

Índice

I.	Introdução	4
II.	Objectivo Geral	16
III.	Aspectos Metodológicos	17
a.	Hipótese	17
b.	Desenho e Método Experimental	17
c.	Amostra	18
d.	Instrumentos	19
e.	Procedimentos	19
IV.	Apresentação de Resultados	20
V.	Discussão	23
VI.	Conclusão	26
VII.	Referências bibliográficas	27

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra.....	18
Tabela 2 - Pattern Matrix ^a	21
Tabela 3 – Coeficiente de Fidelidade.....	22
Tabela 4 – t-student.....	23

Índice de Anexos

ANEXO I – Artigo Científico

ANEXO II – EVCAH-C

I. Introdução

Actualmente, podemos designar a hipnose como a interacção que ocorre entre uma pessoa (hipnotizador) e outra (s). Neste procedimento, um técnico de saúde mental sugere a um cliente ou paciente mudanças nas sensações (por exemplo, alívio da dor), percepções (p.e., alucinação visual), cognições (p.e., expectativas) e controlo da conduta motora (elevar o braço), (Green, Barabasz, Barret & Montgomery, 2003; Montgomery e tal., 2004; Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2006; Kihlstrom, 1985; Kirsch, 1994, 1995, 1998), pedindo-lhes que se concentrem numa ideia ou imagem capazes de evocar os efeitos que se pretendem atingir. As comunicações verbais que o hipnotizador utiliza para alcançar esses efeitos designam-se por sugestões (Sociedade Britânica de Psicologia, 2002; Kirsch et al., 1995). A hipnose comporta uma introdução ao procedimento durante a qual se diz a um sujeito que se apresentarão sugestões de experiências imaginativas. A indução hipnótica é uma sugestão, extensa e ampla para usar a própria imaginação, que se dá no começo (inicial), e que pode incluir maiores detalhes (elaborações) da introdução (APA, 2004; Kirsch et al., 1995). Geralmente o procedimento de indução inclui instruções para relaxamento (Kirsch et al., 1995; Montgomery et al., 2004), no qual o hipnotizador guia o paciente através de imagens relaxantes e tranquilizantes com o objectivo de ajudá-lo a sentir-se mais relaxado, distraído dos estímulos aversivos e mais receptivos às sugestões terapêuticas (Montgomery et al., 2004). É importante explicar que o termo “estar mais receptivo às sugestões terapêuticas”, significa que os pacientes podem estar mais dispostos a cooperar com o procedimento de hipnose, não significa que o paciente se torne vulnerável de alguma forma (Montgomery et al., 2004). À fase de indução segue-se a fase de aplicação, na qual o hipnotizador dá sugestões ao paciente. As induções de relaxamento não devem ser consideradas o único modo de iniciar uma sessão de hipnose. Existe uma grande variedade de induções e todas elas têm êxito (Montgomery et al., 2004). Ilustrativo disso, é por exemplo uma indução fisicamente activa, como por exemplo, pedalar numa bicicleta estática pode ser eficaz (Bónyai, Zseni & Túry, 1993; Malott, 1984; Montgomery et al., 2004). Este tipo de indução deve ser considerado um modelo de indução comum que pode ser utilizado numa grande variedade de contextos clínicos, o importante é incluir as sugestões adequadas que beneficie o paciente. Como por exemplo, sugerir vitalidade e energia a um paciente deprimido, ou apetite a um paciente com

aversão à comida, ou mesmo alívio da dor a pacientes que tenham sido submetidos a cirurgia (Rhue et al.,1993; Montgomery e tal., 2004).

Este método de indução foi criado por Bányai & Hilgard, em 1973, que denominaram por método activo-alerta, como um procedimento alternativo de indução hipnótica. Este método foi bastante utilizado por Bányai e o seu grupo de trabalho tanto no âmbito da investigação experimental como na sua aplicação clínica (Bányai, Zseni & Túry, 1993; Capafons, 1998). Este procedimento não inclui instruções de sonolência e relaxamento, enfatizando-se o oposto, a activação muscular, cardíaca e mental (Capafons, 1998), embora diferente, este método alcançou níveis de resposta, nas escalas de sugestibilidade hipnótica, idênticos aos obtidos pelos métodos tradicionais de relaxamento (Capafons, 1998), ou seja, o sujeito responde com a mesma intensidade como quando se aplica uma indução hipnótica tradicional (Capafons, 1993, 1998).

Alarcón & Capafons (2006), propuseram o “Modelo de Valência de Hipnose Desperta”, um método cognitivo-comportamental, em que o paciente não necessita estar relaxado, nem de olhos fechados para beneficiar da sugestão. Segundo os autores, este modelo é um procedimento clínico e um conjunto de métodos para modificar atitudes e usar as sugestões, cujas características são: a) o sujeito mantém os olhos abertos; b) não é sugerido ao paciente o sono ou o relaxamento, mas sim a actividade e a expansão mental; c) a pessoa hipnotizada pode falar fluidamente, caminhar e realizar tarefas quotidianas enquanto experimenta as sugestões hipnóticas; d) evita sugerir o transe ou alteração, através do vocabulário a hipnose é utilizada como uma estratégia de coping. Estas características diferenciam este modelo do modelo de hipnose activo-alerta, uma vez que na hipnose desperta se sugere que desde o princípio a pessoa mantenha os olhos abertos e que converse de forma natural com o terapeuta, sendo uma estratégia de auto-controlo e de coping (Capafons, 2001; Alarcón et al., 2006).

A hipnose é uma técnica que implica riscos devido às suas propriedades dissociativas (Capafons, Espejo, 2008). O uso inadequado de tal técnica pode ser prejudicial, especialmente no que diz respeito à génese de falsas memórias por parte do hipnotizado. As crenças erradas e os mitos sobre as potencialidades da hipnose veiculados pelos meios de comunicação e até pelos próprios terapeutas, principalmente aqueles que se intitulam hipnoterapeutas, são em último caso, os responsáveis pelos riscos do uso da mesma. Deste modo, uma forma de ajudar

a prevenir tais riscos é proporcionar uma informação rigorosa e verídica ao paciente (Capafons & Mazzoni, 2005).

A utilização da hipnose em tratamentos médicos remota a tempos longínquos, desde os tratamentos administrados nos *Asklepion* gregos ao seu uso como anestésico no século XIX, a história da hipnose é rica em exemplos das suas aplicações na área da saúde mental e contextos sócio-históricos (Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2006). Em 1949, fundou-se nos Estados Unidos da América a *Society for Clinical and Experimental Hypnosis* que 10 anos mais tarde se transformou numa sociedade internacional. Em 1957 criou-se uma nova associação, a *American Society of Clinical Hypnosis*. Ambas as sociedades publicam desde então o seu respectivo jornal. A hipnose recebeu um novo impulso com o reconhecimento por parte da *American Medical Association*, em 1958, como sendo um método de tratamento legítimo em medicina e odontologia. O mesmo se passou em 1955, na Inglaterra, com a *British Medical Association*, país que já disponha da sua correspondente sociedade de hipnose. A *American Psychological Association*, em 1969, criou uma secção própria para os psicólogos interessados na hipnose.

Este ressurgimento caracterizou-se por um esforço em investir na hipnose como disciplina científica, que levou à proliferação em vários países, de sociedades científicas dedicadas ao estudo da hipnose e revistas especializadas nesta área, sobretudo a partir de finais dos anos setenta e princípios dos oitenta, resultando num índice extraordinário de difusão alcançado pela hipnose. Desta forma, tem-se assistido a um crescente interesse pela hipnose nas áreas da medicina e da psicologia (Carvalho et al., 2006).

A hipnose clínica é utilizada como coadjuvante terapêutico em tratamentos médicos, existindo mesmo um consenso alargado de que a hipnose tem efeitos positivos na intervenção clínica (Kirsch, Montgomery, Sapirstein, 1995; Chaves & Dworkin, 1997; Montgomery, DuHamel, Redd, 2000; Pinell & Covino, 2000; Montgomery & Schnur, 2005; Barabasz & Waltkins, 2005; Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2006), aumentando significativamente o bem estar psicológico, diminuindo o stress, e melhorando as taxas de recuperação dos pacientes sujeitos a esses tratamentos (Barabasz & Waltkins, 2005; Carvalho, et al., 2006).

Numa perspectiva cognitivo – comportamental, a hipnose quando utilizada como coadjuvante em tratamentos clínicos pode aumentar a eficácia desses tratamentos através dos seus efeitos sobre as crenças e expectativas dos sujeitos (Barber, 1985; Barber, Spanos & Chaves 1974;

Coe, 1993; Fish, 1973; Kirsch, 1985, 1990,1995; Montgomery, Sapirstein, 1995; Chaves, 1999; Carvalho et al., 2006, 2007).

Apesar dos benefícios que resultam do uso da hipnose como técnica de intervenção psicológica, muitos profissionais de saúde e pacientes apresentam-se apreensivos no seu uso, resultante dos mitos e crenças criados em torno da hipnose (Capafons, 1998; Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Jupp, 1985-86; McConkey & Vingoe, 1982; Yu, 2004).

Muitos pacientes apresentam medos e concepções erradas sobre a hipnose baseado naquilo que viram na televisão, no cinema ou em espectáculos levados a cabo com o propósito de entreter. Nos meios de comunicação passa uma imagem errada da hipnose, como um recurso para controlar a mente. Por conseguinte, numa perspectiva clínica e ética, antes da primeira sessão é importante educar o paciente sobre o que é a hipnose, desmistificar esta técnica, dissipar os mitos e falar sobre os medos que o paciente possa ter em relação à hipnose. Este procedimento é similar ao de um clínico que apresenta aos seus pacientes uma intervenção médica ou psicológica (Montgomery et al., 2004).

As crenças e atitudes do sujeito face à hipnose podem afectar a sugestibilidade hipnótica (Spanos, Brett, Menary e Cruz, 1987; Carvalho et al., 2006, 2007), sendo estas importantes no desenvolvimento do relacionamento terapêutico (Capafons et al., 2003; Capafons, Cabañas, Alarcón, Espejo, Mendoza, Chaves e Monje, 2006, Carvalho et al., 2006, 2007).

Há diferenças individuais nas respostas dos sujeitos às sugestões hipnóticas (Gwynn & Spanos, 1996; Braffman & Kirsch, 1999), a forma como as pessoas respondem à sugestão pode ser influenciada por uma variedade de factores situacionais, incluindo a prestação de informação ou falsa informação sobre o comportamento hipnótico (Kirsch, 1991; Spanos, 1986; Braffman et al., 1999). A sugestão refere-se à apresentação de uma ideia a um cliente, e a abertura que o cliente tem para aderir a essa ideia (sugestibilidade) é influenciada pela motivação e expectativa (Rankin-Box, 1996).

Segundo McConkey (1986), a hipnose estará associada a muitas crenças erradas, algumas delas são enumeradas seguidamente:

- A hipnose é um estado diferente do estado normal de consciência;
- As sugestões experimentam-se sem a necessidade de esforço;
- Pode-se recordar situações impossíveis de serem recordadas de outra forma;
- A hipnose provoca uma maior insensibilização à dor;

- Quando estamos sob hipnose dizemos sempre a verdade sobre aquilo, que geralmente se mentia;
- Experimentar as sugestões depende em grande medida mais das capacidades do indivíduo do que das do hipnotizador.

Montgomery (2004), mencionou alguns mitos frequentemente observados em pacientes, um mito comum nos pacientes é a ideia de que a hipnose é algo que o hipnotizador faz por eles em vez de algo que eles fazem por eles próprios. Claro que este mito é errado, uma vez que o paciente tem de ter uma participação activa na sessão de hipnose para que esta tenha sucesso. As palavras do hipnotizador não são mágicas, nem o hipnotizador tem o poder de controlar o paciente. A hipnose não é mais mágica do que qualquer outra técnica psicoterapêutica. Um outro mito é que as pessoas podem perder o controlo das suas acções quando estão hipnotizadas. Este mito também está errado, visto que o paciente pode ignorar as sugestões dadas pelo hipnotizador se assim o desejar. Segundo o autor, um terceiro mito encontra-se relacionado com a ideia de que durante a sessão de hipnose o paciente se sentirá diferente. Isto poderia ser verdade mas só acontece quando os sujeitos esperam adoptar esse papel, por exemplo, se o paciente acredita que se vai sentir sonolento é provável que isso aconteça (Kirsch, 1990, cit in Montgomery, 2004). A maioria das pessoas quando estão hipnotizadas tende a sentir que a sua atenção e concentração estão focalizadas nas sugestões do hipnotizador. Um quarto mito apresentado por Montgomery (2004), é que o paciente hipnotizado não pode sair do estado hipnótico quando o desejar. Esta ideia errónea baseia-se numa concepção antiquada da hipnose na qual esta é definida como um poderoso estado de transe (Kirsch & Lynn, 1995, Montgomery, 2004). Os pacientes são activos no seu tratamento e podem continuar ou abandonar uma sessão de hipnose quando o desejarem. Mais um dos mitos presentes nos pacientes é que o sujeito não recordar-se-á de nada sobre a sessão, depois do seu término. O autor postula que a amnésia pós hipnose dá-se apenas em circunstâncias especiais, como no caso de o hipnotizador sugerir ao paciente que não se recorde e este não rejeite essa sugestão. A amnésia pós hipnose é mais frequente em contexto experimentais do que em contexto clínico. Na prática clínica é frequente estimular os pacientes a recordarem as suas sessões para que possam eles próprios utilizar as técnicas de hipnose com o objectivo de ajudar na resolução dos seus problemas, desta forma a hipnose não é uma forma de eliminar recordações (Rhue et al., 1993). Outro dos mitos frequentes encontra-se relacionado com a

ideia de que apenas sujeitos com pontuações altas na sugestibilidade têm resultados positivos quando hipnotizados (Montgomery et al., 2004). Estudos indicam que a hipnose é uma técnica que a maioria das pessoas pode utilizar por elas próprias para melhorar o seu bem-estar. Alguns autores defendem que a hipnose através de manipulações experimentais pode aumentar a sugestibilidade hipnótica, contrariando a visão de sugestibilidade como um traço estático (Vickery & Kirsch, 1991; Wickless & Kirsch, 1989). Assim podemos concluir que se existirem as condições adequadas, a maioria dos pacientes deveria beneficiar do tratamento de hipnose (Montgomery et al., 2004). Um mito muito frequente sobre o hipnotizador é pensar que este tem de ter uma formação especial para ser hipnotizador. Qualquer psicólogo que esteja habituado a utilizar protocolos de relaxamento e exercícios de respiração pode utilizar a hipnose (Kirsch, 1990; cit in Montgomery, 2004). A hipnose é apenas uma técnica utilizada em contexto clínico, como tantas outras. Se um clínico tem formação necessária para trabalhar de forma eficaz e ética em contexto clínico, também terá formação necessária para utilizar a hipnose (Kirsch, 1990; cit in Montgomery et al., 2004; Rhue et al., 1993).

