medidas de constructos psicológicos, cotadas positivamente, como a atenção e a percepção, a clareza da evidência de ter logrado a hipnose incrementa-se com a pontuação do indivíduo.”

Nash (2005) chama a atenção sobre a reformulação desta definição porque anteriormente caía na falácia de impor como condição necessária para que se produza hipnose o dizer ao sujeito que ia ser hipnotizado: não sendo feita essa etiqueta, então, o procedimento não poderia designar-se como hipnótico. Na verdade, a partir da perspectiva sociocognitiva, para que tenha lugar a experiência hipnótica, o procedimento terá de ser designado como envolvendo “hipnose” para que, desse modo, a pessoa hipnotizada possa adotar esse papel (*rol*) e realize a conduta que se espera assim ocorrer. Porém, se isto fosse assim, os sujeitos permaneceriam passivos até receberem sugestões, mas isto não é exatamente o que ocorre, já que as pessoas hipnotizadas começam a produzir outros fenómenos, experiências inusuais, como por exemplo, a distorção do tempo para a qual não

recebem nenhuma sugestão. Se depois de uma pessoa ser hipnotizada se lhe pergunta pelo tempo transcorrido durante a experiência, a sua percepção do mesmo, frequentemente não coincide com o tempo real apesar de não ter recebido qualquer sugestão sobre este aspeto particular. Este tipo de experiência é um mecanismo intrínseco à hipnose (Nash, 2001; 2003; 2005b).

Breve história sobre Hipnose

Principais fontes de informação: (Pintar & Lynn, 2008) (Hughes, 2008).

Não é o nosso propósito fazer uma extensa exposição sobre a História da hipnose, apenas uma breve apresentação que sirva de guia para a compreensão da hipnose nos nossos dias. Quando se faz uma revisão sobre a literatura existente nesta área, é curioso comprovar como muda a História segundo a perspetiva a partir da qual é analisada e exposta, assim como as eventuais interpretações sobre este ou aquele acontecimento. Procuraremos dar uma visão o mais objetiva possível a partir dos factos encontrados nas diversas fontes por nós consultadas, que foram variadas.

Falar hoje em dia da hipnose nos mesmos termos em que se fazia no século XIX, é inadequado. Desde então até ao momento atual houve uma evolução tanto na conceção da mesma como nos procedimentos hipnóticos, propriamente ditos.

A hipnose desde a sua aparição, inclusive até aos nossos dias, tem-se visto relacionada com a superstição e as crenças por parte de uns e objeto de interesse científico por parte de outros. Como fenómeno psicológico existe como qualquer outro: desde que existe a

humanidade que é possível encontrar antecedentes seja na pré-história, seja no seu uso dentro de rituais tribais (*Taves, 1999*). Em algumas pinturas rupestres, apreciam-se pessoas extraindo dentes ou fixando ossos a outras, aparecendo atributos mágicos como raios saindo dos olhos ou os dedos. Antes do Neolítico falava-se de “entrada em transe para contactar com os espíritos” quando se realizavam as curas. Tinham “poderes” inatos para curar e induzir êxtases com visualizações (*Harner, 1980*). Métodos de indução utilizados na antiguidade, no Egito, consistiam na fixação ocular, assim como lugares “de sono” situados nos templos, onde era colocada a pessoa enferma durante nove dias, para posteriormente se lhe induzir o transe, momento no qual, a deusa Isis lhe oferecia o diagnóstico e tratamento para a sua doença. Através do “sono magnético”, que era interpretado pelos curadores, guiavam-se as pessoas que ali vinham para solucionar os seus problemas ou ser curados (*Machovec, 1979*). Posteriormente, estes métodos estenderam-se à Grécia e Roma. As técnicas utilizadas nos templos de sono do Egito, Grécia e Roma são muito similares às utilizadas por Mesmer (ver mais ou frente): 1) imposição de mãos, 2) utilização de objetos magnéticos, 3) água especialmente preparada, 4) fixação da atenção visual, e 5) encantamentos rítmicos e diversas formas de música (*Edmonston, 1986*).

Ainda que herdando a tradição dos templos de sono egípcios, na antiga Grécia (427-347 a.c.) desenvolveram-se sistemas terapêuticos mais formais e rigorosos. Platão propôs a palavra sugestão para obter a ordem e a harmonia de que carece o doente. Aristóteles (384-322 a.C.), por seu turno, usou a retórica como persuasão verbal e a poética como tratamento psicológico (*Lain- Entralgo, 1987a; 1987b*).

Na Idade Média, tudo aquilo que não podia ser explicado com a ciência era colocado no domínio do esotérico ou do religioso, e eram levados a cabo rituais de exorcismos. Johann Joseph Gassner (1727-1779), um frade, destacou-se por estas práticas, mesmo usadas para os casos de dores de cabeça e vertigens.

Durante os séculos XVII e XVIII, desde o catolicismo, em plena crise eclesiástica, onde a Igreja teve de enfrentar os novos pensadores que a ameaçavam, com os seus ideais, até ao aparecimento da Ilustração, do ateísmo, e mesmo de outras alternativas quanto à relação humana com o sobrenatural. Em Paris, um movimento denominado Jansenismo, cujo nome se deve ao seu fundador, o teólogo Cornelius Jansen, tinha como característica principal a chamada à penitência e mortificação dos sentidos. Baseava-se na doutrina de Santo Agostinho. Entre 1727 e 1732, no cemitério de St. Medard (Paris) faziam-se curas milagrosas e crises de devoção acompanhadas por convulsões corporais à volta da tumba do diácono Francisco de Pâris, homem que em vida foi muito respeitado e querido entre os seus contemporâneos pelo seu ascetismo e caridade. Este homem de vida exemplar era jansenista. As pessoas veneravam-no, apanhavam terra da tumba para fabricar bálsamos ou cataplasmas, sobre a qual se deitavam esperando cura. Vinham pessoas com a esperança de serem curados e outros que eram simples espectadores provenientes de todos os níveis sociais. A uma certa altura surgiu uma controvérsia, pois enquanto os jansenistas aproveitavam a publicidade para adquirir maior poder, vinte e três padres parisienses pediram o reconhecimento dos milagres, sendo que quatro destes milagres estavam acreditados com muitas testemunhas. A Igreja, no entanto, declarou como falsos esses testemunhos, e ordenou

o fim do culto às relíquias. Apesar disso, os seus seguidores continuaram com as práticas, e para que houvesse maior contundência nos milagres, tornaram os processos de cura mais prolongados e com fortes dores, tremores incontrolláveis, alaridos, quebra de ossos, olhos desorbitados, entre os atos mais ou menos espetaculares... A maioria das pessoas que acudiam a estas práticas eram mulheres, pareciam experimentar um estado de auto-indução de histeria de excitação sexual com prazer masoquista. Finalmente, intervieram as autoridades, e o próprio rei Luís XV ordenou o encerramento do cemitério com um cartaz na porta que dizia: *“Por ordem do Rei, fica proibido por Deus realizar milagres neste lugar”* (Hazan, 2010). Apesar disso, como costuma acontecer quando algo se proíbe, aquelas práticas não foram erradicadas, e as reuniões continuaram celebrando-se de modo encoberto, ainda durante trinta anos, dando lugar a práticas masoquistas extremas. Mulheres crucificadas, com as mãos e pés atravessados com cravos, chegavam a manifestar não sentir nenhuma dor. Isto é, a mente humana era capaz de controlar o corpo, tornando-o insensível a crueldades.

As pessoas que presenciaram, em primeira mão, ou por referências próximas, estas práticas, estavam muito motivadas para crer na mensagem de Mesmer: “O poder mental pode utilizar-se para benefício” (Hughes J.C. 2008). Efetivamente um marco na história da hipnose é o Mesmerismo, já que é a partir daqui que se apresenta como um procedimento melhor definido. Franz Anton Mesmer (1734-1815), médico vienense de refinada educação, contraiu matrimónio com a filha dum médico muito influente, que lhe trouxe importantes contactos e estatuto social. Vivia num palacete com jardins, estátuas

clássicas e um teatro privado. Mesmer era também um amante da música. Tocava mesmo a harmónica de cristal, que havia sido perfeiçoada Benjamim Franklin. A primeira ópera “Batien und Bastienne” de Wolfgang Amadeus Mozart, foi interpretada no seu teatro. Mais tarde, Mozart compôs os Adágios em C menor e C Mayor para que Mesmer tocasse na harmónica de cristal.

Desencantado com a prática da medicina da altura introduziu um tratamento novo que englobava intimidade, *rapport* e contacto físico: o magnetismo animal (*Kaufmann, 1980*). Baseou-se em Paracelso, que preconizava a existência dum fluido universal, causa da força de gravidade, magnetismo e eletricidade. Segundo Paracelso, a imaginação é a causa de muitas doenças e a fé tudo cura. Qualquer homem possui magnes que atraem os magnes de outros homens. Ante a doença, os magnes dum homem têm influencia curativa pelo poder natural do fluido universal que controla as leis do universo e dos homens. Mesmer transferiu esta ideia para o domínio da medicina: as pessoas estão magnetizadas e quando alguém adoecer é porque perdeu esse magnetismo, de tal modo, que só depois de recuperá-lo pode curar-se. Uma descrição simples do seu método, consistia nuns passes com uma vara metálica ao redor do corpo da pessoa doente, induzindo nela convulsões e, posteriormente, um estado de trance. Assim, a pessoa era magnetizada, e ao sair do dito trance ficava curada. Cada vez mais popular e integrado na alta sociedade, foi mostrando publicamente o seu método.

Cabe destacar entre os seus pacientes, um caso que marcou a sua vida: o de María Theresa Paradis, uma jovem e brilhante pianista que, aproximadamente aos 3 anos de idade, perdeu a visão. Fez

diversos tratamentos em busca da recuperação da vista, mas tudo foi em vão, tendo-se Mesmer comprometido a ajudá-la. Em consequência esta mudou-se para casa de Mesmer, onde ele começou a utilizar o seu método de magnetização. Houve relatórios do pai de Fraulein Paradis onde se afirma que esta começou a recuperar a visão. Este, num primeiro momento, mostra a sua gratidão para com Mesmer, mas entretanto recebe uma visita dos oponentes de Mesmer, onde se lhe comunica, que os pais de Theresa Paradis deixarão de receber a pensão que cobravam pela sua filha cega. Os pais, então, mandaram-na regressar a casa, onde depois de ser observada por vários oftalmologistas, concluíram que Fraulein Paradis não se havia curado, com o que Mesmer é acusado de mentir e ser uma fraude. Os médicos, que estavam contra o método de Mesmer, aproveitaram para o desacreditar e desprestigiar. Foi desterrado e mudou-se para França.

Em França teve um grande impacto pela sua aceitação e difusão. Com o tempo foi introduzindo mudanças no procedimento de magnetização, substituindo a vara metálica pelas suas próprias mãos e realizando magnetizações em grupo.

A popularidade do magnetismo animal alcançou uma tal dimensão, em França, que foram abertas várias investigações para avaliar a credibilidade dos procedimentos de Mesmer. A mais conhecida foi a chamada Comissão Franklin, constituída por personalidades muito importantes da comunidade científica: Benjamin Franklin, Antoine Lavoisier e o Dr. Guillotin (inventor da famosa guilhotina). Realizaram diferentes provas como a da “árvore magnetizada” ou a “magnetização a distância”. A partir destas, concluíram que os efeitos do mesmerismo são unicamente devidos à imaginação e às crenças das pessoas

tratadas. Esta foi a primeira vez que se provou a existência duma variável psicológica, hoje em dia muito estudada: “as expectativas”. Infelizmente, não havendo um corpo de conhecimentos científicos que desse sentido a tais observações (neste caso seria a Psicologia), conclui-se que os efeitos conseguidos com o mesmerismo não são reais, concluindo tratando-se de uma charlatanice. Como resultado, desgostoso, Mesmer retirou-se da prática do mesmerismo e viveu até ao final da sua vida em isolamento.

Outra figura destacada foi o Marquês de Puységur (1751-1825), um discípulo de Mesmer, procedente de uma das famílias mais ilustres da nobreza francesa. Praticava o magnetismo com os seus camponeses. No lugar onde vivia havia uma grande árvore que tradicionalmente era considerada ter dotes curativos. Puységur utilizou esta crença para indicar aos camponeses que se colocando-se debaixo dos seus ramos, ele magnetizaria a árvore e esta exerceria os poderes curativos. Observou o efeito produzido em centenas de pessoas ali colocadas, provocando nelas um estado de sonolência (as pessoas pareciam estar a dormir). Um dos seus camponeses, Victor Race, padecia de problemas pulmonares. A sua doença agravou-se permanecendo em cama com fortes dores. O marquês tratou Victor Race de forma individual e, ao magnetizá-lo, Race entrava numa espécie de sonolência, que lhe proporcionava descanso e ausência de dor, assim como algumas mudanças de personalidade, pois tratando-se de um homem reservado, começava a falar com o Marquês de assuntos pessoais, relacionados com uma irmã, assim como a saltar e dançar. Além disso, depois de ser magnetizado, não recordava nada do ocorrido (amnésia espontânea total). Quando Puységur observou tais efeitos, confirmando algumas das

suas suspeitas sobre o magnetismo, tais como que se podia produzir amnésia e que não era necessário provocar convulsões para obter resultados terapêuticos. Também prescindiu do uso da vara metálica (Forrest, 2000).

Esta variedade de magnetismo denominou de sonambulismo magnético. De salientar que este “sonambulismo magnético” corresponde a estados habituais observados hoje em dia, revelando a existência de fenômenos dissociativos.

Outra pessoa destacada na história da hipnose é o Abade Faria (1756-1819) que nasceu na Índia, numa antiga colônia portuguesa. A família de Faria era descendente de famílias ligadas ao sacerdócio que se converteram ao Catolicismo. Os seus pais divorciaram-se quando ele tinha 8 ou 9 anos. O pai dedicou-se ao sacerdócio e a mãe entrou para um convento. Faria, aos 15 anos foi viver com o seu pai para Lisboa, altura em que ele mesmo começou a sua carreira de sacerdócio. Era um homem com inquietudes. A Igreja em Portugal, conservadora e fechada, limitava-o e foi viver para Paris, onde via maiores oportunidades. Esteve envolvido na política e quando a deixou, começou a estudar o magnetismo animal, atraído pelos livros de Puysegur e Chastenet. Dois ou três anos depois começou a fazer demonstrações públicas em pequena escala, pois estava muito limitado com o idioma, já que nunca chegou a falar bem o francês. Não partilhava as ideias do fluido animal, nem os poderes do magnetizador que Puysegur insinuava. Realizou diversos experimentos, um deles foi publicado num jornal e dizia o seguinte: *“durante uma refeição com Madame Custine, Faria magnetizou um canário, a qual ordenou que morresse Faria deslocou-se até ele (canário) e aparentemente caiu*

morto de imediato. Faria reanimou-o depois sem aparentes sequelas por parte do canário". Não se soube muito sobre os seus experimentos nos seguintes 8 anos. Contudo, este tempo serviu-lhe para apresentar uma explicação coerente e terminar com conceitos erróneos do magnetismo. Aceitou um lugar para trabalhar como professor de filosofia na Academia Liceu em Marsella e no ano seguinte em Nimes. Depois regressou a Paris, onde semanalmente fazia leituras públicas, a que ele chamou "concentratismo", em que atacava as noções do fluido magnético e do sonambulismo artificial (magnético). Posteriormente, afirmou que o que sucedia era uma espécie de "sono lúcido", produto das sugestões produzidas pelo próprio sujeito, estimuladas com ajuda externa. A seguir procedia a demonstrações com voluntários da audiência. Considerava de grande importância as sugestões, tanto durante o sono lúcido como fora dele; defendia a inexistência de poderes sobre o sujeito, por parte do magnetizador e concedia um importante valor às crenças e expectativas sobre o magnetismo para que este tivesse efeito. Dizia que a imaginação não é causa suficiente, pois com ela não se perde a lembrança do que se imagina, facto que ocorre no estado de sono lúcido. Explicava que o que Mesmer e outros chamavam magnetismo, era exercitar a habilidade de ampliar sobre outros a concentração através do poder das sugestões. Na sua carreira, realizou umas cinco mil induções, e só uns vinte por cento dessas pessoas conseguiram obter um nível significativo de mencionado fenómeno (hipnose).

Faria estava tão adiantado para o seu tempo, que cedo foi objeto de sátira em cenários e criticado pelos seus superiores na Igreja Católica. Um ator chamado Potier ofereceu-se como voluntário numa

das sessões de Faria, oferecendo resistência a tudo para não ser induzido em transe. Posteriormente persuadiu um dramaturgo, Jules Vernet, para escrever uma obra intitulada “Magnetismania” protagonizada por Potier e levada o público proclamando que tudo era uma farsa, tendo sido representada até destruir a credibilidade de Faria.

O Abade Faria deixou de fazer estas apresentações, retirando-se para escrever. Projetou a sua obra em 4 tomos, tendo apenas terminado um antes de morrer. O seu livro: “*On the Causes of Lucid Sleep*” teve uma grande influência na Escola de Nancy, na segunda metade do século XIX.

Outros nomes destacados são Alexandre Beltrand (1795-1831), Joseph Philippe Francois Deleuze (1753-1835) ou Hénin de Cuvillers (1755-1841), dando uma visão psicológica do magnetismo. Beltrand atribuiu *as causas* do sonambulismo à imaginação e *a resposta* à sugestão do paciente. Segundo Cuvillers, o mesmerismo era o resultado da combinação entre as sugestões e as crenças. As investigações que tiveram lugar sobre o magnetismo deram lugar a um novo Relatório da Academia de Medicina para que fosse incorporado na medicina oficial.

Três médicos britânicos se destacaram pela sua contribuição na história da hipnose: Jonh Elliotson, James Esdaile e James Braid. Os três viveram no mesmo período de forma paralela e com os mesmos objetivos, tendo feito avanços no campo da cirurgia como método para anestésiar, ainda que, curiosamente, não se tenham chegado a conhecer pessoalmente.

Naquela época a hipnose foi usada em cirurgia como método para anestésiar. Cabe ressaltar a figura de Jonh Elliotson (1791-1868) médico inglês, reconhecido como uma eminência, com atitudes liberais

e radicais em relação à medicina da sua época, interessado pelo mesmerismo. Realizou numerosas intervenções cirúrgicas utilizando hipnose como anestesia. Deu um importante contributo na distribuição de publicações sobre a aplicação do hipnotismo em medicina. Outro nome importante foi James Esdaile (1808-1859), jovem médico inglês que aceitou um contrato de trabalho na Índia, de vinte anos, com a promessa de regressar a Inglaterra com reconhecimento e honras pelo seu trabalho. Todavia, ao chegar ali encontrou como os nativos hindus praticavam hipnotismo para anestesia nas intervenções cirúrgicas, e ele que nunca antes se interessou pelo mesmerismo, vendo as similitudes, aprendeu e pôs em prática este método. Esdaile era de constituição débil e estava doente, o que lhe provocava um desgaste pessoal muito grande. Esta limitação levou-o a treinar outras pessoas para que o ajudassem no seu trabalho. Ao finalizar o seu contrato de vinte anos de permanência na Índia, Esdaile, ansioso por voltar ao seu país, regressou a Inglaterra e tratou de mostrar os seus trabalhos. Longe de conseguir a glória prometida, tão só Elliotson os publicou. A introdução do clorofórmio durante a década de 1840 simplificou e facilitou a anestesia, muito mais do que o mesmerismo ou hipnotismo. Em 1852 publicou a sua própria experiência num panfleto “*Mesmerism as an Anesthetic and Curative Agent in the Hospitals of India*”, onde proclamava que as revistas médicas o haviam prejudicado, acusando-o de ter imposto aos nativos crédulos que não sentissem dor, mas que eles a sentiam, dizendo ao cirurgião simplesmente o que este desejava ouvir. Os seus êxitos com a anestesia, pelo método do mesmerismo, não só não foram reconhecidos, como foram igualmente ignorados por alguns médicos europeus. Apesar disso, realizou cerca de trezentas

operações graves (amputações, tumores...) e milhares de outras intervenções menores controlando a dor com anestesia hipnótica, as quais foram consideradas pelos médicos mais respeitáveis da Índia. Morreu aos 50 anos por causa de uma grave doença.

James Braid (1795-1860) foi um médico escocês especialista em oftalmologia. Não acreditava no magnetismo nem tampouco em explicações mais ou menos esotéricas. Foi assistir a um espetáculo de Charles Lafontaine, que fazia demonstrações públicas de mesmerismo com dois jovens previamente treinados. A sua intenção era a de desacreditá-lo publicamente. Nesse espetáculo Braid manteve-se muito atento, a fim de desmascarar os “truques” de Lafontaine, mas ficou perplexo ao observar que a uma jovem eram cravadas agulhas nas unhas e esta nem sequer estremecia. Observou que as pálpebras da mulher não se abriam. Então ele mesmo subiu ao palco para abri-los utilizando para isso muita força. Quando conseguiu despegar as pálpebras, as pupilas de dita mulher estavam contraídas e mostravam o aspeto de estar num sono muito profundo. Braid ficou curioso por compreender como ocorria aquilo. Para isso, observou com atenção o método e começou a experimentar com os seus pacientes e amigos até aperfeiçoar a técnica de indução: fixava os olhos na pessoa e mostrava um objeto brilhante a uma curta distância, sobre o qual o paciente devia fixar o olhar. Uma vez mudada a pupila, aproximava o objeto dos olhos da pessoa até que estes involuntariamente se fechavam. Propôs os termos “hipnotismo” e “hipnose” (1842), que posteriormente trocou por *neurypnology* (1843) para designar o estudo dos dois fenómenos. Posteriormente, no entanto, voltou ao nome originalmente proposto.

Acreditava haver uma inibição nervosa que retrocederia através dos olhos para o cérebro, produzindo uma espécie de sono.

Podemos considerar Faria e Bertrand como os precursores do início da mudança da concepção que se tinha na época da experiência hipnótica, e James Braid foi definitivo para que a ideologia do fluido universal e animista da sugestão passasse a ser considerado mais subjetiva. Este é o começo do conflito entre a perspectiva fisiopatológica e a perspectiva psicológica da hipnose, que viria a acentuar-se com o surgimento das Escolas de Salpêtrière e Nancy (González-Ordi, 1999).

Com efeitos outro marco na história da hipnose é a disputa entre as Escolas de Salpêtrière e Nancy a propósito da natureza e aplicações da hipnose. Esta disputa foi importante porque originou a realização de numerosos trabalhos de investigação que se estenderam até os nossos dias. O fundador da Escola de Salpêtrière foi Jean-Martin Charcot (1825-1893), um brilhante anatomista e neurólogo, interessado nos efeitos que a hipnose produzia nas suas pacientes histéricas. Esta Escola tem uma abordagem com características do que mais tarde será designada como Psicologia Dinâmica. Considerava a hipnose como um fenómeno neurológico e, por conseguinte, objeto de estudo da neurologia. Subvalorizava a palavra e a sugestão, afirmando que a sugestionabilidade era um sintoma, um modo imperfeito de pôr em marcha um tipo de reflexo. Em definitivo, uma maneira de provocar fenómenos histéricos, “neuroses provocadas”. Em consequência entendia-se a hipnose como um fenómeno patológico. Nesta Escola se incluem nomes como Paul Janet (1859-1947), Joseph Babinski (1857-1932) ou Sigmund Freud (1836-1939). Com base em investigação, Janet concedeu maior importância ao fator psicológico que Charcot, e achou que a

sugestão tinha um lugar primário ao passo que o anatômico e químico tinham um lugar secundário. Também Babinski procedeu a uma revisão dos pressupostos de Charcot sobre sugestão e simulação, outorgando-lhe um importante valor. Freud admirava o interesse de Charcot por objetivar a hipnose, mas também reclamou maior importância para a dimensão psicológica.

Ambroise Liébeault (1823-1904) e Hippolyte Bernheim (1837-1919) são os fundadores da Escola de Nancy. Baseia-se na terapia sugestiva, defendendo a utilidade clínica da sugestão. Esta abordagem sustenta-se na Psicologia Científica. Os fundamentos desta escola são os seguintes:

- 1) A sugestão é a base de todos os fenômenos hipnóticos observados;
- 2) A ideia entra no cérebro mediante a palavra, gesto, vista ou imitação;
- 3) O contexto e a aplicação da sugestão são os responsáveis pelos efeitos verificados na hipnose;
- 4) todas as pessoas são hipnotizáveis, não existindo um estado patológico;
- 5) na terapia psicológica aplica-se a sugestão durante a vigília.

A partir dos pressupostos desta Escola realizam-se trabalhos de investigação sobre a sugestão: Binet (1900), Eysenck e Furneaux (1945), Benton e Bandura (1953), Stukat (1958) e Ghreorghiu (1988), entre outros.

Como consequência da polémica Nancy-Salpêtrière, aparecem em finais do século XIX muitos trabalhos de investigação sobre hipnose. Não é a hipnose propriamente o centro de estudo, mas antes o instrumento de estudo para outro tipo de áreas de interesse como:

- 1) Personalidade múltipla: centram-se estes trabalhos na dissociação e os diversos níveis de consciência. Destacam-se: James (1842-1910) nos Estados Unidos, Gurney (1847-1888) e

Myers (1843-1902) em Inglaterra, Binet (1857-1911) em França e Dessoir (1867-1947) na Alemanha.

- 2) Processos envolvidos na conduta voluntária e involuntária / Processos de auto-engano e auto-controlo: Joseph Jastrow (1863-1944).
- 3) Hipnose e sugestibilidade: Clark Leonard Hull (1884-1952).
- 4) Personalidade: Pattie (1901-1999), Taylor (1894-1976), Young (1892-1991), Murray (1893-1988).
- 5) Método de exploração na amnésia e personalidade. Experimentou-se nestas áreas para aplicar durante as Guerras Mundiais: McDougall (1871-1938), Rivers (1864-1922), Eysenck (1916-1997), Furneaux y Gibson (1914-2001), Estrabrooks (1885-1973).

Cabe mencionar a figura de Emile Coué (1857-1926) porque referiu o conceito de auto-hipnose, sendo os seus princípios: 1) só consegui-mos pensar uma coisa de cada vez, 2) ao repetir um pensamento, o corpo o transforma em ação. A auto-sugestão flui na mente mas há um primeiro estímulo que a aciona. Repetindo palavras ou imagens como auto-sugestão ao subconsciente, a pessoa pode ser condicionada e produz uma ordem interna quando o necessita.

Deve ser destacado o labor de Milton Erickson (1902-1980), aluno de Hull, que criou uma forma clínica de tratamento com hipnose como terapia, baseada na sua própria experiência (Battino & South, 2005). Erickson foi, certamente, o mais importante criador de técnicas hipnóticas.

Em finais dos anos quarenta e cinquenta, foram fundadas duas sociedades profissionais, a “*Society for Clinical and Experimental Hypnosis*” (em 1949), e a “*American Society of Clinical Hypnosis*” (em 1958) com publicações regulares: *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* e *American Journal of Clinical Hypnosis*, respetivamente). Posteriormente, em 1960, a “*American Medical Association*” criou um comité de especialistas encarregados de qualificar os profissionais da saúde na aplicação de técnicas de hipnose “*The American Board of Examiners in Psychological Hypnosis*” (APA, 1961). Em 1973, foi criada a Divisão 30 da *American Psychological Association*, denominada “*Psychological Hypnosis*” (Hilgard, 1987). Começam, definitivamente, os laboratórios de psicologia experimental e com isso, o período da “hipnose científica”.

Fundamentos básicos das diferentes Perspetivas Teóricas sobre Hipnose

A TEORIA SOCIO-PSICOLOGICA DE ROLE-ENACTMENT

Sarbin (Sarbin, 1997) afirmou que a hipnose podia ser conceptualizada como “acreditar na imaginação”. Concebe-a como um estado. O hipnotizador e o sujeito representam papéis recíprocos para seguir um guião não explícito. O sujeito hipnotizado representa o papel de hipnotizado sem estar fingindo, simplesmente segue a sua imaginação, acreditando aquilo que está previsto para a dita situação.

A TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Theodore X. Barber (Barber, 1969), influenciado por Sarbin e, com base nos estudos que ele e colaboradores realizaram, onde pessoas

muito motivadas e nada hipnotizáveis respondem às sugestões de modo igual que às muito hipnotizáveis criticou a consideração da hipnose como um estado. Realmente, de acordo com a perspectiva cognitivo-comportamental, em geral, as atitudes, expectativas e motivação são a base do fenómeno hipnótico, não sendo necessário buscar a sua explicação na existência de um eventual estado hipnótico ou “trance”. A partir deste pressuposto fundamental foram sendo criadas teorias mais específicas e mais complexas, como é o caso da teoria do *set* de resposta.

A TEORIA NEODISSOCIATIVA

Hilgard (Hilgard, 1977) baseia-se na ideia de que a mente humana é composta por múltiplos sistemas cognitivos organizados hierarquicamente e controlados por um “Eu executivo”. A raiz empírica da Teoria Neodissociativa está na metáfora do observador oculto de Hilgard, que descreve o fenómeno pelo qual uma pessoa guarda informação na sua memória, sem ser consciente de que a informação foi processada. Durante a hipnose, os subsistemas de controlo relevantes dissociam-se temporalmente do controlo executivo consciente e, de facto, são ativados diretamente pelas sugestões do hipnotizador. Esta falta de controlo consciente depende, em grande parte, duma barreira amnésica ou processo que relega as ideias, imagens e fantasias para o inconsciente. Esta redução do controlo executivo é responsável pela impressão subjetiva de involuntariedade, que tipicamente se dá nas respostas hipnóticas.

TEORIA SOCIO-PSICOLÓGICA

Nicolas P. Spanos (Spanos, 1986; 1991; Spanos & Chaves, 1989) centrou-se na importância dos processos sociopsicológicos (expectativas, atribuição e interpretação das comunicações hipnóticas e da conduta ela mesmo), e das atividades dirigidas a um objetivo através de respostas estratégicas (imaginação, fantasia). As sugestões contêm, com frequência, estratégias que ajudam a pessoa a responder apropriadamente. Como intérprete, uma pessoa pode ou não superar uma sugestão que lhe tenha sido dada. A forma de verbalizar as sugestões pode promover a experiência de que as suas respostas são "factos" ou "sucessos" involuntários, mais que ações premeditadas e deliberadas.

TEORIA DA EXPECTATIVA DE RESPOSTA

Irving Kirsch (Kirsch, 1991), baseando-se na teoria da aprendizagem social de Roter, conclui que as expectativas podem gerar respostas involuntárias. A expectativa de resposta é a antecipação de uma reação automática e acredita-se que é a base do efeito placebo. Do mesmo modo que no efeito placebo, a hipnose provoca efeitos ao mudar as expectativas dos pacientes. A diferença em relação ao placebo, é que não requer o engano para ser eficaz. O único componente essencial parece ser que as pessoas acreditem no procedimento. As experiências e condutas dos sujeitos hipnotizados parecem estar relacionadas com as suas expectativas.

MODELO DE INTEGRAÇÃO DE LYNN

Segundo Steven Jay Lynn (Lynn & Sivec, 1992) as pessoas que respondem com êxito às sugestões hipnóticas integram informação de várias fontes situacionais, pessoais e interpessoais, atuando como agentes criativos na solução dos seus problemas. Na conduta hipnótica influem fatores afetivos, relacionais e de *rapport*, de respostas e expectativas, dos critérios de execução com que os participantes avaliam as suas respostas à hipnose, de como interpretam e processam as comunicações hipnóticas, as sensações e as ações, os motivos e fantasias, e as características do contexto hipnótico que diminuem a consciência e o análise dos fatores pessoais e situacionais.

A TEORIA DO SET DE RESPOSTA

Kirsch e Lynn (1998) consideram que as ações estão preparadas para a ativação automática pelos *sets* de respostas que incluem esquemas (exemplo: estruturas de conhecimento), ou guiões de condutas, planos, intenções e expectativas. As expectativas e as intenções são estados temporais de disposição para responder numa forma particular a um estímulo particular (exemplo: sugestões hipnóticas) em condições particulares. Diferem só na atribuição que o participante faz sobre o carácter volitivo do facto antecipado. As expectativas de resposta são antecipações de respostas automáticas, subjetivas e comportamentais que, ante chaves situacionais particulares, ativam respostas automáticas na forma de profecias auto-cumpridas.

THE COLD CONTROL THEORY

Esta teoria considera a distinção entre *controle* e *consciência*, no sentido da teoria do pensamento de ordem elevada de Rosenthal (2002) HOT (*higher order thought*) (Dienes & Perner, 2007). De acordo com Rosenthal somos conscientes de estados tendo pensamentos sobre esses estados. Um pensamento sobre estar num estado mental (“estou a ver um gato preto”) é um pensamento de segunda ordem (SOT), na medida em que é sobre um estado mental. Pensamentos de terceira ordem (TOTs) são também possíveis, na medida em que nos tornemos conscientes de ter um SOT (“tenho consciência de que o gato que estou a ver é preto”). A teoria do cold control sobre hipnose afirma que uma resposta eficaz às sugestões hipnóticas pode ser conseguida pela formação de uma intenção para realizar uma ação ou uma actividade cognitiva requerida, sem formar a HOTs sobre a intenção de tal ação ou actividade cognitiva, que normalmente acompanham a sua realização.