A hipnose não é apenas um conjunto de procedimentos, mas sim, um campo de estudo que assenta numa grande quantidade de investigação teórica e experimental, com aplicações nas mais variadas áreas da psicologia e da medicina (Mendoza & Capafons, 2009).

Vários estudos têm revelado a eficácia terapêutica da hipnose quando combinada com intervenções cognitivo-comportamentais, nas perturbações depressivas, da ansiedade, mal-estar, do sono, condições psicossomáticas, tabagismo, obesidade, controlo da dor, enurese, asma, em cirurgia, na percepção, na memória, ajudando a melhorar a qualidade de vida dos doentes (Kirsch, Lynn & Rhue, 1997; Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena & Patterson, 2000; McIntyre, 2001; Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2006; Bryant, Guthrie, Moulds, Nixon, & Felmingham, 2003, Ellsmore, 2001, Evans & Coman, 2003, German, 2004, Montgomery et al., 2002, Montgomery et al., 2002, Schoenberger, 2000, Yapko, 2001, Montgomery et al., 2004; Mendoza e tal., 2009; Capafons, 1993, 1994; Capafons & Amigó, 1993b, 1995; Bayot, Capafons & Amigó, 1995; Casas & Capafons, 1996; Capafons, 1998).

A hipnose clínica é também utilizada em outros âmbitos, tais como a psicologia forense, os hábitos de estudo e na concentração, embora estas áreas de intervenção tenham recebido pouca atenção por parte dos investigadores (Mendoza et al., 2009).

Na área da pediatria, a utilização da hipnose como coadjuvante clínico é eficaz no tratamento da enurese nocturna. Embora exista ainda, muito para investigar sobre a aplicação da hipnose nesta área, a literatura existente revela resultados positivos, o que nos leva a concluir que a hipnose neste âmbito está em plena evolução (Mendoza et al., 2009).

A hipnose é utilizada como um complemento das técnicas cognitivo-comportamentais para ajudar os pacientes na perda de peso (Kirsch, 1996; Kirsch, Montgomery, Sapirstein., 1995), mas não um tratamento para baixar o peso em si (Montgomery et al. 2004).

Num estudo em que compararam um grupo de tratamento de obesidade na qual a hipnose clínica era utilizada como coadjuvante da psicoterapia cognitivo-comportamental com um grupo de tratamento da mesma patologia onde não era utilizada a hipnose, concluíram que existia um efeito bastante substancial no resultado da adição da hipnose nas psicoterapias cognitivo-comportamentais (Kirsch et al., 1995). Estes defendem que os efeitos da hipnose ajudam a produzir uma mudança duradoura no tratamento da obesidade, o que não acontece nos tratamentos em que não foi utilizada a hipnose. Verifica-se, também, um aumento das vantagens da adição da hipnose ao tratamento independentemente de apresentar problema ou não (Kirsch et al., 1995).

Existem alguns estudos sobre a capacidade da hipnose melhorar o funcionamento do sistema imunitário (Bakke, Purtzer, & Newton, 2002; Kiecolt-Glaser, Marucha, Atkinson, & Glaser, 2001, cit in Montgomery e tal., 2004; Wood et al., 2003). Embora ainda sejam necessários mais estudos sobre este tema, é um passo importante saber que estando presentes as circunstâncias adequadas, a hipnose pode afectar a função imunitária. Até hoje era muito raro observar-se efeitos das intervenções psicológicas em aspectos somente fisiológicos, por conseguinte um pequeno efeito sobre a função imunitária é fascinante, tendo importantes implicações clínicas (Montgomery et al., 2004).

Outros autores, estudaram os efeitos da hipnose como coadjuvante no tratamento de pessoas com cancro, mais especificamente na fadiga, principal sintoma associado ao cancro e ao seu tratamento (Hofmana, Ryan, Figueroa-Moseley, Jean - Pierrea, & Morrow, 2007; Lawrence, Kupelnick, Miller, Devine & Lau, 2004; Mock, 2001; Stone, Richards, & Hardy, 1998; Kangas, Bovbjerg, & Montgomery, 2008, Montgomery et al., 2009). A hipnose demonstra-se eficaz na gestão dos sintomas de fadiga em pacientes com cancro submetidos a tratamento (Kangas, Bovbjerg & Montgomery, 2008, Montgomery et al., 2009).

Num estudo com pacientes com cancro da mama, submetidos a radioterapia, a hipnose demonstrou-se eficaz na prevenção e controlo dos sintomas de fadiga (*Montgomery et al., 2009*). A fadiga normalmente aumenta durante o decorrer do tratamento do cancro da mama (Irvine, Vincent, Graydon, & Bubela, 1998; Knob f& Sun, 2005, Montgomery et al., 2009) sendo prejudicial para os pacientes na medida em que afecta o seu funcionamento físico, psicológico, social e profissional (Curt, 2000; Jereczek-Fossa, Marsiglia, & Orecchia, 2002; Spelten et al., 2003). A fadiga é considerada o sintoma mais angustiante que os pacientes com cancro apresentam (Jereczek-Fossa, Marsiglia, & Orecchia, 2001, Montgomery et al., 2009). Os factores cognitivos e emocionais desempenham um papel importante na experiência de fadiga relacionada com o cancro, (Jacobsen, Andrykowski, & Thors, 2004; Montgomery & Bovbjerg, 2001, 2004). Durante a sessão de hipnose, são dadas sugestões para o alívio de determinados efeitos secundários, que mudam as expectativas dos pacientes em relação a esses mesmos efeitos, que por sua vez pode diminuir as experiências dos efeitos colaterais (*p. e., reduzir a fadiga*), (Kirsch, 1990, Montgomery et al., 2009). Nestes casos, as intervenções da terapia cognitivo-comportamental que incluem uma componente de hipnose são significativamente mais eficazes do que as intervenções que não utilizam a hipnose como coadjuvante clínico (Kirsch et al., 1995; Montgomery et al., 2009). Os efeitos positivos deste tipo de intervenção também se verificam com as náuseas, efeito colateral presente em doentes com cancro resultante do tratamento de quimioterapia (Redd et al., 2001).

A dor é outro dos efeitos colaterais que os doentes com cancro submetidos a tratamento mais sofrem.

Através da neuroimagem funcional, foi possível demonstrar a realidade do estado hipnótico, permitido um melhor conhecimento sobre como as cognições podem modular a neurofisiologia da dor (Wood et al., 2008). Esta técnica revelou evidências sobre duas redes cerebrais distintas envolvidas na percepção da dor. A componente sensorial da dor que envolve o tálamo somatossensorial (núcleos talâmicos laterais) e as suas projecções para o córtex somatossensorial primário e secundário. A componente afectiva envolveria os núcleos talâmicos mediais e as suas projecções para o córtex cingulado e córtex pré-frontal (Hofbauer e tal., 2001, Rainville e tal., 1997, cit in Vanhaudenhuyse, 2009), com a ínsula a jogar numa posição intermédia entre os dois componentes de transformação (Agostinho, 1996; Craig et al., 1994; cit in Vanhaudenhuyse, 2009).

A literatura sugere a existência de trocas entre o córtex cingulado anterior, o tálamo e o tronco cerebral, associado aos procedimentos de hipnose (Rainville, Hofbauer, Bushnell, Duncan, & Price, 2002; Montgomery et al. 2004). Existem diferenças hemisféricas no fluxo de sangue associado ao processamento da cor e à hipnose (Kosslyn, Thompson, Costantini-Ferrando, Alpert, & Spiegel, 2000; Montgomery et al., 2004). Estes resultados ajudam a compreender o que ocorre no cérebro quando se dão induções e sugestões hipnóticas e podem apontar novas metodologias para melhorar as aplicações de hipnose. Contudo estes estudos ainda não são completamente conclusivos uma vez que carecem de um grupo de controlo, os participantes utilizados têm pontuações altas na sugestionabilidade hipnótica e baseiam-se em desenhos com um número pequeno de participantes (Montgomery et al., 2004).

Segundo a Associação Internacional da Dor, a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tais danos”. A dor tem duas dimensões: sensorial e emocional, que interagem entre si. As componentes sensoriais e afectivas da dor estão geralmente correlacionadas, uma vez que quando a dor aumenta, é mais desagradável (Vanhaudenhuyse, 2009). No decorrer do tratamento da dor através da hipnose esses componentes são dissociados (Faymonville e tal., 1995, 1997, 1999, 2003; Rainville et al., 1997, 1999; Vanhaudenhuyse, 2009).

Para melhor se compreender o papel da hipnose no tratamento da dor será pertinente entender o processo de dor em si. As pessoas diferem muito na forma como interpretam e respondem a situações potencialmente perigosas. O nível de resposta emocional à estimulação de dor interfere muitas vezes com a avaliação da dor (Keefe et al., 1989).

Quando a dor não tem causa física (dano tecidual) dizemos que a dor é uma experiência psicológica. Na teoria do portão da dor, Melzack e Wall (1965,1979,1982), descrevem o sistema de acção no cérebro que é desencadeado quando um estímulo nóxico surge no sistema nervoso sensorial e atinge o cérebro. Este sistema, quando activado, envolve o córtex sensorial, que analisa a natureza e o local da dor; o córtex motor, onde a inevitável resposta motora ou a inibição da resposta são geradas; o sistema límbico, donde vem a resposta emocional; e a memória e os sentidos especiais. Assim, a dor é percebida em todo o cérebro consciente. Sem consciência não há dor (Conian & Diamond, 1999).

Em 1995, o *National Institutes of Health Consensus*, concluiu que a hipnose é eficaz no tratamento da dor, sendo uma importante técnica clínica auxiliar no tratamento da dor aguda e crónica (Kessler e tal., 2003, Mendoza et al., 2009).

A hipnose é utilizada em pacientes com cirurgia como um adjuvante aos analgésicos e anestésicos farmacológicos e não para os substituir (Montgomery, Weltz, Seltz, & Bovbjerg, 2002, cit in Montgomery e tal.2004). Segundo Vanhaudenhuyse (2009), a utilização da hipnose em alternativa à anestesia geral demonstrou-se eficaz e segura em cirurgias da tiróide e paratiróide (Defechereux e tal., 1999, 2000; Meurisse e tal., 1996, 1999), cirurgia plástica (Faymonville et al., 1995, 1997, 1999), e em queimados de grau mais severo. Também tem sido evidente o seu tratamento em pacientes com dor crónica (Elkins et al., 2007; Grondahl e Rosvold, 2008; Jensen et al. 2008; Oneal et al., 2008).

O stress psicológico encontra-se presente nestes pacientes submetidos a cirurgia. O medo mais frequente encontra-se relacionado com o pré-operatório, mais especificamente com a dor associada ao procedimento cirúrgico (McCleane e Cooper, 1990; cit in Faymonville et al., 1997).

A maior parte da literatura sobre a hipnose no tratamento cirúrgico centra-se no controlo da dor. Os benefícios da hipnose no controle da dor podem ser resultado de uma série de factores, de forma isolada ou combinada (Chaves, 1989; Moret et al., 1991; Spiegel, 1991; cit in Faymonville et al., 1997). Sendo estes factores: reduções específicas de dor e sofrimento percebido hipnoticamente em indivíduos sensíveis; modulação dos receptores de dor através de sugestões que envolvem a distração e outras estratégias cognitivas; redução do sofrimento através do efeito placebo no relaxamento e na ansiedade (Faymonville et al., 1997).

Kiernan et al. (1995), explicou os vários mecanismos que explicam o processo de analgesia através da hipnose. A hipnose pode bloquear a transmissão das mensagens nociceptivas para as áreas associativas do cérebro, possivelmente na medula e nível supra espinhal, desta forma não só impede a consciência de dor como também há uma redução na sua dimensão afectiva, através da reinterpretação dos significados associados à sensação de dor.

A hipnose pode conduzir a um processo específico de aprendizagem útil para lidar com a dor pós-operatória e/ou alterações bioquímicas resultantes na redução a transmissão nociceptiva (Faymonville et al., 1997).

De forma simplista a hipnose pode ser considerada um estado ou condição que ocorre quando uma sugestão apropriada provoca alterações na memória ou humor (Chaves, 1989). A hipnose é real no sentido em que o sujeito acredita na sua experiência (Faymonville et al., 1997). A hipnose é um dos tratamentos psicológicos mais antigos para a dor (Esdaile, 1846; cit in Faymonville et al., 1997), apesar da sua longa história como instrumento clínico no alívio da

dor, os pacientes submetidos a tratamento parecem ainda relutantes em relação a esta técnica devido às crenças e atitudes inadequadas que existe em torno da hipnose, como já foi referido anteriormente. Existem poucos trabalhos experimentais sobre o estudo do “Rapport” como processo mediador entre o contexto e participantes, na hora de determinar as respostas hipnóticas (Sheehan, 1991). A linha de investigação centra-se sobretudo, na relação que as atitudes e as expectativas têm com a susceptibilidade hipnótica (De Groh, 1989). Vários estudos mostram a influência das atitudes sobre a sugestibilidade hipnótica (Barber & Calverley, 1964; Sheeham & Perry, 1977; Spanos & Barber, 1974), ainda que não pareça haver acordo quanto ao alcance da dita influência (De Groh, 1989).

Perante a ausência de instrumentos para este efeito, começaram a ser desenvolvidas varias escalas que avaliam as crenças e atitudes face à hipnose.

Chaves em 2004, alterou a escala “Attitudes Towards Hypnosis Scale” criada por Spanos (1987), e adaptou uma versão para clientes, outra para estudantes de medicina dentária, e uma terceira para estagiários universitários. No ano anterior, Capafons (2003) desenvolveu a Escala de Crenças e Atitudes face à Hipnose - Cliente (ECAH – C), onde se podia avaliar as crenças e atitudes face à hipnose, na perspectiva do cliente. Essa Escala era constituída por 28 itens, muito dos quais baseados na Hypnosis Belief Survey de Keller (1996) e em outros questionários existentes sobre o tema. Os restantes itens foram construídos considerando os mitos sobre a hipnose propostos por Capafons (1998). Uma análise factorial exploratória da versão preliminar da Escala, obteve como resultados seis factores: automatismo, ajuda, controle pessoal, interesse, solução mágica e colaboração (Capafons et al., 2003 ; Carvalho et al., 2007).

Capafons, Morales, Espejo e Cabañas (2006) adaptaram a escala na versão de cliente para o uso com terapeutas (EVCAH – T). Para o efeito alteraram-na, sendo esta nova versão composta por 37 item, que avaliam as atitudes e crenças dos terapeutas face à hipnose.

A grande diferença entre a versão cliente e a versão terapeuta baseia-se na construção frásica dos itens, p.e., num item versão cliente, “A hipnose pode ser uma grande ajuda para os outros” e na versão terapeuta, “A hipnose pode ser uma grande ajuda para os meus clientes” (Carvalho e al., 2007).

A análise exploratória da versão terapeuta da EVCH, indica uma estrutura de 8 factores, sendo eles: “Medo” (de perder o controle, estando à mercê do hipnotizador ou de não sair do transe hipnótico); “Memória/transe” (as pessoas hipnotizadas estão num transe profundo que

permite acederem a memórias passadas); “Ajuda” (a hipnose é útil como um tratamento coadjuvante); “Controle” (as pessoas hipnotizadas controlam as suas acções e as respostas hipnóticas são voluntárias); “Cooperação” (colaboração entre o hipnotizador e o sujeito é necessária para conseguir uma resposta hipnótica adequada); “Interesse/Gosto” (desejo de ser hipnotizado); “Magia” (a hipnose é uma solução mágica para os problemas e nenhum outro factor é necessário para promover a mudança); e “Marginal” (a hipnose está fora do domínio científico), (Carvalho e al., 2007). Esta estrutura factorial foi confirmada através de um factor de análise confirmatório, o qual apresentou uma boa consistência interna dos coeficientes e uma razoável correlação teste-reteste para os oito factores (Carvalho e al., 2007; Capafons, Espejo, e Mendoza, 2008).

A EVCAH – C foi traduzida para português por três psicólogos, sendo posteriormente traduzida para castelhano por um bilingue espanhol, com o intuito de confirmar a fiabilidade da tradução da mesma (Carvalho et al., 2007). Efectuou-se uma análise exploratória em que foi avaliada a estrutura factorial da Escala de Valência de Crenças e Atitudes face à Hipnose, versão Cliente revista de 37 itens, e comparada com a Escala de Valência de Atitudes e Crenças face à Hipnose versão Terapeuta, sendo a amostra composta por estudantes universitários (Carvalho et al; 2007). Da análise factorial exploratória foram extraídos oito factores (Interesse, Memória/Magia, Ajuda, Controle, Cooperação, Marginal, Medo, Autómato), sendo estes similares aos utilizados na versão terapeuta, verificando-se que cada factor demonstrou ter boa consistência interna e fiabilidade, tal como na versão terapeuta (Carvalho et al; 2007).

II. Objectivo Geral

O objectivo deste estudo é dar continuidade à investigação que está a ser realizada com a EVCAH – C em Portugal, contribuindo ao mesmo tempo para a possibilidade de aferir e validar este instrumento para a população portuguesa.

III. Aspectos Metodológicos

a. Hipótese

Esta investigação parte das seguintes hipóteses:

H0 – Os pacientes apresentam o mesmo tipo de crenças e atitudes face à hipnose, que uma população estudantil.

(comparação dos resultados obtidos pela aplicação da Escala, entre uma população de pacientes e a uma população de estudantes universitários).

H1 – Os pacientes apresentam diferenças quanto ao tipo de crenças e atitudes face à hipnose, que uma população estudantil.

Assume-se como predições o facto dos pacientes (com dor), apresentarem o mesmo tipo de mitos, crenças e atitudes que a restante população (estudantil).

A estrutura factorial não variará da dos estudos anteriores, sendo que quanto mais conhecimentos ou experiencias com a hipnose clínica tenha a pessoa, menos crenças erradas e atitudes negativas apresentará.

b. Desenho e Método Experimental

O presente estudo tem as características de um desenho transversal tendo em conta que o questionário foi administrado em apenas um momento. A opção por este tipo de investigação encontra-se relacionada com o facto de as crenças e atitudes que os sujeitos apresentam em relação à hipnose influenciarem os tratamentos nos quais a hipnose é utilizada como coadjuvante terapêutico. O desenho desta investigação insere-se no âmbito das investigações empíricas pela sua componente observacional, ao permitir compreender o fenómeno a estudar (Hill & Hill, 2001), as crenças e atitudes dos estudantes e pacientes de dor face à hipnose.

O tipo de metodologia é quantitativa por se fundamentar numa perspectiva teórica do positivismo e constituir um processo dedutivo pelo qual os dados fornecem conhecimentos objectivos no que respeita às variáveis em estudo (Ribeiro, 1999).

c. Amostra

Esta investigação realizou-se em paralelo, no Centro de intervenção comunitária num espaço criado para o acompanhamento/intervenção da consulta de dor, e no Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte. A amostra foi seleccionada aleatoriamente, sendo composta por 697 indivíduos, 323 pacientes e 374 estudantes.

Dos 323 pacientes em estudo, 77 (23,8%) são do género masculino e 246 (76,2%) do género feminino. Apresentando idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos para uma *Média de 33,59 e um Desvio Padrão de 9,99*.

Dos 374 indivíduos que compõe a amostra de estudantes, 113 (30,2%) são do género masculino e 261 (69,8%) do género feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 37 anos (*Média de 22,52 e um Desvio Padrão de 2,45*).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

	Masculino	Feminino	Total
Pacientes de Dor	77	246	323
Estudantes	113	261	374

Na amostra de pacientes, 98,1% nunca foi hipnotizado em ocasião alguma, ao passo que 1,9% respondeu que sim (já terá sido). Contudo, 24,8% dos inquiridos respondeu que já recebeu informação sobre hipnose, enquanto 75,2% respondeu que antes de lhe ser aplicado este questionário nunca terá recebido qualquer tipo de informação sobre hipnose. Dos pacientes que receberam informação sobre a hipnose, 16,7% receberam-na através da televisão, 8% pela universidade; 2,8% através de cursos; 1,2% através de conferências científicas; 0,3% através de outro tipo de conferências e por último 3,1% receberam-na por outros meios.

Na amostra de estudantes, 98,4% nunca foi hipnotizado em ocasião alguma, ao passo que 1,6% respondeu que sim (já terá sido). Contudo, 31,8% dos inquiridos respondeu que já recebeu informação sobre hipnose, enquanto 68,2% respondeu que antes de lhe ser aplicado este questionário nunca terá recebido qualquer tipo de informação sobre hipnose. Dos estudantes que receberam informação sobre a hipnose, 21,9% receberam-na através da televisão, 6,7% pela universidade; 1,1% através de cursos; 0,3% através de conferências

científicas; 1,6% através de outro tipo de conferências e por último 7% receberam-na por outros meios.

d. Instrumentos

Foi utilizado como instrumento, neste estudo, a Escala de Valência de Crenças e Atitudes face à Hipnose, versão Cliente (*EVCAH – C*), composta por 37 itens, aferida para a população portuguesa, que originalmente era composta por 28 itens (Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I, Espejo, B., Mazzoni, & Leal, I., 2007).

Esta apresenta uma escala de resposta tipo Likert¹ de seis valores, em que o 1 representa “*Completamente em desacordo*” e o 6 “*completamente de acordo*” (Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I, Espejo, B., Mazzoni, & Leal, I., 2007).

e. Procedimentos

Como foi referido anteriormente, foi seleccionada uma amostra aleatória composta por pacientes do Centro de intervenção comunitária (e clínicas locais) e estudantes do Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte, à qual foi administrada a *EVCAH – C*. A cada elemento da amostra foi entregue um exemplar, seguidamente foi pedido que preenchessem a escala e que colocassem algum tipo de identificação, tal como estava estabelecido pela linha de orientação da investigação (Capafons et al., 2005). Esta última é de natureza sigilosa e anónima, destinando-se apenas para fins de investigação.

Posteriormente realizou-se uma análise factorial exploratória (com o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18.0, para o sistema operativo Windows), recorrendo à técnica de extracção dos eixos principais através do método de rotação oblíqua (normalização oblimin com Keiser, com um Delta de 0.2).

Este método de análise de dados foi proposto, porque em estudos anteriores ficou comprovado para ambas as escalas², que os factores da escala estariam correlacionados entre si (Capafons et al., 2005). Assim sendo, para analisar a consistência interna da Escala,

19 _____

¹ Desenvolvida por Rensis Likert, em 1932, a referida escala baseia-se na recolha de opiniões objectivas dos sujeitos investigados, referente a um conjunto de afirmações. Para cada afirmação, o sujeito deve assinalar o seu grau de concordância ou de discordância numa escala de cinco pontos.

² Versão Cliente e versão Terapeuta.

obteram-se os coeficientes alfa de Cronbach³ (Cronbach 1947, 1951) para cada um dos factores. Foram ainda realizadas análises descritivas, e análise dos factores para relatar as crenças e atitudes face à hipnose, da amostra total (pacientes mais estudantes). Por fim, realizaram-se teste t de contraste de hipóteses entre as ditas promédias. Para assim, comprovar a existência ou não, de diferenças entre pacientes e estudantes, relativamente às crenças e atitudes que manifestam sentir, face à hipnose.

IV. Apresentação de Resultados

Após esta análise descritiva, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados, seguindo a linha de orientação proposta por Capafons (Capafons et al., 2005). O mesmo iniciou com uma análise factorial sobre os 37 itens da escala. A análise factorial é frequentemente utilizada na determinação das qualidades métricas de uma escala de avaliação psicológica. Desde logo obtivemos um valor de 0.90, pela a medida de Kaiser-Meyer-Olkin, considerado bom (o desejável são valores a rondar 0.80/0.90) pelo que, segundo Martinez e Ferreira (2008) confirma a adequação da amostra à realização da AFE. No presente estudo e no âmbito do teste que foi desenvolvido por Bartlett (1950), o valor de significância alcançado foi de 0.000, o que comprova que a matriz de correlação não é uma matriz de identidade, logo os factores obtidos podem ser extraídos, porque existe correlação entre as variáveis (Martinez & Ferreira, 2008).