A *teoria do cold control* concorda que as pessoas são muito ativas a criar as suas respostas hipnóticas, mas que falham no reconhecimento de que existe a sua própria mão (intenção) nas suas experiências (hipnóticas). Há uma distinção entre *estar num certo estado mental* e *ser consciente de estar num certo estado mental*. Um estado de primeira-ordem é um estado sobre o mundo. Um estado de elevada-ordem (HOT) torna-nos conscientes de estarmos num determinado estado e não em outro. Quer dizer, um estado de segunda-ordem faz-nos conscientes de estarmos num estado de primeira-ordem. Somos conscientes de estados mentais tendo pensamentos sobre esses

estados. Um pensamento sobre estar num determinado estado é um pensamento de *segunda-ordem* (portanto, de elevada-ordem).

Aplicado à questão do controlo, a intenção levantar o braço direito não é uma intenção consciente até que exista o HOT: “estou a tencionar levantar o meu braço direito”. Devido a este HOT, a pessoa é consciente da intenção e tal leva-a a pensar “fui eu que quis levantar o braço”.

No caso concreto da hipnose a teoria do *cold control* afirma que uma resposta bem-sucedida a sugestões hipnóticas pode ser conseguida através da formação de uma intenção (isto é, um comando no sistema de execução) para produzir a ação ou a actividade cognitiva solicitada, sem formar HOTS sobre a intenção de realizar uma ação que, normalmente, acompanha refletidamente uma ação. Isto é, o *cold control* é um controlo executivo sem HOT. A diferença entre sugestões hipnóticas e não hipnóticas está em como as respostas são subjetivamente sentidas. No caso hipnótico as sugestões levam à formação de intenções que não são percebidas (são inconscientes), de maneira que as ações parecem acontecer por si.

A experiência hipnótica é explicada pela ocorrência de intenções inconscientes e subsequente sentimento de involuntariedade. Por exemplo, o sentimento de realidade de uma alucinação, é produzida pelo facto de que a imagem parece existir por si mesma. E o passo para que esta seja percebida realmente como exterior resulta de um posterior HOT. Em ultima análise, então, sentimento de realidade dos estímulos hipnoticamente sugeridos resulta de um *cold control*.

THE DISCREPANCY-ATTRIBUTION THEORY

As qualidades que caracterizam a hipnose resultam da violação de expectativas (Barnier, Dienes, & Mitchell, 2008). O aspecto, talvez essencial, na produção de uma experiência hipnótica, segundo esta teoria, é a discrepância entre a expectativa sobre o que vai suceder e o que realmente sucede, entre o contexto hipnótico e os outros contextos. Por exemplo, a maior facilidade com que uma ação parece ocorrer.

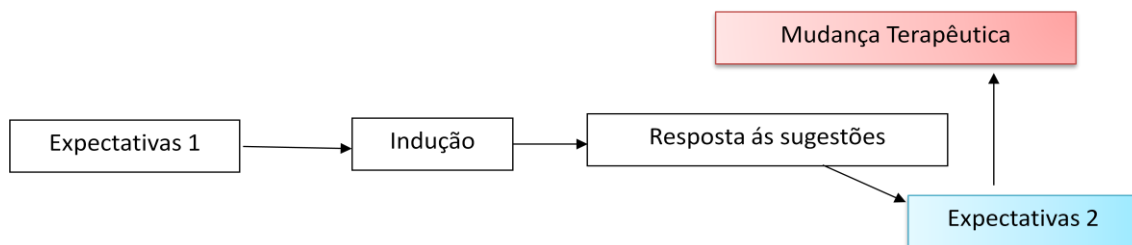
Esta teoria começa por fazer uma distinção entre *produção* e *avaliação*: por exemplo, ver um gato numa sala (alucinação positiva). A maioria dos investigadores concorda que o estado mental de ver um gato, que não está presente, e ver um gato, que realmente está presente, é muito similar. De acordo com esta teoria, o que distingue um acontecimento hipnótico de um não hipnótico, é o processo atribucional. No caso da hipnose a imagem é atribuída à realidade, ao mundo exterior, enquanto no outro caso é atribuído à imaginação (e, assim sendo, sentido como *não real*). O processo de criar uma imagem é a *produção*, e o fazer sentido dessa imagem produzida é a *avaliação*.

Hipótese alternativa à perspetiva Sócio-Cognitiva

Em conjunto, podemos dizer que a Perspetiva Sociocognitiva (em que se inclui a perspetiva cognitivo-comportamental, estritamente falando, mas igualmente as diferentes reformulações de Kirsch e de Lynn, e que no seu conjunto têm como denominador comum mais importante a tese de que não existe um estado hipnótico, propriamente dito), tem “escondida” uma hipótese fundamental e psicologicamente da

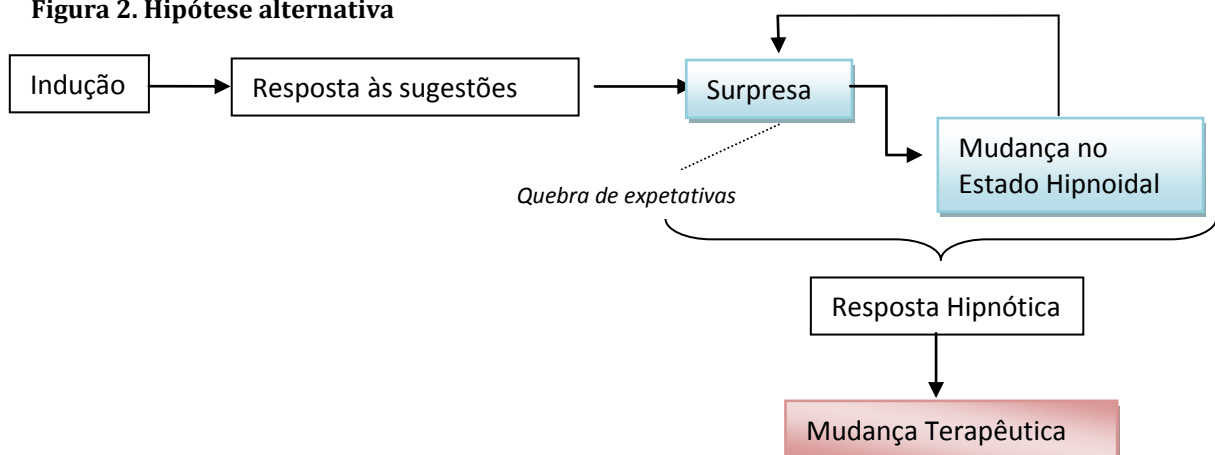
maior relevância: que as expectativas são causa principal direta da resposta hipnótica (ver Figura 1). Quer dizer, se as expectativas (e crenças/attitudes) são o fator principal na resposta hipnótica, então não há nada de “especial”, de “diferente” na resposta hipnótica, já que *NADA* haverá entre as expectativas e a resposta hipnótica. Este é, realmente, o pressuposto que está na sua base, e é por isso que deriva, essencialmente, da “postura filosófica” comportamental (“behaviorista”).

Figura 1. Hipótese da Perspetiva Sociocognitiva



A nossa prática clínica (Ludeña & Pires, 2009), bem como investigação muito recente, (ver “*cold control theory*” e “*the discrepancy-attribution theory*”) evidenciam discrepâncias muito importantes com a hipótese sociocognitiva, apontando em direção, talvez, oposta. Na Figura 2 exemplificamos um outro tipo de hipótese:

Figura 2. Hipótese alternativa



O uso das expectativas como explicação da resposta hipnótica é, conceptualmente, uma pseudo explicação. Utilizando a distinção de Weitzenhoffer (2000) entre *hipnotismo* e *hipnose* (em que o primeiro diz respeito ao procedimento, ao processo que conduz à hipnose, e o segundo às mudanças psicológicas, ou outras, que ocorrem em consequência), o que as expectativas explicariam, eventualmente, seria o hipnotismo (o processo) e não a hipnose (o estado). Por outras palavras, no melhor dos casos as expectativas explicariam como se chega à hipnose, não a hipnose em si.

A “Discrepancy-attribution theory of hypnotic illusions” (Barnier & Mitchel, 2005) considera que as respostas hipnóticas resultam da violação das expectativas (contra-expectativas), justamente pela criação de mudanças cognitivas. Esta teoria adota alguns aspetos já propostos por outras perspetivas teóricas. Assim, das teorias dissociativas:

- O *observador oculto*, de Ernest Hilgard, que tem por base algumas das seguintes hipóteses teóricas:
 1. Distinção entre **controlo**, que implica a intenção de iniciar ou finalizar o pensamento ou a ação, e **supervisão** (*monitoring*), que envolve a representação adequada de objetos e factos na consciência.
 2. Ainda que as respostas hipnóticas e não hipnóticas sejam controladas pela mesma via, a supervisão da resposta hipnótica é perturbada (*disrupted*), o que contribui para a dissociação cognitiva.

- Por outro lado, das teorias interaccionistas são retidos os seguintes aspetos:
 1. As pessoas hipnotizadas sentem-se agentes do contexto hipnótico, estando motivadas e cognitivamente preparadas para cooperar, envolver-se com as sugestões e desenvolver um forte compromisso com a comunicação do hipnotizador.
 2. Apesar da sua responsabilidade na construção da resposta hipnótica, as pessoas sentem esta como fora do seu controlo.

De notar que, mesmo previamente a estas teorias, já diversos autores referiam que a pessoa hipnotizada se espanta de alguma maneira com as suas alterações durante a hipnose, criando ilusão sobre a fonte do que está experimentando (ver Ludeña & Pires, 2009). As respostas hipnóticas surpreendem a pessoa de tal modo que essa resposta inesperada e excecional lhe resulta convincente.

Evidência empírica sobre a hipnose clínica

Nos últimos anos há uma substancial quantidade de trabalhos de qualidade onde se mostra que a hipnose contribui com efeitos muito positivos para os tratamentos. Apesar de que há muitos defensores da hipnose como terapia, a investigação mostra que o uso da hipnose, integrada dentro de um dado tratamento, é a melhor maneira de incrementar os benefícios do mesmo. (Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995; Lynn et al. 2000; Shoenberger, 2000). Alguns dos tratamentos onde a hipnose foi aplicada com efetividade são: dor (Chaves, 1994, Eimer, 2000, Montgomery, DuHamel, & Redd, 2000; Tome-Pires & Miró,

2012), ansiedade (Kirsch & col. 1995, Schoenberger, 2000), stresse pós-traumático (Agostinho, 2012; Brom, Kleber, & Defare, 1989, Spiegel, 1996), depressão (Yapko 1992, 2001a, 2001b, 2001c), fobias (Crawford & Barabasz, 1993, Weitzenhoffer, 2000), distúrbios na infância (Milling & Constantino, 2000, Olness & Kohen, 1996), síndrome do cólon irritável (Galovski & Blanchard, 1998, Gonsalkorale, Houghton, & Whorwell, 2002), e distúrbios dissociativos (Phillips & Frederick, 1993, Spiegel, 1993).

Como atua a hipnose?

Nem todas as pessoas podem ser hipnotizadas, e nem todas as pessoas que são hipnotizadas têm o mesmo grau de hipnotizabilidade (Heap, Brown, & Oakley, 2004). Para além do mais, embora uma grande maioria das pessoas passa experimentar hipnose, a resposta hipnótica não é igual em todas elas (Hilgard, 1965; Weitzenhoffer, 2000). Existe mesmo um debate sobre se a hipnotizabilidade está na base do desenvolvimento, se é uma característica estável (Bowers & Davidson, 1991) ou se, pelo contrário, é produto de atitudes e expectativas que podem ser manipuladas (Spano, 1991) (Spanos & Coe, 1992). Neste sentido, Gorassini e Spanos desenvolveram o “Carleton Skills Training Program” (CSTP), para treinar pessoas com pontuação baixa em hipnotizabilidade, a fim de aumentar a mesma. No essencial esse programa procura aumentar as atitudes e expectativas dessas pessoas sobre hipnose, aprender a manter-se absorto nas experiências subjetivas de modo a senti-las como involuntárias e representar com suficiente imaginação as respostas hipnóticas para assim as interpretar como involuntárias. Segundo Spanos e col. (1993) cerca de 50% das pessoas

baixas em hipnotizabilidade respondem a esse treino de maneira que se tornam equivalentes àquelas que, por natureza (isto é, sem qualquer treino) obtiveram pontuações altas em hipnotizabilidade. Apesar de tudo, outros investigadores, que também realizaram trabalhos neste sentido, concluem que não é a hipnotizabilidade o que aumenta, mas, simplesmente, a conformidade comportamental ante a ausência duma autêntica experiência subjetiva (Bates, 1992; Bowers & Davidson, 1991). Numa investigação, Bates e col. (1988) formaram três grupos de participantes com baixa hipnotizabilidade; a um dos grupos foi dito que depois de um treino com o CSTP seriam avaliados com a escala CURSS (*Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale*), formando tudo parte do mesmo experimento. Um segundo grupo foi treinado com o CSTP, mas não foi informado de que iria haver uma avaliação posterior com CURSS. Finalmente, um terceiro grupo não recebeu nenhum treino. Os resultados mostraram que o aumento da hipnotizabilidade depois do treino era muito modesto. Para além disso, encontraram que os que adquiriram melhores benefícios do dito treino foram os do grupo 1 e por consequência, a demanda da condição poderia ter conduzido à conformidade e incremento da pontuação. Esta melhoria não perdurou no tempo, visto que passados 4 meses já não existia. Naturalmente, algumas das características que poderão favorecer a hipnotizabilidade não podem ser treinadas. É o caso do forte compromisso com o hipnotizador e a comunicação entre ambos (McConkey, 1991; Sheehan, 1991).

Há pessoas com características pessoais que diferem de outras e influem no processo hipnótico. Entre as características das pessoas mais hipnotizáveis poderão estar uma elevada imaginação e visualização, um

alto grau de absorção, responder às sugestões através de diferentes estratégias, processamento automático da informação, etc. (Crawford & Gruzelier, 1992) (Kirsch & Braffman, 2001). Mas nem todos mostram todas as características em todas as situações nem em simultâneo.

Têm sido investigadas diversas variáveis como possíveis fatores para influir na capacidade de ter uma experiência hipnótica: tipo de personalidade (T. Barber, 1964; Malinoski & Lynn, 1999), imaginação e fantasia (J. Hilgard, 1979; Wilson & Barber, 1981, 1983), capacidade de absorção, (Roche & McConkey, 1990; Council & Huff, 1990) expectativas (Kirsch, 2000), género (Weitzenhoffer, 2000), idade (Morgan & Hilgard, 1973).

Quanto à natureza das pessoas altamente hipnotizáveis, basicamente, existem duas escolas de pensamento. Uma propõe que os indivíduos altamente hipnotizáveis possuem uma habilidade muito forte para focalizar a sua atenção (Barber T.X., 1960; Tellegen & Atkinson, 1974; Spiegel, 2003) e a outra que essa habilidade para focalizar a sua atenção realmente existe, mas que por detrás dela está uma alteração no seu controlo atencional (Hilgard, 1965; Hilgard, 1977; Gruzelier, 1990,1998; Crawford & Gruzelier, 1992; Woody & Bowers, 1994; Jamieson & Sheehan, 2004).

Segundo o *modelo de atenção focalizada*, comparando as pessoas altamente sugestionáveis com as pessoas de baixa sugestionabilidade relativamente as suas linhas base, as primeiras são as que têm mais centrada a atenção durante hipnose e predizem baixo efeito das interferências nas tarefas de *Stroop*. Pelo contrario, a *perspetiva de atenção perturbada* prediz que os altamente sugestionáveis exibiram pior resposta *Stroop* em hipnose que os de

baixa sugestibilidade e a sua execução de linha base devido à inibição ou dissociação das funções de controlo executivo (Egner & Raz, 2007).

Também existe sustentação empírica para o facto de que as pessoas altamente sugestíveis, após uma indução hipnótica sentem uma dissociação espontânea na consciência e na percepção que pode ser o resultado da disrupção na coordenação funcional da rede frontoparietal (Fingelkurts, Fingelkurts, Kallio, & Revonsuo, 2007; Cardeña, Lehmann, Jonsson, Terhune, & Faber, 2008; Terhune, Cardeña, & Lindgren, 2011). Segundo as teorias de controlo dissociativo (Balthazard and Woody, 1992; Hargadon e col., 1995; Woody e col., 1997) nem todas as respostas às sugestões são geradas pelos mesmos mecanismos. As mais fáceis, as respostas ideomotoras, seriam controladas por simples mecanismos sociais, as mais difíceis, como a amnésia e a anestesia, por processos dissociativos.

No contexto das neurociências tem-se investigado a relação entre consciência e hipnose. As novas técnicas de ressonância magnética funcional (fMRI) têm contribuído para mostrar como atua um cérebro hipnotizado e, sobretudo, que ocorrem mudanças no cérebro decorrentes da resposta às sugestões (Raz & Shapiro, 2002). Uma aparente dissociação entre a experiência subjetiva e a estimulação externa representa a existência de mecanismos com processos “*top-down, bottom-up*” automáticos ou involuntários.

Existe evidência de que com hipnose se produzem estados alterados de consciência que têm consequências na atenção, concentração e fluxo de pensamentos observando-se isto na actividade cerebral (Halsband, Mueller, Hinterberger, & Strickner, 2009). É sabido

que a dor provoca actividade neuronal na zona do córtex pré-frontal, concretamente no córtex cingulado anterior. Croft, Williams, Haenschel, & Gruzelier (2002) realizaram um trabalho no qual se formaram dois grupos de participantes, um deles pontuando alto em hipnotizabilidade e o outro, baixo. Depois de induzidos com sugestões de analgesia, ao receberem ambos os grupos de participantes estimulação de dor, o grupo alto em hipnotizabilidade mostrava alteração na resposta à dor, o que não aconteceu com o grupo baixo. Isto é, observou-se uma dissociação entre a resposta cerebral à dor e a experiência subjetiva da mesma.

Recentes estudos de mapeamento cerebral indicam que o giro cingulado anterior é a região chave no estabelecimento de percepções distintas durante hipnose. Quando esta região está danificada, as pessoas têm dificuldades em distinguir entre o que é imaginado e o que é real, e isto também acontece quando em hipnose. Abandona-se a avaliação da realidade e, como consequência, ocorre um estado alterado de consciência (Naish, 2005).

Também encontramos investigações sobre o modo como a hipnose afeta o controlo cognitivo, entendendo como tal os processos que asseguram a flexível direcção dos recursos para a representação ótima duma tarefa. Esse controlo cognitivo inclui manter a representação do objetivo na memória operativa, calcular a necessidade de ajustes de avaliação na estratégia, levar a cabo cada ajuste, por exemplo conduzindo a atenção até estímulos próprios das tarefas relevantes. A eficiência deste controlo cognitivo infere-se em tarefas de atenção seletiva (como por exemplo *Stroop*), requerendo que os sujeitos atendam e respondam a uma dimensão ignorando outras dimensões do

mesmo estímulo (Egner & Raz, 2007). São diversos os autores que têm desenvolvido investigação sobre a relação entre os processos de controlo cognitivo e hipnose, comparando sujeitos com alta e baixa sugestionabilidade hipnótica (Blum & Graef, 1971; Sheehan, Donovan, & MacLeod, 1988; Jamieson & Sheehan, 2004; Kaiser, Barker, Haenschel, Baldeweg, & Gruzelier, 1997; Nordby, Hugdahl, Jasiukaitis, & Spiegel, 1999; Dixon, Brunte, & Laurence, 1990; Dixon & Laurence, 1992; Egner & Hirsch, 2005; Jamieson & Sheehan, 2004). No seu estudo de comparação de sujeitos de alta e baixa sugestionabilidade, em tarefas *Stroop*, concluíram que a hipnose parece prejudicar o controlo da atenção e o uso de estratégias cognitivas auto-dirigidas. Kaiser e col. (1997) estudaram a relação entre hipnose e rendimento em tarefas Stroop medindo a actividade eléctrica no cérebro (ERPs). Interpretaram que a hipnose em sujeitos altamente hipnotizáveis envolve a inibição das funções executivas frontais. Enquanto o processo de antecipar o erro parece seguir intacto, a hipnose parece atenuar os consequentes processos no momento da ocorrência de erro, resultando falhada a modulação de conduta. Por outra parte, Nordby e col. (1999) concluem da sua investigação o fracasso geral da orientação da atenção ou não envolvimento da atenção espacial em indivíduos altamente sugestionáveis.

Os dados derivados dos trabalhos de Dixon e Laurence (1992) não são muito conclusivos em relação aos modelos de controlo de atenção e hipnose. Por um lado porque não avaliam a interação entre hipnose e suscetibilidade hipnótica. Por outra parte, fora do contexto hipnótico, assumem que os mais sugestionáveis são mais competentes em concentrar a sua atenção que os menos sugestionáveis. Os resultados

que obtêm sobre as estratégias também são inconsistentes. Egner e col. (2005), por exemplo, concluíram que enquanto os sujeitos altamente sugestionáveis têm maior conflito na condição de hipnose, não empregam recursos de controlo cognitivo adicionais para resolver esse conflito, o que sugere uma rutura na comunicação entre a deteção do conflito e o controlo de processos. Uma possível disrupção na interação funcional entre a vigilância do conflito médio frontal e as funções de controlo frontal lateral em hipnose.

A medida da hipnotizabilidade requer procedimentos de indução standardizados, sugerindo uma série de experiências hipnóticas e itens de acordo com critérios predeterminados. A alta hipnotizabilidade define-se como a pontuação maior nesta medida. Estes procedimentos servem também para compreender as diferenças individuais nas respostas às sugestões dadas em hipnose. As diferentes escalas de medida de hipnotizabilidade, que se acostumam usar, diferem na sua orientação teórica. Sheehan & McConkey (1982) categorizam estas escalas em três tipos: escalas de comportamento hipnótico (incluem procedimento de indução e enfatizam mais o comportamento que a experiência), escalas comportamentais de sugestionabilidade (medem a resposta às sugestões com ou sem procedimento de indução) e escalas clínicas (incluem capacidade hipnótica para fins clínicos). Eleger uma ou outra depende da orientação teórica e da finalidade da mesma. A investigação sobre relação entre medidas comportamentais e experienciais indica uma grande concordância entre ambas, se bem que as medidas sobre a experiência hipnótica contribuam com informação adicional. É por isso que neste trabalho de investigação elegemos o *Phenomenology of Conscience Inventory* (PCI) de Pekala, permitindo-nos

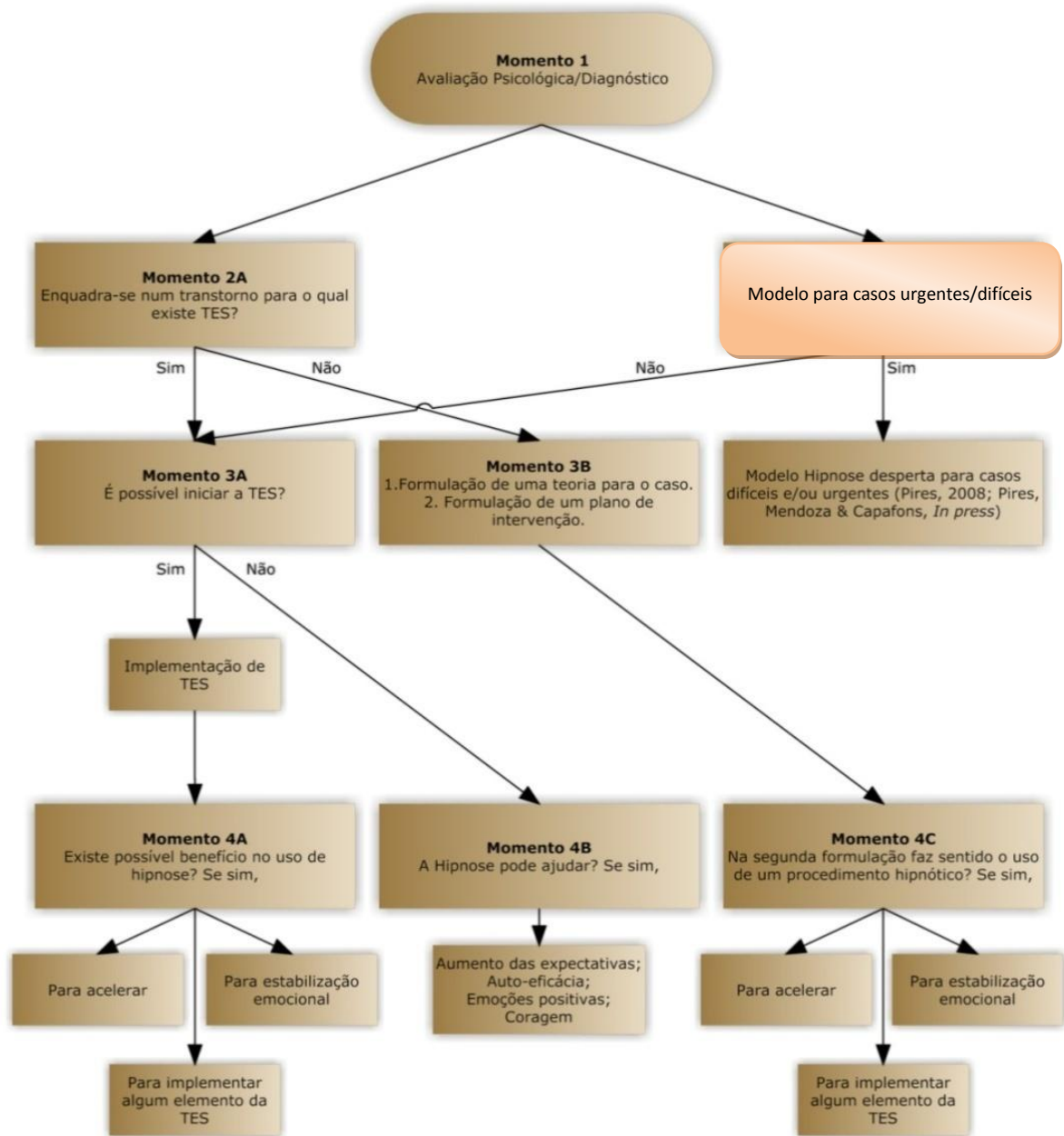
tomar medidas a um nível fenomenológico. Como veremos, este procedimento mede cinco fatores: controlo dissociativo, afeto positivo, afeto negativo, intensidade de visualização e atenção aos processos internos. Kurman e col. (1996a) concluíram que os traços de hipnotizabilidade estão associados às maiores sensações de controlo dissociativo, afeto positivo e atenção aos processos internos no PCI.

Integração da hipnose nas Terapias Psicológicas

Em 2009 Pires e Ludeña desenvolveram o Modelo Clínico para a Integração Psicológica da Hipnose, que procura constituir uma orientação para a inclusão de procedimentos hipnóticos na prática psicológica clínica, tendo por princípio general básico que o profissional tenha formação adequada no uso das terapias psicológicas e das técnicas hipnóticas. Trata-se, portanto, duma proposta orientadora de protocolos clínicos, passo a passo. Nele se apresentam os fundamentos teóricos do Modelo na forma de árvore de decisões. Estes não se baseiam numa determinada perspetiva teórica. O seu ponto de partida é a Psicologia e as terapias psicológicas, sendo aqui onde as técnicas hipnóticas se integram. Basicamente, este Modelo defende o enquadramento clínico das técnicas hipnóticas nas terapias empiricamente validadas ou nas não validadas quando seja esse o contexto. Os pressupostos do Modelo são os seguintes (Ludeña, Pires, 2009; Pires, Ludeña, Agostinho, & Costa, 2011):

1. As técnicas hipnóticas baseiam-se em fenómenos psicológicos.
2. A Psicologia dispõe de um conjunto vasto de procedimentos que se sustentam em fundamentos teóricos.
3. O psicólogo profissional utiliza esses procedimentos em função duma avaliação ou diagnóstico.
4. A natureza humana é complexa, e nem todos os casos se encaixam em categorias de diagnóstico.
5. As terapias empiricamente sustentadas, por outro lado, não abarcam toda a realidade clínica humana.
6. Há casos onde tampouco existe evidência para a eficácia duma terapia.
7. Por todo isto, o profissional deve ser criativo.
8. As técnicas hipnóticas constituem um conjunto possível de procedimentos a integrar neste contexto.

Figura 3. Modelo Clínico para a Integração Psicológica da Hipnose



Hipnose e mudança terapêutica

A capacidade da pessoa hipnotizada para experimentar as alterações sugeridas na sua experiência subjetiva sobre si ou o mundo é parte da essência da hipnose (Orne, 1979).

Tomando em consideração alguns dados referidos em capítulos anteriores sobre a consciência, esta é um estado mental vivido não observável. Sempre tem conteúdo, faz-nos sentir alguma coisa, liga uma base sensorial (percepções) a um sentimento (emoções). O contexto no qual nos encontramos em cada situação, em geral, condiciona o nosso comportamento, mas não é sempre assim, já que é afetado nas situações em que a nossa consciência se reduz.

Após uma sessão de hipnose, a pessoa pode ou não lembrar as sugestões, mas, independentemente deste facto, estas poderão exercer influência. A aprendizagem importante é a experiência de que surja “uma mudança determinada” (neste caso, causada pela sugestão) de forma aparentemente espontânea dentro da pessoa. O sentimento pessoal de “ser capaz” é um dos resultados mais benéficos da hipnose. O fenómeno de aprendizagem guiada a um nível inconsciente é um interessante sucesso que representa o grande paradoxo da terapia psicológica: o paciente adquire a capacidade encorajado pelo terapeuta (Yapko, 2003).

A mente inconsciente pode processar informação a um nível mais simbólico e metafórico que a mente consciente (Lynn & Sivec, 1992; Watzlawick, 1978). Enquanto a mente consciente se ocupa em racionalizar, analisar as palavras, a inconsciente está mais centrada no significado. Isto é a base dos múltiplos níveis da natureza da comunicação em hipnose. As pessoas usam defesas inconscientes que

são relevantes quando se utiliza hipnose (Fromm, 1992; Nash, 1992). A utilização de metáforas em hipnose é uma excelente estratégia de intervenção para trabalhar essas defesas, pois sem mencionar diretamente o problema a tratar, é descrito à pessoa uma situação ou cena diferente, mas com o propósito de alcançar o mesmo objetivo de ultrapassar o problema, mostrando-lhe uma via de saída, que a pessoa associa e amolda à sua própria situação, adquirindo recursos para provocar as mudanças desejadas conscientemente.

Se reparamos nos sintomas dum transtorno psicológico, há clínicos que os consideram metáforas para as experiências dos clientes (Frederick & Phillips, 1995; Ginandes, 2002). Os pacientes interpretam inconscientemente os sintomas como úteis. Entendendo que a natureza metafórica dos sintomas do cliente conduz a diferentes níveis de apreciação do carácter da pessoa, pode haver fatores fora da consciência que influem na nossa experiência. A influência da mente inconsciente na experiência da pessoa, destaca a necessidade de que seja possível a comunicação com a mente inconsciente, sendo a hipnose uma ferramenta efetiva para este propósito (Yapko, 2003). A evidência empírica oferece apoio para esta visão, indicando a melhora dos efeitos do tratamento com hipnose (Lynn, Lirsch, Barabasz, Cardeña, & Patterson, 2000).

Muitas limitações das pessoas têm a sua base no pensamento inconsciente. Com hipnose, podemos trabalhar nos dois sentidos, por um lado, minimizando tais interferências e por outro, dirigindo a absorção da consciência do cliente para fomentar respostas mais satisfatórias encaminhadas a resolver o seu problema. Uma

característica da hipnose é a atenção seletiva focalizada na comunicação com o psicólogo.

As pessoas absortas na experiência de hipnose têm possibilidade de organizar os seus processos mentais de forma diferente. A parte consciente fica mais sensível e os processos inconscientes são mais acessíveis. (Kihlstrom, 1985; McConkey, 1991). Por todo isso, tanto a prática clínica como a investigação apontam para que a utilização de hipnose pode ser uma ferramenta muito útil para provocar mudança terapêutica.

PARTE II: METODOLOGÍA EMPÍRICA

CAPÍTULO VI: PROCEDIMENTO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO PCI (PHENOMENOLOGY OF CONSCIOUSNESS INVENTORY) PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

O *Phenomenology of Consciousness Inventory* (PCI) é um inventário de auto-registo que permite quantificar a experiência fenomenológica. Foi criado e desenvolvido por Ronald Pekala em 1982. Consiste em 53 itens, cada um dos quais é bipolar, com dois enunciados referidos ao mesmo, mas com significado oposto e separados por cinco pontos na escala de Likert. Os 53 itens avaliam 12 dimensões de consciência. Estas dimensões (e subdimensões associadas) são: experiência alterada (imagem corporal, sensação temporal, interpretação, percepção), afeto positivo (diversão, excitação sexual, amor), afeto negativo (medo, raiva, tristeza), atenção (direção, absorção), visualização (quantidade, intensidade), autoconsciência, estado de consciência, diálogo interno, racionalidade, controlo de vontade, memória e arousal (diminuição de relaxamento). Também contém cinco pares de itens de confiabilidade, que são de similar ou idêntico conteúdo e são usados para medir a consistência intraindividual. O anexo 11 apresenta o número de itens e os itens correspondentes a cada uma das subdimensões.