Da análise factorial dos eixos principais (*principal axis factoring*) obtiveram-se 7 factores com valores próprios superiores a 1 (*eigenvalues*), respectivamente (9,105; 4,226; 2,280; 2,018; 1,397; 1,248; 1,134), que explicam 56,86 % da variância total. O factor 1 agrupa os itens relacionados com a *Ajuda/Memória* (itens: 1,10,12,17,23,30,37) que explicam 24,60% da variância; o factor 2 agrupa os itens relacionados com *Medo* (Itens: 4,18,19,20) que explicam 11,42% da variância; o factor 3 agrupa os itens relacionados com o *Controle* (Itens: 14,15,21,24,25) que explicam 6, 16% da variância; o factor 4 agrupa os itens relacionados

20_____

³ O Alpha de Cronbach (α) é um importante indicador estatístico de fidedignidade de um instrumento psicométrico, sendo por vezes chamado de coeficiente de fidedignidade de uma escala. A pontuação de cada item é computada e a classificação global, chamada de escala, é definida pela soma de todas essas pontuações. Foi nomeado como alfa por Cronbach (1951), com intenção de replicar a técnica em outros instrumentos. Quanto maior a correlação entre os itens de um instrumento, maior vai ser o valor do alpha de cronbach, por esta razão, ele também é conhecido como consistência interna do teste.

com a *Cooperação* (Itens: 2,8,13) que explicam 5,45 % da variância; o factor 5 agrupa os itens relacionados com o *Interesse* (Itens: 26,27,28,29) que explicam 3,77% da variância; o factor 6 agrupa os itens relacionados com o *Transe/marginalidade* (Itens: 33,34,35,36) que explicam 3,37% da variância; e por fim o factor 7 agrupa os itens relacionados com *Magia/autómato* (Itens: 5,7,9,11) que explicam apenas 3,06% da variância. Nesta análise foram excluídos os seguintes itens: 3,6,16,22,31,32. Por apresentarem cargas de saturação inferior a 0.40, e por saturarem em mais do que um factor.

Tabela 2 - Pattern Matrix^a

Itens	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
Item10 – A hipnose pode ser um complemento de grande ajuda para melhorar os efeitos (...).	,777						
Item23 – A hipnose é um facilitador dos resultados terapêuticos.	,710						
Item12 – A hipnose é um complemento ou ferramenta para ajudar nas terapias psicológicas.	,698						
Item37 – A hipnose é um complemento ou uma ferramenta para ajudar nas terapias.	,633						
Item17 – A hipnose fomenta a capacidade de auto-controlo.	,478						
Item1 – A hipnose pode ser uma grande ajuda para os outros.	,473						
Item30 – O que se recorda sob hipnose é a verdade.	,425						
Item32							
Item20 – Acredito que a hipnose pode revelar-se perigosa.		,786					
Item18 – Tenho medo de ficar “preso” num transe hipnótico.		,736					
Item19 – Acredito que sob hipnose se pode chegar a perder o controlo sobre si mesmo.		,693					
Item4 – A hipnose mete-me medo.		,625					
Item15 – Quando a pessoa está sob hipnose conserva a sua vontade para fazer o que quiser.			,712				
Item25 – A pessoa hipnotizada mantém o controlo sobre si mesmo.			,678				
Item14 – A pessoa hipnotizada pode “sair” da hipnose quando o desejar.			,669				
Item24 – Se a pessoa é contra uma sugestão pode ignorá-la completamente.			,523				
Item21 – Tudo o que acontece sob hipnose é provocado pela pessoa hipnotizada.			,413				
Item16							
Item2 – A hipnose implica um esforço de cooperação entre o hipnotizador e o cliente.				-,619			
Item13 – Para hipnotizar alguém é necessário a sua colaboração.				-,505			
Item8 – A hipnose requer esforço por parte da pessoa hipnotizada.				-,443			
Item3							
Item26 – Gostaria de ser hipnotizado(a).					,952		
Item27 – Deixar-me-ia hipnotizar se surgisse a oportunidade.					,945		
Item28 – Gostaria de ser muito hipnotizável.					,879		
Item29 – Aprende-se mais depressa sob hipnose.					,465		
Item36 – A pessoa hipnotizada encontra-se dissociada.						,737	
Item35 – Na generalidade, algumas das características fundamentais das pessoas muito (...).						,597	
Item33 – A hipnose é um estado de transe.						,466	
Item34 – A hipnose desenvolve-se à margem da investigação científica.						,435	
Item22							
Item31							
Item5 – Sob hipnose conseguem-se coisas sem nenhum esforço por parte da pessoa.							,568
Item11 – A pessoa hipnotizada é passiva.							,451
Item9 – A hipnose é tudo o que se necessitaria para tratar da maioria dos problemas.							,442
Item7 – Acredito que sob hipnose a pessoa é um autómato à mercê do hipnotizador.							,406
Item6							

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 10 iterations.

Um outro aspecto que foi estudado, refere-se ao grau de consistência interna da escala. Esta medida dá-nos a proporção da variabilidade das respostas, que resulta das diferenças entre as respostas dos pacientes. Ou seja, as diferenças das respostas devem-se ao facto dos sujeitos terem diferentes opiniões e não devido a diferentes interpretações do instrumento. Esta consistência interna pode ser verificada pelo *Alpha de Cronbach*. Ele reflecte o grau de covariância dos itens entre si. Valores próximos de 1 indicam uma boa consistência interna (Pasquali, 2003). Para uma pesquisa exploratória, aceita-se valores acima de 0,60. O valor de *alpha* encontrado neste estudo, levando em consideração todas as variáveis (itens) foi o de **0,90** (para os 37 itens), mostrando-se adequado, uma vez que está acima de 0,60. Por outro lado, também foi possível calcular o coeficiente de fidedignidade para cada um dos factores, como se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3 – Coeficiente de Fidelidade

Factor	Consistência interna
Ajuda/memória	0.87
Medo	0.79
Controle	0.74
Cooperação	0.66
Interesse	0.88
Transe/Marginalidade	0.69
Magia/autómato	0.63

De seguida procedeu-se à análise dos 7 factores através do teste *t-student*. Os resultados obtidos foram os seguintes:

Tabela 4 – t-student

Factor	Pacientes		Estudantes		
	Média e Desvio-Padrão	gl	t	P	
Ajuda/memória	3.90±.87	3.44±.88	695	7.011	.000
Medo	3.55±1.05	3.30±1.08	695	3.011	.003
Controle	3.10±.76	2.93±.80	695	2.765	.006
Cooperação	4.34±.87	4.18±.92	695	2.390	.017
Interesse	2.94±1.32	2.59±1.24	695	3.664	.000
Transe/marginalidade	3.47±.84	3.33±.79	696	2.313	.021
Magia/autómato	3.18±.85	2.88±.83	695	4.658	.000

A análise ao teste *t* comprova, com efeito, que existe uma diferença nos 7 factores entre os pacientes e os estudantes, sendo que os pacientes apresentam de uma forma mais intensa e significativa *crenças e atitudes* face à hipnose, do que os estudantes. Deste modo, podemos rejeitar a hipótese nula, a de que, entre pacientes e estudantes não existem diferenças nas crenças e atitudes face à hipnose.

V. *Discussão*

A evidência empírica mostra-nos que o mais importante para predizer o êxito terapêutico nos tratamentos que incluem a hipnose, são as atitudes e as expectativas que os pacientes apresentam face à mesma (Schoenberger, 2000). No entanto, como a hipnose é um coadjuvante terapêutico bem estabelecido, segundo os critérios de Chambless & Hollon (1998) para a dor, importava conhecer melhor a opinião dos pacientes em relação a ela para a corrigir, até porque esta poderia ser a mesma da população em geral. Sendo a hipnose, um conjunto de procedimentos carentes de iatrogenia intrínseca, são as falsas crenças sobre a mesma, aquelas que podem provocar efeitos colaterais perniciosos, como as falsas recordações. Para Capafons (2008) são sobretudo as atitudes face à hipnose, os melhores predictores de êxito terapêutico dos tratamentos que incluem a hipnose como coadjuvante.

A realização do presente estudo veio assim confirmar a diferença entre os pacientes e os estudantes, sendo que os pacientes apresentam de uma forma mais intensa e significativa *crenças e atitudes* face à hipnose, do que os estudantes. Com a obtenção deste resultado rejeitamos a H0 e aceitamos a H1. Deste modo, podemos afirmar que se justificaria a necessidade de utilização de um instrumento como a EVCAH-C para a avaliação prévia dos pacientes, que sejam sujeitos a um programa onde a hipnose apareça como um coadjuvante terapêutico. Este resultado talvez encontre justificação, na necessidade que este tipo de população apresenta em encontrar um tipo de intervenção clínica que a ajude a combater melhor a sua patologia.

Por outro lado, neste estudo foram apenas alcançados sete factores, enquanto em estudos anteriores foram alcançados oito. Provavelmente, uma das razões que poderá estar na origem da obtenção destes sete factores, seja a reduzida amostra por nós utilizada. Isto em comparação com estudos anteriores, tendo como referência o realizado por Capafons et al., (2008) com a EVCAH-T onde foram utilizados 1661 sujeitos (Psicólogos). Deste modo, induzimos que com um maior número de sujeitos em estudo, poderíamos obter os mesmos oito factores. Embora obtendo sete factores, os oito alcançados em estudos anteriores encontram-se presentes neste estudo. No entanto, alguns deles aparecem associados a outros factores. Como exemplo temos o factor 1 (Ajuda/Memória), o factor 6 (Transe/Marginalidade) e o factor 7 (Magia/Autómato).

Outra das razões que poderá relacionar-se com a obtenção dos sete factores, são as próprias características da amostra. Ou seja, tanto na população clínica como na população estudantil, aproximadamente 70% respondeu que antes de lhe ser aplicado este questionário nunca tinha recebido qualquer tipo de informação sobre a hipnose, o que se poderá ter repercutido nos resultados, uma vez que alguns dos factores, como vimos anteriormente, aparecem associados entre si, reflectindo deste modo alguma confusão/inexactidão na resposta dos inquiridos. Por outro lado, todos os factores obtidos no estudo apresentaram bons coeficientes de fidedignidade, a exemplo de estudos anteriores com a mesma escala, o que revela uma vez mais, que a EVCAH-C enquanto instrumento de avaliação psicológica apresenta uma elevada consistência interna.

Um outro resultado que nos suscitou atenção, refere-se ao facto do factor 1 (Ajuda/Memória) explicar 24,60% da variância total da amostra, sendo assim o factor que mais pontuação recolheu neste estudo. Seguido pelo factor 2 (Medo) que explica apenas 11,42% da variância.

Enquanto que no estudo realizado por Carvalho et al., (2007) em Portugal, com estudantes universitários, o factor que recolheu uma maior variância foi o do Interesse/Gosto, com 18,55%. Deste modo, podemos afirmar, que nas populações em estudo, sobretudo os pacientes, parecem ver na hipnose uma ajuda, um tratamento coadjuvante útil, e igualmente, um modo de permitir às pessoas acederem a memórias passadas. Este resultado reflecte a necessidade que a população clínica apresenta, em procurar algo que a ajude a combater eficazmente, o fenómeno doença e todas as circunstâncias a ele inerente. E vai assim ao encontro do pensamento de Barber, J., (2000) em que as vantagens de aprender esta fonte de bem-estar potencialmente poderosa (a hipnose), que não têm efeitos colaterais adversos, parecem suficientemente claras para garantir a sua inclusão em qualquer programa integral para o tratamento da dor.

Por outro lado, a presença em segundo lugar do factor Medo no presente estudo, permite-nos confirmar a ideia de Capafons, 1998; Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Jupp, 1985-86; McConkey & Vingoe, 1982; Yu, 2004; de que apesar dos benefícios empíricos evidentes da utilização da hipnose na intervenção psicológica, muitos profissionais de saúde e os próprios pacientes apresentam-se apreensivos no seu uso e nos seus tratamentos. Isto acontece, muitas vezes por causa dos mitos e das crenças relacionadas com a hipnose, associados em grande parte, ao desconhecimento e desinformação que esta amostra em estudo também apresentou (com um valor médio próximo de 70% para ausência de informação sobre a hipnose) relativamente a este tipo de metodologia interventiva.

A maioria dos psicólogos que se orientam numa perspectiva cognitivo-comportamental desconhecem a relevância e o uso da hipnose como coadjuvante deste tipo de psicoterapia, mas vários estudos revelam a sua eficácia (Kirsch, 1990; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery & Pastyrnak, 1994; Capafons, 1998) no tratamento de uma grande variedade de patologias, nomeadamente nas perturbações depressivas, da ansiedade, mal-estar, do sono, condições psicossomáticas, tabagismo, obesidade, controlo da dor, enurese, asma, em cirurgia, na percepção, na memória, ajudando a melhorar a qualidade de vida dos doentes (Kirsch, Lynn & Rhue, 1997; Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena & Patterson, 2000; McIntyre, 2001; Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2006; Bryant, Guthrie, Moulds, Nixon, & Felmingham, 2003, Ellsmore, 2001, Evans & Coman, 2003, German, 2004, Montgomery et al., 2002, Montgomery et al., 2002, Schoenberger, 2000, Yapko, 2001, Montgomery et al., 2004; Mendoza et al., 2009; Capafons,

1993, 1994; Capafons & Amigó, 1993b, 1995; Bayot, Capafons & Amigó, 1995; Casas & Capafons, 1996; Capafons, 1998).

VI. Conclusão

A realização deste estudo permitiu confirmar, pela análise factorial exploratória, usando uma análise factorial dos eixos principais, a presença de 7 factores no total da amostra (323 pacientes mais 374 estudantes) sendo eles: ajuda/memória, medo, controle, cooperação, interesse, transe/marginalidade e magia/autómato. Todos eles apresentaram uma boa consistência interna. E confirmou ainda, a diferença entre a amostra clínica e a amostra estudantil, apresentando os pacientes de uma forma mais intensa e significativa crenças e atitudes face à hipnose, do que os estudantes.

Desta forma, rejeitamos a hipótese nula (não existem diferenças entre população estudantil e a população clínica nas crenças e atitudes apresentadas face à hipnose), e aceitamos a hipótese 1 (existem diferenças entre a população estudantil e a população clínica nas crenças e atitudes apresentadas face à hipnose).

VII. Referências bibliográficas

- Bányai, E.I. & Hilgard, E.R. (1976). Comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 218-224.
- Bányai, E.I., Zseni, A. & Túry, F. (1993). Active-alert hypnosis in psychotherapy. En J.W. Rhue, S.J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 271-290). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Princenton, New Jersey: Van Nostrand Reinhold.
- Bartlett, M.S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology*, 3, (2), 77 – 85.
- Braffman & Kirsch (1999). Imaginative Suggestibility and Hypnotizability: Na Empirical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 578-587.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A., Alarcón, A., Espejo, B., & Cabañas, S. (2006). Análisis factorial exploratório y propiedades psicométricas da la escala de Valencia de actitudes y crenças hacia la hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18, 810-815.
- Capafons A., Cabañas, S., Alarcón, A., Espejo, B., Mendoza E., Chaves J., & Monje A. (2006) Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 22, 67–76.
- Capafons, A., Cabañas, S., Espejo, B., & Cardeña, E. (2004). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis: An international study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 413-433.
- Capafons, A. (2004). Definición y caracterización de la hipnosis. *Curso de Especialista Universitario en Hipnosis Clínica*. 1ª Promoción. UNED.
- Capafons, A., & Mazzoni, G. (2005). ¿Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta?: hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 25, 27-38.
- Capafons, A., Espejo, B. Mendoza, M. (2008). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis, therapist version. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53, 281-294.

- Capafons, A., Morales, C., Espejo, B., & Cabañas, S. (2006). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de Valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18, 810-815.
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. (1995). Entrevista a Irving Kirsch (University of Connecticut, USA). *Papeles del Psicólogo*, 62, 60-61.
- Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I, Espejo, B., Mazzoni, & Leal, I. (2007). Factorial analysis and psychometric properties of the revised Valencia scale of attitudes and beliefs toward hypnosis-client version. *Contemporary Hypnosis*, 24, 76-85.
- Carvalho, C., Mazzoni G., Kirsch, I & Leal, I. (2006). Apresentação da Versão Portuguesa de uma Escala de Avaliação da Susceptibilidade Hipnótica. *Psicologia, Saúde e Doença*. 7(1), 3-11.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chaves, J. F. (2004, July). Hypnosis in the health-care setting: hopes, beliefs and experience. Paper presented at 112th American Psychological Association Annual Convention, Honolulu, Hawaii.
- Faymonville M.E., Mambourg P. H., Joris J., Vrigeus B., Fissette J., Albert A., Lamy M. (1997). Psychological approaches during conscious sedating. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 73, 361-367.
- Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika*, 19, 149 – 161.
- Hair, J.R., Josef, F., Anderson, R.E., Tatham, Ronald, L., & Black, W. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 5a ed.
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & Wold, Inc.
- Hilgard, E. R. (1969). Altered states of awareness. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 149, 68-79.
- Hilgard, E. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds). *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 83-104). New York: The Guilford Press.
- Jensen, M.P., & Patterson, D.R. (2005). Control conditions in hypnotic-analgesia clinical trials. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53, 170-197.

- Keller, R. F. (1996). Hypnosis belief survey. *Psychological Hypnosis*, 5, 8-9.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Atkinson, C., & Glaser, R. (2001). Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 674-682.
- Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical Landscape. *American Psychologist*, 50, 846-858.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments—another meta-reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 517-519.
- Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1997). Hypnotic involuntariness and the automaticity of everyday life. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 329-348.
- Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1998). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 123, 100-115.
- Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1999). The automaticity of behavior and clinical psychology. *American Psychologist*, 54, 504-515.
- Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., Costantini-Ferrando M. F., Alpert, N. M., & Spiegel, D. (2000). Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1279-84.
- Malhotra, N. K. (2001) *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman, 3ª Edição.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2008). *Análise de Dados com SPSS – Primeiros passos*: Lisboa: Escolar editora, 2ª Edição.
- McConkey, K. M., & Jupp, J.J. (1985-86). A Survey of Opinions about Hypnosis. *British Journal of Experimental Hypnosis*, 3, 87-93.
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.H., & Reed, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 134-149.
- Montgomery, G.H., & Schnur, J.B. (2004). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3-8.
- Mendoza, M.E. y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, vol. 30, 2, 98-116.

- Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.
- Pereira, J. C. R.(2001). *Análise de Dados Qualitativos. Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: EDUSP.
- Pinel, C.M., & Covino, N.A. (2000); Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 170-194.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª Edição). Lisboa: Gradiva Publicações.
- Rainville, P., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C., Duncan, G. H., & Price, D. D. (2002). Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 887-901.
- Redd, W. H., Montgomery, G. H., & DuHamel, K. N. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side-effects. *Journal of National Cancer Institute*, 93, 810-823.
- Reymonte, R.A. & Jöreskog, K.G. (1996). *Applied factor analysis in the natural science*. London: Cambridge University Press.
- Ribeiro, J.(1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Schoenberger, N. E, (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 48, 154-169.
- Sociedad Británica de Psicología (2002). *La naturaleza de la hipnosis*. Valencia: Promolibro.
- Spanos, N. P., Brett, P.J., Menary, E.P., & Cross, W. P. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: relationship with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 31-41.
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. Base 10.0 User's Guide. Chicago: SPSS, 1999.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis*. Washington, DC: APA.
- Vanhauzenhuysse A., Boly M., Balteau E., Schnakers C., Moonen G., Luxen A., Lamy A., Degueldre C., Brichant J. F., Marquet P., Laureys S., Faymonville M.E. (2009). Pain and

non-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study. *Neuroimage*, 47, 1047-1054.

- Vingoe, F.J. (1982). Attitudes of clinical and educational psychologists towards hypnosis training and treatment. *Bulletin of British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5, 37-41.
- Vickery, A. R., & Kirsch, I. (1991). The effects of brief expectancy manipulations on hypnotic responsiveness. *Contemporary Hypnosis*, 8, 167-171.
- Wickless, C., & Kirsch, I. (1989). Effects of verbal and experiential expectancy manipulations on hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 762-768.
- Wood, G. J., Bughi, S., Morrison, J., Tanavoli, S., Tanavoli, S., & Zadeh, H. H. (2003). Hypnosis, differential expression of cytokines by T-cell subsets, and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45, 179-196.
- Yapko, M. D. (2001). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Yu, C. K-c. (2004). Beliefs and Opinions Regarding Hypnosis and its Applications among Chinese Professionals in Medical Settings. *Contemporary Hypnosis*, 21, 177-186.

ANEXO I

Artigo Científico

**FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS
HYPNOSIS - CLIENT VERSION: VALIDATION STUDY IN A PORTUGUESE CLINICAL AND
STUDENT POPULATION**

ANTÓNIO CARNEIRO^{4,3}, ELISABETE SANTOS^{1,3}, MARIA EMÍLIA AREIAS^{1,4} & ANTÓNIO
CAPAFONS²

1. *Department of Psychology of ISCS-N (Instituto Superior da Saúde – Norte), Portugal*

2. *Universitat València, Espanha (University of Valencia, Spain)*

3. *Unidade de Investigação de Psicologia e Saúde (UnIPsA)*

4. *CINEICC, Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental*

Abstract: The objective of the present study was to investigate the beliefs and attitudes of a clinical population compared to a student population, using the *Valencia Scale of Beliefs and Attitudes towards hypnosis - Client version*. This study was administered in parallel, in a Community Action Center and in the ISCS-N (Instituto de Ciências da Saúde – Norte). The sample was selected randomly and included 323 patients and 374 students. In order to process the data, we performed an exploratory factor analysis, employing the technique of principal axis extraction. Our study confirmed the presence of 7 factors in the clinical sample, all with a good internal consistency. It further confirmed the difference between the clinical sample and the student sample, patients demonstrating beliefs and attitudes in a more intense way than students.

Key-words: *Hypnosis, Myths, Beliefs, Attitudes, expectations, and Hypnotic suggestibility.*

33_____

⁴ Address correspondence to Antonio Carneiro, Rua José Dias Carneiro, No. 310, 4580-538 Lordelo - Paredes, Porto, Portugal. E-mail: carloscarneiropsi@gmail.com
^{1,2}

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

INTRODUCTION

After a period of mitigated decline, in the middle of last century, Hypnosis experienced resurgence in the western world. In 1947, the *Society for Clinical and Experimental Hypnosis* was founded in the United States, and ten years later it became an international society. Eight years later, in 1957, a new association was formed, the *American Society of Clinical Hypnosis*. Both societies have published their respective journals since then. In 1958, hypnosis received a new impetus, with its recognition by the *American Medical Association* as being a legitimate method of treatment in medicine and odontology. The same occurred in 1955 with the *British Medical Association* in England, where a professional society for the study of hypnosis was already founded. Later, in 1969, the *American Psychological Association* created a section dedicated to psychologists interested in hypnosis. This resurgence was characterized by an effort to invest in hypnosis as a scientific discipline, separating it definitively from the magical and fraudulent connotations with which it had frequently been associated. In various countries, the proliferation of scientific societies and specialized journals dedicated to its study, beginning towards the end of the 1970's and at the early 1980's, resulted in an extraordinary level of dissemination (Capafons & Amigó, 1993). In 2002, the British Society of Psychology defined the term "hypnosis" as designating the interaction which takes place between a person, the "hypnotist," and another person or other persons. "In this interaction, the hypnotist tries to influence the perception, emotions, thoughts and conduct of the subjects, asking them to concentrate upon an idea or image capable of evoking the effects which are intended to be achieved. The verbal communications the hypnotist uses to achieve these effects are designated as suggestions." The difference between suggestions and any other class of instruction, stems from the idea that the suggestions imply that the responses experienced by the subjects have an

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

involuntary character or are experienced without effort. Furthermore, the subjects can learn to use the hypnotic procedures without the need of the hypnotist, by the process known as "auto-hypnosis." In this way, the process of hypnosis can only occur within the individual; when the hypnotist is present, the subject accepts him as an aid to hypnotize himself (Hilgard, 1986; cit. in Kirsch, 1998).

On the other hand, in 2004, the *Society of Psychological Hypnosis* (division 30 of the APA), established a new definition, in which, "...habitually, hypnosis includes an introduction to the procedure, during which the subject is told that he will be presented with suggestions of imaginative experiences. The hypnotic induction is a suggestion, extended and amplified by using one's own imagination, which is given in the beginning (initial), and can include greater details (elaborations) from the introduction." A hypnotic procedure is used to instigate and evaluate responses to suggestions (Capafons, 1998).

During hypnosis, a person is guided by another (the hypnotist) in a way that he/ she responds to the suggestions of change in the subjective experience. If the subject responds to the hypnotic suggestions, it is generally inferred that hypnosis has been induced. The details of the procedures and hypnotic suggestions differ according to the objectives of the practitioner and the purposes of the clinical task or of the research which is being attempted. Traditionally, the procedures include suggestions to relax, even though the relaxation may not be a necessary part of the hypnosis, enabling the use of a wide variety of suggestions, including suggestions of warning (Capafons et al, 1998; Montgomery et al, 2004).

As a part of this natural evolution, hypnosis has come to be ever more frequently used as an aid in clinical practice (Kirsch et al, 1997; Carvalho et al, 2006, 2007; Capafons, 1998). There exists a broad consensus that hypnosis provides an advantage in clinical intervention,

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

demonstrating effectiveness in various medical areas, especially in the treatment of pain (Chaves & Dworkin, 1997; Montgomery, 2000; Montgomery, DuHamel & Redd, 2000; Pinell & Covino, 2000; Montgomery & Schnur, 2005). A satisfactory solution can frequently be obtained through its use, a phenomenon that increasingly provides the clinician with a valuable tool in working psychologically with pain (Barber, J., 2000).