O PCI gera uma medida chamada estado hipnoidal (Pekala & Nagler, 1989) que permite obter uma estimativa da susceptibilidade hipnótica durante hipnose. Uma baixa pontuação de hipnoidal é um indicador de que a pessoa não experimentou profundidade hipnótica, enquanto que as pessoas que obtêm alta pontuação em hipnoidal têm uma experiência fenomenológica típica de elevada profundidade de susceptibilidade hipnótica durante a hipnose. Se bem que ter uma

experiência fenomenológica consistente não seja equivalente a estar profundamente hipnotizado, existe uma grande concordância entre ambas as coisas durante a hipnose. Portanto, fazendo uma distinção entre hipnoidal, como adjetivo, e estado hipnoidal, como conceito, estamos a falar da experiência fenomenológica concordante com a susceptibilidade a ser hipnotizado após uma indução hipnótica (Pekala, 1991).

Esta pontuação (em hipnoidal), é também chamada pontuação de predição da Escala de Harvard (*Harvard Group Scale- HGS*). Baseia-se numa equação de regressão múltipla com as subdimensões do PCI (Pekala & Kumar, 1984; 1987), utilizando depois a equação resultante para computar a predição da HGS (Shor & Orne, 1962). É usada como medida de profundidade de “hipnose”, na visão de Weitzenhoffer (2000). A pontuação do estado hipnoidal tem um coeficiente de validação de 0.86 com a Escala de Stanford (*Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form A*, e entre 0.62-0.67 com a Escala de Harvard (*Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility: Form A*) (Pekala & Kumar, 2007). É importante que se tenha em linha de conta que o estado hipnoidal não resulta de um cálculo usando unicamente os itens do PCI. Como explica Pekala (2009), o cálculo do estado hipnoidal é baseado:

(...) on a regression equation of 10 (sub)dimensions of the PCI that correlates about .60 with the HGSHS:A across several published studies: Pekala & Kumar (1984, 1987); Forbes and Pekala (1993); Barnes, Lynn, & Pekala (2009).

Scores typically run from 1.0 to 9.0 and give a measure of phenomenological depth that also predicts Stanford Form C scores (Hand, Pekala, & Kumar, 1995).

Ref. Annual Meeting of The Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Reno, Nevada, October 24th, 2009

A inexistência duma escala de fenomenologia para a população portuguesa, levou-nos à tradução e adaptação do PCI.

Método

Participantes

A validação do *Phenomenology of Consciousness Inventory* (Pekala,1982) foi realizada no transcurso dos anos 2010 a 2012. A amostra obtida foi de 405 pessoas sendo formada por estudantes da Universidade de Coimbra e outras pessoas da população geral, que colaboraram. As idades dos participantes estão compreendidas entre os 18 e 61 anos, sendo 84% de género feminino e 16% de género masculino. A maior percentagem de pessoas é solteira (89%). Por outro lado, 82% dos participantes são estudantes; as ocupações profissionais do resto das pessoas podem ver-se na tabela correspondente (Tabela 2, Gráfico 2). Quando à proveniência: 38% dos mesmos era de Coimbra, 10% de Leiria, e o resto de diversas localidades (tabela 3, Gráfico 3).

Tabela 1. Descrição da amostra

Descrição		Quantidade	Percentagem
Género	Masculino	64	16%
	Feminino	341	84%
Estado Civil	Solteiro	360	89%
	Casado	36	9%
	Viúvo	2	0%
	Divorciado	7	2%
Profissão	Estudantes	332	82%
	Várias	73	18%
Localidade de Procedência	Coimbra	155	38%
	Outras cidades	250	62%

Tabela 2. Detalhe das profissões dos participantes

Profissão	Nº
Estudante	332
Atendimento cliente	12
Enfermeiro	8
Funcionário em privada	3
Técnico superior	14
Administrativa	7
Funcionário público	17
Desempregado	2
Empresário	3
Reformado	1
Doméstica	6

Gráfico 2. Detalhe das profissões dos participantes

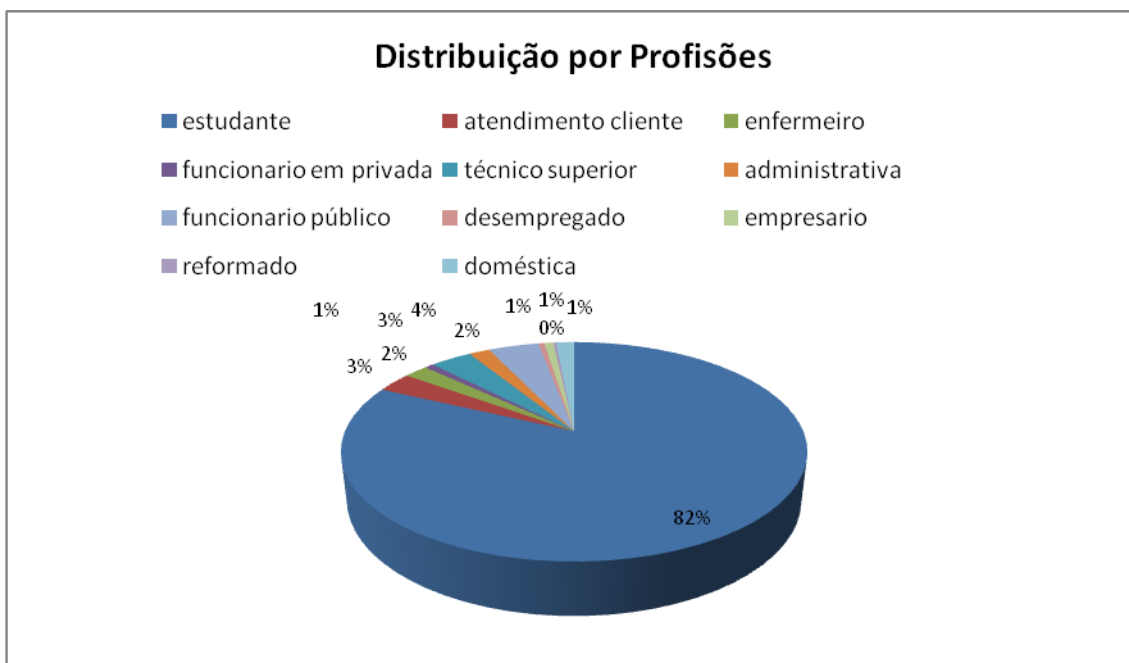
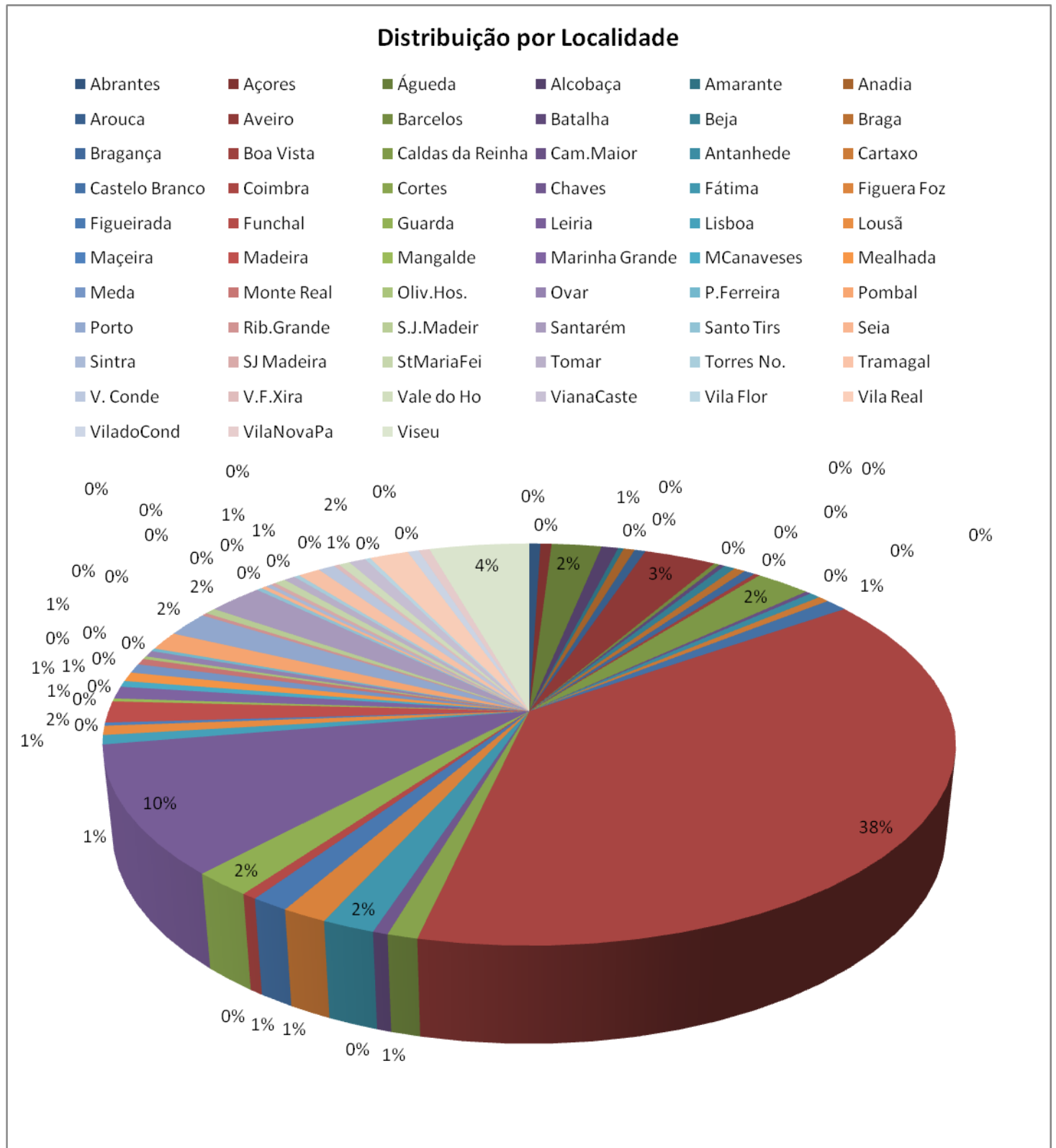


Tabela 3. Localidade de procedência dos participantes

Localidade	Nº	Localidade	Nº	Localidade	Nº
Abrantes	2	Chaves	2	Porto	8
Açores	2	Fátima	7	Rib.Grande	1
Águeda	9	Figuera Foz	6	S.J.Madeir	2
Alcobaça	3	Figueirada	5	Santarém	10
Amarante	1	Funchal	2	Santo Tirs	1
Anadia	2	Guarda	8	Seia	1
Arouca	2	Leiria	42	Sintra	1
Aveiro	13	Lisboa	3	SJ Madeira	1
Barcelos	1	Lousã	3	StMariaFei	2
Batalha	1	Maçeira	1	Tomar	2
Beja	2	Madeira	7	Torres No.	1
Braga	2	Mangalde	1	Tramagal	4
Bragança	2	Marinha Grande	4	V. Conde	3
Boa Vista	1	MCanaveses	2	V.F.Xira	1
Caldas da Rainha	10	Mealhada	3	Vale do Ho	2
Cam.Maior	1	Meda	3	VianaCaste	3
Antanhede	2	Monte Real	2	Vila Flor	1
Cartaxo	2	Oliv.Hos.	1	Vila Real	7
Castelo Branco	4	Ovar	2	ViladoCond	2
Coimbra	155	P.Ferreira	1	VilaNovaPa	2
Cortes	4	Pombal	6	Viseu	18

Gráfico 3. Percentagem da procedência dos sujeitos da amostra



Instrumentos

Para a validação do PCI foram utilizados dois instrumentos: o “*Hypnotic Assessment Procedure (HAP) - Induction Procedure*”, que foi administrado em grupo e consiste na indução hipnótica, (ver anexo 3), o outro foi o PCI, objeto deste trabalho.

Procedimento

Procedimento de tradução

Para realizar a adaptação do PCI (Pekala, 1982) para língua portuguesa foi previamente efetuado um pedido de autorização ao autor original. Após a receção da permissão por escrito do autor iniciou-se o processo de tradução. Num primeiro momento, realizou-se a tradução da escala original, de inglês para português. A tradução foi depois corrigida por dois juízes independentes e, num segundo momento iniciou-se a retroversão independente por uma psicóloga bilingue que desconhecia a versão original. Por fim, confrontámos todas as versões (original, tradução e retroversão) e, em contacto com os tradutores, efetuámos pequenas alterações na versão traduzida, de modo a preservar o sentido dos itens originais e de modo a obter itens com características adequadas na versão traduzida. As instruções iniciais de preenchimento da escala assim como o protocolo de indução “*Hypnotic Assessment Procedure (HAP) - Induction Procedure*” também foram objeto de tradução e retroversão.

Procedimento de recolha de dados

A versão portuguesa do PCI tem base em duas amostras: uma de estudantes e outra da população geral. Foi solicitada colaboração a alunos de psicologia da Universidade de Coimbra correspondentes aos cursos 2010-2011 e 2011-2012. A todos os alunos foi efetuado um pedido de participação voluntária, anónima e confidencial, sendo estes informados que se tratava da adaptação para a língua portuguesa de um instrumento de medida sobre fenomenologia. Em seguida, foi dado a conhecer aos estudantes que a sua participação consistia numa experiência de indução hipnótica mediante relaxamento, seguindo-se o preenchimento do PCI. O tempo médio de todo o processo foi de 25 minutos. O procedimento foi feito de forma coletiva em contexto de sala de aula na presença da autora do trabalho e um colaborador. Foram esclarecidas pequenas dúvidas sempre que solicitadas pelos participantes no decurso do preenchimento.

Numa clínica psicológica de Leira (igualmente no período entre 2010 e 2012), onde foi feito o estudo principal, colocou-se um cartaz solicitando colaboração para este trabalho e a amostra recolhida foi de 129 pessoas (essencialmente constituída por amigos e familiares de pacientes). Foram marcados diversos dias para poder reunir às pessoas em grupo, de acordo com a disponibilidade de espaço e dos participantes. Os 129 participantes foram distribuídos por cinco grupos tendo o procedimento sido exatamente igual ao descrito com a amostra de estudantes.

Para avaliação da estabilidade temporal do instrumento (PCI), uma subamostra respondeu pela segunda vez ao inventário, com um intervalo de tempo de quatro semanas. Na primeira fase do estudo,

teste, apresentaram-se 402 estudantes e 129 pessoas da população geral, no reteste, apresentaram-se 297 estudantes e 108 pessoas de população geral, motivo pelo qual a amostra definitiva foi de 405 participantes.

Procedimento de análise estatística

Todas as análises foram realizadas com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) IBM versão 20 e ao programa Microsoft Office Excel 2007.

Resultados

Análise descritiva do instrumento

Ver tópico correspondente à introdução do capítulo: *CAPÍTULO V: PROCEDIMENTO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO PCI (Phenomenology of Consciousness Inventory) PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA* (pág. 60).

Análise da fiabilidade das medidas

Análise da consistência interna

De acordo com os parâmetros sugeridos por Nunnally & Bernstein (1994), a consistência interna pode ser considerada muito boa se o valor do coeficiente alfa de Cronbach for superior a .9; boa se o valor de α variar entre .8 e .9; razoável se o α oscilar entre .7 e .8; fraca se o α se situar entre .6 e .7; e inadmissível se o valor de α for inferior a

.6. Segundo DeVellis (2003), o valor ideal para alfa de Cronbach deveria ser superior a .7. Os valores do alfa de Cronbach são sensíveis ao número de itens da escala. Com escalas pequenas (menos de 10 itens) são frequentes os valores por volta de .5. Neste caso, tem de se considerar a média inter-item com uma correlação ótima variando entre .2 e .4 (Briggs & Cheek, 1986).

Dado que a escala é composta por 53 itens e está subdividida em 12 dimensões (sub-escalas), foram calculadas as respetivas α para as ditas dimensões (ver anexo 11)

Tabela 4. Dimensões do PCI

Dimensões	α	Nº itens	Correlação média inter-item
Experiência alterada	0,846	13	0,297
Afeto positivo	0,555	6	0,185
Afeto negativo	0,751	6	0,326
Atenção	0,728	5	0,349
Visualização	0,747	4	0,425
Autoconsciência	0,656	3	0,397
Estado alterado de consciência	0,806	3	0,586
Diálogo interno	0,652	2	0,484
Racionalidade	0,665	3	0,396
Controlo de vontade	0,481	3	0,234
Memória	0,716	3	0,492
Arousal	0,616	2	0,445

Com base nos critérios acima mencionados, consideramos os valores de consistência interna para todo o PCI ($\alpha = .77$, $n = 53$) bastante satisfatório. Em relação as dimensões, apenas o afeto positivo é inferior à correlação média inter-item recomendada como ótima (0,185) mas temos de ter em conta que só é composta por 6 itens.

Análise da estabilidade temporal

A análise dos valores de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação evidenciaram uma boa estabilidade temporal da escala, com valores de correlação significativos ($p < .001$) e que oscilaram entre .898 e .986.

Análise da validade

O PCI para a população portuguesa encontra-se devidamente organizado tendo uma aparência clara e profissional. Este instrumento resultou de um laborioso e complexo conjunto de investigações de Ronald Pekala e colaboradores, já desde a década de 80 do século passado, podendo consultar-se em detalhe no livro “*An empirical-phenomenological approach to quantifying consciousness and states of consciousness: With particular reference to understanding the nature of hypnosis*” (Pekala, 1991). Estas investigações incluíram não apenas comparações com outros instrumentos análogos, como a comparação com diferentes contextos a fim de avaliar se o PCI era sensível a tais variações (por exemplo, comparar uma situação de descanso, com hipnose, ou com relaxamento). Também foi estudada a sua relação com instrumentos objectivos usados na avaliação da resposta hipnótica, resultando elevados coeficientes de validade com a *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form A* (0.86) e a *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility: Form A* (entre 0.62-0.67). Na verdade, um imenso conjunto de pesquisas permite-nos afirmar que o PCI está devidamente sustentado e tem uma elevada validade de construto (Pekala & Kumar,

1984; Pekala & Kumar, 1987; Pekala & Kumar, 2007; Pekala, Kumar, & Maurer, 2009; Pekala e col., 2010).

Na medida em que não temos conhecimento de outro instrumento de medida fenomenológica, para a população portuguesa, com o qual possa ser estabelecida validade concorrente, remetemos para os resultados do estudo principal em que, de facto, após uma experiência hipnótica, as pessoas manifestam mudanças fenomenológicas, sustentando a sensibilidade de PCI.

Discussão

Decorrente do atrás apresentado, poderemos concluir que o inventário PCI, adaptado para a população portuguesa, se apresenta como adequado para medir a fenomenologia após uma indução hipnótica, sendo legítima a sua utilização na presente investigação.

Dado tratar-se de um primeiro estudo de adaptação para a população portuguesa, tentámos estudar a população em geral, não obstante uma boa parte da amostra ser formada por estudantes de ensino superior, sugerindo-se novas investigações que possam dar continuidade a este primeiro estudo de adaptação.

CAPÍTULO VII: ESTUDO EXPLORATÓRIO: USO DE TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA INCREMENTAR A MUDANÇA TERAPÊUTICA: O EFEITO SURPRESA

De seguida descreve-se um estudo exploratório, de que foi apresentada uma versão preliminar no Primeiro Congresso Nacional de Psicologia da Ordem dos Psicólogos Portugueses em Abril de 2012, com o título “Uso de Técnicas Hipnóticas para incrementar a Mudança Terapêutica: O Efeito Surpresa”.

Este trabalho foi realizado dentro do projeto geral da investigação da presente investigação, com o intuito de avaliar se o efeito surpresa numa pessoa ante as suas respostas às sugestões de um procedimento hipnótico (sem conhecimento quanto a tratar-se de um procedimento hipnótico), teria algum impacto no seu estado hipnoidal, mudança de consciência (estado alterado da consciência).

Amostra

A amostra recolhida é composta por 120 sujeitos, a maior parte deles estudantes de Psicologia da Universidade de Coimbra, e alguns pacientes com diversas perturbações. (Não se considerou relevante aprofundar numa descrição mais detalhada para este estudo exploratório).

Materiais

- Protocolo de indução Pires & Ludeña (Anexo 8)
- PCI Pekala (Anexo 4)
- Escala de avaliação Efeito Surpresa (EAES) (Anexo 7)
- Protocolo de induções diversas de bem-estar não específicas (Anexo 10)

Metodologia

O procedimento foi levado a cabo de forma individual solicitando à pessoa para fazer uns exercícios. Esses exercícios estão descritos no protocolo de indução hipnótica e são realizados individualmente. Em momento algum se fala à pessoa de hipnose.

As variáveis consideradas foram o *nível de surpresa*, o *estado alterado de consciência* e o *estado hipnoidal*, tendo o procedimento consistido na aplicação do protocolo de indução hipnótica (em que foram dadas diversas sugestões de bem-estar ao sujeito- ver Anexo 10). Terminado o procedimento, as pessoas preencheram o PCI e o EAES.

Uma one-way ANOVA entre grupos foi realizada para analisar eventuais diferenças nas variáveis fenomenológicas *estado alterado de consciência* e *estado hipnoidal* em função dos *níveis de surpresa*. Antes de proceder à ANOVA foi testada a normalidade das variáveis dependentes (*estado hipnoidal* e *estado alterado de consciência*) para cada grupo. Todos os grupos cumpriam os requisitos de normalidade (incluindo os critérios de Shapiro-Wilk para a normalidade). O teste de Levene para homogeneidade de variâncias revelou a inexistência de homogeneidade de variâncias em *estado alterado*, entre os diversos grupos, razão pela qual se usou a prova T3 de Dunnett como teste *post-hoc*. Para o caso de estado hipnoidal verificou-se a existência de homogeneidade de variâncias, utilizando-se a prova de Bonferroni como teste *post-hoc*.

Na Tabela 5, podem observar-se os dados relativos à estatística descritiva, e na Tabela 6 os resultados relativos às comparações múltiplas: pode constatar-se que quanto mais elevada é a média de surpresa dos grupos, maior tende a ser a média do *estado hipnoidal* e

CAPÍTULO VII: ESTUDO EXPLORATÓRIO: USO DE TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA INCREMENTAR A MUDANÇA TERAPÊUTICA: O EFEITO SURPRESA

estado alterado de consciência, com excepção para o facto de os grupos de baixa e moderada surpresa não diferirem a um nível estatisticamente significativo ($F=-1.316$, $p > 0.05$). Visualmente, esta relação é perceptível nos Gráficos que se seguem (4 e 5).

Do ponto de vista de correlação linear (Pearson), esta relação expressa-se com valores de 0.822 (entre *nível de surpresa* e *estado hipnoidal*) e 0.466 (entre *nível de surpresa* e *estado alterado de consciência*). O facto desta última ser muito mais baixa reflecte, obviamente, o facto das pessoas de baixa e moderada surpresa não diferirem em *estado alterado da consciência*.

Tabela 5. Estatística descritiva

		N	Media	Desvio-padrão
Hipnoidal	Baixa surpresa	24	2,6992	,87802
	Moderada surpresa	34	3,7012	,67880
	Alta surpresa	62	5,6516	1,05390
Estado alterado	Baixa surpresa	24	6,63	1,610
	Moderada surpresa	34	7,94	2,256
	Alta surpresa	62	9,66	2,997

Tabela 6. Comparações múltiplas (Testes post-hoc)

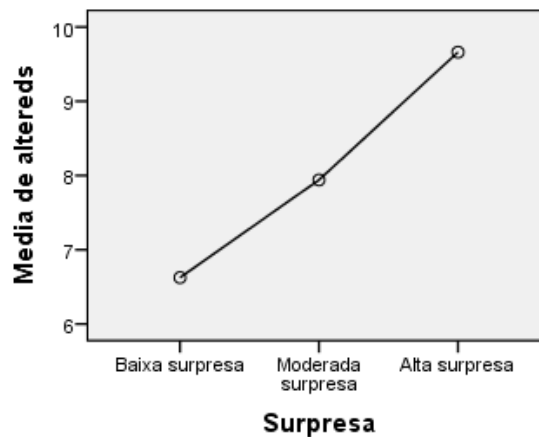
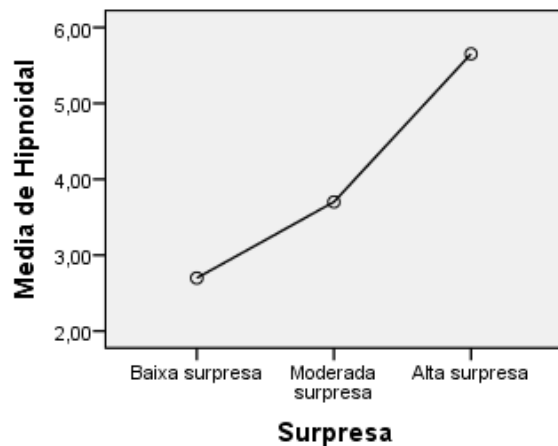
Variável dependente			Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Hipnoidal*	Baixa surpresa	Moderada surpresa	-1,00201	0
		Alta surpresa	-2,95245	0
	Moderada surpresa	Baixa surpresa	1,00201	0
		Alta surpresa	-1,95044	0
	Alta surpresa	Baixa surpresa	2,95245	0
		Moderada surpresa	1,95044	0
Estado alterado**	Baixa surpresa	Moderada surpresa	-1,316	0,173
		Alta surpresa	-3,036	0
	Moderada surpresa	Baixa surpresa	1,316	0,173
		Alta surpresa	-1,720	0,007
	Alta surpresa	Baixa surpresa	3,036	0
		Moderada surpresa	1,720	0,007

• * Bonferoni ** T3 de Dunnett

CAPÍTULO VII: ESTUDO EXPLORATÓRIO: USO DE TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA INCREMENTAR A MUDANÇA TERAPÊUTICA: O EFEITO SURPRESA

Gráfico 4. Médias dos grupos de nível surpresa relativas a estado hipnoidal

Gráfico 5. Médias dos grupos de nível surpresa relativas a estado alterado



CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

Enquadramento e objetivos

Este trabalho enquadra-se na área da investigação da Hipnose Clínica. Depois da revisão da literatura, encontramos que desde os primeiros trabalhos empíricos realizados no campo da hipnose no século XIX (Escolas de Salpêtrière e Nancy), surge a “eterna” polémica de conceber ou não a hipnose como um estado alterado de consciência.

Os objetivos do presente trabalho são os seguintes: 1) Mostrar que as variáveis “estado hipnoidal” e (2) “efeito surpresa” são relevantes para acelerar os resultados da terapia psicológica.

Neste projeto aplicamos a hipnose a pessoas que padecem de distúrbios emocionais (ver páginas 40 e 41), visto serem as mais prevalentes na população (Brown & Barlow, 2002). Assim, não só obtivemos uma amostra mais aceitável, em termos de número de participantes e generalização para a população geral, como os resultados obtidos poderão ter mais utilidade para o contexto da aplicação das terapias psicológicas.

Obtenção da amostra

A amostra obtida nesta investigação é constituída por pessoas de ambos sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos, que compareceram a consulta no período de tempo compreendido entre Maio de 2011 e Maio de 2013. A amostra compõe-se de 82 pessoas,

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

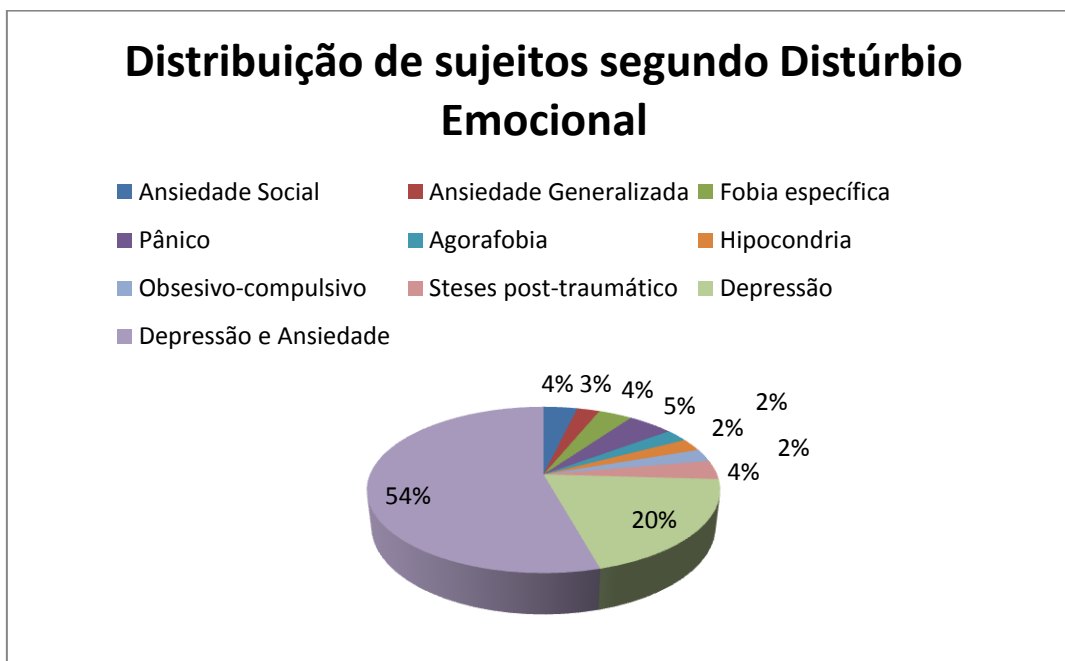
sendo 57 mulheres e 25 homens. Todos eles de nacionalidade portuguesa.

Para este trabalho foram considerados todos os tipos de distúrbios emocionais, segundo o DSM-IV-Tr. O critério de inclusão foi o pontuar significativamente nas escalas de CES-D, Zung ou em ambas. Os participantes foram assim distribuídos em três grupos etiquetados em grupo de depressão, grupo de ansiedade e grupo com ambas as perturbações (comorbidade). Na tabela número 7, pode-se ver a distribuição dos participantes nos diferentes grupos com a descrição específica da sua perturbação. Cerca de 54% das pessoas deste estudo apresentam sintomatologia, que denominamos mista, pois existe comorbidade entre ambos os distúrbios, com sinais significativos tanto de depressão como de ansiedade, cerca de 20% apresentam depressão e os restantes 24%, correspondendo a diferentes tipos de distúrbios de ansiedade.

Tabela 7. Distribuição dos participantes segundo a classificação do distúrbio emocional

Grupo Depressão		Grupo Ansiedade		Grupo Misto Depressão e Ansiedade
Tipo	Nº	Tipo	Nº	Nº
Depressão	16	Ansiedade Social	3	45
		Ansiedade Generalizada	2	
		Fobia específica	3	
		Pânico	4	
		Agorafobia	2	
		Hipocondria	2	
		Obsessivo-compulsivo	2	
		Stresse pós-traumático	3	
		Total:	16	

Gráfico 6. Distribuição dos participantes segundo o Distúrbio Emocional



As sessões de trabalho foram realizadas numa Clínica de Psicológica privada situada em Leiria, por dois psicólogos trabalhando de forma independente e de acordo com os mesmos critérios e protocolo.

Seleção

Durante o período de tempo compreendido entre Maio de 2011 e Maio de 2013 selecionaram-se as pessoas cumprindo as condições de padecer de algum distúrbio emocional e consentindo participar nesta investigação.

As pessoas que após a entrevista apresentavam sintomas próprios destes transtornos, preenchiam, de seguida, as escalas Zung e CES-D,

sendo selecionadas aquelas pontuando de forma significativa, quer dizer, com valores iguais ou superiores a 21 na CES-D e 41 na Zung.

Instrumentos

Para realizar este estudo empregámos os seguintes instrumentos: PCI *Phenomenology of Consciousness Inventory* (Pekala, 2002 - Tradução e validação para a população portuguesa de Ludeña, na presente investigação), (Anexo 4), o CES-D (*The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) de Radloff (1977, adaptado por Fagulha & Gonçalves, 2000), (Anexo 5), Escala de autoavaliação de ansiedade de Zung (Zung, 1971 - Adaptação de Vaz Serra e col. 1982), (Anexo 6), Escala de avaliação do efeito surpresa (Ludeña, 2010), (Anexo 7).

PCI

Este instrumento foi já descrito no capítulo V: Procedimento de tradução e validação do instrumento PCI (*Phenomenology of Consciousness Inventory*, Pekala, 1982,1991b) para uma população portuguesa.