Scientific circles have been recently puzzled by the idea that the analgesia for experienced pain is not reversed by the administration of a hydrochlorhydrate of naloxana, which suggests that hypnotic analgesia is not mediated by the endorphin system. It was discovered that the encephalic fluid of patients under the effect of acupuncture demonstrated higher levels of endorphins, while preliminary studies discovered that the levels of endorphins did not increase in patients during an experience of analgesic hypnosis, which in some way confirms the independence of hypnotic analgesia of the action of endorphins. What is known is that the level and degree in which hypnosis allows the modification of the perception of pain is surprising. It is well documented that both experimentally induced and clinical pain can be considerably reduced, and even in some case eliminated, even though this fact depends more on the ability of the person to feel the anesthesia, rather than on the technique. The question in analysis is not if hypnosis can provoke a powerful analgesic experience, but rather that hypnosis is indeed clearly an effective manner to modify its perception, and thus the person may not show pain. An ultimate test about the abilities of hypnosis, demonstrating that it is an effective and practical means, is provided with no doubt by the lasting relief of chronic pain by assisting psychotherapy. Chronic pain is a complex psychological phenomenon, affected by multiple factors. In the first place, it is important to distinguish between the analgesic potential of hypnosis in itself, and the necessity that hypnosis be incorporated in a general plan of psychotherapeutic treatment, if it is to be used

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

with success to produce long-term relief. For as many people believe that hypnosis (with one single treatment) can cure obesity, compulsive behavior and sexual problems, many believe that hypnosis in itself can cure chronic pain. Experienced clinicians know, however, that the hypnotic experience can be therapeutic in itself, provoking a sensation of peace and well-being, and even though analgesic suggestions can be effective in the short-term, long-term benefits require that hypnosis be utilized as an integral part of a wider psychotherapeutic intervention. More effective relief requires that the clinician combine training in analgesic hypnosis with other psychological approaches, which include knowledge of the patient's situation and the problems that are affecting him/her (Barber, J., 2000).

Many psychological factors interfere with the capacity of a person to learn to use hypnosis for the consistent relief of chronic pain. In general, hypnosis allows the patient to learn how to alleviate pain, or at least to significantly relieve his/her suffering. The degree, to which hypnosis is effective in the relief of long-term pain, depends in great part on the ability to motivate the patient to exercise willpower and encourage his/her determination. The advantages in learning about this potentially powerful source of well-being, which has no adverse side effects, appear to be sufficiently clear to guarantee its inclusion in any program integral to the treatment of pain. (Barber, J., 2000).

INNOVATION AND INTEGRATION INTO THE PRESENT-DAY BODY OF KNOWLEDGE

In spite of the evidence of empirical benefits by the use of hypnosis in psychological intervention, many healthcare professionals, and the patients themselves, are sometimes apprehensive and mistrustful about its use and about their treatments. This occurs often because

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

of the myths and beliefs surrounding hypnosis (Capafons, 1998; Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Jupp, 1985-86; McConkey & Vingoe, 1982; Yu, 2004).

Various studies stress the importance of numerous beliefs about hypnosis on the efficacy of this procedure (McKonkey, 1986). Indeed, hypnosis may be associated with the following beliefs: a) it is a different state than the normal state of consciousness; b) suggestions are experienced without the need for any effort; c) one can remember situations impossible to remember in any other way; d) hypnosis creates a greater insensitivity to pain; e) under hypnosis one always tells the truth about what one generally lies about; f) experiencing suggestions depends, in large part, more on the capacities of the individual than on those of the hypnotist.

Still, according to Capafons and Mazzoni (2005), hypnosis is a technique which, in itself, does not imply any risks. The improper use of the technique can be prejudicial, especially concerning the engendering of false memories on the part of the hypnotized person. The erroneous beliefs and myths about the possibilities of hypnosis transmitted by the media, and by therapists themselves (especially those who call themselves hypnotherapists) appear to be, in the end, responsible for the risks involved in its use. Therefore, one form of preventing such risks is to present accurate and truthful information to the patient.

Clinical and experimental cognitive-behavioral approaches will have considered attitudes, beliefs and expectations as highly important variables for their capacity to promote hypnotic responses, and for their relevance in the results of treatments which they undertake in conjunction with hypnosis (Barber, Spanos & Chaves, 1974; Chaves, 1999). Demonstrating a positive attitude towards hypnosis, in the beginning of treatments which include hypnotic techniques, is related to a marked improvement in patients (Schorenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery & Pastyrnak, 1997), therefore the presence of positive attitudes and appropriate expectations, combined with a

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

minimal level of hypnotic suggestibility, can be considered prerequisites to be taken into account in any treatment based on hypnosis (Capafons, 2001). It follows that, before initiating any hypnotic intervention, it would be essential to evaluate the attitude of the patients and to eliminate their fears (Spanos, Brett, Menary & Cross, 1987). In this sense, the correction of false concepts will create more positive attitudes towards hypnosis, as much in the clients as in the therapists (Capafons, 1998b; Schoenberger et al, 1997). "Rapport" would be especially relevant, being the one socio-psychological factor which orients hypnotic responses (Sheehan, 1991) and which accommodates the differences in the highs and lows of suggestibility (Lynn & Rhue, 1991). Nevertheless, few experimental works exist on the study of "rapport" as a mediating process between the context and participants at the moment of determining hypnotic responses (Sheehan, 1991). The line of investigation is mainly centered on the relationship that attitudes and expectations have with hypnotic susceptibility (De Groh, 1989). Various studies show the influence of attitudes over hypnotic susceptibility (Barber & Calverley, 1964; Sheehan & Perry, 1977; Spanos & Barber, 1974), even though there appears to be no agreement on the extent of such influence (De Groh, 1989).

Given the importance of the knowledge of attitudes and beliefs about hypnosis, and taking into account the lack of means to rectify them, a series of scales began to be developed. Chaves, in 2004, modified the scale "*Attitudes Towards Hypnosis Scale*," developed by Spanos (1987), and adapted a version for clients, another for dental students, and a third for university interns. In the previous year in Spain, a group of researchers led by Capafons (2003) developed a Scale of Beliefs and Attitudes towards Hypnosis - Cliente (SBAH-C), where beliefs and attitudes towards hypnosis could be evaluated from the perspective of the client. That scale consisted of 28 items, the majority of which were especially inspired by the "*Hypnosis Belief Survey*" by Keller (1996),

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

and by other extant questionnaires on the subject. The remaining items were constructed considering the myths about hypnosis proposed by Capafons (1998). One exploratory factor analysis of the preliminary version of the Scale obtained six factors as results: automatism, help, personal control, interest, magical solution and collaboration (Capafons et al, 2003).

In 2006, Capafons, Morales, Espejo and Cabañas adapted the client version of the scale for use by therapists (VSBAH - T), modifying and widening it, resulting in a new version with 37 items. This version clarified the graphic structure of some items, which contained two affirmations that were converted into two items. This new scale was prepared to evaluate above all the beliefs and attitudes of therapists towards hypnotism. The main difference between the client and therapist versions consisted in the phrasal structure of two items (e.g.: in one client version item, "Hypnosis can be a great help to others" and in the therapist version, "Hypnosis can be a great help to my clients ").

The exploratory analysis of the therapist version of the VSBAH indicated a structure of 8 factors, being: "*Fear*" (of losing control, being at the mercy of the hypnotist or not coming out of the hypnotic trance); "*Memory/Trance*" (the hypnotized people are in a profound trance which permits access to past memories); "*Help*" (Hypnosis is useful as an auxiliary treatment); "*Control*" (hypnotized people control their actions and hypnotic responses are voluntary); "*Cooperation*" (Collaboration between the hypnotist and the subject is necessary to achieve a proper hypnotic response); "*Interest/Like*" (Desire to be hypnotized); "*Magic*" (Hypnosis is a magical solution for problems and no other factor is necessary to promote change); and "*Marginal*" (Hypnosis is outside the scientific domain). This factorial structure was confirmed through a confirmatory factor analysis (Capafons, Espejo & Mendoza, 2008), which presented a

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

good internal consistency of the coefficients, and a reasonable test-retest correlation for the eight factors.

Subsequently, the VSBAH - CV was translated into Portuguese by three psychologists, having been newly translated into Castilian Spanish by a bilingual Spaniard, to the end of ensuring a faithful translation of the instrument (Carvalho et al., 2007). An exploratory study took place, in which the factorial structure of the Valencia Scale of Beliefs and Attitudes towards Hypnosis, revised Client version with 37 items, was evaluated and compared with the Valencia Scale of Attitudes and Beliefs towards Hypnotism, Therapist version. This study was undertaken using university students (Capafons et al., 2007). Presently, Capafons and his colleagues are proceeding with the standardization and validation of this scale (VSBAH - CV) for the entire Portuguese population. We hope, by undertaking this investigation, to contribute significantly to the achievement of this objective.

METHOD

Sample

This investigation was undertaken in the Socio-Educational and Professional Center of Parteira, in a space created for appointments for the supervision and treatment of pain and local clinics, and in the ISCS-N (Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte), which is an university in the North of Portugal which holds different courses on Health Sciences. The sample was selected randomly and included 323 patients and 374 students to whom the VSBAH - CV was administered. After collecting the data, the descriptive analysis was performed. From the total 323 patients in our population, 77 (23.8%) are male and 246 (76.2%) are female. They range in age from 18 to 69 years old, for a *Mean of 33.59* and a *Standard Deviation of 9.99*. *98.1%* of them had never been hypnotized on any occasion at all, and *1.9%* responded that they had already

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

been so. However, 24.8% of the respondents told they had already received information about hypnosis, while 75.2% responded that they had never received any type of information about hypnosis. From the percentage that had received information about hypnosis, 16.7% received it through television, 8% in university, 2.8% through courses, 1.2% through scientific conferences, 0.3% through other types of conferences, and finally, 3.1% received by other means. On the other hand, from the total of 374 students, 113 (30.2%) are male and 261 (69.8%) are female. The information regarding the age of the students was not obtained. 98.4% had never been hypnotized on any occasion whatever, while 1.6% responded that they already were so. 31.8% of the respondents responded that they had already received information about hypnosis, while 68.2% responded that, before receiving this questionnaire, they had never received any type of information at all about hypnosis. From the parcel of students who had received information about hypnosis, 21.9% had received it through television, 6.7% in university, 1.1% through courses, 0.3% through scientific conferences, 1.6% through other types of conferences and, finally, 7% received it by other means.

Instruments

In this study, the revised version of the *Valencia Scale of Beliefs and Attitudes towards Hypnosis - Client version*, (Capafons et al, 2007) was administered. The VSBAH - CV is composed of 37 items, with a 6 point Likert-type response, in which 1 represents "Disagree completely" and 6 "Agree completely" (Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I., Espejo, B., Mazzoni & Leal, I., 2007).

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Design

The design of this study places it within the realm of empirical investigations due to its observational component, allowing the understanding of the phenomenon being studied (Hill & Hill, 2001), namely beliefs and attitudes toward hypnosis. The type of methodology is quantitative, based on a theoretical perspective of positivism and constituting a deductive process through which the data provides objective knowledge in respect to the variables under study (Lobiondo-Wood & Haber, 2001).

Procedures

Each element of the sample was given a questionnaire, and was subsequently asked to complete the scale and to attach some form of identification, such as was established by the investigation's protocol (Capafons et al, 2005). This last is characteristically confidential and anonymous, being intended only for the purposes of the investigation. Before completing the scale, all of the subjects were informed of the objectives of the study and the voluntary character of their participation, as well as a guarantee of the confidentiality of their responses.

Statistics Methods

Previously, an exploratory factor analysis was undertaken (with the SPSS 18.0 program for the Windows operating system), utilizing the technique of extracting the principle axes through the method of oblique rotation (oblimin normalization with Keiser, with a Delta of 0.2).

This method of data analysis was performed, because in previous studies it was proved that, for both scales (client and therapist versions), the factors in the scale were correlated (Capafons et al, 2005). To analyze the internal consistency of the Scale, the *Cronbach's Alpha* coefficients

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

(Cronbach, 1947, 1951) were obtained for each one of the factors. Taken from the entire sample (patients plus students), descriptive analyses were further undertaken, and performed an analysis of the factors in order to relate beliefs and attitudes towards hypnosis. Finally, a *t-test* of the contrast of hypotheses between the means was executed, in order to prove the existence, or not, of differences between patients and students relative to the beliefs and attitudes which they manifested towards hypnosis.

RESULTS

We followed the protocol proposed by Capafons (Capafons et al., 2005). This procedure began with a factor analysis of the 37 items in the scale. Factor analysis is frequently used to determine the metric qualities of a psychological evaluation scale.

We obtained a value of **0.90**, through the Kaiser-Meyer-Olkin measurement, which is considered good which, according to Martinez and Ferreira (2008), confirms the adequacy of the sample in the realization of the AFE. In the present study and in the context of the test, that was developed by Bartlett (1950), the degree of significance achieved was **0.000**, which proves that the matrix of correlation is not an identity matrix, therefore the factors obtained can be extracted because a correlation exists between the variables (Martinez & Ferreira, 2008).

Seven factors were obtained from the principle axis factoring analysis with values greater than 1 which explain 56.86% of the total variance (see Table 1). Factor 1 groups the items related with *Help/Memory* (Items: 1, 10, 12, 17, 23, 30, 37) which explain the 24.60% of the variance; factor 2 groups the items related to *Fear* (Items: 4, 18, 19, 20) which explain 11.42% of the variance; factor 3 groups the items related to *Control* (Items: 14, 15, 21, 24, 25) which explain 6.16% of the variance; factor 4 groups the items related to *Cooperation* (Items: 2, 8, 13) which explain

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

5.45% of the variation; factor 5 groups the items related to *Interest* (Items: 26, 27, 28, 29) which explain 3.77% of the variance; factor 6 groups the items related to *Trance/Marginality* (Items: 33, 34, 35, 36) which explain 3.37% of the variance; and finally factor 7 groups the items related to *Magic/Automaton* (Items: 5, 7, 9, 11) which explain only 3.06% of the variance. In this analysis, the following items were excluded: 3, 6, 16, 31, 32, as they presented levels of saturation less than .40, and they saturated in more than one factor. See (Table 2 - *Pattern Matrix*^a).