CES-D

A escala para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) é um instrumento auto-aplicável de 20 itens desenvolvido por Radloff em 1977, com a finalidade de identificar sintomas depressivos em populações adultas. A escala compreende itens relacionados com humor, comportamento e percepção, que foram considerados relevantes

em estudos clínicos sobre depressão (Radloff, 1977). Outras escalas foram consideradas no desenvolvimento desse instrumento, tais como a Escala de Depressão de Zung (Zung, 1965); o Inventário de Depressão desenvolvido por Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961); a Escala Auto-aplicável de Raskin (Raskin, Schulterbrandt, & Reating, 1967); a Escala de Depressão do Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI (Dohrenwend & Dohrenwend, 1960); e a Escala de Depressão de Gardner (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusof, & Locke, 1977). A CES-D vem sendo amplamente utilizada em estudos clínicos e populacionais (Radloff, 1977; Myers & Weissman, 1980; Roberts & Vernon, 1983; Wells, Klerman, & Deykin, 1987). Os resultados destes estudos indicam considerável convergência com outras escalas de depressão e boa discriminação em relação a escalas não-análogas como, por exemplo, a Escala de Afeto Positivo de Bradburn (Weissman et al., 1977).

Neste estudo é utilizada a versão da adaptação para a população portuguesa de Gonçalves e Fagulha, (2003).

As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento: "raramente ou nunca" corresponde à pontuação zero; "durante pouco ou algum tempo" corresponde à pontuação 1; "ocasionalmente ou durante um tempo moderado" corresponde à pontuação 2; e "durante a maior parte do tempo ou todo o tempo" corresponde à pontuação 3. A pontuação pode, portanto, variar entre zero e sessenta (pontuação de zero a três em cada um dos vinte itens).

A CES-D foi escolhida de entre outros instrumentos pela sua fácil aplicabilidade, pelo seu foco em sintomas depressivos, por empregar critérios de uma semana de duração da sintomatologia depressiva e por ter sido amplamente utilizada, incluindo pela autora desta dissertação e na Clínica onde decorre o trabalho.

ESCALA DE AUTOAVALIAÇÃO DA ANSIEDADE - ZUNG

A Escala de Ansiedade de Zung (Zung, 1971) avalia o estado de ansiedade, quer dizer, permite avaliar a reação situacional de ansiedade. Está composta por 20 afirmações avaliadas por uma escala de Likert de quatro pontos (1 – Nenhuma ou rara vez; 4 - A maioria ou todo o tempo), em relação às quais deve ser dada uma resposta a cada item, e de acordo com a maneira de sentir no momento. Apresenta uma pontuação mínima de 20 e máxima de 80, sendo os valores mais altos os que correspondem a mais ansiedade. Nos itens 5, 9, 13, 17 e 19, como são declarações positivas (sem sintomas ou ansiedade), a sua pontuação efetua-se em ordem inversa. Estes itens distribuem-se em quatro subescalas de ansiedade: Cognitiva (itens 1 a 5), Motora (itens 6 a 9), Vegetativa (itens 10 a 18) e Ansiedade do Sistema Nervoso Central (itens 19 e 20). Apresenta pontuações diferentes a nível de género e grupo de idade, considerando-se que resultados superiores ou iguais a 40 são valores indicadores de patologia (Cruz, 2008). Ponciano e col. (1982) realizaram um estudo com uma amostra da população portuguesa para avaliar a escala de autoavaliação de Zung. Os autores consideram como ponto de corte pontuação superior a 37 pontos, considerada patológica. A validação desta escala foi cuidadosa, tendo em conta o processo de tradução, *cognitive debriefing*, a validade de

conteúdo idêntico ao original, a validade de critério e de constructo, a consistência interna, a fiabilidade teste-reteste, a sensibilidade entre as populações e a sensibilidade à mudança (Ribeiro, 2007).

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EFEITO SURPRESA

Para avaliar o grau surpresa possivelmente sentido perante as suas respostas (dos participantes) às sugestões, criámos uma escala *likert* com pontuações entre 1 (surpresa mínima) e 6 (surpresa máxima). Após esta escala existe um espaço em branco para que a pessoa possa expressar o que é o que, eventualmente, lhe pareceu surpreendente.

Procedimento

As intervenções fizeram-se dentro dum contexto terapêutico individual. Uma vez avaliada a pessoa que chega à consulta e enquadrando-se o seu diagnóstico num distúrbio emocional, desenha-se um programa de intervenção para realizar a terapia (como já foi dito, a intervenção é feita com base nas terapias empiricamente sustentadas e/ou baseadas na evidência). A referida avaliação faz-se mediante entrevista e recorrendo às escalas CES-D e Zung. Em alguns casos específicos, foram ainda utilizados outros instrumentos, não relevantes para esta investigação.

Na terceira consulta procede-se à realização de hipnose, segundo se descreve no anexo número 8. Depois da indução hipnótica dão-se sugestões, previamente selecionadas, específicas para os objetivos a serem trabalhados. Depois de terminar a sessão de hipnose entrega-se

à pessoa a escala referente ao seu nível de surpresa em relação à experiência que acaba de ter (ver anexo número 7). Passados dois minutos, pede-se-lhe que preencha o PCI.

Uma semana mais tarde entregam-se de novo as escalas CES-D e Zung a fim de ser feita comparação com os primeiros. É neste momento que se pede ao paciente autorização para utilizar os dados recolhidos para o presente trabalho de doutoramento. Não se faz antes para não “contaminar” a variável do efeito surpresa, pois de outro modo as pessoas saberiam o que se iria passar.

Continua-se com o tratamento, segundo o programa pré-estabelecido, até terminar a terapia, que varia segundo os diferentes casos, entre 10-12 sessões.

Passados quatro meses da cessação da terapia, os pacientes voltaram a ser contactados para avaliar a sua situação, preenchendo de novo as escalas CES-D e Zung, assim como a realização de um relato verbal. Deste modo foi possível verificar se houve uma mudança terapêutica mantida no tempo.

Dos 82 sujeitos iniciais da amostra, depois de quatro meses, conseguiu-se contactar com 76, dos quais, preencheram as escalas, nesta ocasião 73. Com os dados de aqui obtidos, não se realizou nenhuma análise, já que estes eram irrelevantes para o estudo.

Resultados

A última fase da investigação consistiu na organização da informação obtida e a sua correspondente análise e interpretação estatística. As análises foram realizadas com o programa de tratamento

de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (IBM versão 20).

Para calcular a pontuação do estado hipnoidal foi utilizada a folha de cálculo original, com as correspondentes fórmulas gentilmente fornecidas por Ronald Pekala num programa Excel de Microsoft v.2007.

Análise de dados

Resultados gerais descritivos

De seguida apresentamos as tabelas e gráficos relativos às características gerais da amostra.

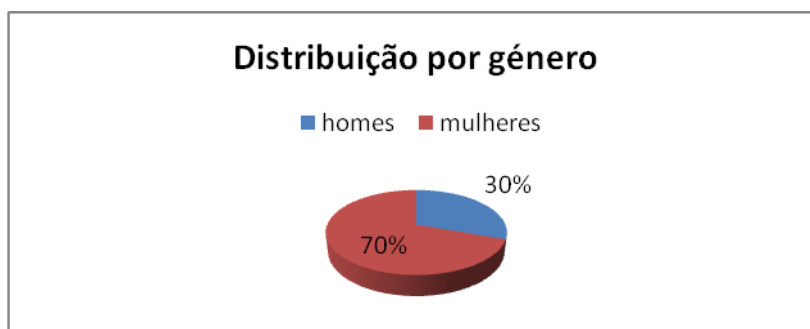
GÉNERO DOS PARTICIPANTES

A amostra é formada por 82 participantes, dos quais 25 são homens, correspondendo a 30%, e 57 mulheres, equivalendo a 70%.

Tabela 8. Distribuição dos participantes por género

Género	Nº	Percentagem
Masculino	25	30%
Feminino	57	70%
TOTAL:	82	

Gráfico 7. Distribuição da amostra total por género



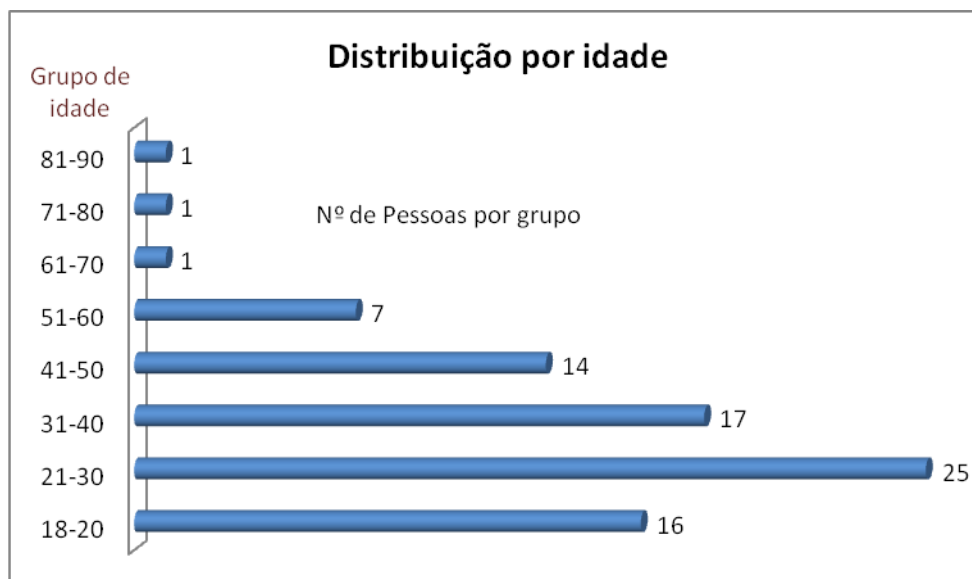
IDADE DOS PARTICIPANTES

A idade média dos nossos participantes é de 33,77 anos com um desvio-padrão de 13,40. Os mais novos, com uma idade de 18 anos, foram 8 pessoas, e a mais velha tinha a idade de 82 anos.

Tabela 9. Distribuição por idade

Grupo de idade	Distribuição por idade
18-20	16
21-30	25
31-40	17
41-50	14
51-60	7
61-70	1
71-80	1
81-90	1
Total : 82	

Gráfico 8. Idade dos participantes para a totalidade da amostra



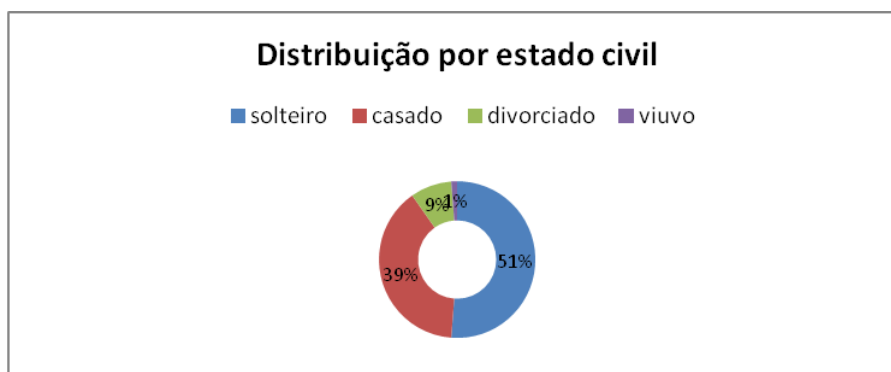
ESTADO CIVIL

De seguida apresenta-se os dados correspondentes ao estado civil dos participantes neste estudo, sendo 51% da amostra solteira e 39% casadas.

Tabela 10. Distribuição dos participantes segundo o estado civil

Estado Civil	Nº
Solteiro	42
Casado	32
Divorciado	7
Viúvo	1

Gráfico 9. Percentagem de participantes segundo estado civil



PROFISSÃO

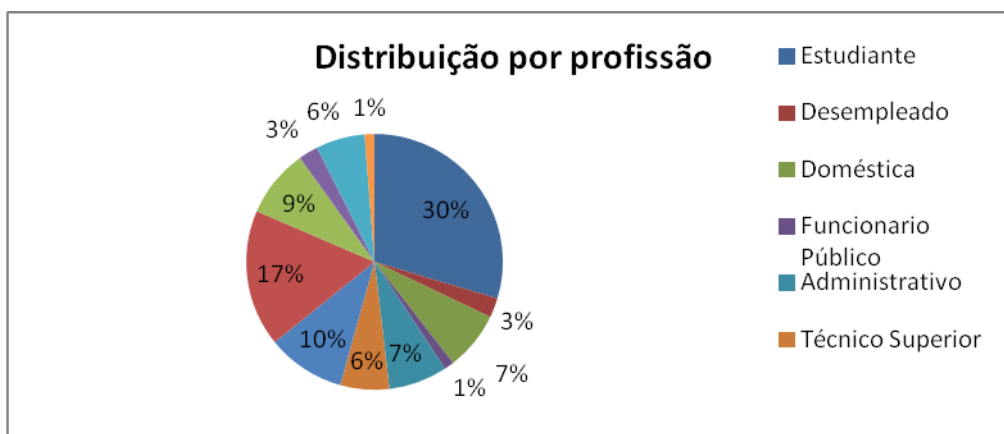
Na amostra obtida entre pacientes, cerca de 30% é composta por estudantes, seguido de 17% de pessoas que são docentes. O restante dos participantes é constituído por um leque heterogéneo de profissões.

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

Tabela 11. Distribuição de participantes por profissão

PROFISSÃO	Nº de Pessoas
Estudante	24
Desempregado	2
Doméstica	6
Funcionário Público	1
Administrativo	6
Técnico Superior	5
Área Serviços	8
Professor	14
Funcionário Privado	7
Empresário	3
Sanitário	5
Reformado	1

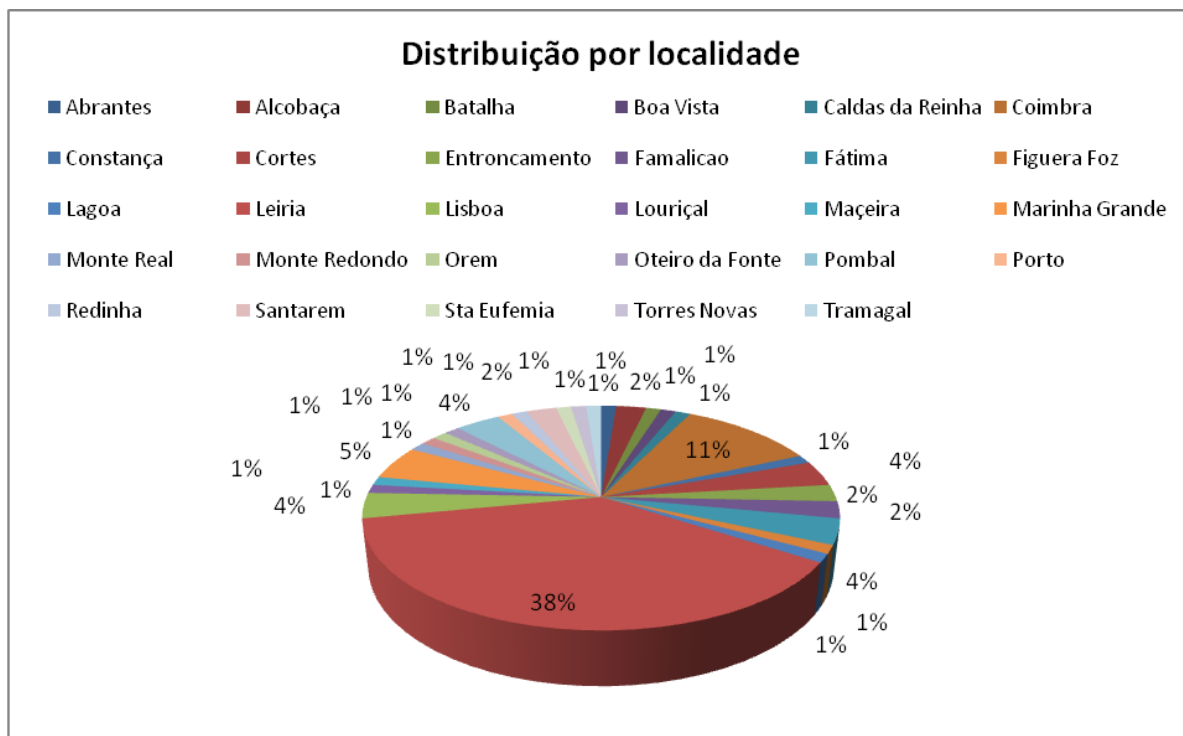
Gráfico 10. Percentagem de participantes por distintas profissões



PROVENIÊNCIA

A maior parte dos participantes é proveniente do distrito de Leiria e arredores.

Gráfico 11. Distribuição dos participantes por proveniência



Estudo da relação entre a surpresa e o estado hipnoideal na mudança terapêutica

Para este estudo, a amostra total de 82 participantes está dividida em dois grupos. Um grupo é composto por pessoas padecendo de uma única perturbação emocional (chamamos *grupo de ansiedade ou depressão*), formado por 37 pessoas. Neste caso, só é necessário controlar uma variável dependente denominada “*mudança de diagnóstico*”. O outro grupo é composto por pessoas que têm ambas as perturbações (chamamos *grupo de comorbidade*), com 45 sujeitos. Neste caso precisamos de controlar duas variáveis dependentes que são a “*mudança terapêutica em Zung*” e a “*mudança terapêutica em CES-D*”. Esta divisão tem por base a necessidade de controlar de forma

específica e direta a mudança terapêutica, sendo esta a diferença das pontuações obtidas em cada um dos questionários correspondentes aos dos distúrbios, entre antes e depois da experiência hipnótica (uma semana após a mesma). A medida de referência que tomamos para conhecer a mudança fenomenológica ou estado alterado de consciência (profundidade de trance, utilizando a terminologia de Pekala (1991), é a pontuação do estado hipnoidal obtida no PCI.

Resultados

GRUPO DE COMORBIDADE (ANSIEDADE + DEPRESSÃO)

Em relação à ansiedade existe uma correlação (*Pearson*) entre o efeito surpresa e o estado hipnoidal de .792, sendo que a correlação entre o estado hipnoidal e a mudança terapêutica (diferença em pontuação em Zung antes e depois da experiência em hipnose) é de .745. A correlação entre o efeito surpresa e a mudança terapêutica é de .699. Portanto, parece existir uma forte associação entre estas variáveis.

A fim de avaliar a contribuição relativa do *estado hipnoidal* e da *surpresa* para a *mudança terapêutica*, procedemos a uma Análise de Regressão Hierárquica Múltipla. Foram conduzidas análises preliminares no sentido de assegurar a não violação das assunções de normalidade, linearidade, multicolinearidade e homoscedasticidade. Tendo-se verificado a não violação de tais pressupostos, procedeu-se à análise de regressão. Na tabela a seguir podem ver-se os modelos de regressão resultantes, observando-se que o modelo total (surpresa mais hipnoidal)

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

explica o 58.7% da variância, $F(2, 42) = 29.84$, $p < 0.001$, sendo que o *efeito surpresa* é a variável que mais contribui para a mudança terapêutica, explicando 48.9% da variância, $F(1, 43) = 41.11$, $p < .001$. A contribuição do *estado hipnoidal* também é estatisticamente significativa, mas muito inferior quanto à variância explicada: 9.8% com mudança de $F = 9.984$, $p < .003$. Pode ainda constatar-se, que o *efeito surpresa* obtém valor beta mais elevado ($\beta = .699$, $p < .001$) do que o estado *hipnoidal* ($\beta = .513$, $p < .003$).

Tabela 12. Dados relativos aos modelos resultantes da análise de regressão.

Modelo	R	R quadrado	Estatísticos de cambio				
			Mudança em R quadrado	Mudança em F	gl1	gl2	Sig. Mudança em F
1	,699	,489	,489	41,111	1	43	,000
2	,766	,587	,098	9,984	1	42	,003

Tabela 13. Dados relativos à ANOVA da análise de regressão.

Modelo	Suma de quadrados	gl	Media quadrática	F	Sig.
1 Regressão	1917,249	1	1917,249	41,111	,000 ^b
Residual	2005,329	43	46,636		
Total	3922,578	44			
2 Regressão	2302,379	2	1151,189	29,842	,000 ^c
Residual	1620,199	42	38,576		
Total	3922,578	44			

a. Variable dependiente: Mudan.Terap.Zung

b. Variables predictoras: (Constante), Nivel Surpresa

c. Variables predictoras: (Constante), Nivel Surpresa, Hipnoidal

Tabela 14. Dados relativos aos coeficientes Beta e t resultantes da análise de regressão.

Modelo		Coeficientes tipificados		t	Sig.
		Beta			
1	(Constante)			-2,557	0,014
	Nivel Surpresa	0,699		6,412	0
	(Constante)			-3,719	0,001
2	Nivel Surpresa	0,293		1,808	0,078
	Hipnoidal	0,513		3,16	0,003

Em relação à depressão, observamos uma correlação (*Pearson*) entre o efeito surpresa e o estado hipnoidal de .792; sendo que a correlação entre o estado hipnoidal e a mudança terapêutica (diferença entre pontuação em Cesd antes e depois da experiência em hipnose) é de .695. A correlação encontrada entre efeito surpresa e mudança terapêutica é .622. Por conseguinte, constata-se a existência de uma significativa associação entre estas variáveis.

A avaliação da contribuição relativa do estado hipnoidal e do efeito surpresa para a mudança terapêutica foi realizada através de uma Análise de Regressão Hierárquica Múltipla. Primeiramente foram conduzidas análises preliminares para assegurar a não violação das suposições de normalidade, linearidade, multicolinearidade e homoscedasticidade. Tendo-se verificado a não violação destes pressupostos, procedemos à análise da regressão. Na tabela a seguir podem ver-se os modelos de regressão resultantes, observando-se que o modelo total (surpresa mais hipnoidal) tem uma variância explicada de 49.7%, $F(2, 42) = 20.73$, $p < .001$, e que *o efeito surpresa* é a variável que mais contribui para a mudança terapêutica, explicando 38.7% da variância, $F(1, 43) = 27.13$, $p < .001$. A contribuição do *estado hipnoidal* também é estatisticamente significativa, mas muito menor no que respeita à variância explicada: 11% com mudança de $F = 9.18$, $p < 0.004$. Como pode ainda constatar-se, *o efeito surpresa* obtém valor beta mais elevado (beta = .622, $p < .001$) que o *estado hipnoidal* (beta = .543, $p < .004$).

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

Tabela 15. Dados relativos aos modelos resultantes da análise de regressão.

Modelo	R	R quadrado	Estatísticas de mudança				
			Mudança em R quadrado	Mudança em F	gl1	gl2	Sig. Mudança em F
1	,622 ^a	,387	,387	27,131	1	43	,001
2	,705 ^b	,497	,110	9,181	1	42	,004

Tabela 16. Dados relativos à ANOVA da análise de regressão.

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	Sig.
1	Regressão	2805,153	1	2805,153	27,131	,000 ^b
	Residual	4445,825	43	103,391		
	Total	7250,978	44			
2	Regressão	3602,646	2	1801,323	20,737	,000 ^c
	Residual	3648,332	42	86,865		
	Total	7250,978	44			

a. Variável dependente: Mudan.Terap.Ces-D
b. Variáveis preditoras: (Constante), Nivel Surpresa
c. Variáveis preditoras: (Constante), Nivel Surpresa, Hipnoidal

Tabela 17. Dados relativos aos coeficientes Beta e t resultantes da análise de regressão.

Modelo		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		Beta		
1	(Constante)		-2,114	,040
	Nivel Surpresa	,622	5,209	,001
2	(Constante)		-3,201	,003
	Nivel Surpresa	,192	1,075	,289
	Hipnoidal	,543	3,030	,004

GRUPO DE PESSOAS APENAS COM UMA ÚNICA PERTURBAÇÃO (ANSIEDADE OU DEPRESSÃO)

A correlação entre o efeito surpresa e o estado hipnoidal é de .526; a correlação entre estado hipnoidal e a mudança terapêutica é de .655; e a correlação entre efeito surpresa e mudança terapêutica é de .542. Por conseguinte, observa-se a existência de uma significativa associação entre estas variáveis.

A avaliação da contribuição relativa do *estado hipnoidal* e do *efeito surpresa* para a mudança terapêutica foi avaliada através de uma Análise de Regressão Hierárquica Múltipla. Primeiramente foram

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

conduzidas análises preliminares para assegurar a não violação das suposições de normalidade, linearidade, multicolinearidade e homoscedasticidade. Tendo-se verificado a não violação de tais pressupostos, procedeu-se à análise de regressão. Na tabela a seguir podem ver-se os modelos de regressão resultantes, observando-se que o modelo total (*surpresa* mais *hipnoideal*) tem uma variância explicada de 48.3%, $F(2, 34) = 29.58$, $p < .001$, e que o efeito *surpresa* é a variável que mais contribui para a mudança terapêutica, explicando 29.4% da variância, $F(1, 35) = 39.29$, $p < .001$. A contribuição do *estado hipnoideal* também é estatisticamente significativa, ainda que menor no que respeita à variância explicada: 19% com mudança de $F = 12.48$, $p < .001$. Como pode constatar-se, o efeito *surpresa* obtém valor beta mais elevado ($\beta = .542$, $p < .001$) que o *estado hipnoideal*, que não chega a ser estatisticamente significativo ($\beta = .272$, $p > .05$).

Tabela 18. Dados relativos aos modelos resultantes da análise de regressão.

Modelo	R	R quadrado	R quadrado corrigido	Estatísticas de mudança				
				Mudança no R quadrado	Mudança em F	gl1	gl2	Sig. Mudança em F
1	,542 ^a	,294	,273	,294	14,548	1	35	,001
2	,695 ^b	,483	,453	,190	12,482	1	34	,001

Tabela 19. Dados relativos à ANOVA da análise de regressão.

Modelo	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	Sig.	
1	Regressão	571,645	1	571,645	14,548	,001 ^b
	Residual	1375,274	35	39,294		
	Total	1946,919	36			
2	Regressão	940,954	2	470,477	15,901	,000 ^c
	Residual	1005,965	34	29,587		
	Total	1946,919	36			

a. Variável dependente: Mudança Diagnóstico
b. Variáveis preditoras: (Constante), Nivel Surpresa
c. Variáveis preditoras: (Constante), Nivel Surpresa, Hipnoideal

Tabela 20. Dados relativos aos coeficientes Beta e t resultantes da análise de regressão.

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

Modelo		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		Beta		
1	(Constante)		-,884	,383
	Nível			
	Surpresa	,542	3,814	,001
2	(Constante)		-2,530	,016
	Nível			
	Surpresa	,272	1,880	,069
	Hipnoidal	,512	3,533	,001

A análise de regressão mostrou que, efetivamente, as variáveis *surpresa* e *estado hipnoidal* explicam a maioria da variância da *mudança terapêutica*. No sentido de esclarecer, um pouco mais esta relação, procedemos à constituição de grupos para estas duas variáveis, com a finalidade de realizarmos ANOVA respeitante a esses mesmos grupos. Para ambas as variáveis foram constituídos três grupos com base na pontuação obtida. Relativamente ao *estado hipnoidal*, o Grupo Baixo é constituído pelas pessoas que obtiveram pontuações entre 1 e 3 (no cálculo do estado hipnoidal obtido no PCI), o Grupo Médio com pontuações entre 4 e 6, e o Grupo Alto com pontuações superiores a 6. No respeitante à *surpresa*, foram constituídos também três grupos: Grupo Baixo, respeitante a pontuações entre 1 e 2 (na escala medindo o grau de surpresa), Grupo Médio (entre 3 e 4) e Grupo Alto (entre 5 e 6). Daqui resultou uma combinação possível de 9 grupos, como se mostra a seguir:

baixa surpresa/baixo hipnoidal
baixa surpresa/médio hipnoidal
baixa surpresa/alto hipnoidal
média surpresa/baixo hipnoidal
média surpresa/médio hipnoidal
média surpresa/alto hipnoidal
alta surpresa/baixo hipnoidal
alta surpresa/médio hipnoidal
alta surpresa/alto hipnoidal

No entanto, como poderá constatar-se, não houve participantes em quatro desses possíveis grupos (os que estão assinalados a negro). Por outro lado, é de salientar que o grupo de baixa surpresa/alto hipnoidal tem apenas 3 pessoas. Estes factos serão alvo de análise e interpretação mais adiante.

Diferenças na mudança terapêutica entre grupos de Comorbidade e Ansiedade/Depressão

GRUPO DE COMORBIDADE

Realizou-se uma two-way ANOVA comparando os três grupos (Baixo, Médio e Alto de *surpresa* e Baixo, Médio e Alto de *estado hipnoidal*), considerando tanto as pontuações em Zung como em CES-D. Antes de proceder à ANOVA foi testada a normalidade das variáveis dependentes (Zung e CES-D) para cada grupo. Todos os grupos cumprem os requisitos de normalidade (incluindo os critérios de Shapiro-Wilk para a normalidade). O *teste de Levene* para homogeneidade de variâncias revelou a inexistência de homogeneidade de variâncias na *mudança terapêutica em Zung* e *mudança terapêutica em CES-D*, entre os diversos grupos, razão pela qual se usou o *T3 de Dunnett* como teste *post-hoc*. A análise de variância mostra que existe uma mudança terapêutica em Zung entre os grupos estatisticamente significativa $F(4,40)=15.75$, $p < .001$, com um grande *effect size* ($W^2 = .6$). Os testes *post-hoc* (ver os dados descritivos na Tabela 21 e os dados da ANOVA no Anexo 13) mostram que o grupo de *baixa surpresa/baixo hipnoidal* tem uma média de mudança terapêutica em Zung significativamente menor que o grupo de *média surpresa/alto hipnoidal* ($F = -16.617$, $p < .001$) e *alta surpresa/alto hipnoidal* ($F = -15.4$, $p < .004$).

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

Também se verifica que o grupo de baixa surpresa/médio hipnoidal difere significativamente dos grupos de média surpresa/alto hipnoidal ($F = -15.44$, $p < .001$) e de alta surpresa/alto hipnoidal ($F = -14.222$, $p < .008$).

Tabela 21. Dados descritivos reativos aos diferentes grupos combinando nível de surpresa e estado hipnoidal em *mudança terapêutica Zung* e *mudança terapêutica Ces-D*.

Grupos (N total= 45)		N	Média	Desvio-padrão
Mudan.Terap.Zung	baixa surpresa baixo hipnoidal	5	2,60	2,302
	baixa surpresa médio hipnoidal	9	3,78	2,108
	baixa surpresa alto hipnoidal	3	7,67	5,686
	média surpresa alto hipnoidal	23	19,22	7,746
	alta surpresa alto hipnoidal	5	18,00	4,528

Mudan.Terap.Ces	baixa surpresa baixo hipnoidal	5	4,80	2,588
	baixa surpresa médio hipnoidal	9	3,89	1,764
	baixa surpresa alto hipnoidal	3	15,67	10,017
	média surpresa alto hipnoidal	23	20,00	11,932
	alta surpresa alto hipnoidal	5	30,60	11,014

Relativamente à *mudança terapêutica* no CES-D observam-se resultados idênticos: a análise de variância mostra que existe uma mudança terapêutica no CES-D entre os grupos que é estatisticamente significativa $F(4,40) = 8.73$, $p < .001$, com um grande *effect size* ($W^2 = .4$). Os testes *post-hoc* (ver os dados descritivos na Tabela 21 e os dados da ANOVA no Anexo 13) mostram que o grupo de *baixa surpresa/baixo hipnoidal* tem uma média de mudança terapêutica em CES-D significativamente menor que o grupo de *média surpresa/alto hipnoidal* ($F = -15.2$, $p < .001$) e *alta surpresa/alto hipnoidal* ($F = -25.8$, $p < .03$). Também se verifica que o grupo de *baixa surpresa/médio hipnoidal* difere significativamente dos grupos de *média surpresa/alto hipnoidal*

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

($F = -16.11$, $p < .001$) e de *alta surpresa/alto hipnoidal* ($F = -26.711$, $p < 0.03$). Os Gráficos 12 e 13 ajudam a perceber os dados obtidos.

Gráfico 12. Médias dos diferentes grupos combinando nível de surpresa e estado hipnoidal em Zung.

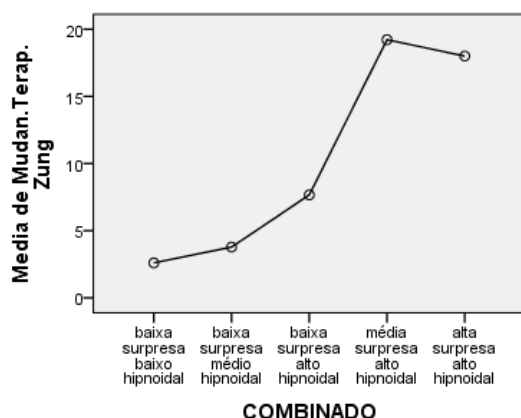
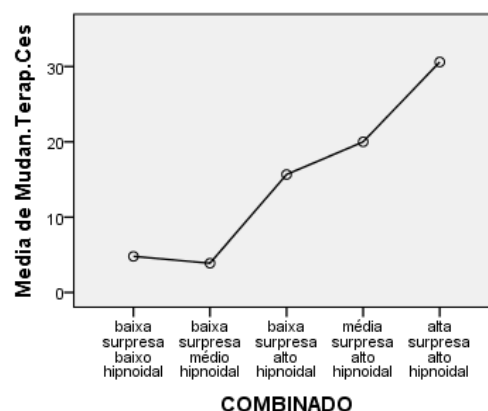


Gráfico 13. Médias dos diferentes grupos combinando nível de surpresa e estado hipnoidal em CES-D.



GRUPO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Realizou-se uma two-way ANOVA comparando os três grupos (Baixo, Médio e Alto de *surpresa* e Baixo, Médio e Alto de *estado hipnoidal*), considerando as pontuações em *mudança terapêutica*. Antes de proceder à ANOVA foi testada a normalidade da variável dependente (*mudança terapêutica*) para cada grupo. Todos os grupos cumprem os requisitos de normalidade (incluindo os critérios de Shapiro-Wilk para a normalidade). O teste de Levene para homogeneidade de variâncias revelou a inexistência de homogeneidade de variâncias em *mudança terapêutica* entre os diversos grupos, razão pela qual se usou o T3 de Dunnett como teste *post-hoc*. A análise de variância mostra que há uma mudança terapêutica entre os grupos que é estatisticamente significativa $F(4,28) = 3.40$, $p < .001$, com um grande *effect size* ($W^2 = .5$). Os testes *post-hoc* (ver os dados descritivos na Tabela 22 e os dados da ANOVA

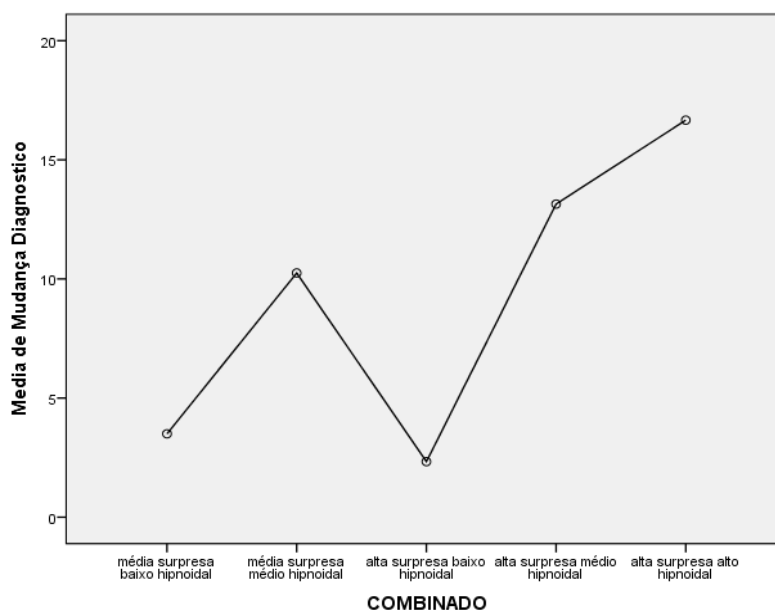
CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

no Anexo 13) mostram que o grupo de *média surpresa/médio hipnoidal* tem uma média de mudança terapêutica significativamente maior que o grupo de *alta surpresa/baixo hipnoidal* ($F= 7.92, p= .05$). O grupo de *alta surpresa/baixo hipnoidal* tem uma média significativamente mais baixa que as dos grupos de *alta surpresa/médio hipnoidal* ($F= -10.81, p< .003$) e de *alta surpresa/alto hipnoidal* ($F= -14.33, p= .05$). O Gráfico 14 ajuda a compreender os resultados encontrados.

Tabela 22. Dados descritivos relativos aos diferentes grupos combinando nível de surpresa e estado hipnoidal em *mudança de diagnóstico*.

Mudança Diagnóstico			
	N	Média	Desvio-padrão
média surpresa baixo hipnoidal	2	3,50	3,536
média surpresa médio hipnoidal	8	10,25	5,285
alta surpresa baixo hipnoidal	3	2,33	2,082
alta surpresa médio hipnoidal	14	13,14	6,175
alta surpresa alto hipnoidal	6	16,67	8,430
Total	33	11,52	7,199

Gráfico 14. Médias dos diferentes grupos combinando nível de surpresa e estado hipnoidal em Mudança de diagnóstico.



Síntese

Os resultados precedentes (análise de regressão e ANOVA) revelam um papel fundamental da *surpresa* para a *mudança terapêutica* e um papel aparentemente menor, embora significativo do *estado hipnoidal* para esta mesma *mudança*. No entanto, pensamos que o papel do *estado hipnoidal* pode resultar sub-valorizado tomando unicamente em consideração as estatísticas referidas, como veremos na DISCUSSÃO.

Estudo sobre contributo das dimensões do PCI para o *estado hipnoidal*

Aqui chegados, estamos interessados em compreender melhor o contributo das dimensões do PCI para o *estado hipnoidal* (ver explicação sobre o cálculo do estado hipnoidal). A fim de esclarecer esse contributo fizemos uma análise de regressão hierárquica múltipla. Primeiramente procedemos à correlação entre todas as dimensões e o *estado hipnoidal*, tendo eliminado todas aquelas cujos valores de correlação encontrados foram estatisticamente não significativas. As variáveis assim excluídas foram: *sensação temporal*, *perceção*, *diversão*, *excitação sexual*, *amor*, *medo*, *raiva*, *tristeza*, *interpretação*, *direção*, *visualização*, *diálogo interno*, *racionalidade*, *controlo de vontade*, *memória* e *arousal*. Antes de se proceder à análise de regressão foram conduzidas análises preliminares para assegurar a não violação das suposições de normalidade, linearidade, multicolinearidade e homoscedasticidade. Tendo-se verificado a não violação de tais pressupostos, procedeu-se à análise de regressão. Na Tabela 23 podem ver-se os modelos de regressão resultantes, observando-se que o *estado alterado de consciência* é a dimensão que mais contribui para o

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

estado hipnoidal. Como pode constatar-se, no primeiro modelo apenas com o *estado alterado de consciência*, o total de variância explicada é de um pouco mais de 74%, ou seja, .743, $F(1, 80) = 230.899$, $p = (.000)$, sendo que a *auto-consciência* acrescenta mais 5,6% e a *absorção* mais 3%. A *imagem corporal* pode dizer-se que nada acrescenta (.2%). Efetivamente, no modelo final, apenas as três primeiras dimensões apresentam contributos (em termos de variância explicada) estatisticamente significativos, sendo que o *estado alterado de consciência* obtém valor beta mais elevado (beta = .685, $p = .000$) que *auto-consciência* (beta = -.265, $p = .001$) e *absorção* (beta = .162, $p = .001$). De notar que, como seria de prever, a *auto-consciência* tem uma relação inversa com o estado hipnoidal.

Tabela 23. Dados relativos à análise de regressão para o estado hipnoidal.

Resumo do modelo ^e									
Modelo	R	R quadrado	R quadrado corrigido	Erro típ. da estimação	Estatística da mudança				
					Mudança em R quadrado	Mudança em F	gl1	gl2	Sig. Mudança em F
1	,862 ^a	,743	,739	,74335	,743	230,899	1	80	,001
2	,894 ^b	,799	,794	,66178	,056	21,936	1	79	,001
3	,910 ^c	,828	,822	,61516	,030	13,429	1	78	,001
4	,911 ^d	,830	,822	,61513	,002	1,007	1	77	,319

a. Variáveis preditoras: (Constante), estado alterado

b. Variáveis preditoras: (Constante), estado alterado, auto-consciência

c. Variáveis preditoras: (Constante), estado alterado, auto-consciência, absorção

d. Variáveis preditoras: (Constante), estado alterado, auto-consciência, absorção, imagem corporal

e. Variável dependente: Hipnoidal

CAPÍTULO VIII: ESTUDO SOBRE EFEITO SURPRESA E ESTADO HIPNOIDAL COMO FATORES DA MUDANÇA TERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS EMOCIONAIS UTILIZANDO HIPNOSE

Dos resultados concluímos que 74% da variância do *estado hipnoidal* é explicada pelo *estado alterado da consciência*, 6% pela *auto-consciência*, e 3% pelo grau de *absorção*, sendo que a *imagem corporal* praticamente não exerce influência.

PARTE III: CONCLUSÕES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CONCLUSÕES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este trabalho teve como principais objetivos o estudo da possível influência do *efeito surpresa* na resposta às sugestões hipnóticas, e nas alterações fenomenológicas decorrentes, bem como a influência da *surpresa* e do *estado hipnoidal* na *mudança terapêutica*.

Dos resultados obtidos apresentados na presente dissertação, chegamos a várias conclusões:

1. Para experimentar hipnose não é necessário que o procedimento hipnótico seja etiquetado como tal, pois fica demonstrado, neste estudo, em que as pessoas ignoravam totalmente que estavam a ser sujeitas a um procedimento hipnótico, que houve mudanças fenomenológicas significativas na resposta as sugestões e a conseguinte mudança de comportamento.
2. O facto de perceber como involuntária a sua resposta às sugestões, após a indução hipnótica, produz na pessoa *surpresa*, e esta tem uma elevada influência na experiencia fenomenológica, o que, por sua vez, produz ainda maior *surpresa*. Em consequência, é favorecida a mudança terapêutica com a vantagem de se acelerar a terapia.
3. As crenças e expectativas sobre hipnose não parecem ter a relevância que alguns autores (Kirsch & Braffman, 2001; Lynn & Kirsch, 2006; Milling & Constantino, 2000) lhes têm atribuído. Efetivamente, os nossos resultados confirmam, a outro nível (o da *mudança terapêutica*), resultados obtidos em dois estudos recentes (Pires, Tomé-Pires, & Ludeña, 2013; Tomé-Pires, Ludeña, & Pires, 2013), planeados para responder experimentalmente a esta questão. Em ambos os estudos foi encontrado um papel muito diminuto para estas variáveis (sobretudo das crenças) na

experiência fenomenológica em contexto hipnótico. Por exemplo, foi concluído que o importante para provocar alterações fenomenológicas é o procedimento, e não o nome que lhe é dado.

4. Efetivamente, uma perspectiva teórica, talvez dominante, sobre a hipnose, propõe que as crenças e atitudes sobre a hipnose determinam as reações hipnóticas e a própria experiência subjetiva de hipnose (Gandhi & Oakley, 2005; Kirsch & Braffman, 2001; Lynn, Kirsch, & Hallquist, 2008; Wagstaff, 2010; Yu, 2004; 2006). Defende-se igualmente que (1) é necessário desenvolver nas pessoas crenças positivas e adequadas para promover uma melhor resposta hipnótica (Lynn, Meyer, & Shindler, 2004; Lynn & Kirsch, 2006; Spanos, Rivers, & Ross, 1977). Contrariamente, nós acreditamos que explicar ou “desmitificar” a hipnose (no sentido em que é proposto por esses autores) pode eliminar o *efeito surpresa*, o qual pode ser muito benéfico, terapêuticamente falando. Por outro lado, a nossa experiência profissional, leva-nos a crer que as crenças sobre hipnose, tanto num sentido favorável face a hipnose, como num sentido contrário à mesma, em geral, não mudam por ser explicadas; as pessoas tendem a manter as suas crenças. O referido estudo de (Pires, Tomé-Pires, & Ludeña, 2013) encontrou, precisamente, esse resultado, para além de ter revelado que as diferentes crenças podem funcionar de modo independente. Por exemplo, o facto de se crer que durante a hipnose se perde o controlo não implica que se tenha medo de ser-se hipnotizado (Pires, Tomé-Pires, & Ludeña, 2013).

5. Outra conclusão dos estudos apresentados é que não é preciso estar num estado hipnótico profundo (estado hipnoidal) para obter bons resultados terapêuticos. Como foi anteriormente referido, os resultados da análise de regressão e da ANOVA revelam um papel fundamental da *surpresa* para a *mudança terapêutica* e um papel aparentemente menor, embora significativo, para o *estado hipnoidal*. No entanto, pensamos que o papel do *estado hipnoidal* pode estar sub-valorizado nas estatísticas referidas, sendo necessário entrar em linha de conta com a interpretação de dois factos: 1) A relação entre o *grau de surpresa* e o *estado hipnoidal* não é linear. Isto é, embora pareça haver tendência para o *grau de surpresa* se acompanhar de um aumento correspondente do nível do *estado hipnoidal* (que poderia corresponder a um relação causal), é preciso considerar que não há pessoas com *alta surpresa* que tenham um *estado hipnoidal* baixo ou médio. Do mesmo modo, não há pessoas de média *surpresa* que tenham médio ou baixo *estado hipnoidal*; 2) Para a *mudança terapêutica* (tanto no grupo de comorbidade como no grupo de ansiedade/depressão) parece ser necessária uma certa combinação de *grau de surpresa* e *estado hipnoidal*. Isto é, a *surpresa* tem de ser pelo menos média e o *estado hipnoidal* moderado. Tal significa, naturalmente, que existe uma interação, uma combinação, entre estas duas variáveis, sendo necessária uma certa quantidade de cada uma para que se verifique um resultado terapêutico útil.

O facto de não haver pessoas com *alta surpresa* que tenham um *estado hipnoidal* baixo ou moderado, nem pessoas de média

surpresa que tenham moderado ou baixo *estado hipnoidal*, também tem, parece-nos, alguma importância, indicando a existência de uma forte ligação entre estas duas variáveis.

6. Verifica-se que os resultados são comuns aos dois grupos clínicos, pelo que poderemos pensar que são gerais aos diversos transtornos, eventualmente funcionando como mecanismos básicos de mudança terapêutica, em contexto hipnótico.

Aproveitamos também, neste trabalho, para analisar as dimensões do PCI, a fim de compreender se existe algum padrão típico no modo como as pessoas, que obtêm maior pontuação no estado hipnoidal, percebem as mudanças fenomenológicas, e de aí podermos inferir alguma característica pessoal que possa generalizar-se entre as pessoas mais hipnotizáveis, sobretudo entre aquelas que obtêm mais benefícios com a utilização da hipnose. Neste sentido, comparando os dados da nossa análise com os mencionados por Pekala em 2009 (os únicos dados que conhecemos de Pekala sobre este assunto), ainda que não sejam referidos os estudos dos quais esses dados são retirados, constatamos que alguns desses resultados coincidem com os obtidos por nós, nomeadamente a implicação do *estado alterado de consciência* e da *absorção*, mas não o facto de Pekala implicar a perda *de controlo da vontade*, a diminuição da *memória* e do *diálogo interno*. No entanto, Pekala (2009) não faz referência a que estatísticas recorreu para chegar a tais conclusões. Isto é, embora tais dados tenham por base a análise regressão, não são apresentados detalhes, pelo que não podemos fazer senão esta referência geral. Claro que a natureza da amostra também pode levar a resultados distintos. A nossa amostra é de natureza clínica

e as diversas amostras a partir das quais são feitos estes estudos que Pekala (2009) refere não parecem incluir pacientes.

Considerando o atrás escrito, poderemos concluir que, pelo menos, o *estado alterado de consciência* e a *absorção* constituem variáveis que contribuem fortemente para o *estado hipnoidal*.

Discussão final

No seguimento da tradição socio-cognitivista ou cognitivo-comportamental tem-se defendido que as crenças, as atitudes e as expectativas moderam o nível de sugestionabilidade hipnótica e as mudanças terapêuticas (Kirsch & Braffman, 2001; Lynn & Kirsch, 2006; Milling & Constantino, 2000). Na verdade, essas variáveis são consideradas a essência do que acontece na hipnose (Barling & De Lucchi, 2004; Gandhi & Oakley, 2005; Kirsch & Braffman, 2001; Lynn & Kirsch, 2006). Sugere-se que atitudes, crenças e expectativas sobre a capacidade de resposta pessoal são os principais ingredientes para um tratamento eficaz com a hipnose (Barber, Spanos, & Chaves, 1974; Chaves, 1999). Na verdade, tem-se mesmo argumentado que as atitudes positivas sobre a hipnose no início do tratamento são um melhor indicador de mudança terapêutica que o nível de sugestionabilidade (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, & Pastymak, 1997) e até mesmo uma condição necessária para se obter níveis elevados de mudança (Perry, Nadon, & Button, 1992; Spanos, Brett, Menary, & Cross, 1987). Por exemplo, Lynn e Kirsch (2006), postulam a necessidade de aumentar: (1) as atitudes e crenças positivas sobre a hipnose, (2) a motivação e (3) as expectativas de resposta. O principal postulado das

CONCLUSÕES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

intervenções cognitivo-comportamentais com a hipnose, para fins terapêuticos, propõe que é absolutamente necessário introduzir e explicar aos pacientes o que é hipnose, bem como corrigir as crenças erradas sobre ela (Lynn e col., 2004; Green, 2011). No entanto, tais concepções sobre a mudança de atitude podem ter exagerado a facilidade com que as pessoas mudam as suas atitudes, ao incluir apenas as atitudes explícitas. Na verdade, as pessoas ainda podem ter as suas habituais atitudes implícitas, que não são expressas desta forma (Wilson, Lindsey, & Schooler, 2000; Paik, MacDougall, Fabrigar, Peach, & Jellons, 2009). O processo de mudança de atitude muitas vezes exige mais tempo e prática do que se pensava (Paik e col., 2009). Além disso, tem-se reconhecido que devem ser feitas distinções quanto à informação persuasiva que é usada para alterar as atitudes e que a eficácia destes diferentes tipos de mensagens é em parte regulada pelo tipo de informação sobre a qual assentam as atitudes (Paik e col., 2009). Claro, daí resulta que as atitudes nem sempre servem como indicadores ou preditores do comportamento humano (Ajzen & Fishbein, 1977; Ajzen, 1991).

A nossa investigação, com efeito, aponta para direção diferente à da implicação fundamental das crenças e das expectativas, salientando um papel decisivo para a surpresa e para o estado hipnoidal na experiência subjetiva de hipnose, e também para a própria mudança terapêutica. Inclusivamente, podemos defender, em função dos resultados agora obtidos, o uso de procedimentos hipnóticos com o objetivo de provocar surpresa pelos efeitos emocionais positivos que parece ter, desde logo, no paciente. Estamos a falar, por tanto, do uso

da hipnose para provocar surpresa, devido aos efeitos terapêuticos positivos que esta última parece ter.

Falar de surpresa implica perceber uma situação determinada dum modo não esperado, quer dizer, quebrar/contrariar as expectativas. Quando uma pessoa não tem qualquer expectativa sobre a resposta hipnótica e começa a perceber que sem nenhuma intenção (consciente) pela sua parte, reage a sugestões que interpreta como estranhas no contexto em que se encontra, fica surpreendida porque, de facto, nessa situação as suas expectativas são formadas com base na existência de vontade própria e controlo da sua conduta. Sentir essa involuntariedade no seu comportamento, emoção, pensamento ou percepção, provoca surpresa. Por isso, a nossa hipótese vai no sentido da *Discrepancy-Attribution Theory* (Barnier, Dienes, & Mitchell, 2008), que explica as características da hipnose pela violação de expectativas, assim como à atribuição que a pessoa faz da experiência hipnótica.

Por outro lado, quando falamos de estado hipnoidal (profundidade do trance, utilizando os termos de Pekala) estamos a considerar os diferentes níveis de consciência, no sentido da teoria de pensamento de ordem elevada de Rosenthal (2002), tal como é expressada pela *Cold Control Theory*. Pensamentos de diferentes ordens de consciência são possíveis, podendo formar-se uma intenção para realizar uma ação sem que se tenha consciência da mesma. Seria isto o que acontece em hipnose.

Concluimos, por todo o dito anteriormente, que na prática clínica, em benefício da mudança terapêutica nos distúrbios emocionais, não só é inútil investir tempo em explorar e “corrigir” nos pacientes as crenças que estes possam ter sobre hipnose, assim como explicações sobre

CONCLUSÕES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

mitos, etc., ou fazer avaliação de sugestibilidade, como que com tudo isso eliminamos uma variável de grande ajuda terapêutica quando utilizamos hipnose, “o efeito surpresa”, percebido durante as primeiras experiências hipnóticas, e que poderá servir, entre outras coisas, para acelerar a desejada mudança terapêutica.

A nossa investigação demonstra que o uso inicial de hipnose clínica pode servir como um importante “impulso terapêutico”, independentemente de que o tratamento a implementar, em definitivo, seja de uma outra natureza (por exemplo, exposição, ativação comportamental ou EMDR, entre outros).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Agostinho, M. (2012). A inclusão da hipnose clínica no tratamento por exposição prolongada da perturbação de stresse pós-traumático. *Dissertação candidatura ao grau de Doutor Psicologia Clínica Universidade de Coimbra*.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, N. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical Analysis and Review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84 (5), 888-918.
- Allen, L., McHugh, R., & Barlow, D. (2008). Emotional Disorders. A unified protocol. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual* (4ª ed., págs. 216-249). New York: The Guilford Press.
- Andreasen, N. (2005). *Admirável cérebro novo: vencendo a doença mental na era do genoma*. Porto Alegre: Artmed.
- Andrews, G. (1990). Classification of neurotic disorder. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 606-607.
- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the differences. In R. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- APA American Psychological Association, D. o. (1999). *Policy and procedures manual*. Washington, DC: Author.
- Association, A. A. (1961). American Board of Examiners in Psychological Hypnosis. *American Psychologist*, 16, 203-205.
- Association, A. A. (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Association, A. A. (2006). Evidence-bases practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bachelor, A. (1998). How clients perceive therapist empathy: a content analysis of "received" empathy. *Psychotherapy*, 25 (2), 227-240.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barber, T. (1960). The necessary and sufficient conditions for hypnotic behavior. *American Journal of Clinical Hypnotism*, 3, 31-42.
- Barber, T. (1964). Hypnotizability, suggestibility and personality: V. A critical review of research findings. *Psychological Reports*, 14 (Monograph Suppl. 13), 299-320.
- Barber, T. (1969). *Hypnosis: a scientific approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Barber, T. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Barber, T. (1999). Hypnosis: A mature view. *Contemporary Hypnosis*, Vol 16, Nº 3, 123-127.
- Barber, T., Spanos, N., & Chaves, J. (1974). *Hypnotism: Imagination and human potentialities*. New York: Pergamon.
- Barker, S., Funk, S., & Houston, B. (1988). Psychological treatment versus nonspecific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 8, 545-549.
- Barling, N., & De Lucchi, D. (2004). Knowledge, attitudes, and beliefs about clinical hypnosis. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 32, 36-52.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist*, 9, 59, 869-878.

BIBLIOGRAFIA

- Barnett, M., King, L., & Howard, J. (1979). Inducing affect about self or other: Effects on generosity of children. *Developmental Psychology, 15* (2), 1-39.
- Barnier, A., & Mitchel, C. (2005). Looking for the fundamental effects of hypnosis. *Invited address at the 35th Annual Congress of the Australian Society of Hypnosis*. Sydney, Australia.
- Barnier, A., Dienes, Z., & Mitchell, C. (2008). How hypnosis happens: New cognitive theories of hypnotic responding. En M. Nas, & A. Barnier (Edits.), *The Oxford Handbook of Hypnosis: Tehory, Research and Practice* (págs. 141-178). New York: Oxford University Press.
- Barret, D. (1979). The hypnotic dream: its relation to nocturnal dreams and walking fantasies. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 584-591.
- Barus, I. (1987). Metanalysis of definitions of consciousness. *Imagination, Cognition, and Personality, 6*, 321-329.
- Bates, B. (1992). The effect of demands for honesty on the efficacy of the Carleton Skills Training Program. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 40*, 88-102.
- Bates, B., Miller, R., Cross, H., & Brighan, T. (1988). Modifying hypnotic suggestibility with the Carleton Skills Training Program. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 120-127.
- Battino, R., & South, T. (2005). *Ericksonian approaches. A comprehensive Manual*. UK: Crown House Publishing, Ltd.
- Bayne, T., & Chalmers, D. (2003). What is the unity of consciousness? In A. Cleeremans (Ed.), *The unity of consciousness* (pp. 23-58). Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A., Emery, G., & with Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry 2:561*.
- Becker, P. (1993). Chronic insomnia: hypnotherapeutic intervention in six cases. *American Journal of Clinical Hypnosis, 36* (2), 98-105.
- Benham, G., Woody, E., Wilson, K., & Nash, M. (2006). Expect the unexpected: Ability, attitude, and responsiveness to hypnosis. *Journal of Personality and Social Psychology, 342-350*.
- Binet, A., & Féré, C. (1888). *Animal Magnetism*. New York: Appleton.
- Blas Ramallo, F. (1991). Tesis doctoral: Hacia un modelo de cambio cognitivo-conductual: el papel de la auto-atención. Universidad Autónoma de Madrid.
- Block, N. (1995). On confusion about a function of consciousness. En *Behavioral and Brain Sciences, 18* (págs. 227-247).
- Block, N. (2001). Paradox and cross purposes of recent work on consciousness. En *Cognition, 79* (págs. 197-219).
- Blum, G., & Graef, J. (1971). The detection over time of subjets simulating hypnosis. *International Journal of Clínical and Experimental Hypnosis, 19*, 211-224.
- Borkovec, T., Abel, J., & Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 479-483.
- Boss, M., & Dijksterhuis, A. (2011). Unconscious thought works bottom-up and conscious thought works top-down when forming an impression. *Social Cognition, 6, 29*, 727-737.

BIBLIOGRAFIA

- Botella, C., & Martinez, P. (2003). Tratamento cognitivo comportamental da hipocondria. En V. Caballo, *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos* (págs. 335-386). São Paulo: Santos Livraria e Editora.
- Bowers, K., & Davidson, T. (1991). A neodissociative critique of Spanos's social-psychological model of hypnosis. En S. Lynn, & J. Rhue (Edits.), *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (págs. 105-143). New York: Guilford Press.
- Briggs, S., & Cheek, J. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54, 106-148.
- Brom, D., Kleber, R., & Defare, P. (1989). Brief Psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 607-612.
- Brown, T. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorders. 313-328.
- Brown, T., & Barlow, D. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. En D. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed., págs. 292-327). New York: Guilford Press.
- Brown, T., Campbell, L., Lehman, C., Grisham, J., & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Brown, T., Chorpita, B., & Barlow, D. (1998). Structural relationship among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 179-192.
- Bryant, R. (2008). *Hypnosis and anxiety: early interventions*. New York: Oxford University Press.
- Cannon, W. (1927). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Cardeña, E., Lehmann, D., Jonsson, P., Terhune, D., & Faber, P. (2008). Electro-cortical activity during deep hypnosis and hypnotic responding. *Paper presented at the 7th Simpósio da Fundação Bial, Porto-Portugal*.
- Chambles, D. (1993). *Task force on the promotion and dissemination of psychological procedures: A report adopted by the Division 12 board*. Washington, DC: Division 12 of the American Psychological Association.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chaves, J. (1994). Recent advances in the application of hypnosis to pain management. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 117-129.
- Chaves, J. (1999). Applying hypnosis in pain management: Implications of alternative theoretical perspectives. En *Clinical hypnosis and self-regulation* (págs. 227-247). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Clore, G. (1992). Cognitive phenomenology: Feelings in the construction of judgment. En L. Martin, & A. Tesser (Edits.), *The construction of social judgment* (págs. 133-164). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clore, G., Schwarz, N., & Conway, M. (1994). Emotion and information processing. En R. Wyer, & T. Srull (Edits.), *Handbook of social cognition* (2 ed., Vol. 2, págs. 323-417). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corsini, R., & Wedding, D. (2008). *Current Psychotherapies*. Belmont, USA: Thomson Higher Education.
- Council, J., & Huff, K. (1990). Hypnosis, fantasy activity, and reports of paranormal experiences in high, medium, and low fantasizers. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 7, 9-15.

BIBLIOGRAFIA

- Craske, M., & Lewin, M. (2003). Trastorno de pánico. En V. E. Caballo, *Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos. Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos* (págs. 113-136). São Paulo: Santos livraria editora.
- Crawford, H., & Barabasz, A. (1993). Phobias and intense fears: Facilitating their treatment with hypnosis. In J. Rhue, S. Lynn, & I. Kirsch (Edits.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 311-338). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Crawford, H., & Gruzelier, J. (1992). A midstream view of the neuropsychophysiology of hypnosis: Recent research and future directions. (E. Fromm, & M. Nash, Edits.) *Contemporary Hypnosis Research*, 227-266.
- Croft, R., Williams, J., Haenschel, C., & Gruzelier, J. (2002). Pain perception, hypnosis and 40Hz oscillations. *International Journal of Psychophysiology*, 46, 101-108.
- Cruz, M. (2008). Ansiedade e bem-estar na transição para o ensino superior: o papel do suporte social. *Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação para obtenção do grau de Mestre*. Universidade do Porto - Orientada por Anne Marie Fontaine.
- Custers, R., & Aarts, H. (2010). The unconscious will: how the pursuit of goals operates outside of conscious awareness. *Science*, 329, 47-50.
- Daiton, B. (2000). *Stream of consciousness: unity and continuity in experience*. London: Routledge.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência. A construção do cérebro consciente*. Temas e Debates: Círculo de Leitores.
- Darwin, C. (1984 (original 1872)). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. (T. R. Rodríguez, Trad.) Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Davidson, R. (2000). *Anxiety, depression, and emotion*. New York: Oxford University Press.
- DeVellis, R. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Dienes, A., & Perner, J. (2007). Executive control without conscious awareness: the cold control theory of hypnosis. En *Hypnosis and Conscious States* (págs. 293-314). New York: Oxford University Press.
- Dijksterhuis, A., & Aarts, H. (2010). Goals, attention and (un)consciousness. *Annual review of psychology*, 61, 467-490.
- Dijksterhuis, A., & Nordgren, L. (2006). A theory of unconscious thought. *Perspectives on psychological science*, 1, 95-109.
- Dijksterhuis, A., Bos, M., Nordgren, L., & Van Baaren, R. (2006). On making the right choice: The deliberation-without-attention effect. *Science*, 311, 1005-1007.
- Dispenza, J. (2008). *Desarrolle su cerebro: la ciencia para cambiar la mente*. Buenos Aires: Kier.
- Dixon, M., & Laurence, J. (1992). Hypnotic susceptibility and verbal automaticity: automatic and strategic processing differences in the Stroop color-naming task. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 344-347.
- Dixon, M., Brunte, A., & Laurence, J. (1990). Hypnotizability and automaticity: toward a parallel distributed processing model of hypnotic responding. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 336-343.
- Dohrenwend, B., & Dohrenwend, B. (1960). *A MMPI Handbook*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dugas, M., & Ladouceur, R. (2003). Análise e tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. En V. Caballo, *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos* (págs. 211-263). São Paulo: Santos Livraria Editora.

BIBLIOGRAFIA

- Duncan, B., Hubble, M., & Miller, S. (1997). Stepping off the throne. En *The Family Therapy Networker* (Vol. 21 (3), págs. 22-31,33).
- Echeburúa, E. (1995). *Tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1991). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F. Labrador, J. Cruzado, & M. Muñoz, *Manual práctico de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Edmonston, W. (1986). *The induction of hypnosis*. New York: John Wiley & Sons.
- Edmonston, W. (1991). Anesis. In S. Lynn, & J. Rhue (Edits.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 197-237). New York: Guilford.
- Egner, T., & Hirsch, J. (2005). The neural correlates and functional integration of cognitive control in a Stroop task. *Neuroimage*, 24, 539-547.
- Egner, T., & Raz, A. (2007). Cognitive control processes and hypnosis. Hypnosis and conscious states. (O. U. Press, Ed.) *The cognitive neuroscience perspective*.
- Eich, E., & Schooler, J. (2000). Cognition/Emotion Interaction. En *Cognition and Emotion* (págs. 16-42). New York: Oxford University Press.
- Eimer, B. (2000). Clinical applications of hypnosis for brief and efficient pain management psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43:1, 17-40.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Ekman, P., & Friesen, W. (1978). *Facial action coding system*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P., Friesen, W., & Tomkins, S. (1971). A first validity study. *Semiotica*, 3, 37-38.
- Farthing, G. (1992). *The Psychology of Consciousness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fingelkurts, A., Fingelkurts, A., Kallio, S., & Revonsuo, A. (2007). Cortex functional connectivity as a neurophysiological correlate of hypnosis: An EEG case study. *Neuropsychologia*, 45, 1452-1462.
- Fishkin, S., & Jones, B. (1978). Drugs and consciousness: An attentional model of consciousness with application to drug-related altered states. En A. Sugarman, & R. Tarter (Edits.), *Expanding dimensions of consciousness* (págs. 273-298). New York: Springer.
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis: a meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-197.
- Foa, E., Keane, T., Freidman, M., & Cohen, J. (2009). *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Forrest, D. (2000). *Hypnotism. A History*. London: Penguin Books.
- Frank, J., & Frank, J. (1993). *Persuasion and Healing: a comparative study of psychotherapy* (3ª ed.). Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Frederick, C., & Phillips, M. (1995). De-coding mystifying signals: Translating symbolic communications of elusive ego-states. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 187-196.
- Fromm, E. (1992). An ego-psychological theory of hypnosis. In E. Fromm, & M. Nash (Edits.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 131-148). New York: Guilford.
- Galovski, T., & Blanchard, E. (1998). The treatment of irritable bowel syndrome with hypnotherapy. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 23, 219-232.
- Gandhi, B., & Oakley, D. (2005). Does "hypnosis" by other name smell as sweet? The efficacy of "hypnotic" inductions depends on the label "hypnosis". *Consciousness and Cognition*, 14, 304-315.