Another aspect which was studied was the degree of internal consistency of the scale. This measurement gives us the proportion of variability of the answers, which result from the differences between the responses of the patients. In other words, the differences in the responses are due to the fact of the subjects having different opinions and not due to different interpretations of the instrument. The value of *alpha* encountered in this study, taking all of the variables (items) into consideration, was **0.90** (for the 37 items), which was adequate. On the other hand, it was also possible to calculate the coefficient of reliability for each one of the factors, as can be observed in Table 3. According to Hair *et al.* (1998), values greater than or equal to 0.60 are indicative of acceptable internal consistency. In the table 3, we can observe that we obtained a value of *Cronbach's Alpha* for a model with seven factors with a global mean of **0.75**. In particular, from **0.87** in the items which saturate in factor 1 (*Help/Memory*); from **0.79** in the items which evaluate factor 2 (*Fear*); from **0.74** in the items which saturate in factor 3 (*Control*); from **0.66** in the items which evaluate factor 4 (*Cooperation*); from **0.88** in the items which saturate in factor 5 (*Interest*); from **0.69** in the items which evaluate factor 6 (*Trance/Marginality*); and finally, from **0.63** in the items which saturate in factor 7 (*Magic/Automaton*).

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Subsequently, proceeding to the analysis of the seven factors through the *t-student* test, the results obtained were as follows (See Table 4 – t – student Test). The *t*-test analysis proved effectively that a difference existed in the seven factors between the patients and the students, being that the patients demonstrated more intense and significant *beliefs and attitudes* towards hypnosis than the students. We can therefore reject the null hypothesis that no differences existed between patients and students in their beliefs and attitudes towards hypnosis.

- The *t-student* test effectively proves that a difference exists in factor “Help/Memory” between the patients ($3.90 \pm .87$) and the students ($3.44 \pm .88$), $t(695) = 7.011$, $p = .000$, the patients looking for significantly more *help/memory* in hypnosis than the students.

- The *t-student* test effectively proves that a difference exists in factor “Fear” between the patients (3.55 ± 1.05) and the students (3.30 ± 1.08), $t(695) = 3.011$, $p = .003$, the patients having significantly more *fear* of hypnosis than the students.

- The *t-student* test effectively proves that a difference exists in factor “Control” between the patients ($3.10 \pm .76$) and the students ($2.93 \pm .80$), $t(695) = 2.765$, $p = .006$, the patients seeking significantly more *control* in hypnosis than the students.

- The *t-student* test effectively proves that a difference exists in factor Cooperation between the patients ($4.34 \pm .87$) and the students ($4.18 \pm .92$), $t(695) = 2.390$, $p = .017$, the patients looking for significantly more cooperation than the students.

- The *t-student* test effectively proves that a difference exists in factor Interest between the patients (2.94 ± 1.32) and the students (2.59 ± 1.24), $t(695) = 3.664$, $p = .000$, the patients having significantly more *interest* in hypnosis than the students.

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

- The *t-student* test effectively proves that a difference exists in factor Trance/Marginality between the patients ($3.47 \pm .84$) and the students ($3.33 \pm .79$), $t(696) = 2.313$, $p = .021$, the patients seeing significantly more *trance/marginality* in hypnosis than the students.

- Finally, the *t-student* test effectively proves that a difference exists in factor Magic/Automaton between the patients ($3.18 \pm .85$) and the students ($2.88 \pm .83$), $t(695) = 4.658$, $p = .000$, the patients feeling significantly more *magic/automaton* in hypnosis than the students.

DISCUSSION

Empirical evidence shows that the best predictors of success in treatments with hypnosis, are the patients' attitudes and expectations towards this technique (Schoenberger, 2000). According to Capafons (2008), the attitudes towards hypnosis are the best overall indicators of therapeutic success of treatments which include hypnosis as an adjunct. In fact, if any disagreement or mistrust exists in the patients, the process of intervention is surely condemned to failure. Thus, as hypnosis was getting a well-established auxiliary therapeutic aid for pain, according to the criteria of Chambless & Hollon (1998), it was important to better understand the misconceptions of patients towards hypnosis in order to modify them, as they could very well represent the same attitudes in the general population. As hypnosis is by need a combination of intrinsically iatrogenic methods, any erroneous beliefs about it can provoke pernicious collateral effects, such as false memories.

The present study confirmed that there is a difference between patients and students concerning beliefs and attitudes towards hypnosis, the patients exhibiting *them* in a more intense and significant way than the students. We can therefore underline the need for using an assessment

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

instrument such as the VSBAH-C for the prior evaluation of patients who will be submitted to a program in which hypnosis is included as a therapeutic aid.

Our results showed only seven factors, while previous studies produced eight. One possible explanation for the discrepancy with published data could be the small size of our sample (697 subjects), when compared with previous studies. For example, that undertaken by Capafons et al., (2008) using the VSBAH-T, included 1661 subjects (Psychologists). We may infer that, with a greater number of subjects in the study, we could obtain the same eight factors. In spite of obtaining seven factors, the eight achieved in previous studies were present in this study. However, some of them appeared as being associated with other factors. For example, we have factor 1 (Help/Memory), factor 6 (Trance/Marginality) and factor 7 (Magic/Automaton).

Another explanation may be related to some local specificities of our sample, namely the previous complete absence of information about hypnosis in a very high percentage of subjects (approximately 70%). This fact could be reflected in the results, as some of the factors appeared to be interrelated, thereby revealing some confusion/imprecision in the responses of the subjects. On the other hand, all factors obtained showed good coefficients on reliability, as had previous studies using the same scale, which confirmed once more that the VSBAH-C demonstrates a high degree of internal consistency as an instrument of psychological evaluation.

Another result which came to our attention was the fact that factor 1 (Help/Memory) explained 24.60% of the total variance in the sample, being the factor with the highest number of points in this study. The next highest score was factor 2 (Fear), which only explained 11.42% of the variance. Meanwhile, in the study undertaken by Carvalho et al., (2007) in Portugal with university students, the factor which produced the greatest variance was Interest/Like, with 18.55%. We can therefore hypothesize that in our population, particularly in the subsample of

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

patients, subjects appear to stress the chance to find help in hypnosis, as a useful auxiliary treatment, and equally as a means to access past memories. This result probably reflects the need the clinical population has to find some hope for effectively treating their particular illness. Such a finding is in agreement with the thoughts of Barber, J., (2000), who asserts that the advantages of learning hypnosis, this potentially powerful source of well-being which has no adverse collateral effects, appear to be sufficiently clear to guarantee its inclusion in any integral program for the treatment of pain.

Nevertheless, the presence of the factor “Fear” in second place in this study, allows us to confirm the inferences of Capafons, 1998; Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Jupp, 1985-86; McConkey & Vingoe, 1982; and Yu, 2004, stating that, in spite of the empirical benefits in the use of hypnosis in psychological intervention, many healthcare professionals, as well as patients, reveal themselves to be apprehensive about its use in their treatments. This occurs frequently because of the myths and beliefs associated with hypnosis, which are related in large part to ignorance of and misinformation about this type of intervenient methodology, like was shown in our sample.

The majority of psychologists who are oriented by a cognitive-behavioral perspective do not know about the relevance and use of hypnosis as an adjunct to this type of psychotherapy, though numerous studies demonstrate its effectiveness (Kirsch, 1990; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Shoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery & Pastyrnak, 1994; Capafons, 1998) in the treatment of a large variety of pathologies, namely depressive disturbances, anxiety, sleep disorders, psychosomatic conditions, tobacco addiction, obesity, pain control, enuresis, asthma, as well as in surgery, in perception and in memory, thereby helping to improve the quality of life of patients (Kirsch, Lynn & Rhue, 1997; Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena & Patterson, 2000;

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

McIntyre, 2001; Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2006; Bryant, Guthrie, Moulds, Nixon, & Felmingham, 2003; Ellsmore, 2001; Evans & Coman, 2003; German, 2004; Montgomery et al., 2002; Montgomery et al., 2002; Schoenberger, 2000; Yapko, 2001; Montgomery et al., 2004; Mendoza et al., 2009; Capafons, 1993, 1994; Capafons & Amigó, 1993b, 1995; Bayot, Capafons & Amigó, 1995; Casas & Capafons, 1996; Capafons, 1998).

CONCLUSION

Our study confirmed the presence of seven factors in the whole population (323 patients plus 374 students), through exploratory factor analysis using a principle axis factor analysis; the following factors emerged: help/memory, fear, control, cooperation, interest, trance/marginality and magic/automaton. We could confirm a good internal consistency in all of them. The analyses showed a difference between the clinical sample and the student sample, patients demonstrating their beliefs and attitudes towards hypnosis in a more intense and significant way than the students.

We further conclude that VSBAH-CV is a reliable method of assessing the beliefs and attitudes towards hypnosis and a very useful tool when planning a therapeutic intervention with the use of Hypnosis.

REFERENCES

- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression. *International Journal of Clinical and Experimental Therapy*, 55, 147-166.
- Bányai, É. I., Zseni, A., & Túry, F. (1993). *Active-alert hypnosis in psychotherapy*. En J.W. Rhue, S.J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 271-290). Washington, D. C: American Psychological Association.
- Barber, J. (2000). *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión*. Bilbao: DDB.
- Bartlett, M.S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology*, 3, (2), 77 – 85.
- Brown, D (2007). Evidence-based hypnotherapy for asthma. *International Journal of Clinical and Experimental Therapy*, 55, 220-249.
- Brown, D.C., & Hammond, D.C. (2007). Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 355-371.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. (2004). Definición y caracterización de la hipnosis. Curso de Especialista en Hipnosis Clínica. 1ª Promoción. *UNED*.

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Capafons, A. (2004). Clinical applications of “waking” hypnosis from a cognitive-behavioural perspective: From efficacy to efficiency. *Contemporary Hypnosis*, 21, 187-201.

Capafons, A., Cabañas, S., Espejo, B., & Cardeña, E. (2004). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis: An international study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 413-433.

Capafons, A., & Mazzoni, G. (2005). ¿Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta?: hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 25, 27-38.

Capafons A., Cabañas, S., Alarcón, A., Espejo, B., Mendoza E., Chaves J., & Monje A. (2006) Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 22, 67–76.

Capafons, A., Morales, C., Espejo, B., & Cabañas, S. (2006). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de Valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18, 810-815.

Capafons, A., Espejo, B. Mendoza, M. (2008). Confirmatory factor analysis of the Valencia on attitudes and beliefs toward hypnosis, therapist version. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53, 281-294.

Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I, Espejo, B., Mazzoni, & Leal, I. (2007). Factorial analysis and psychometric properties of the revised Valencia scale of attitudes and beliefs toward hypnosis-client version. *Contemporary Hypnosis*, 24, 76-85.

Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Chaves, J. F., & Dworkin, S. F. (1997). Hypnotic control of pain: Historical perspectives and future prospects. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 356-376.

Chaves, J. F. (2004, July). Hypnosis in the health-care setting: hopes, beliefs and experience. Paper presented at 112th American Psychological Association Annual Convention, Honolulu, Hawaii.

Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika*, 19, 149 – 161.

Green, J. P., Barabasz, A. F., Barrett, D., & Montgomery, G. H. Forging Ahead: The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis. (En prensa) *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

Hair, J.R., Josef, F., Anderson, R.E., Tatham, Ronald, L., & Black, W. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 5a ed.

Hammond, D.C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Therapy*, 55, 207-219.

Hilgard, E. R., Weitzenhoffer, A. M., Landes, J., & Moore, R. K. (1961). The distribution of susceptibility to hypnosis in a student population: A study using the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. *Psychological Monographs*, 75, 1-22.

Hilgard, E. R. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. En S.J.Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 83-104). Nueva York: Guilford Press.

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Hilgard, E. R., & Hilgard, J.R. (1995). Hypnosis in the relief of pain. *Contemporary Hypnosis, 12*, 210.

Jensen, M.P., & Patterson, D.R. (2005). Control conditions in hypnotic-analgesia clinical trials. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 53*, 170-197.

Keller, R. F. (1996). Hypnosis belief survey. *Psychological Hypnosis, 5*, 8-9.

Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Atkinson, C., & Glaser, R. (2001). Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 674-682.

Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical Landscape. *American Psychologist, 50*, 846-858.

Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 214-220.

Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments—another meta-reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 517-519.

Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., Costantini-Ferrando M. F., Alpert, N. M., & Spiegel, D. (2000). Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1279-84.

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, 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 Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.

Malhotra, N. K.(2001) *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman, 3ª Edição.

Martinez, L. & Ferreira, A. (2008). *Análise de Dados com SPSS – Primeiros passos*: Lisboa: Escolar editora, 2ª Edição.

Melzack, R.; Wall, P. (1982). *O Desafio da Dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Montgomery, G.H., DuHamel, K.H., & Reed, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 134-149.

Montgomery, G.H., & Schnur, J.B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3-8.

McConkey, K. M., & Jupp, J.J. (1985-86). A Survey of Opinions about Hypnosis. *British Journal of Experimental Hypnosis*, 3, 87-93.

Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.

Pereira, J. C. R.(2001). *Análise de Dados Qualitativos. Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: EDUSP.

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Pinel, C.M., & Covino, N.A. (2000); Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 170-194.

Quivy, R., & Campenhout, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, 2ª edição.

Rainville, P., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C., Duncan, G. H., & Price, D. D. (2002). Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 887-901.

Redd, W. H., Montgomery, G. H., & DuHamel, K. N. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side-effects. *Journal of National Cancer Institute*, 93, 810-823.

Reymente, R.A. & Jöreskog, K.G. (1996). *Applied factor analysis in the natural science*. London: Cambridge University Press.

Rhue, J. W., Lynn, S. J., & Kirsch, I. (1993). *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sociedad Británica de Psicología (2002). *La naturaleza de la hipnosis*. Valencia: Promolibro.

Schoenberger, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.

Spanos, N. P., Brett, P.J., Menary, E.P., & Cross, W. P. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: relationship with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 31-41.

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Spanos, N. P. (1991). *A sociocognitive approach to hypnosis*. En S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 324-361). Nueva York: The Guilford Press.

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. (1999). *Base 10.0 User's Guide*. Chicago: SPSS.

Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis*. Washington, DC: APA.

Vallejo-Pareja, M.A. (2001). *Hipnosis: fuentes históricas, marco conceptual y aplicaciones en Psicología Clínica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Vickery, A. R., & Kirsch, I. (1991). The effects of brief expectancy manipulations on hypnotic responsiveness. *Contemporary Hypnosis*, 8, 167-171.

Vingoe, F.J. (1982). Attitudes of clinical and educational psychologists towards hypnosis training and treatment. *Bulletin of British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5, 37-41.

Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale - Form C*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

Wickless, C., & Kirsch, I. (1989). Effects of verbal and experiential expectancy manipulations on hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 762-768.

Wood, G. J., Bughi, S., Morrison, J., Tanavoli, S., Tanavoli, S., & Zadeh, H. H. (2003). Hypnosis, differential expression of cytokines by T-cell subsets, and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45, 179-196.

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Yapko, M. D. (2001). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. New York: Brunner-Routledge.

Yu, C. K-c. (2004). Beliefs and Opinions Regarding Hypnosis and its Applications among Chinese Professionals in Medical Settings. *Contemporary Hypnosis*, 21,177-186.

TABLES

Table 1. Variance Explained

Factor	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
	<i>Help/ Memory</i>	<i>Fear</i>	<i>Control</i>	<i>Cooperation</i>	<i>Interest</i>	<i>Trance/ Marginality</i>	<i>Magic/ Automaton</i>
<i>Variance Explained</i>	24,60%	11,42%	6,16%	5,45%	3,77%	3,37	3,06
<i>Eigenvalues</i>	9,10	4,23	2,28	2,02	1,40	1,25	1,13

Legend: Loadings and variance explained of the Revised VSABH-C.

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Table 2. Patter Matrix^a – Rotation

Items	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
Item10 – Hypnosis can be a greatly helpful auxiliary for improving the effects of (...)	,777						
Item23 – Hypnosis is a facilitator of therapeutic results.	,710						
Item12 – Hypnosis is an auxiliary or tool for aid in psychological therapy.	,698						
Item37 – Hypnosis is an auxiliary or tool for aid in therapy.	,633						
Item17 – Hypnosis promotes the capacity for self-control.	,478						
Item1 – Hypnosis can be a great help for others.	,473						
Item30 – What is remembered under hypnosis is the truth.	,425						
Item32							
Item20 – I believe that hypnosis can show itself to be dangerous.		,786					
Item18 – I am afraid of being "trapped" in a hypnotic trance.		,736					
Item19 – I believe that under hypnosis one can come to lose control over oneself.		,693					
Item4 – Hypnosis makes me afraid.		,625					
Item15 – When a person is under hypnosis, he maintains his will to do what he wants.			,712				
Item25 – A hypnotized person maintains control over himself.			,678				
Item14 – A hypnotized person can "come out" of hypnosis when he wants to.			,669				
Item24 – If a person is against a suggestion, he can ignore it completely.			,523				
Item21 – All that happens under hypnosis is provoked by the hypnotized person..			,413				
Item16							
Item2 – Hypnosis implies an effort at collaboration between the hypnotist and the client.				-,619			
Item13 – To hypnotize some one, their cooperation is necessary.				-,505			
Item8 – Hypnosis requires effort on the part of the hypnotized person.				-,443			
Item3							
Item26 – I would like to be hypnotized.					,952		
Item27 – I would let myself be hypnotized if the opportunity arose.					,945		
Item28 – I would like to be very hypnotizable.					,879		
Item29 – One learns more quickly under hypnosis.					,465		
Item36 – A hypnotized person finds himself detached.						,737	
Item35 – In general, some of the fundamental characteristics of people who are very (...).						,597	
Item23 – Hypnosis is a state of trance.						,466	
Item34 – Hypnosis is carried out on the edge of scientific investigation.						,435	
Item22							
Item31							
Item5 – Under hypnosis things can be achieved without any effort on the person's part.							,568
Item11 – A hypnotized person is passive.							,451
Item9 – Hypnosis is all that would be necessary to treat a majority of problems.							,442
Item7 – I believe tha under hypnosis, a person is an automaton at the mercy of the hypnotist.							,406
Item6							

Legend: Extraction Method (Principal Axis Factoring) and rotation method (Oblimin with Kaiser Normalization).

Table 3. Internal Consistency

Factor	Internal Consistency (α)
Help/Memory	.87
Fear	.79
Control	.74
Collaboration	.66
Interest	.88
Trance/Marginality	.69
Magic/Automaton	.63

Legend: Cronbach's alpha reliability coefficients, for each factor for Client VSABH version.

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Table 4. The *t* – student test

Factor	Patients	Students	gl	<i>t</i>	p
	Mean and Deviation Pattern				
Help/Memory	3.90±.87	3.44±.88	695	7.011	.000
Fear	3.55±1.05	3.30±1.08	695	3.011	.003
Control	3.10±.76	2.93±.80	695	2.765	.006
Cooperation	4.34±.87	4.18±.92	695	2.390	.017
Interest	2.94±1.32	2.59±1.24	695	3.664	.000
Trance/Marginality	3.47±.84	3.33±.79	696	2.313	.021
Magic/Automaton	3.18±.85	2.88±.83	695	4.658	.000

Legend: The *t* – student test between the average of factors of clinical population (patients) and the factors of the student population (students).

ANEXO II

EVCAH-C

(Edição Experimental, 2007)⁵

Versão portuguesa⁶

1_____

⁵ ©Unidad de Interacción Psicológica, Universitat de Valencia (Espanha).

⁶ ©Da tradução: Cláudia Carvalho (ISPA, Lisboa) y Carlos Manuel Lopes Pires (Universidade de Coimbra).

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

Os dados pessoais recolhidos através desta escala estão submetidos a sigilo profissional, pelo que não poderão tornar-se públicos sem a sua autorização expressa

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

NOME

PAÍS CIDADE

TELEFONE (opcional)..... DATA

IDADE

1. Indique o seu Estado Civil (faça um círculo):

1. Solteiro/a 2. Casado/a 3. Viúvo/a 4. Separado/a ou divorciado/a

2. Indique o seu sexo: 1. Homem 2. Mulher

3. Trabalha actualmente? 1. Sim 2. Não

4. No caso de ter respondido de que sim, indique qual o seu trabalho.....

5. Alguma vez foi hipnotizado/a? 1. Sim 2. Não

6. No caso de sim, por quem? (marcar todas as opções que correspondam)

1. Psicólogo 2. Médico 3. Outros (especificar)

7. Recebeu alguma informação sobre hipnose? 1. Sim 2. Não

8. No caso de sim, indique a fonte da referida informação (marcar todas as opções que correspondam):

1. Universidad 2. Cursos 3. Conferências científicas 4. Outro tipo de conferências 5. Televisão 6. Outras (indicar qual)

9. No caso de ser estudante:

1. Indique a formação que está a fazer

2. Indique o curso

3. Indique a Universidade onde está a fazer os seus estudos

4. Indique o nome da cidade e país em que está a fazer os estudos

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

10. Indique outras formações que possua

Seguidamente encontrará algumas questões que nos ajudarão a conhecer a sua **opinião sobre a hipnose**. Não importa se passou ou não pela experiência acerca da qual é questionado, apenas **indique o que pensa que poderia ocorrer em tais situações**. Por favor indique o seu grau de concordância ou discordância relativamente às afirmações que lhe são apresentadas em baixo, **assinalando o número que melhor reflecte a sua opinião** de acordo com a seguinte escala:

1. **Completamente em desacordo**
2. **Bastante em desacordo**
3. **Em desacordo**
4. **De acordo**
5. **Bastante de acordo**
6. **Completamente de acordo**

NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS

TRATA-SE UNICAMENTE DE CONHECER A SUA OPINIÃO

1. A hipnose pode ser uma grande ajuda para os outros..... 1 2 3 4 5 6
2. A hipnose implica um esforço de cooperação entre o hipnotizador e o cliente..... 1 2 3 4 5 6
3. É necessário estar em transe hipnótico para atingir as metas da intervenção..... 1 2 3 4 5 6
4. A hipnose mete-me medo..... 1 2 3 4 5 6
5. Sob hipnose conseguem-se coisas sem nenhum esforço por parte da pessoa..... 1 2 3 4 5 6
6. A hipnose pode ser uma solução mágica para os problemas da pessoa hipnotizada..... 1 2 3 4 5 6
7. Acredito que sob hipnose a pessoa é um autómato à mercê do hipnotizador..... 1 2 3 4 5 6
8. A hipnose requer esforço por parte da pessoa hipnotizada..... 1 2 3 4 5 6
9. A hipnose é tudo o que se necessitaria para tratar da maioria dos problemas..... 1 2 3 4 5 6
10. A hipnose pode ser um complemento de grande ajuda para melhorar os efeitos dos tratamentos..... 1 2 3 4 5 6
11. A pessoa hipnotizada é passiva..... 1 2 3 4 5 6
12. A hipnose é um complemento ou ferramenta para ajudar nas terapias psicológicas..... 1 2 3 4 5 6
13. Para hipnotizar alguém é necessária a sua colaboração..... 1 2 3 4 5 6
14. A pessoa hipnotizada pode “sair” da hipnose quando o desejar..... 1 2 3 4 5 6
15. Quando a pessoa está sob hipnose conserva a sua vontade para fazer o que quiser..... 1 2 3 4 5 6

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION

16. A hipnose é uma técnica segura, com poucos riscos..... 1 2 3 4 5 6
17. A hipnose fomenta a capacidade de auto-controlo..... 1 2 3 4 5 6

POR FAVOR PROSSIGA

- 1. Completamente em desacordo**
- 2. Bastante em desacordo**
- 3. Em desacordo**
- 4. De acordo**
- 5. Bastante de acordo**
- 6. Completamente de acordo**

18. Tenho medo de ficar “preso” num transe hipnótico..... 1 2 3 4 5 6
19. Acredito que sob hipnose se pode chegar a perder o controlo sobre si mesmo..... 1 2 3 4 5 6
20. Acredito que a hipnose pode revelar-se perigosa..... 1 2 3 4 5 6
21. Tudo o que acontece sob hipnose é provocado pela pessoa hipnotizada..... 1 2 3 4 5 6
22. Uma vez sob hipnose pode-se obrigar a pessoa a fazer coisas que não deseje..... 1 2 3 4 5 6
23. A hipnose é um facilitador dos resultados terapêuticos..... 1 2 3 4 5 6
24. Se a pessoa é contra uma sugestão pode ignorá-la completamente..... 1 2 3 4 5 6
25. A pessoa hipnotizada mantém o controlo sobre si mesma..... 1 2 3 4 5 6
26. Gostaria de ser hipnotizado(a)..... 1 2 3 4 5 6
27. Deixar-me-ia hipnotizar se surgisse a oportunidade..... 1 2 3 4 5 6
28. Gostaria de ser muito hipnotizável..... 1 2 3 4 5 6
29. Aprende-se mais depressa sob hipnose..... 1 2 3 4 5 6
30. O que se recorda sob hipnose é a verdade..... 1 2 3 4 5 6
31. É impossível mentir sob hipnose, ainda que a pessoa hipnotizada o deseje..... 1 2 3 4 5 6
32. Uma forma de confirmar que um sucesso ocorreu é que a pessoa o recorde
sob hipnose..... 1 2 3 4 5 6
33. A hipnose é um estado de transe..... 1 2 3 4 5 6
34. A hipnose desenvolve-se à margem da investigação científica..... 1 2 3 4 5 6
35. Na generalidade, algumas das características fundamentais das pessoas muito sugestionáveis
seriam: credulidade, ignorância e dependência psicológica..... 1 2 3 4 5 6
36. A pessoa hipnotizada encontra-se dissociada..... 1 2 3 4 5 6
37. A hipnose é um complemento ou uma ferramenta para ajudar nas terapias
médicas..... 1 2 3 4 5 6

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

FACTOR ANALYSIS OF THE VALENCIA SCALE OF BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS HYPNOSIS – CLIENT VERSION