BIBLIOGRAFIA

- Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En S. Garfield, & A. Bergin (Edits.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., págs. 190-228). New York: Wiley.
- Ginandes, C. (2002). Extended, strategic therapy for recalcitrant mind-body healing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *45*, 92-202.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epideiológicos (CES-D). En M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Edits.), *Avaliação Psicológica Instrumentos Validados para População Portuguesa* (págs. 33-43). Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O., Cerqueira, J., Guimarães, C., Belpalme, J., Amorim, L., Peixoto, M., & Sousa, N. (2005). Neurociencias y psicoterapia: retorno a lo básico. *Revista de psicoterapia*, *61*, XVI, 65-75.
- Gonsalkorale, W., Houghton, L., & Whorwell, P. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A large scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal of Gastroenterology*, *97*, 954-961.
- González-Ordi, H. (1999). Sugestionabilidad e hipnosis: aspectos cognitivo-subjetivos y psicofisiológicos. *Tesis doctoral*. Madrid: Universidad Complutense.
- Grant, A., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: a new measure of private self-consciousness. *Social, behavior and personality*, 821-836.
- Green, J. (2011). Beliefs about hypnosis: Popular Beliefs, Misconceptions, and the Importance of Experience. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *59*, 103-121.
- Gruzelier, J. (1990). Neurophysiological investigations of hypnosis: cerebral laterality, and beyond. In R. V. Dick, P. Spinhoven, & A. V. Does (Edits.), *Hypnosis: theory, research, and clinical practice* (pp. 38-51). Amsterdam: Free University Press.
- Gruzelier, J. (1998). A working model of the neurophysiology of hypnosis: a review of the evidence. *Contemporary Hypnosis*, *15*, 3-21.
- Halsband, U., Mueller, S., Hinterberger, T., & Strickner, S. (2009). Plasticity Changes in the brain in hypnosis and meditation. *Contemporary Hypnosis*, 194-215.
- Handley, I., & Rynnion, B. (2011). Evidence that unconscious thinking influences persuasion bases on argument quality. *Social Cognition*, *6*, 29, 668-682.
- Harner, M. (1980). *The way of the shaman*. New York: Harper & Row.
- Hazan, E. (2010). *The invention of Paris. A History in Footsteps*. London: Verso.
- Heap, M., Brown, R., & Oakley, D. (2004). *The highly hypnotizable person. Theoretical experimental and clinical issues*. New York: Brunner Routledge.
- Hilgard, E. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt Brace.
- Hilgard, E. (1965a). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E. (1977). *Divided consciousness: multiple controls in human thought and action*. New York: John Wiley and Sons.
- Hilgard, E. (1980). The trilogy of mind: Cognition, affection and conation. *Journal of the history of the behavioral sciences*, *16*, 107-117.
- Hilgard, E. (1987). *Psychology in America: A historical survey*. New York: Harcourt, Brace & Jovanovich.
- Hilgard, J. (1977). *Divided consciousness*. New York: Wiley.
- Hilgard, J. (1979). *Personality and hypnosis: An study of imaginative involvement* (2 ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (2002). *The heart & soul of change*. Washington, DC: American Psychological Association.

BIBLIOGRAFIA

- Hughes, J. (2008). *The illustrated history of hypnotism*. New Hampshire: National Guild of Hipnotist, Inc.
- Immordino-Yang, M., Damásio, H., & Damásio, A. (2009). Neural Correlates of Admiration and Compassion. *Proceedings of th National Academy of Sciences*, 106, nº 19, 8021-26.
- Izard, C. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99, 561-565.
- Izard, C., & Buechler, S. (1980). Aspects of consciousness and personality in terms of differential emotions Theory. En R. Plutchik, & Kelerman (Edits.), *Emotion: theory, research, and experience* (Vol. 1, págs. 165-187). New York: Academic Press.
- Jamieson, G., & Sheehan, P. (2004). An empirical test of Woody and Bower's dissociated-control theory of hypnosis. *Intrnational Joournal of Clínica and Experimental Hypnosis*, 52, 232-249.
- Johnson-Laird, P., & Oatley, K. (1992). Basic emotions, rationality and flk theory. *Cognition and Emotion* 6, 201-223.
- Kahneman, D., & Miller, D. (1986). Nom theory: comparing reality to is alternatives. *Psychological Review*, 93, n2, 136-153.
- Kaiser, J., Barker, R., Haenschel, C., Baldeweg, T., & Gruzelier, J. (1997). Hypnosis and event-related potential correlates of error processing in a stroop-type paradigm: a test of the frontal hypothesis. *International Journal of Psychophysiology*, 27, 215-222.
- Kihlstrom, J. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418.
- Kihlstrom, J. (1987). The cognitive unconscious. *Science*, 237, 1445-1452.
- Kihlstrom, J. (1999). Conscious and unconscious cognition. En R. Sternberg (Ed.), *The concept of cognition* (págs. 173-203). Cambridge: MIT Press.
- Kihlstrom, J. (2005). Is hypnosis an altered state of consciousness or what? *Contemporary Hypnosis*, 1, 34-38.
- Kihlstrom, J., Mulvaney, S., Tobias, B., & Tobis, I. (2000). The emotional uncoscienous. En *Cognition e Emotion* (págs. 43-99). Oxford: University Press.
- Kirsch, I. (2000). The response set theory of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42, 3-4,274-93.
- Kirsch, I. (2005). Empirical resolution of the altered state debate. *Contemporary Hypnosis*, 1, 18-23.
- Kirsch, I., & Braffman, W. (2001). Imaginative suggestibility and hypnotizability. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 57-61.
- Kirsch, I., & Lynn, S. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50, 846-858.
- Kirsch, I., & Lynn, S. (1998). Social-cognitive alternatives to dissociation theories of hypnotic involuntariness. *Review of General Psychology*, 2 (1), 66-80.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapienstein, G. (1995). Hipnosis as an adjunct to cognitive behavioural psychotherapy: A meta-analisis. *Journal of Consulting and Clinical Psichology*, 63, 214-220.
- Kohen, D., Mahowald, M., & Rosen, G. (1992). Sleep-terror disorder in children. The role of self-hypnosis in management. *Americam Journal of Clinical Hypnosis*, 34 (4), 233-244.
- Kohlenberg, R., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Krause, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica. Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhé*, 1, 41-52.

BIBLIOGRAFIA

- Kuehl, B., Newfield, N., & Joanning, H. (1990). A client-bases description of family therapy. *Journal of Family Psychology, 3* (3), 310-321.
- Kukla, A. (1983). Toward a science of experience. *Journal of Mind and Behavior, 4*, 231-246.
- Kumar, A. (1996). *Customer delight: creating and maintaining competitive advantage. Doctoral Dissertation*. Bollmington: Indiana University.
- Kurman, V., Pekala, R., & Cummings, J. (1996a). Trait factors, state effects, and hypnotizability. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 167-175.
- Lain-Entralgo, P. (1987a). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Barcelona: Anthropos.
- Lain-Entralgo, P. (1987b). *La medicina hipocrática*. Madrid: Editorial Alianza.
- Lambert, M. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J. Norcross, & M. Golfried (Edits.), *Handbook of psychotherapy integration* (págs. 94-129). New York: Basic Books.
- Lane, R., & Schwartz, G. (1992). Levels of emotional awareness: implications for psychotherapeutic integration. *Journal of psychotherapy integration, 2*, 1-18.
- Lane, R., Quinlan, D., Schwartz, G., Walker, P., & Zeitlin, S. (1990). The levels of emotional awareness scale: a cognitive-developmental mesasure of emotion. *Journal of personality assessment, 55*, 124-134.
- LeDoux, J. (2000). *O cérebro emocional*. Cascais: Pergaminho, Lda.
- LeDoux, J. (2003). *Synaptic Self: How our brains become who we are*. New York: Pengu Group.
- Lewinsohn, P., Sillivan, J., & Grosscup, S. (1980). Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: theory, research, and practice, 47*, 322-334.
- Lifshitz, M., Howells, C., & Raz, A. (2012). Can expectation enhance response to suggestion? De-automatization illuminates a conundrum. *Consciousness and Cognition, 21* (2), 1001-1008.
- Ludeña, M. (2011). Modelo Clínico de Inclusión de Hipnosis en Terapias Psicológicas. En *Libro Resumen IX Congreso Nacional de Psicología Clínica en San Sebastian* (pág. 186). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- Ludeña, M., & Pires, C. (2009). A inclusão da hipnose nas terapias psicológicas. In F. e. Saúde, & C. e. E.Santos (Ed.), *Hipnose Clínica* (pp. 181-217). Viseu: Psicossoma.
- Lynn, S. (1997). Automaticity and hypnosis: A sociocognitive account. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 45*, 239-250.
- Lynn, S., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis. An evidence-based approach*. Washintong, D.C.: Amerian Psychological Association.
- Lynn, S., & Silver, H. (1992). The hypnotizable subject as creative problem-solving agent. In E. Fromm, & M. Nash (Edits.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 292-333). New York: Guilford.
- Lynn, S., Kirsch, I., & Hallquist, M. (2008). Social cognitive theories of hypnosis. En M. Nash, & A. Barnier (Edits.), *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory and Research, and Practice* (págs. 111-140). Oxford: Oxford University Press.
- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clínical and Experimental Hypnosis, 48*, 239-259.
- Lynn, S., Meyer, E., & Shindler, K. (2004). Clinical correlates of high hypnotizibility. En M. Heap, R. Brown, & D. Oakley (Edits.), *The highly hypnotizable person: Theoretical, experimental and clinical issues* (págs. 61-84). London: Brunner-Routledge.

BIBLIOGRAFIA

- Macaulay, D., Ryan, L., & Eich, E. (1993). Mood dependence in implicit and explicit memory. En P. Graf, & M. Masson (Edits.), *Implicit memory: New directions in cognition, development, and neuropsychology* (págs. 75-94). Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Machovec, F. (1979). The cult of Asklepios. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, 85-90.
- Malinoski, P., & Lynn, S. (1999). The plasticity of early memory reports: Social pressure, hypnotizability, compliance, and interrogative suggestibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 320-345.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. New York: Oxford University.
- McConkey, K. (1991). The construction and resolution of experience and behavior in hypnosis. In S. Lynn, & Thue (Edits.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 542-563). New York: Guilford.
- Medicine, I. o. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Meichembaum, D., & Gilmore, J. (1984). The nature of unconscious processes: A cognitive-behavioral perspective. En *The unconscious reconsidered* (págs. 273-298). New York: John Wiley.
- Meyer, W., & Niepel, M. (1994). *Surprise* (Vol. 4). Orlando, FL: Academic Press.
- Meyer, W., Reizenstein, R., & Schützwohl, A. (1997b). Towards a process analysis emotions: The case of surprise. *Motivation and Emotion*, 21, 251-274.
- Meyer, W.-U., Niepel, M., & Schützwohl, A. (1991). An experimental analysis of surprise. *Cognition and Emotion*, 5, 295-311.
- Milling, L., & Constantino, C. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 109-133.
- Montgomery, G., & Schnur, J. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3-8.
- Montgomery, G., DuHamel, K., & Redd, W. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? . *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 134-149.
- Morgan, A., & Hilgard, E. (1973). Age differences in susceptibility to hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 78-85.
- Myers, J., & Weissman, M. (1980). Use of a Self-Report Symptom Scale to Detect Depression in a Community Sample. *American Journal of Psychiatry* 137, 1081-1084.
- Naish, P. (2001). Hypnotic time perception: busy beaver or tardy timekeeper? *Contemporary hypnosis*, 18, 87-99.
- Naish, P. (2003). The production of hypnotic time-distortion: determining the necessary conditions. *Contemporary hypnosis*, 20, 3-15.
- Naish, P. (2005). Detecting Hypnotically Altered States of Consciousness. *Contemporary Hypnosis*, 22, 24-30.
- Naish, P. (2005b). On the inevitability of finding hypnosis-simulator equivalence. *Contemporary hypnosis*, 22, 24-30.
- Naish, P. (2007). Time distortion, and the nature of hypnosis and consciousness. En *Hypnosis and conscious states. The cognitive neuroscience perspective* (págs. 271-292). New York: Oxford University Press.
- Nash, M. (1992). Hypnosis, psychopathology, and psychological regression. In E. Fromm, & M. Nash (Edits.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 149-169). New York: Guilford.

BIBLIOGRAFIA

- Nash, M. (2005). The importance of being earnest when crafting definitions: Science and Scientism are not the same thing. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53 (3), 265-280.
- Norcross, J., & Goldfried, M. (2003). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Oxford University Press.
- Nordby, H., Hugdahl, K., Jasiukaitis, P., & Spiegel, D. (1999). Effects of hypnotisability on performance of a Stroop task and event-related potentials. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 819-830.
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGrawHill.
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1, 2-50.
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Öhman, A., & Wiens, S. (2003). On the automaticity of autonomic responses in emotion: an evolutionary perspective. En R. Davidson, K. Scherer, & H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (págs. 256-275). Oxford: Oxford University Press.
- Oliver, R., & Westbrook, R. (1993). Profiles of consumer emotions and satisfaction in ownership and usage. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 6, 12-27.
- Olness, K., & Kohen, D. (1996). *Hypnosis and hypnotherapy with children* (3 ed.). New York: Guilford.
- Opazo, R. (1992). *Fuerzas de cambio en psicoterapia: Un Modelo Integrativo*. Santiago, Chile: CECIDEP.
- Orne, M. (1978). *Hipnosis*. (G. Lindzey, C. Hall, & R. Thompson, Edits.) Barcelona: Omega.
- Orne, M. (1979). On the simulating subject as a quasi-control group in hypnosis research: what, why and how. En E. Fromm, & R. Shor (Edits.), *Hypnosis: developments in research and new perspectives*. New York: Aldine.
- Ortony, A., & Partridge, D. (1987). Surprisingness and Expectation Failure: What's the Difference? *Proceedings of the 10th International Joint Conference on Artificial Intelligence* (págs. 106-108). Los Altos, CA: Morgan Kaufmann.
- Ortony, A., Clore, G., & Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Paik, J., MacDougall, B., Fabrigar, L., Peach, J., & Jellons, K. (2009). Altering category level beliefs: the impact of level of representation at belief formation and belief disconfirmation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 1112-1125.
- Pascual-Leone. (2001). The brain that plays music and is changed by it. *Ann N Y Acad Sci*, 315-329.
- Pascual-Leone, A., Nguyet, D., Cohen, L., Brasil-Neto, J., Cammarota, A., & Hallett, M. (1995). Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. *Journal of Neurophysiology*, 1037-1045.
- Pekala, R. (1991). *Quantifying consciousness an empirical approach*. New York: Plenum Press.
- Pekala, R., & Kumar, V. (1984). Predicting hypnotic susceptibility by a self-report phenomenological state instrument. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27, 114-121.
- Pekala, R., & Kumar, V. (1987). Predicting hypnotic susceptibility via a self-report instrument: A replication. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57-65.
- Pekala, R., & Kumar, V. (2007). An empirical-phenomenological approach to quantifying consciousness and states of consciousness: With particular reference to understanding the nature of hypnosis. En G. Jamieson (Ed.), *Toward a cognitive-neuroscience of*

BIBLIOGRAFIA

- hypnosis and conscious states: A resource for researchers, students, and clinicians* (págs. 167-194). London: Oxford University Press.
- Pekala, R., & Nagler, R. (1989). The assessment of hypnoidal states: Rationale and clinical application. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 231-236.
- Pekala, R., Kumar, V., & Maurer, R. (2009). The Phenomenology of Consciousness Inventory: Hypnotic Assessment Procedure (PCI-HAP): Administrator's Manual.
- Pekala, R., Kumar, V., Maurer, R., Elliott-Carter, N., Moon, E., & Mullen, K. (2010). Suggestibility, Expectancy, Trance State Effects, and Hypnotic Depth: II. Assessment via the PCI-HAP. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 291-318.
- Perry, C., Nadon, R., & Button, J. (1992). The measurement of typtonizability. En E. Fromm, & M. Nash (Edits.), *Contemporary hypnosis research* (págs. 457-480). Nwe York: The Guldfod Press.
- Peters, M. (1998). Towards artificial forms of intelligence, creativity, and surprise. *Twentieth Annual Conference of the Cogitive Science Society* (págs. 836-841). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Phillips, M., & Frederick, C. (1993). *Healing the divided self: Clínica and Ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions*. New York: Norton.
- Pintar, J., & Lynn, S. (2008). *Hypnosis. A brief history*. Oxford: Wiley Bacwell.
- Pires, C. (2002). *A depressãõ não é uma doença*. Leiria: Editorial Diferença.
- Pires, C., & Ludeña, M. (2009). Modelo Clínico para Integração Psicológica da Hipnose. In *Hipnose Clínica. Fundamentos e Aplicacções em Psicologia e Saúde* (pp. 219-231). Viseu: Psicosoma.
- Pires, C., Ludeña, M., Agostinho, M., & Costa, P. (2011). Modelo Clínico de integracón psicológica de la hipnose: aspectos conceptuales, investigacionales y clínicos. En *IX Congreso Nacional de Psicología Clínica* (págs. 186-190). Granada: AEPC Asociación Española de Psicología Conductual.
- Pires, C., Tomé-Pires, C., & Ludeña, M. (2013). Something in the way she moves: beyond beliefs and attitudes about hypnosis. *Iberian Journal of Clinical & Forensic Neuroscience*, 1, nº 2, 167-193.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: a psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.
- Ponciano, E., Serra, A., & Relvas, J. (1982). Afericão da escala de auto-avaliacón de ansiedade, de Zung, numa amostra de populaçõ portuguesa -I- Resultados da aplicacón numa amostra de pupulaçõ normal. *Psiquiatria Clínica*, 3, 192-202.
- Prickaerts, J., Koopmans, G., Blokland, A., & Scheepens, A. (2004). Learning and adult neurogenesis: Survival with or without proliferation? *Neurobiology of Learning and Memory*, 81, 1-11.
- Prieto, J., & Nasello, A. (2005). Psicoterapia e neurociências: um encontro frutífero e necessário. *Revista brasileira de tarapias cognitivas*, 21-30.
- Rachman, S. (1985). *An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. New York: Plenum.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramirez-Basco, M., & Thase, M. (2003). Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos bipolares. En V. Caballo, *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos* (págs. 555-587). São Paulo: Santos Livraria e Editora.

BIBLIOGRAFIA

- Raskin, A., Schulterbrandt, J., & Reating, N. (1967). Factors of Psychopathology in Interview, Ward Behavior and Self-Report Ratings of Hospitalized Depressives. *Journal of Consultant Psychology* 31:270.
- Raz, A., & Shapiro, T. (2002). Hipnosis and neurociencia: a cross talk between clinical and cognitive research. *Archives of General Psychiatry*, 59, 85-90.
- Reisenzein, R. (1994). Kausalattribution und Emotion (Causal attribution and emotion). En F. Försterling, & J. Stiensmeier-Pelster (Edits.), *Attributionstheorie: Grundlagen und Anwendungen* (págs. 123-161). Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Reisenzein, R. (2000). Exploring the strength of association between the components of emotion syndromes: The case of surprise. *Cognition and Emotion*, 14, 1-38.
- Reisenzein, R. (2000b). The subjective experience of surprise. En H. Bless, & J. Forgas (Edits.), *The message withing: the role of subjective experience in social cognition and behavior* (págs. 262-279). Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Reisenzein, R., Meyer, W., & Schützwohl, A. (1996). Reactions to surprising events: a paradigm for emotion research. En N. Frijda (Ed.), *Proceedings of the 9th conference of International Society for Research on Emotions*. Toronto: ISRE.
- Rennie, D. (1990). Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. V. Balen (Edits.), *Client-centered and experiential therapy in the nineties* (pp. 155-172). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Rennie, D. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. In S. Toukmanian, & D. Rennie (Edits.), *Psychotherapy process research: Pragmatic and narrative approaches* (pp. 221-233). Newbury Park, CA: Sage.
- Rennie, D. (1994a). Client's accounts of resistance in counseling: A qualitative analysis. *Canadian Journal of Counseling*, 28, 43-57.
- Rennie, D. (1994b). Client's deference in psychotherapy. *Journal Counseling Psychology*, 41 (4), 427-436.
- Rennie, D. (1994c). Storytelling in psychotherapy: The client's subjective experience. *Psychotherapy*, 31 (2), 234-243.
- Rennie, D. (1995). Strategic choices in a qualitative approach to psychotherapy research. In R. a. psychology, L. Hoshmand, & J. Martin (Edits.). New York: Teachers College Press.
- Revnosou, A. (2006). *Inner Presence*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Revnosou, A., Kallio, S., & Sikka, P. (April de 2009). What is an altered state of consciousness? (R. T. Group, Ed.) *Philosophical Psychology*, 22, 187-204.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português. Série Psicologia*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rivera, C., & Bernal, G. (2008). La medición en el cambio psicoterapéutico: hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, V.19, 223-244.
- Roberts, R., & Vernon, S. (1983). The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Is use in a Community Sample. *American Journal of Psychiatry* 140, 41-46.
- Roche, S., & McConkey, K. (1990). Absorption: Nature, assessment, and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 91-101.
- Rosenthal, D. (2002). Consciousness and higher-order thought. En M. e. science. Basingstoke, UK: Macmillan Publishers, Ltd.
- Rozin, P. (1976). The evolution of intelligence and access to the cognitive unconscious. En E. Stellar, & J.M. Sprague (Edits.), *Progress in psychobiology and physiological psychology* (Vol. 6, págs. 3-480). New York: Academic Press.

BIBLIOGRAFIA

- Rumelhart, D. (1984). Schemata and the cognitive system. En *Handbook of social cognition* (Vol. 1, págs. 161-188). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc., p.
- Sarbin, T. (1950). Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behavior. *Psychological Review*, 57, 225-270.
- Sarbin, T. (1997). Hypnosis as conversation: Believed in imaginings revisited. *Contemporary Hypnosis*, 14, 203-215.
- Schoenberger, N., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & Pastymak, S. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Schoenberger, N., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & Pastyrnak, S. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Shapiro, D. (1977). A biofeedback strategy in the study of consciousness. En N. Zinberg (Ed.), *Alternate States of Consciousness*. New York: The Free Press.
- Sheehan, P. (1991). Hypnosis, context and commitment. En S. Lynn, & J. Rhue (Edits.), *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives* (págs. 520-541). New York: Guilford Press.
- Sheehan, P., & McConkey, K. (1982). *Hypnosis and Experience: The Exploration of Phenomena and Process*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Sheehan, P., Donovan, P., & MacLeod, C. (1988). Strategy manipulation and the Stroop effect in hypnosis. *International Journal of Abnormal Psychology*, 97, 455-460.
- Shoenberger, N. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.
- Shor, R., & Orne, E. (1962). *The Harvard Grup Scale of Hypnotic Susceptibility*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Silverman, J. (1968). A paradigm for the study of altered states of consciousness. *British Journal of Psychology*, 114, 1201-1218.
- Slovan, S. (1996). The emprirical case for two systems of reasoning. *Psychological Bulletin*, 119, 3-22.
- Smith, D. (1989). *The circle of acquaintance. Perception, consciousness and empathy*. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer.
- Smith, M., Glass, G., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith, S. (1988). Environmental context-dependent memory. En G. Davis, & D. Thomson (Edits.), *Memory in context: Context in memory* (págs. 13-34). Chichester, UK: Wiley.
- Sokolov, F. (1963). *Perception and the conditioned reflex*. New York: Pergamon.
- Solms, M., & Turnbull, O. (2004). *El cerebro y el mundo interior: una introducción a la neurociencia de la experiencia subjetiva*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychoogical interpretation of amnesia, analgesia, and "trance logic". *The Behavioral and Brain Sciences*, 9, 499-502.
- Spanos, N. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. En S. Lynn, & J. Rhue (Edits.), *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (págs. 324-361). New York: Gulford Press.
- Spanos, N., & Chaves, J. (1989). *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo, Nueva York: Prometheus Press.

BIBLIOGRAFIA

- Spanos, N., & Coe, W. (1992). A social psychological approach to hypnosis. En E. Fromm, & M. Nash (Edits.), *Contemporary Hypnosis Research* (págs. 102-130). New York: Guilford Press.
- Spanos, N., Brett, P., Menary, E., & Cross, W. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: Relationships with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 139-150.
- Spanos, N., Flynn, D., & Gabora, N. (1993). The effects of cognitive skill training on the Stanford Profile Scale: Form I. *Contemporary Hypnosis*, 10, 29-33.
- Spanos, N., Rivers, S., & Ross, S. (1977). Experienced involuntariness and response to hypnotic suggestions. En W. E. Jr. (Ed.), *Conceptual and investigative approaches to hipnosis and hypnotic phenomena* (Vol. 296, págs. 208-221). New York: New York Academy of Sciences.
- Spiegel, D. (1993). Hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorder. In *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 99-112). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Spiegel, D. (1996). Hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorder. In S. Lynn, I. Kirsch, & J. Rhue (Edits.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 99-112). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Spiegel, D. (2003). Negative and positive visual hypnotic hallucinations: attending inside and out. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 130-146.
- Stiensmeier-Pelster, J., Martini, A., & Reizenzein, R. (1995). The role of surprise in attribution process. *Cognition and Emotion*, 9, 5-31.
- Stiensmeier-Pelster, J., Martini, A., & Reizenzein, R. (1995). The role of surprise in the attribution process. *Cognition and Emotion*, 9, 5-31.
- Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 220-247.
- Suárez, L., Bennett, S., Goldstein, C., & Barlow, D. (2009). Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerabilities" framework. En M. Antony, & M. Stein (Edits.), *Handbook of anxiety and the anxiety disorders* (págs. 153-172). New York: Oxford University Press.
- Tart, C. (1969). *Altered states of consciousness*. New York: Wiley.
- Tart, C. (1972). Measuring the depth of an altered state of consciousness, with particular reference to self-report scales of hypnotic depth. In E. Fromm, & R. Shor (Edits.), *Hypnosis: Research development and perspective* (pp. 445-477). Chicago: Aldene-Aterthon.
- Tart, C. (1975). *States of consciousness*. New York: Dutton.
- Tart, C. (1977). Discrete states of consciousness. In P. Lee, R. Ornstein, D. Galin, A. Deikman, & C. Tart (Edits.), *Symposium on consciousness* (pp. 89-175). New York: Penguin.
- Tart, C. (1990). Introduction to the first edition. En C. Tart (Ed.), *Altered states of consciousness*. San Francisco: HarperCollins.
- Teigen, K., & G., K. (2003). Surprises: Low probabilities of high contrasts. *Cognition*, 87, 55-71.
- Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Terhune, D., Cardeña, E., & Lindgren, M. (2011). Differential frontal-parietal phase synchrony during hypnosis as a function of hypnotic suggestibility. *Psychophysiology*, 48, 1444-1447.

BIBLIOGRAFIA

- Tobias, B., Kihlstrom, J., & Schacter, D. (1992). Emotion and implicit memory. En S. Christianson (Ed.), *Handbook of emotion and memory* (págs. 67-92). Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Tomé-Pires, C., & Miró, J. (2012). Hypnosis for the Management of Chronic and Cancer Procedure-Related Pain in Children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60:4, 432-457.
- Tomé-Pires, C., Ludeña, M., & Pires, C. (2013). Influence of Expectancies in the Hypnotic Responsiveness. *Submitted to publication*.
- Tyrer, P. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester, UK: Wiley.
- Tyrer, P., Seivewright, N., Murphys, S., Ferguson, B., Kingdon, D., Barczad, B., . . . Jonhson, A. (1998). The Nottingham study of neurotic disorder: Comparison of drug and psychological treatments. *Lancet*, 2, 235-240.
- Vaitl, D., Birbaumer, N., Gruzelier, J., Jamieson, G., Kotchoubey, B., Kübler, A., . . . Weiss, T. (2005). Psychobiology of Altered States of Consciousness. *Psychological Bulletin*, 131, 98-127.
- Vanhamme, J. (2002a). La surprise et son influence sur la satisfaction des consommateurs: le cas de l'expérience de consommation/achat. Thèse Doctorale. Louvain-laNeuve (Belgia).
- Wagstaff, G. (2010). Hypnosis and the relationship between trance, suggestion, expectancy and depth: Some semantic and conceptual issues. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53, 47-59.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: Basic Books.
- Wehrle, T. (1995/1999). Tje Facial Action Composing Environment (FACE). *Unpublished Computer Software*. University of Geneva, Switzerland.
- Weiner, B. (1985a). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Weiner, B., Russell, D., & Lerman, D. (1978). Affective consequences of causal ascriptions. En J. Harvey, W. Ickes, & R. Kidd (Edits.), *New directions in attribution research* (págs. 59-88). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Weiner, B., Russell, D., & Lerman, D. (1979). The cognition-emotion process in achievement-related contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1211-1220.
- Weissman, M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusof, B., & Locke, B. (1977). Assesing Depressive Symptoms in Five Psychiatric Populations: A Validation Study. *American Journal of Epideiology* 106, 203-214.
- Weitzenhoffer, A. (2000). *The practice of hypnotism* (Vol. I). New York: John Wiley & Sons.
- Wells, V., Klerman, G., & Deykin, E. (1987). The Prevalence of Depressive Symptoms in College Students. *Social Psychiatry* 22, 20-28.
- Wiedemann, G., Pauli, P., & Dengler, W. (1999). Frontal Brain assymetry as a biological substrate of emotions in patients with panic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 78-84.
- Wilson, S., & Barber, T. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent subjets ("somnambules"): Preliminary report with female subjects. In E. Klinger (Ed.), *Imagery: Concepts, results and applications* (pp. 133-149). New York: Plenum.
- Wilson, S., & Barber, T. (1983). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. En A. Sheikh (Ed.), *Imagery: Current theory, research, and application* (págs. 340-87). New York: Wiley.

BIBLIOGRAFIA

- Wilson, T., & Schooler, J. (1991). Thinking too much: Introspection can reduce the quality of preferences and decisions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 181-192.
- Wilson, T., Lindsey, S., & Schooler, T. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 17, 101-126.
- Winkler, M., Avendaño, C., Krause, M., & Soto, A. (1993). El cambio desde la perspectiva de los consultantes. *Terapia psicológica*, 20, 7-19.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapeutico. *Terapia Psicológica*, 11, 34-40.
- Woody, E., & Bowers, K. (1994). A frontal assault on dissociated control. In S. Lynn, & J. Rhue (Edits.), *Dissociation: clinical and theoretical perspectives* (pp. 52-79). New York: Guilford Press.
- Woody, S., Weisz, J., & McLean, C. (2005). Empirically Supported Treatments: 10 years later. *Clinical Psychologist*, 58, 5-11.
- Yapko, M. (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. (2001a). Hypnosis in treating symptoms and risk factors of major depression. *Amerian Journal of Clínical Hypnosis*, 44:2, 97-108.
- Yapko, M. (2001b). Hypnotic intervention for ambiguity as a depressive risk factor. *American Journal of Clínical Hypnosis*, 44:2, 109-117.
- Yapko, M. (2001c). *Treating depression with hypnosis: integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Philadelphia, PA: Brunner/Routledge.
- Yapko, M. (2003). *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. Great Britain: Brunner/Routledge.
- Yapko, M. (2006). *Hypnosis and Treating Depression*. Great Britain: Routledge.
- Yu, C. (2004). Beliefs and Attitudes of Chinese Regarding Hypnosis and its Applications. *Contemporary Hypnosis*, 21, 93-106.
- Yu, C. (2006). Sources of information about hypnosis and attitudes towards being hypnotised in Hong Kong. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 135-145.
- Yue, G., & Cole, K. (1992). Strength increases from the motor program: comparison of training with maximal voluntary and imagined muscle contractions. *Journal of Neurophysiology*, 1114-1123.
- Zeig, J. (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Brunner/Mazel.
- Zung, W. (1965). A Self-rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry* 12:63.
- Zung., W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 6, 371-379.

ANEXOS

ANEXO

ANEXO

Anexo 1. Pedido de autorização para a participação na validação do PCI para a população portuguesa

ANEXO

*Maria Angeles Ludeña, PhD Student
Instituto de Psicología Cognitiva
Universidade de Coimbra
Psicóloga na Prática Clínica*

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLABORAÇÃO NUM
PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

O meu nome é Maria Angeles Ludeña, sou psicóloga na prática clínica em Leiria, neste momento encontro-me a realizar o doutoramento em Psicologia, na especialidade de Psicologia Clínica na Universidade de Coimbra.

Estou a realizar a validação do instrumento de avaliação de fenomenologia “Phenomenology of Consciousness Inventory” para a população portuguesa.

Solicito a sua autorização para utilizar os dados obtidos do preenchimento do inventário PCI preenchido em duas ocasiões (test-retest). É assegurado o cumprimento de questões éticas de confidencialidade e anonimato.

Agradeço toda a colaboração e disponibilidade. Os meus sinceros cumprimentos,

María Ángeles Ludeña

ANEXO

Anexo 2. Pedido de autorização para a participação no projeto de investigação

ANEXO

*Maria Angeles Ludeña, PhD Student
Instituto de Psicología Cognitiva
Universidade de Coimbra
Psicóloga na Prática Clínica*

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLABORAÇÃO NUM
PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

O meu nome é Maria Angeles Ludeña, sou psicóloga na prática clínica em Leiria, neste momento encontro-me a realizar o doutoramento em Psicologia, na especialidade de Psicologia Clínica na Universidade de Coimbra, com o projeto titulado:

**HIPNOSE: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E EFEITO SURPRESA COMO FATORES
NA MUDANÇA TERAPÊUTICA EM DISTÚRBIOS EMOCIONAIS**

Esta investigação tem como principal objetivo o conhecimento dos processos psicológicos envolvidos na hipnose para utilizar os procedimentos hipnóticos da forma mais eficaz possível no tratamento de distúrbios emocionais.

Solicito a sua autorização para utilizar os dados obtidos do preenchimento dos instrumentos ZUNG, CES-D e PCI. É assegurado o cumprimento de questões éticas de confidencialidade e anonimato.

Agradeço toda a colaboração e disponibilidade. Os meus sinceros cumprimentos,

María Ángeles Ludeña

ANEXO

Anexo 3. Hypnotic Assessment Procedure (HAP) - Induction Procedure
Instrumento de Indução Hipnótica de Pekala.

Hypnotic Assessment Procedure (HAP) - Induction Procedure

Recoste-se simplesmente de maneira confortável na sua cadeira. Vamos proceder a uma indução hipnótica que lhe irá permitir saber como é ser-se hipnotizado/a e que também nos permitirá avaliar quanto hipnotizável é. Antes de o fazer, no entanto, vamos mostrar-lhe um procedimento de relaxamento, que lhe permitirá relaxar. A fim de ser hipnotizado/a, primeiro desejamos que se sinta relaxado/a e tranquilo/a e o procedimento por relaxamento vai permitir que fique mais relaxado/a e tranquilo/a.

Depois de relaxar o seu corpo, vamos mostrar-lhe como acalmar a sua mente. Faremos uma contagem decrescente de "10" até "1", ao mesmo tempo que deixa a sua mente tornar-se mais e mais calma e em tranquilidade. Enquanto contamos de "10" até "1", vou pedir que conte também em silêncio, de maneira a que quando chegemos a "1", a sua mente esteja profundamente em calma tranquilidade. Quando tal suceda poderá sentir-se indo para um estado hipnótico, um estado que muita gente refere ser parecido com adormecer, mas com a diferença de que continuará a ouvir-me. Isto irá ajudá-lo a experimentar o que é a hipnose. Alguma dúvida? (SE NÃO HÁ DÚVIDAS SEGUE-SE NO PROCEDIMENTO).

OK. Agora esqueça os outros sons e ruídos que possa estar a ouvir. Logo que esteja pronto/a feche os olhos. Tome consciência da sua respiração. Muito bem. Tome simplesmente consciência da sua respiração, e com cada respiração que faça, note como pode ir ficando mais relaxado/a. Deixe que a sua respiração se torne ritmada e natural e, à medida que vai exalando, note como pode ir ficando ainda mais relaxado/a. Com cada respiração que faz, sinta-se mais; mais calmo/a e mais e mais relaxado/a à medida que vai esquecendo quaisquer outros sons ou ruídos que possa ouvir à excepção da minha voz. Enquanto se mantém consciente da sua respiração, deixe-se relaxar, mais e mais profundamente, mais e mais completamente relaxado/a cada vez que respira.

Agora peço-lhe que se concentre nos músculos da sua cabeça e os deixe relaxar. Muito bem, concentre-se nos músculos da sua cabeça e deixe que qualquer tensão ou dureza que existam simplesmente diminuam e desapareçam, diminuam e desapareçam. Sinta o quanto relaxados/as e tranquilos/as pode deixar que os seus músculos da cabeça se tornem.

Agora, sinta o relaxamento movendo-se para baixo em direcção aos músculos em redor dos seus olhos e têmporas. Concentre-se nos músculos em redor dos seus olhos e têmporas e deixe que qualquer tensão e rigidez simplesmente diminuam e desapareçam.

Sinta o quanto relaxados e tranquilos pode deixar os músculos em redor dos seus olhos e têmporas ficarem. Deixe que os seus olhos relaxem. Deixe que as suas pálpebras se tornem pesadas, muito pesadas; muito, muito relaxadas. Veja o quanto relaxados e tranquilos pode deixar que os músculos em redor dos seus olhos se tornem. Agora imagine o relaxamento movendo-se para baixo em direcção às suas bochechas e nariz e, agora, para baixo em direcção ao queixo e mandíbulas. Concentre-se nos músculos do seu queixo e mandíbulas, e deixe que toda a tensão e rigidez simplesmente diminuam e desapareçam à medida que se torna mais e mais relaxado/a, mais e mais relaxado/a.

Sinta o relaxamento agora movendo-se para baixo, para os músculos do pescoço. Concentre-se nos músculos do pescoço e ombros, e deixe que qualquer tensão e rigidez simplesmente diminuam e desapareçam. Visualize os músculos do seu pescoço e ombros tornando-se mais e mais relaxados, mais e mais tranquilos, enquanto toda a tensão e rigidez no seu nariz e ombros diminuem, diminuem, até que desaparecem. Com cada respiração que faz, com cada palavra que digo, sinta os músculos do seu pescoço e ombros relaxando, mais e mais relaxando, mais e mais profundamente ficando tranquilos.

xxxxxx

Agora deixe o relaxamento mover-se para baixo em direcção aos antebraços. Deixe que os músculos e tecidos dos seus antebraços se tornem mais e mais relaxados, mais e mais tranquilos, à medida que toda a tensão e rigidez diminuem, e diminuem, até que desaparecem. Sinta uma onda de profundo, confortável relaxamento movendo-se agora para baixo através dos seus cotovelos em direcção aos seus braços, e para os punhos, mãos e dedos. Deixe que os músculos e tecidos dos antebraços e braços, as suas mãos e dedos, se tornem mais e mais relaxados, mais e mais tranquilos, à medida que vai esquecendo todos os sons e ruídos, à excepção da minha voz. Sinta o quanto pesados e relaxados os músculos dos seus braços e mãos se tornam.

Agora deixe o relaxamento dos seus braços e mãos mover-se de regresso para os seus ombros e depois descer para o seu peito e parte superior das costas. Deixe os músculos e órgãos internos do seu peito e parte superior das costas se tornem mais e mais relaxadas, mais e mais tranquilas. Sinta e imagine as fibras musculares relaxarem e tornarem-se mais e mais descontraídas e pesadas, de maneira que o seu coração e pulmões possam trabalhar melhor e mais relaxados. Relaxe simplesmente, relaxe profundamente, relaxe totalmente.

Agora deixe o relaxamento continuar a descer para o estômago e abdómen, quadris e parte lombar. Deixe os músculos e órgãos internos dos seus quadris e parte lombar, o seu estômago e abdómen tornarem-se mais e mais relaxados, mais e mais tranquilos. Sinta o

quanto relaxado/a e completamente tranquilo/a pode sentir a si mesmo. Mais e mais relaxado/a e tranquilo/a com cada palavra que digo, com cada respiração que faz. Veja o quanto relaxado/a pode sentir a si mesmo/a.

Sinta o relaxamento agora a mover-se suavemente para baixo em direção aos músculos das coxas. Sinta o relaxamento a espalhar-se por cada fibra muscular à medida que os músculos se tornam mais e mais relaxados, mais e mais pesados e profundamente relaxados. Deixe o relaxamento continuar agora para baixo através dos joelhos para a parte inferior das pernas e finalmente para os tornozelos, pés e dedos dos pés. Deixe todos os músculos e tecidos das pernas, e pés, e dedos dos pés, se tornarem mais e mais relaxados, mais e mais tranquilos. Deixe todos os músculos do seu corpo relaxarem.

Agora busque no seu corpo qualquer tensão e rigidez que possa ter ficado, e deixe que a tensão e rigidez simplesmente diminuam até desaparecer. Veja o quanto relaxado/a pode ficar. O seu corpo agora está muito, muito relaxado e tranquilo, muito relaxado. Gostaríamos que deixe a sua mente tornar-se tão calma e tranquila como o seu corpo está relaxado. Daqui a alguns momentos começarei a contar para trás de “10” até “1” e cada vez que eu diga um número, gostaria que o diga também para si.

Com cada número que eu diga, com cada número dito por si silenciosamente, a sua mente irá ficando mais e mais calma, mais e mais serena, mais e mais vazia, de maneira que quando chegemos a “1”, a sua mente ficará num estado de completa tranquilidade, de completo sossego. E à medida que contemos de “10” para “1” irá sentido a si mesmo/a movendo-se para um estado hipnótico muito agradável e relaxante, um estado que muitas pessoas referem ser parecido com adormecer, mas com a diferença de que poderá ouvir-me claramente.

Continuará a ouvir-me sempre independentemente de quanto relaxado/a esteja, de quanto calmo/a, de quanto profundamente hipnotizado se sinta. Sentir-se-á muito protegido/a, seguro/a, e muito tranquilo/a. Muito protegido/a, muito seguro/a, e muito tranquilo/a.

Aqui vamos nós. Dez... nove... deixe a sua mente tornar-se mais e mais calma, mais e mais lúcida, Veja como a sua mente pode tornar-se mais e mais tranquila, como se todas as preocupações e problemas simplesmente diminuam até desaparecerem. Veja o quanto a sua mente pode tornar-se lúcida e calma e serena. Oito... Sete... deixe que se vão todas as preocupações e problemas à medida que a sua mente se torna mais e mais sossegada, mais e mais em silêncio, mais e mais serena, à medida que começa a mover-se

para um agradavelmente relaxado e calmo estado hipnótico. Calma, relaxada, e tranquila; Calma... relaxada... e tranquila. Mais e mais calma, mais e mais serena.

Veja o quanto relaxada e tranquila pode sentir a si mesmo/a. Esqueça todos os sons e ruídos que possa ouvir excepto a minha voz e concentre-se apenas na minha voz enquanto vai mais e mais profundamente adormecendo.

Seis... cinco... sinta a sua mente a tornar-se mais e mais calma à medida que começa a sentir-se mais e mais profundamente adormecido/a, à medida que se move para um estado hipnótico muito agradavelmente relaxado e silencioso. Um estado muito parecido a adormecer, mas diferente porque pode ouvir-me claramente. Quatro... sente-se a si mesmo a ir para um agradavelmente relaxado estado hipnótico cada vez mais profundo, profundamente adormecido, mais e mais calmo e tranquilo/a. Simplesmente relaxe. Relaxe.

Três, ficando mais e mais profundamente adormecido/a à medida que a sua mente e corpo se tornam mais e mais calmos, mais e mais relaxados, mais e mais tranquilos. Profundamente adormecido, rapidamente adormecido, nada pode perturbá-lo/a. Dois, deixe ir-se a si mesmo mais profundamente adormecido/a, mais e mais relaxado/a e tranquilo/a, mais e mais calmo/a. Um... profundamente adormecido, rapidamente adormecido, nada que o/a perturbe à medida que se vai sentindo muito, muito calmo/a, silenciosamente e profundamente relaxado/a, profundamente tranquilo/a. Profundamente adormecido. Embora profundamente adormecido, poderá ouvir-me perfeitamente; será capaz de ouvir-me sempre por mais relaxado/a ou adormecido/a se sinta.

Agora está profundamente relaxado/a e tranquilo/a; muito calmo/a e muito relaxado/a. No profundo estado hipnótico em que agora está, é fácil conseguir com que o seu consciente, subconsciente e inconsciente trabalhem juntos como um só, para ajudá-lo/a a tornar-se a pessoa que quer ser. No profundo estado hipnótico em que agora está é muito mais fácil ter imagens vívidas dos acontecimentos e das coisas que gostaria imaginar.

Daqui a um minuto irei parar de falar e gostaria que vá de férias para algum lado, para um lugar bonito e passe um tempo muito relaxante e muito maravilhoso. Daqui a uns momentos vou contar de “três” até “um”, e na altura que chegue a “um”, começará a ter um sonho muito vívido, um sonho extremamente vívido de estar em férias no seu lugar favorito, num dia bonito. Na altura em que eu diga “um”, desejo que tenha um sonho muito vívido de estar de férias no seu lugar favorito num dia bonito. Então irei parar de falar cerca de um minuto e desejo que simplesmente desfrute as suas férias passando um bocado maravilhoso e relaxante. Quando comece a falar outra vez deixará de estar em férias, voltando a estar aqui ouvindo-me enquanto continua profundamente hipnotizado.

Aqui vamos nós. Três... dois... e na altura em que eu diga “um” irá ter um sonho muito vívido de estar em férias no seu lugar favorito. Terá um sonho muito vívido, refrescante e agradável de estar de férias no seu lugar favorito. Um. (PAUSA DE UM MINUTO).

(AGORA DIGA:) Calma, relaxado/a, e tranquilo/a. Já não está de férias, mas aqui outra vez, profundamente relaxado/a, profundamente sonolento/a. Por favor, deixe-se estar relaxado e tranquilo/a. Relaxado/a e tranquilamente escutando sem esforço a minha voz. OK. Dentro de momentos vou pedir-lhe que levante o seu dedo polegar ou indicador da sua mão esquerda. Isto é, o dedo que está próximo do polegar. Peço-lhe que levante esse dedo ligeiramente. Muito bem. Se está a ouvir-me, por favor, levante o seu dedo mínimo ligeiramente agora. Está bem, por favor, levante o seu dedo mínimo ligeiramente agora. (PAUSA DE 5 SEGUNDOS). Muito bem. Agora relaxe-se. Deixe o seu dedo relaxado e deixe todo o seu corpo relaxado. Muito bem, deixe o seu dedo relaxado e todo o seu corpo relaxado. Deixe o seu dedo relaxar e todo o seu corpo relaxar.

Todo o seu corpo está agora relaxado e tranquilo, relaxado e calmo, especialmente os músculos em redor dos seus olhos. Os músculos em redor dos seus olhos estão muito relaxados, muito tranquilos. Tão relaxados e tão tranquilos que se sentem pesados, muito pesados, pesados como chumbo. E enquanto continuo a falar, os músculos ao redor dos seus olhos estão cada vez mais pesados, mais e mais pesados, pesados como chumbo. Os músculos em redor dos seus olhos estão tão relaxados e tranquilos, que os sente como que colados, fortemente colados, rígidos, impossíveis de abrir.

Dentro de breves momentos vou-lhe pedir que tente abrir os olhos, mas estará tão profundamente relaxado/a e tranquila que terá muita dificuldade em abri-los, talvez seja mesmo impossível abrir os seus olhos. E se os abrir, o que poderá fazer, será apenas por momentos e de imediato feche os seus olhos para não perturbar a sua concentração. Todavia creio que vai dar conta que os músculos ao redor dos seus olhos estão relaxados e tão tranquilos, tão pesados, que lhe parecerá impossível abri-los. Continue, tente abrir os seus olhos, continue, tente abrir os seus olhos. (PAUSA DE 10 SEGUNDOS. Se é uma sessão individual observe se o sujeito abre os seus olhos. ENTÃO DIGA:)

Muito bem. Pode parar de tentar abrir os seus olhos, pode parar de tentar abrir os seus olhos. Os seus olhos não estão fortemente colados. Poderia abrir os seus olhos agora se quisesse, mas está tão relaxado, tão tranquila, que não é necessário abri-los. Deixe

ANEXO

simplesmente que os seus olhos continuem relaxados e fechados, relaxados e tranquilos. Continue relaxado.

Está agora profundamente relaxado/a, profundamente tranquilo/a. Daqui a cerca de um minuto vou deixar de falar e espero que continue experimentando esse bem-estar em que agora se encontra. Muito bem. Durante os próximos minutos vou estar calado e espero que continue a sentir o bem-estar que sente agora. Quando eu recomeça a falar, sairá do estado em que agora está. Entretanto, nos próximos minutos continue a sentir o estado de bem-estar em que agora se encontra. Depois de dois minutos começarei a falar de novo (PAUSA DE DOIS MINUTOS).

Mantenha-se calmo/a e relaxado/a, calmo e tranquilo. Por favor, anote mentalmente o que sentiu, o que esteve a pensar e sentindo após eu ter parado de falar, porque depois vou dar-lhe um inventário sobre a sua experiência durante esse pedaço de tempo. Muito bem. Tome agora um momento apenas e observe o que esteve a pensar, a sentir e a experimentar quando parei de falar (PAUSA DE 15 SEGUNDOS).

Está agora profundamente relaxado/a e tranquilo/a. Dentro de alguns momentos vou contar de “um” até “cinco” e enquanto o faço, irá despertando. Vou contar de “um” até “cinco” e enquanto o faço irá ficando mais e mais desperto/a e alerta, e quando diga “cinco” os seus olhos abrir-se-ão e ficará alerta, relaxado/a e tranquilo/a. Ficaré alerta, relaxado/a e tranquilo/a, no seu habitual estado de vigília.

Cá estamos. Um...Dos... Três... Sentindo-se mais e mais desperto/a, mais e mais consciente, mais e mais alerta. Quatro... despertando mais e mais, mais e mais. Sentindo-se mais e mais alerta e consciente, mais e mais alerta. CINCO! Os olhos começam a abrir, alerta e consciente, mais e mais alerta. CINCO! Os olhos começam a abrir-se, alerta, frescos, relaxados e tranquilos. Olhos abertos, alerta, frescos, relaxados e tranquilos, num estado de vigília. Alerta..., frescos..., relaxados..., tranquilos.

**Anexo 4. Inventario de Fenomenología de Consciencia (PCI) Tipo 1:
Instrumento de evaluación de fenomenología**

Traducción y validación para la población portuguesa do *Phenomenology of
Consciousness Inventory*

INVENTÁRIO DE FENOMENOLOGIA DA CONSCIÊNCIA (PCI) TIPO 1

(Ronald J. Pekala, Ph.D.)

INSTRUÇÕES

Com o seguinte questionário, poderá avaliar a experiência do que sentiu e também do que ocorreu, durante esse espaço de tempo, através das seguintes afirmações. Irá avaliar a sua experiência subjectiva de acordo com as frases listadas.

1. *Senti-me muito tranquilo/a* 0 1 2 3 4 5 6 *Senti-me muito ansioso/a*

Rodeie com um círculo o número que neste questionário melhor corresponde à sua experiência subjectiva durante o período de tempo em questão para cada um dos seguintes itens. Como por exemplo, se durante o período de tempo em questão, você avaliasse o seu humor como “muito calmo e tranquilo” e não como “muito ansioso”, marcaria o “0” que neste questionário corresponde à frase número “1”.

Se por outro lado, não estivesse nem “muito tranquilo” nem “muito ansioso”, ou por outras palavras, se se sentisse entre os dois estados, marcaria a resposta “3”. Marcar o “0” significa que a sua experiência é muito mais próxima da afirmação da esquerda, e marcar o “6” significa que a sua experiência é muito mais da afirmação da direita. Marcar os números entre o “0” e o “6”, significa que a sua experiência esteve entre a esquerda e a direita. Por favor, sinta-se livre para seleccionar qualquer um dos números entre “0” e “6”.

Desta forma, marcará o número para cada afirmação que melhor corresponda ao seu estado subjectivo no período mencionado. Por favor, faça o mesmo para cada uma das seguintes frases (que se encontram nas páginas seguintes) tentando ser o mais exacto/a possível.

Para melhor determinar a sua experiência subjectiva, proporcionamos-lhe definições de algumas palavras-chave utilizadas nas páginas seguintes.

1. **SENSAÇÕES:** são impressões corporais internas das quais uma pessoa é consciente. Comichões, pressão, dor, calor e frescura são exemplos destas sensações.
2. **PERCEPÇÕES:** são impressões que sentimos, provenientes do mundo exterior. Percepções que vêm do ambiente como visões, sons, cheiros, etc.
3. **SENTIMENTOS OU EMOÇÕES:** são aquelas impressões internas ou de humor, como felicidade, diversão, ira, excitação, etc.
4. **PENSAMENTOS:** são palavras internas, frases e verbalizações que dizemos a nós mesmos.
5. **IMAGENS OU IMAGÉTICA:** são visões internas (imagens), auditivas (com sons), cinestésicas (corporais), olfactivas (de cheiros), tácteis (do tacto) ou gustativas (do paladar). São impressões ou imagens que passam pela nossa cabeça, não importa se são vagas ou difusas. Têm origem em nós mesmos ou vêm do ambiente.
6. **IMPRESSÕES OU EVENTOS:** qualquer uma das mencionadas anteriormente: sensações, percepções, pensamentos ou imagens.

INVENTÁRIO DE FENOMENOLOGIA DA CONSCIÊNCIA (PCI) TIPO 1

(Ronald J. Pekala, Ph.D.)

(Tradução e adaptação para português de Maria Angeles Ludeña)

Nome..... Sexo.....

Idade..... Nível de estudos.....

Nº SS.....

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

ESTÁ AGORA PREPARADO/A PARA CONTINUAR COM O QUESTIONÁRIO. LEIA POR FAVOR, CADA FRASE CUIDADOSAMENTE E RESPONDA, COM A MAIOR PRECISÃO POSSÍVEL, MARCANDO UM NÚMERO ENTRE "0" E "6" QUE MELHOR CORRESPONDA À SUA EXPERIÊNCIA SUBJECTIVA, DURANTE O PERÍODO DE TEMPO EM QUESTÃO. FAÇA O MESMO PARA CADA FILA.

- | | | |
|--|---------------|---|
| 1. Estive sempre distraído e foi impossível concentrar-me no que fosse. | 0 1 2 3 4 5 6 | Fui capaz de me concentrar rápido e de não me distrair. |
| 2. O meu pensamento foi sempre claro e compreensível. | 0 1 2 3 4 5 6 | O meu pensamento não foi claro e foi difícil de entender. |
| 3. Os pensamentos e imagens que tive estiveram sob o meu controlo. Eu decidia o que pensava e imaginava. | 0 1 2 3 4 5 6 | As imagens e pensamentos assaltavam a minha mente sem controlo. |
| 4. Tive uma experiência que podia considerar de muito religiosa, espiritual ou transcendental. | 0 1 2 3 4 5 6 | Não tive nenhuma experiência que pudesse considerar como religiosa, espiritual ou transcendental. |
| 5. Tive consciência de algumas sensações sexuais muito intensas. | 0 1 2 3 4 5 6 | Não tive nenhuma experiência de sensações sexuais. |
| 6. Estive silenciosamente a falar comigo de maneira muito activa. | 0 1 2 3 4 5 6 | Não me envolvi em nenhuma fala silenciosa comigo próprio. |
| 7. Senti-me muito, muito triste. | 0 1 2 3 4 5 6 | Não tive nenhum sentimento de tristeza. |
| 8. A minha atenção foi completamente dirigida para a minha própria experiência interna subjectiva. | 0 1 2 3 4 5 6 | A minha atenção foi completamente dirigida ao mundo à minha volta. |
| 9. Senti-me extasiado e divertido. | 0 1 2 3 4 5 6 | Não tive sentimentos sobre estar extasiado nem divertido. |
| 10. Não me consigo lembrar do que experimentei. | 0 1 2 3 4 5 6 | Consigo lembrar-me de quase tudo o que experimentei. |
| 11. Em nenhum momento senti que o meu corpo se expandia. | 0 1 2 3 4 5 6 | Senti que o meu corpo se expandia para lá dos limites da minha pele. |
| 12. Experimentei muitas imagens visuais. | 0 1 2 3 4 5 6 | Não experimentei nenhuma imagem visual. |
| 13. Não tive consciência de estar consciente de mim próprio. Não tive auto-consciência. | 0 1 2 3 4 5 6 | Fui muito consciente de estar consciente. A minha auto-consciência foi intensa. |
| 14. Não senti nenhuma emoção de raiva. | 0 1 2 3 4 5 6 | Senti-me furioso/a. |

ANEXO

15. A minha percepção do passar do tempo mudou drasticamente.	0 1 2 3 4 5 6	Não notei nenhuma mudança na minha percepção do tempo.
16. Senti-me muito assustado/a.	0 1 2 3 4 5 6	Não tive nenhuma emoção de sentir-me assustado/a.
17. A minha percepção do mundo mudou drasticamente.	0 1 2 3 4 5 6	Não notei nenhuma mudança na minha percepção do mundo.
18. A minha imagem visual foi tão vívida e tridimensional que parecia real.	0 1 2 3 4 5 6	A minha imagem visual foi vaga e difusa, foi difícil obter alguma imagem.
19. Os músculos do meu corpo sentiram-se muito tensos e apertados.	0 1 2 3 4 5 6	Os músculos do meu corpo estiveram muito soltos e relaxados.
20. Não experimentei nenhum sentimento de amor.	0 1 2 3 4 5 6	Tive sentimentos intensos de amor.
21. O meu estado de consciência não esteve fora nem diferente do que é habitual.	0 1 2 3 4 5 6	Senti um estado de consciência extremamente diferente e inusual.
22. Não me consigo lembrar de nada do que me aconteceu.	0 1 2 3 4 5 6	Consigo lembrar-me de tudo o que aconteceu comigo.
23. Tive uma experiência de acolhimento e reverência para com o mundo.	0 1 2 3 4 5 6	Não tive uma experiência de acolhimento e reverência para com o mundo.
24. Conceptualmente, o meu pensamento foi claro e nítido.	0 1 2 3 4 5 6	Conceptualmente, o meu pensamento foi confuso e baralhado.
25. Tive controlo total naquilo a que estava a prestar atenção.	0 1 2 3 4 5 6	Não tive controlo sobre aquilo a que estava a prestar atenção.
26. As minhas sensações corporais pareciam expandir-se ao mundo que me rodeava.	0 1 2 3 4 5 6	As minhas sensações corporais estavam restringidas à área da minha pele.
27. Tive continuamente consciência e fui consciente de mim próprio/a.	0 1 2 3 4 5 6	Perdi a consciência de mim próprio/a.
28. A minha atenção foi totalmente dirigida ao ambiente à minha volta.	0 1 2 3 4 5 6	A minha atenção foi totalmente dirigida ao meu interior, à minha experiência subjectiva.
29. O mundo à minha volta tornou-se extremamente diferente em cor ou forma.	0 1 2 3 4 5 6	Não notei mudanças na cor ou forma do que me rodeava.
30. O tempo parecia passar a grande velocidade ou muito lentamente.	0 1 2 3 4 5 6	O tempo não me pareceu ter sofrido nenhuma alteração, transcorrendo a um ritmo normal.
31. Não tive sentimentos de tristeza ou abatimento.	0 1 2 3 4 5 6	Senti-me triste e abatido/a.
32. Não experimentei um profundo entendimento maior ou diferente do que é habitual.	0 1 2 3 4 5 6	Experimentei um entendimento muito profundo e iluminado de certas ideias e questões.
33. Senti-me muito chateado/a e alterado/a.	0 1 2 3 4 5 6	Não tive sentimentos de estar chateado/a ou alterado/a.

ANEXO

34. Não me distraí, mas fui capaz de estar completamente absorto/a no que estava a experimentar.	0 1 2 3 4 5 6	Estive continuamente distraído/a por impressões ou acontecimentos externos.
35. Não tive consciência de nenhuma sensação sexual.	0 1 2 3 4 5 6	Tive fortes sensações sexuais.
36. O meu modo de processar os pensamentos foi irracional e muito difícil de compreender.	0 1 2 3 4 5 6	O meu modo de processar os pensamentos foi racional e fácil de compreender.
37. Não tive sensações de tensão ou rigidez.	0 1 2 3 4 5 6	Senti-me tenso/a e rígido/a.
38. A minha memória dos acontecimentos que experimentei é extremamente clara e vívida.	0 1 2 3 4 5 6	A minha memória dos acontecimentos que experimentei é extremamente imprecisa e vaga.
39. Não notei que os objectos à minha volta tivessem mudado de tamanho, forma ou de perspectiva.	0 1 2 3 4 5 6	Notei que os objectos à minha volta mudaram de tamanho, forma ou de perspectiva.
40. O meu estado de consciência foi muito diferente do que experimento normalmente.	0 1 2 3 4 5 6	O meu estado de consciência não foi diferente do habitual.
41. Eu renunciei ao controlo e fiz-me receptivo/a e passivo/a ao que estava a experimentar.	0 1 2 3 4 5 6	Estive a controlar intencionalmente o que estava a experimentar.
42. Não tive sentimentos de estar assustado ou com medo.	0 1 2 3 4 5 6	Senti-me muito assustado/a e com muito medo.
43. Não tive sensação de eternidade, o tempo transcorria como normalmente o experimento.	0 1 2 3 4 5 6	O tempo parou, não houve movimento do tempo.
44. Não experimentei imagens ou experimentei muito poucas.	0 1 2 3 4 5 6	A minha experiência foi quase só de imagens.
45. Não me envolvi em qualquer fala silenciosa comigo próprio.	0 1 2 3 4 5 6	Estive silenciosamente a falar comigo grande parte do tempo.
46. Não experimentei êxtase ou felicidade extrema mais do que é habitual.	0 1 2 3 4 5 6	Senti-me extasiado/a e extremamente feliz.
47. Não experimentei nenhuma sensação de sagrado ou de uma profunda crença existencial mais do que os meus sentimentos habituais.	0 1 2 3 4 5 6	A existência tornou-se profunda, sagrada ou significativa.
48. As minhas imagens visuais foram muito vagas e difusas.	0 1 2 3 4 5 6	As minhas imagens visuais foram tão claras e vívidas como os objectos do mundo real.
49. Experimentei intensos sentimentos de tipo amoroso.	0 1 2 3 4 5 6	Não tive sentimentos de tipo amoroso.
50. Mantive uma sensação muito forte de consciência de mim todo o tempo.	0 1 2 3 4 5 6	Não mantive nenhuma sensação muito forte de consciência de mi mesmo.

ANEXO

- | | | |
|---|---------------|--|
| 51. Mantive continuamente uma forte sensação de separação entre mim próprio e o ambiente que me envolvia. | 0 1 2 3 4 5 6 | Em todo o momento experimentei unidade com o mundo, os limites entre mim e o ambiente que me envolvia desapareceram. |
| 52. A minha atenção esteve continuamente dirigida para dentro de mim. | 0 1 2 3 4 5 6 | A minha atenção esteve continuamente dirigida para o exterior. |
| 53. O meu estado de consciência não foi fora do comum ou diferente do que é habitualmente. | 0 1 2 3 4 5 6 | Senti um estado de consciência extraordinariamente diferente e fora do comum. |

ANEXO

Anexo 5. CES-D: Instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva

Adaptado de *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Fagulha & Gonçalves, 2003)

CES-D

Coloque um círculo na opção que melhor descreve a frequência como se sentiu ou agiu durante a última semana.

ACONTECIMENTOS	Raramente ou nenhuma parte do tempo (menos de 1 dia)	Alguma parte do tempo (1-2 dias)	Ocasionalmente (3-4 dias)	A maior parte do tempo ou o tempo todo (5-7 dias)
1. Andei aborrecido(a) com aspectos que antigamente não me aborreciam.	0	1	2	3
2. Não tive apetite.	0	1	2	3
3. Senti que não conseguia livrar-me da tristeza mesmo com a ajuda da minha família ou amigos.	0	1	2	3
4. Senti que era tão bom/boa como os outros.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em concentrar-me nas minhas tarefas.	0	1	2	3
6. Senti-me deprimido(a).	0	1	2	3
7. Senti que tudo o que fazia era com esforço.	0	1	2	3
8. Senti esperança quanto ao futuro.	0	1	2	3
9. Pensei que a minha vida tem sido um fracasso.	0	1	2	3
10. Senti-me com medo.	0	1	2	3
11. Não tenho descansado durante o meu sono.	0	1	2	3
12. Andei feliz.	0	1	2	3
13. Falei menos que o habitual.	0	1	2	3
14. Senti-me só.	0	1	2	3
15. As pessoas têm sido antipáticas.	0	1	2	3
16. Apreciei com agrado a vida.	0	1	2	3
17. Tive crises de choro.	0	1	2	3
18. Senti-me triste.	0	1	2	3
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.	0	1	2	3
20. Senti que não conseguiria aguentar.	0	1	2	3

ANEXO

Anexo 6. ZUNG: Instrumento de avaliação de sintomatologia de ansiedade

Adaptado de Zung *Self Rating Scale* (Vaz Serra et al., 2002)

ESCALA DE ANSIEDADE DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ZUNG

Nome:

Idade:.....anos

Profissão:.....

Grau de instrução:.....

Estado civil:.....

Data:...../...../.....

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (X), no quadrado respectivo, em função da sua aproximação com a maneira como se sente.

SINTOMAS	Nenhuma ou Raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte da totalidade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso/a e ansioso/a do que o costume				
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso				
3. Sinto-me facilmente perturbado/a ou em pânico				
4. Sinto-me como se estivesse para “rebentar”				
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá				
6. Sinto os braços e as pernas a tremer				
7. Tenho dores de cabeça, de pescoço e de costas, que me incomodam				
8. Sinto-me fraco/a e fico facilmente cansado/a				
9. Sinto-me calmo/a e com facilidade me sento e fico sossegado/a				
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais				
11. Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar				
12. Incomoda-me suspirar				
13. Posso inspirar e expirar com facilidade				
14. Sinto os dedos das mãos e dos pés entorpecidos e com picadas				
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões				
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência				
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes				
18. A minha face costuma ficar quente e corada				
19. Adormeço facilmente e consigo ter um bom descanso durante a noite				
20. Tenho pesadelos				

ANEXO

Anexo 7. Escala de Avaliação do Efeito Surpresa

VALORAÇÃO DO EFEITO SURPRESA

Nome..... Idade..... Data.....

Nestes exercícios que acabou de fazer, sentiu-se surpreendido pelas reações que experimentou?

SIM / NÃO

Se a resposta é sim, marque numa escala de 1 a 6 quanto de surpreendido se sentiu?

(mínimo) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 (máximo)

Descreva que foi exatamente o que lhe surpreendeu?

ANEXO

Anexo 8. Protocolo de Indução Hipnótica

PROTOCOLO DE INDUÇÃO HIPNÓTICA

1. Fixação ocular
2. Fechar os olhos
3. Balanço
4. Fixação ocular
5. Fechar os olhos
6. Queda para atrás
7. Fixação ocular
8. Fechar os olhos
9. Aproximação de mãos
10. Fixação ocular
11. Fechar os olhos
12. Levitação de braço esquerdo – Peso no braço direito
13. Respiração profunda, descontração muscular
14. Fechar os olhos
15. Levitação de braços

Nesta indução se lhe solicita à pessoa para realizar uma serie de exercícios em pe. Em nenhum momento é mencionada a palavra hipnose. Se lhe indica que não faça nada, apenas, que escute com atenção e que se deixe levar pelo que puder sentir.

Se começa por solicitar que fixe o olhar num ponto em frente dela. Posteriormente se lhe pede para fechar os olhos. Com os olhos fechados se lhe sugere que sinta o balanço do seu corpo. Depois se lhe pede para abrir os olhos e se lhe pergunta se sentiu o balanço.

Assim, sucessivamente, volta-se a pedir à pessoa para fixar os olhos no mesmo ponto e se vão sugerindo as seguintes sugestiones mencionadas, procedendo do mesmo modo, é dizer, perguntando pelas sensações obtidas.

Chegando ao ponto 13, em vez de fixar os olhos, pede-se para fazer uma respiração profunda e descontrair os músculos dos ombros, procedendo depois a fechar os olhos e passar à sugestão de levitação de braços.

**Anexo 9. Pedido de autorização para a participação no estudo preliminar
“Uso de Técnicas Hipnóticas para incrementar a Mudança Terapêutica: O
Efeito Surpresa”**

ANEXO

*Maria Angeles Ludeña, PhD Student
Instituto de Psicología Cognitiva
Universidade de Coimbra
Psicóloga na Prática Clínica*

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLABORAÇÃO NUM
PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

O meu nome é Maria Angeles Ludeña, sou psicóloga em prática clínica em Leiria, colaboradora do Instituto de Psicologia Cognitiva da Universidade de Coimbra. Neste momento encontro-me a realizar um Trabalho de Investigação.

Solicito a sua autorização para utilizar os dados obtidos do preenchimento do questionário PCI e a escala EAES. É assegurado o cumprimento de questões éticas de confidencialidade e anonimato.

Agradeço toda a colaboração e disponibilidade. Os meus sinceros cumprimentos,

María Ángeles Ludeña

Anexo 10. Sugestões agradáveis de bem-estar e capacidade

SUGESTÕES DE BEM-ESTAR E CAPACIDADE

“Vamos criar mentalmente um lugar especial, onde com o teu pensamento, podas acudir em qualquer momento, em qualquer situação, para sentir-te tranquilo, relaxado e seguro. Pensar nesse lugar vai fazer-te sentir calmo, e assim, vais poder fazer frente a qualquer situação na que te encontres. Com a mente calma e tranquila, comos mais eficazes e resolvemos melhor qualquer situação por complicada que seja... Pensa num lugar que seja muito agradável para ti. Um sítio especial. Nesse lugar sentes-te reconfortado quando estas abatido por alguma coisa. Talvez gostes de estar sozinho, ou acompanhado por alguém especial para ti. Observa e sente intensamente as sensações que te produz estar lá. Parece que o tempo para, nada importa, só o teu bem-estar. Sente-te seguro, muito seguro de ti mesmo, pois a clave do êxito é a segurança numo mesmo. Vais enchendo-te de energia. Com cada respiração, oxigenas-te, sentes que és muito capaz de fazer qualquer coisa que te proponhas. Sente dentro de ti a tua grande capacidade, força interior que te invade, sente-a. Agora estas muito, muito mais seguro, podes lograr qualquer coisa que te proponhas...”

Nunca esqueças que na vida existem coisas difíceis, mas essas dão-nos um prazer especial ultrapassar. Se quiseses podes pensar numa coisa completamente impossível. Mas há coisas impossíveis? Estás á beira de um ribeiro. Repara na água, clara, limpa, fresca, muito transparente. Descalça os teus pés. Agora coloca o pé direito na água. É fresca, não é? Coloca o pé esquerdo. É muito agradável. Vais agora fazer uma coisa muito impossível: põe o pé direito na superfície da água. O teu pé não afunda! Põe agora o pé esquerdo: também não afunda. Vais caminhar sobre a água do ribeiro. Estás a andar. É muito interessante e agradável. Á medida que caminhas, vais vendo os peixes, as pedras, as ervas. E tu em cima, caminhando. Vais para a outra margem. Estás na margem a refletir sobre o que é caminhar sobre a água. O que é caminhar sobre a água? Será o prazer de realizar as coisas que eram impossíveis? Pensa que não te vais esquecer de que caminhaste sobre a água.

Muito bem. Agora, escuta com atenção: vais continuar muito bem-disposto nos próximos 30 minutos. Conta mentalmente até três e então podes abrir os olhos.”

ANEXO

Anexo 11. Tabela das dimensões do PCI

Dimensões do PCI

Dimensões	Subdimensões	Nº Itens
Experiência alterada	Imagem corporal	3
	Sensação temporal	3
	Interpretação	4
	Percepção	3
Afeto positivo	Diversão	2
	Amor	2
	Excitação sexual	2
Afeto negativo	Medo	2
	Raiva	2
	Tristeza	2
Atenção	Direção de atenção	3
	Absorção	2
Visualização	Quantidade	2
	Intensidade	2
Autoconsciência	Autoconsciência	3
Estado de consciência	Estado de consciência	3
Diálogo interno	Diálogo interno	2
Racionalidade	Racionalidade	3
Controlo de vontade	Controlo de vontade	3
Memória	Memória	3
Arousal	Arousal	2
Total PCI		53

Anexo 12. Correlações de Pearson dos itens do PCI

Correlações de Pearson dos itens do PCI

	P1b	P2b	P3b	P4b	P5b	P6b	P7b	P8b	P9b	P10b	P11b	P12b	P13b	P14b	P15b	P16b	P17b	P18b	P19b	P20b	P21b	P22b	P23b	P24b	P25b	P26b	P27b	P28b		
F1	Correlação de Sig. (bilateral)	.908**	-.070	.047	-.122	.059	.075	.108**	-.291**	.088	.024	.324**	-.156**	-.026	-.133**	-.140**	.128*	-.180**	-.154**	.180**	.122*	.271**	-.034	-.173**	-.055	-.031	-.283**	.043	.302**	
F2	Correlação de Sig. (bilateral)	.000	.159	.342	.014	.232	.131	.030	.000	.077	.632	.000	.002	.598	.007	.005	.010	.000	.002	.000	.014	.000	.493	.000	.268	.530	.000	.385	.000	
F3	Correlação de Sig. (bilateral)	-.068	.925**	.457**	-.203**	-.356**	.103*	-.292**	.302**	-.181**	-.117**	.147**	.067	-.159**	.007	-.097	-.294**	-.077	.077	-.216**	.028	.147**	-.180**	-.073	.509**	.395**	-.080	.459**	.006	
F4	Correlação de Sig. (bilateral)	.171	.000	.000	.000	.038	.000	.000	.000	.019	.003	.178	.001	.178	.051	.000	.122	.120	.000	.579	.003	.000	.144	.000	.000	.107	.000	.903	.000	
F5	Correlação de Sig. (bilateral)	.070	.449**	.954**	-.205**	-.263**	.148**	-.217**	.119	-.118	-.100	.187**	-.082	-.164**	-.169**	-.208**	-.181**	-.129**	-.099**	.115	.257**	-.125	-.167	.380**	.513**	-.142**	.431**	.120	.016	
F6	Correlação de Sig. (bilateral)	.161	.000	.000	.000	.003	.000	.017	.017	.044	.000	.099	.001	.893	.001	.000	.009	.046	.021	.000	.012	.001	.000	.000	.000	.004	.000	.000	.000	
F7	Correlação de Sig. (bilateral)	-.116*	-.183**	-.186**	.944**	.514**	.020	.481**	.063	.264**	.122*	-.277**	.033	.213**	-.055	.311**	.405**	.384**	.323**	.021	-.216**	-.275**	.178**	.465**	-.245**	-.321**	.252**	.499**	-.072	
F8	Correlação de Sig. (bilateral)	.020	.000	.000	.000	.000	.692	.000	.208	.000	.014	.000	.504	.000	.267	.000	.000	.000	.668	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.149	.000	
F9	Correlação de Sig. (bilateral)	.067	-.324**	-.240**	.493**	.924**	.018	.600**	-.235**	.418**	.084	-.086	-.229**	.124*	-.032	.176**	.532**	.148**	.174**	.227**	-.222**	-.065	.057	.270**	-.277**	-.361**	.052	.486**	.039	
F10	Correlação de Sig. (bilateral)	.178	.000	.000	.000	.000	.724	.000	.000	.000	.091	.085	.000	.012	.518	.000	.003	.000	.000	.194	.251	.000	.000	.000	.000	.300	.000	.433	.000	
F11	Correlação de Sig. (bilateral)	-.105*	.085	.140**	-.004	.009	.953**	.072	.088	.074	.004	.026	.033	-.085	-.092	.051	.015	.034	.060	.073	-.012	.032	-.034	.058	.042	.036	.068	.052	.004	
F12	Correlação de Sig. (bilateral)	.034	.089	.005	.930	.864	.000	.148	.076	.137	.935	.608	.506	.086	.064	.303	.762	.500	.225	.143	.815	.520	.499	.242	.399	.468	.174	.301	.929	.000
F13	Correlação de Sig. (bilateral)	.101	-.277**	-.210**	.482**	.621**	.090	.950**	-.152**	.352**	.077	-.098	-.107	.142**	.082	.242**	.167**	.184**	-.189**	-.126**	.066	.284**	-.303**	-.383**	.084	-.490**	.000	.025	.000	
F14	Correlação de Sig. (bilateral)	-.277**	.264**	.122*	.061	-.234**	.107*	-.148**	.947**	-.121**	.008	-.123	.265**	.055	-.014	.192**	-.183**	.117	.210**	-.147**	-.024	-.179**	.105*	.086	.099**	.100*	.163**	.000	.317**	
F15	Correlação de Sig. (bilateral)	.000	.000	.014	.220	.000	.032	.003	.000	.015	.879	.013	.000	.272	.774	.000	.000	.018	.000	.003	.627	.000	.035	.085	.046	.044	.001	.150	.000	
F16	Correlação de Sig. (bilateral)	.067	-.159**	-.124**	.255**	.435**	.065	.350**	-.135**	.940**	.118*	-.032	-.010	.079	.114	.187**	.328**	.098**	.185**	.089	-.256**	-.056	.148**	.249**	-.192**	-.222**	-.005	-.333**	.138**	
F17	Correlação de Sig. (bilateral)	.177	.001	.013	.000	.000	.193	.000	.007	.000	.017	.527	.842	.114	.021	.000	.000	.048	.000	.074	.000	.257	.003	.000	.000	.926	.000	.005	.000	
F18	Correlação de Sig. (bilateral)	.009	-.105*	-.108*	.126*	.100*	.035	.094	.006	.133**	.902**	-.106*	-.037	.373**	-.208**	.147**	.130**	.196**	.030	.041	-.032	-.209**	.645**	.089	-.244**	-.204**	.092	.282**	.130**	
F19	Correlação de Sig. (bilateral)	.853	.035	.029	.011	.044	.479	.059	.903	.007	.000	.033	.452	.000	.003	.009	.000	.541	.411	.525	.000	.075	.000	.000	.000	.065	.000	.009	.000	
F20	Correlação de Sig. (bilateral)	.299**	.143	.163	-.281**	-.106*	-.011	-.101	-.101	-.028	-.107	.946**	-.102	-.238**	.114*	-.218**	-.078	-.320**	-.177**	.029	.212**	.447**	-.110*	-.246**	-.126*	.078	-.565**	.240**	.021	
F21	Correlação de Sig. (bilateral)	.000	.004	.001	.000	.033	.819	.041	.042	.577	.032	.000	.000	.022	.000	.119	.000	.000	.557	.000	.000	.027	.000	.011	.118	.000	.000	.015	.000	
F22	Correlação de Sig. (bilateral)	-.127	.072	-.070	.035	-.207**	.050	-.116	.263**	-.008	-.048	-.099	.949**	.045	-.032	.165	-.108*	.198**	.415**	-.108*	-.148**	-.155**	.073	.198**	.062	.014	.172	.085	-.168**	
F23	Correlação de Sig. (bilateral)	.011	.150	.159	.485	.000	.315	.019	.000	.878	.335	.040	.366	.517	.001	.030	.000	.000	.030	.003	.002	.144	.000	.214	.773	.001	.086	.001	.000	
F24	Correlação de Sig. (bilateral)	-.027	-.168**	-.157**	.209**	.142**	-.070	.153**	.053	.085	.375**	-.229**	.063	.940**	-.208**	.265**	.177**	.272**	.112**	.003	-.134**	-.409**	.365**	.149**	-.249**	-.257**	.226**	-.365**	-.016	
F25	Correlação de Sig. (bilateral)	.585	.001	.002	.000	.004	.160	.002	.288	.087	.000	.000	.204	.000	.000	.000	.000	.000	.024	.957	.007	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.750	
F26	Correlação de Sig. (bilateral)	-.141**	.062	.005	-.028	-.031	-.111*	-.069	.019	-.101	-.179**	.109*	-.020	-.188**	.955**	-.086*	-.058	-.018	-.096	.106*	.012	-.164**	.022	.071	-.004	-.009	.086	-.096	.000	
F27	Correlação de Sig. (bilateral)	.004	.216	.917	.581	.529	.025	.167	.707	.042	.000	.029	.695	.000	.000	.086	.000	.240	.720	.054	.033	.806	.001	.652	.155	.942	.854	.083	.055	
F28	Correlação de Sig. (bilateral)	-.142*	-.084	-.150*	.269**	-.165**	.089	.212**	.175	.156	.133*	-.190**	.141**	.237**	-.091	.930**	.212**	.273**	.263**	.072	-.185**	-.271**	.231**	.269**	-.168**	-.214**	.215**	-.346**	-.126**	
F29	Correlação de Sig. (bilateral)	.004	.090	.003	.000	.001	.074	.000	.000	.002	.007	.000	.005	.000	.067	.000	.000	.000	.145	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.011	
F30	Correlação de Sig. (bilateral)	.136**	-.300**	-.213**	.436**	.574**	.023	.591**	-.166**	.352**	.131**	-.098*	-.108*	.184**	-.216**	.238**	.957**	.228**	.144**	.225**	-.247**	-.119**	.164**	.294**	-.360**	-.368**	.102**	-.523**	.037	
F31	Correlação de Sig. (bilateral)	.006	.000	.000	.000	.000	.639	.000	.001	.000	.008	.049	.030	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.000	.000	.017	.001	.000	.000	.000	.041	.000	.456	
F32	Correlação de Sig. (bilateral)	-.193**	-.083	-.193**	.393**	.165**	.047	.157**	.135**	.118**	.215**	-.338**	.208**	.291**	-.090	.310**	.204**	.969**	.312**	-.138**	-.253**	.429**	.320**	.392**	-.131**	-.247**	.387**	-.282**	-.161**	
F33	Correlação de Sig. (bilateral)	.000	.095	.000	.000	.001	.342	.002	.007	.010	.000	.000	.000	.000	.072	.000	.000	.000	.005	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	
F34	Correlação de Sig. (bilateral)	-.151**	.093	-.128*	.310**	.166**	.047	.146**	.231**	.178**	.023	-.172**	.420**	.114*	-.030	.304**	.142**	.304**	.957**	-.015	-.261**	-.266**	.064	.368**	.104*	-.082	.289**	-.155**	-.170**	
F35	Correlação de Sig. (bilateral)	.002	.061	.010	.000	.001	.348	.003	.000	.000	.650	.001	.000	.022	.551	.000	.004	.000	.767	.000	.000	.198	.000	.036	.099	.000	.002	.001	.000	
F36	Correlação de Sig. (bilateral)	.138**	-.237**	-.120**	.025	.221**	.076	.196**	-.148**	.090	.028	.011	-.093	.001	-.085	.048	.253**	-.117**	-.019	.968**	.130**	.017	.030	-.067	-.203**	-.199**	.018	-.196**	.131**	
F37	Correlação de Sig. (bilateral)	.005	.000	.016	.618	.000	.127	.000	.003	.069	.569	.827	.062	.992	.086	.332	.000	.018	.706	.000	.009	.740	.544	.176	.000	.000	.722	.000	.009	.000
F38	Correlação de Sig. (bilateral)	.114	.030	.113	-.219**	-.250**	-.032	-.189**	-.013	-.263**	-.048	.221**	-.153**	-.153**	.120*	-.203**	-.232**	-.242**	-.260**	.161**	.976**	.257**	-.076*	-.373**	.031	.137**	-.229**	.229**	.128**	
F39	Correlação de Sig. (bilateral)	.022	.546	.023	.000	.000	.516	.000	.794	.000	.331	.000	.002	.002	.015	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.124	.000	.535	.006	.000	.000	.010	.000	
F40	Correlação de Sig. (bilateral)	.240**	.144**	.253**	-.277**	-.082	.029	-.117**	-.158**	-.069	-.192**	.461**	-.143**	.410**	.029	-.287**	-.082	.413**	-.265**	.058	.268**	.969**	-.223**	-.300**	.122**	.250**	.454**	.342**	.262**	
F41	Correlação de Sig. (bilateral)	.000	.004	.000	.000	.101	.555	.018	.001	.167	.000	.000	.004</																	

	P29b	P30b	P31b	P32b	P33b	P34b	P35b	P36b	P37b	P38b	P39b	P40b	P41b	P42b	P43b	P44b	P45b	P46b	P47b	P48b	P49b	P50b	P51b	P52b	P53b
F29 Correlación de	982	332	-280	-466	.058	.101	.140	.252	.030	.150	-.527	.325	.176	-.229	.340	-.239	.003	.263	-.430	-.053	.120	.282	.139	.137	.456
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.243	.043	.005	.000	.550	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.952	.000	.000	.285	.016	.000	.005	.006	.000
F30 Correlación de	328	956	-.064	-.241	.086	.082	-.110	.234	-.039	-.154	-.302	.248	.171	-.141	.566	-.199	-.074	-.171	-.214	-.098	.066	.258	-.120	.059	-.313
Sig. (bilateral)	.000	.000	.199	.000	.082	.098	.026	.000	.434	.002	.000	.000	.001	.005	.000	.000	.139	.001	.000	.048	.184	.000	.016	.234	.000
F31 Correlación de	285	-.073	959	.270	-.219	.082	.146	-.128	.066	.102	.243	.171	-.086	.360	.189	.093	.077	.122	.229	-.050	-.082	.163	.064	.054	.233
Sig. (bilateral)	.000	.141	.000	.000	.000	.099	.003	.010	.186	.040	.000	.001	.082	.000	.000	.062	.121	.014	.000	.312	.099	.001	.202	.279	.000
F32 Correlación de	467	.247	.285	.972	-.143	-.032	.145	-.099	-.103	.167	.233	.425	.213	.200	.371	.245	-.007	.250	.478	.154	.213	.281	.178	-.062	.608
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.004	.524	.003	.047	.038	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.896	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.214	.000
F33 Correlación de	.056	.104	-.217	-.156	.978	.310	.242	.156	-.007	.379	-.085	.115	.016	.302	.151	.195	.179	-.061	.198	.017	.234	-.135	-.104	.304	-.170
Sig. (bilateral)	.258	.036	.000	.002	.000	.000	.000	.002	.886	.000	.088	.020	.749	.000	.002	.000	.000	.219	.000	.733	.000	.007	.038	.000	.001
F34 Correlación de	.080	.070	.081	-.020	.338	.924	.113	-.115	.085	.285	.014	.137	.128	.247	-.004	.008	.199	.048	.015	-.028	-.041	.001	-.062	.470	-.036
Sig. (bilateral)	.108	.158	.106	.682	.000	.000	.023	.020	.089	.000	.784	.006	.010	.000	.940	.876	.000	.340	.769	.570	.415	.983	.211	.000	.469
F35 Correlación de	-.102	-.105	.109	.120	-.219	.136	.899	-.047	-.008	.092	.069	-.072	.004	.216	.169	.117	.103	.096	.044	.095	.206	-.017	.031	.079	.066
Sig. (bilateral)	.040	.035	.029	.016	.000	.006	.000	.349	.867	.065	.165	.150	.944	.000	.001	.019	.039	.053	.381	.056	.000	.726	.535	.114	.188
F36 Correlación de	.262	.238	-.131	-.121	.153	-.120	-.070	.959	.137	.341	-.306	.214	.191	.202	.247	-.074	-.044	-.070	.130	.284	.020	.410	.053	.055	.320
Sig. (bilateral)	.000	.000	.008	.015	.002	.016	.159	.000	.006	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.140	.378	.160	.009	.000	.693	.000	.284	.268	.000
F37 Correlación de	.024	-.042	.094	-.073	-.031	.090	.027	.151	.943	.075	.051	-.016	.051	.098	.004	-.061	.084	-.100	-.099	.184	-.033	.078	-.110	.087	-.002
Sig. (bilateral)	.634	.402	.058	.145	.533	.071	.593	.002	.000	.133	.302	.754	.306	.049	.939	.221	.090	.045	.046	.000	.502	.118	.026	.082	.970
F38 Correlación de	.166	-.175	.092	.196	-.396	.287	.137	.349	.061	.960	.232	-.220	-.062	.206	.245	.081	.025	-.021	.087	-.149	-.102	.312	.044	.204	.258
Sig. (bilateral)	.001	.000	.065	.000	.000	.000	.006	.000	.218	.000	.000	.000	.216	.000	.000	.105	.611	.670	.079	.003	.040	.000	.378	.000	.000
F39 Correlación de	.521	.296	.228	.214	-.070	-.009	.103	.287	.074	.201	.964	-.229	-.120	.233	.332	.150	.095	.188	.256	-.056	-.062	.344	.042	-.064	.326
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.160	.854	.038	.000	.138	.000	.000	.000	.015	.000	.000	.003	.055	.000	.000	.262	.215	.000	.403	.201	.000
F40 Correlación de	.328	.240	-.168	-.410	.076	.140	-.103	.197	.009	.163	-.241	.936	.207	-.142	.290	.194	.055	.146	-.286	-.029	.109	.299	.167	.195	.532
Sig. (bilateral)	.000	.000	.001	.000	.129	.005	.039	.000	.854	.001	.000	.000	.004	.000	.000	.270	.003	.000	.560	.028	.000	.001	.000	.000	.000
F41 Correlación de	.178	.169	-.096	.209	-.005	.095	-.024	.168	.045	-.009	-.124	.200	.937	.017	.140	-.100	.088	-.040	-.109	.003	.056	.230	-.065	.115	.311
Sig. (bilateral)	.000	.001	.055	.000	.918	.056	.629	.001	.370	.852	.013	.000	.000	.729	.005	.044	.079	.420	.029	.958	.257	.000	.194	.020	.000
F42 Correlación de	.212	-.146	.354	.204	-.288	.255	.237	.173	.092	.166	.214	-.148	.018	.957	.224	.133	.127	.162	.271	-.020	-.125	.154	.092	.122	.190
Sig. (bilateral)	.000	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.065	.001	.000	.003	.714	.000	.000	.008	.011	.001	.000	.683	.012	.002	.064	.014	.000
F43 Correlación de	.342	.567	.194	.379	-.146	-.017	.195	.242	-.011	.238	.343	.290	-.151	.237	.975	.270	-.046	.211	.347	.110	-.043	.380	.142	.033	.434
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.003	.738	.000	.000	.832	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.352	.000	.000	.028	.384	.000	.004	.512	.000
F44 Correlación de	.245	.230	.093	.269	-.183	.024	.140	-.057	-.088	.039	.165	-.218	-.129	.135	.278	.971	.165	.392	.261	.461	-.125	.171	.164	-.088	.242
Sig. (bilateral)	.000	.000	.062	.000	.000	.630	.005	.252	.077	.429	.001	.000	.009	.007	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.012	.001	.001	.078	.000
F45 Correlación de	.019	-.068	.075	-.005	.165	.202	.071	-.051	.048	.046	.100	.050	.093	.114	-.051	.171	.937	.109	.034	.076	-.044	.010	.045	.051	-.055
Sig. (bilateral)	.706	.171	.133	.924	.001	.000	.153	.309	.336	.354	.044	.313	.060	.022	.308	.001	.000	.028	.489	.124	.382	.846	.366	.303	.270
F46 Correlación de	.255	.188	.123	.258	-.049	.033	.124	-.050	-.118	-.053	.188	.162	-.057	.162	.216	.391	.116	.981	.305	.255	-.008	.069	.067	-.094	.142
Sig. (bilateral)	.000	.000	.014	.000	.325	.513	.012	.315	.018	.284	.000	.001	.251	.001	.000	.000	.019	.000	.000	.000	.874	.165	.181	.060	.004
F47 Correlación de	.427	.223	.229	.466	.198	.012	.069	-.120	-.097	.072	.262	.284	-.111	.274	.330	.239	.305	.978	.129	-.015	.217	.162	-.029	.446	
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.807	.166	.016	.050	.147	.000	.000	.026	.000	.000	.000	.440	.000	.000	.009	.771	.000	.001	.557	.000
F48 Correlación de	-.059	-.107	-.032	.167	.012	-.020	.070	.286	.192	-.162	-.057	-.026	.002	-.031	.111	.461	.057	.248	.126	.956	-.048	-.013	.214	-.110	.026
Sig. (bilateral)	.240	.031	.523	.001	.804	.690	.162	.000	.000	.001	.251	.599	.971	.537	.026	.000	.252	.000	.011	.000	.339	.798	.000	.027	.605
F49 Correlación de	.072	.033	-.040	.147	.187	-.063	.214	.006	-.015	-.072	-.044	.061	.047	-.099	-.010	-.079	-.058	.040	.014	-.064	.898	-.022	-.049	-.117	-.080
Sig. (bilateral)	.147	.512	.423	.003	.000	.204	.000	.910	.756	.146	.378	.223	.344	.047	.841	.112	.243	.426	.785	.199	.000	.653	.330	.019	.109
F50 Correlación de	.292	.267	.161	.282	-.121	-.019	.022	.405	.081	.282	.353	.309	.253	.173	.383	.171	-.019	.064	.216	-.004	-.044	.958	.204	-.005	.409
Sig. (bilateral)	.000	.000	.001	.000	.015	.698	.658	.000	.104	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.696	.201	.000	.943	.379	.000	.000	.924	.000
F51 Correlación de	.167	-.147	.074	.163	-.099	-.078	.020	.087	-.082	.062	.057	.142	-.055	.099	.179	.149	.006	.076	.160	.192	-.079	.220	.900	-.008	.169
Sig. (bilateral)	.001	.003	.136	.001	.047	.117	.688	.080	.100	.211	.252	.004	.267	.047	.000	.003	.898	.125	.001	.000	.113	.000	.000	.872	.001
F52 Correlación de	.136	.065	.031	-.068	.308	.458	.085	.050	.091	.186	-.079	.188	.124	.101	.032	-.106	.028	-.116	-.040	-.095	-.080	-.001	-.046	.969	-.085
Sig. (bilateral)	.006	.191	.529	.170	.000	.000	.088	.314	.067	.000	.115	.000	.013	.042	.516	.033	.581	.020	.425	.057	.107	.982	.357	.000	.086
F53 Correlación de	.451	.322	.226	.601	-.145	-.042	.096	.303	-.015	.216	.340	-.553	-.328	.192	.439	.229	-.065	.135	.454	.032					

Anexo 13. Diferenças em mudança terapêutica entre grupos em sub-amostra comorbidade

Comparações múltiplas

T3 de Dunnett

Variável dependente			Diferença entre médias (I-J)	Sig.	Variável dependente			Diferença entre médias (I-J)	Sig.
Mudan.Terap.Zung	baixa surpresa baixo hipnoidal	baixa surpresa médio hipnoidal	-1,178	,970	Mudan.Terap.Ces	baixa surpresa baixo hipnoidal	baixa surpresa médio hipnoidal	,911	,995
		baixa surpresa alto hipnoidal	-5,067	,757			baixa surpresa alto hipnoidal	-10,867	,615
		média surpresa alto hipnoidal	-16,617*	,001			média surpresa alto hipnoidal	-15,200*	,001
		alta surpresa alto hipnoidal	-15,400*	,004			alta surpresa alto hipnoidal	-25,800*	,033
	baixa surpresa médio hipnoidal	baixa surpresa baixo hipnoidal	1,178	,970		baixa surpresa médio hipnoidal	baixa surpresa baixo hipnoidal	-,911	,995
		baixa surpresa alto hipnoidal	-3,889	,879			baixa surpresa alto hipnoidal	-11,778	,557
		média surpresa alto hipnoidal	-15,440*	,001			média surpresa alto hipnoidal	-16,111*	,001
		alta surpresa alto hipnoidal	-14,222*	,008			alta surpresa alto hipnoidal	-26,711*	,032
	baixa surpresa alto hipnoidal	baixa surpresa baixo hipnoidal	5,067	,757		baixa surpresa alto hipnoidal	baixa surpresa baixo hipnoidal	10,867	,615
		baixa surpresa médio hipnoidal	3,889	,879			baixa surpresa médio hipnoidal	11,778	,557
		média surpresa alto hipnoidal	-11,551	,225			média surpresa alto hipnoidal	-4,333	,991
		alta surpresa alto hipnoidal	-10,333	,296			alta surpresa alto hipnoidal	-14,933	,510
	média surpresa alto hipnoidal	baixa surpresa baixo hipnoidal	16,617*	,001		média surpresa alto hipnoidal	baixa surpresa baixo hipnoidal	15,200*	,001
		baixa surpresa médio hipnoidal	15,440*	,001			baixa surpresa médio hipnoidal	16,111*	,001
		baixa surpresa alto hipnoidal	11,551	,225			baixa surpresa alto hipnoidal	4,333	,991
		alta surpresa alto hipnoidal	1,217	1,000			alta surpresa alto hipnoidal	-10,600	,515
	alta surpresa alto hipnoidal	baixa surpresa baixo hipnoidal	15,400*	,004		alta surpresa alto hipnoidal	baixa surpresa baixo hipnoidal	25,800*	,033
		baixa surpresa médio hipnoidal	14,222*	,008			baixa surpresa médio hipnoidal	26,711*	,032
		baixa surpresa alto hipnoidal	10,333	,296			baixa surpresa alto hipnoidal	14,933	,510
		média surpresa alto hipnoidal	-1,217	1,000			média surpresa alto hipnoidal	10,600	,515

Anexo 14. Diferenças em mudança terapêutica entre grupos em sub-amostra de um único distúrbio (ansiedade ou depressão)

Comparações múltiplas

Variável dependente: Mudança de Diagnóstico

T3 de Dunnett

(I) COMBINADO	(J) COMBINADO	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
	média surpresa médio hipnoidal	-6,750	,500
média surpresa baixo hipnoidal	alta surpresa baixo hipnoidal	1,167	,999
	alta surpresa médio hipnoidal	-9,643	,291
	alta surpresa alto hipnoidal	-13,167	,165
	média surpresa baixo hipnoidal	6,750	,500
média surpresa médio hipnoidal	alta surpresa baixo hipnoidal	7,917	,051
	alta surpresa médio hipnoidal	-2,893	,925
	alta surpresa alto hipnoidal	-6,417	,666
	média surpresa baixo hipnoidal	-1,167	,999
alta surpresa baixo hipnoidal	média surpresa médio hipnoidal	-7,917	,051
	alta surpresa médio hipnoidal	-10,810*	,003
	alta surpresa alto hipnoidal	-14,333	,053
	média surpresa baixo hipnoidal	9,643	,291
alta surpresa médio hipnoidal	média surpresa médio hipnoidal	2,893	,925
	alta surpresa baixo hipnoidal	10,810*	,003
	alta surpresa alto hipnoidal	-3,524	,973
	média surpresa baixo hipnoidal	13,167	,165
alta surpresa alto hipnoidal	média surpresa médio hipnoidal	6,417	,666
	alta surpresa baixo hipnoidal	14,333	,053
	alta surpresa médio hipnoidal	3,524	,973

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

