

INSTITUTO SUPERIOR CIÊNCIAS DA SAÚDE - NORTE

*CRENÇAS E ATITUDES DE UMA POPULAÇÃO CLÍNICA FACE À
HIPNOSE*

ANTÓNIO CARNEIRO

2010

ANTÓNIO CARLOS FERNANDES CARNEIRO

*CRENÇAS E ATITUDES DE UMA POPULAÇÃO CLÍNICA FACE À
HIPNOSE*

Dissertação Apresentada no
Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte,
Para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Dor,
Sob Orientação do Professor Doutor António Capafons da Universitat de València e com a
Co-Orientação da Professora Doutora Maria Emília Areias do ISCS-N.

I. AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à minha família, em particular à minha esposa e ao meu filho, pela compreensão e apoio que sempre manifestaram, e por suportarem com paciência os meus retiros na escrita.

Aos meus pais, por acreditarem em mim e me apoiarem sempre na realização dos meus projectos.

Aos meus colegas e amigos que me ajudaram a recolher o maior número possível de escalas. Em particular, agradeço o apoio ao Sérgio Barbosa, à Sandra Carneiro, ao Miguel Lemos e à Elisabete Santos.

E de uma forma especial, gostaria de agradecer à professora Emília Areias e ao professor Ernesto Fonseca, pela orientação, apoio e disponibilidade demonstrados.

A todos agradeço do fundo do meu coração, o carinho, apoio e disponibilidade manifestados.

II. ÍNDICE GERAL

I. Agradecimentos	
II. Índice Geral	
III. Resumos	
IV. Introdução	7
V. Objectivos	28
VI. Métodos	29
VII. Resultados.....	31
VIII. Discussão	35
IX. Conclusão	38
X. Bibliografia	39
XI. Anexos	48

ÍNDICE DE ANEXOS

Abstract¹

Artigo Científico²

EVCAH – C

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Explicação da variância	32
Tabela 2	Rotação - Pattern Matrix ^a	33
Tabela 3	Consistência Interna	34
Tabela 4	Teste <i>t</i> – <i>student</i>	34

¹ O *Abstract* foi enviado para o **61st Annual Workshops and Scientific Sessions** da *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*, que vai decorrer de 10 a 14 de Novembro em Boston, Massachusetts.

² O artigo científico foi submetido à revista *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

III. RESUMO:

O presente estudo teve como objectivo investigar as crenças e atitudes de uma população clínica comparativamente com uma população estudantil, através da versão revista da EVCAH-C. Esta escala foi administrada em paralelo, num Centro de intervenção comunitária e no Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte. A amostra foi seleccionada aleatoriamente, sendo composta por 323 pacientes e 374 estudantes, tendo sido administrada por uma única vez. Para o tratamento de dados realizou-se uma análise factorial exploratória recorrendo à técnica de extracção dos eixos principais através do método de rotação oblíqua e para analisar a consistência da escala, obtiveram-se os coeficientes de alfa de Cronbach (Cronbach 1947, 1951), para cada um dos factores. Foram ainda realizadas análises descritivas e uma análise aos 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 médias para comprovar a existência ou não, de diferenças entre pacientes e estudantes, relativamente às crenças e atitudes que manifestam sentir, face à hipnose (Capafons et al., 2005). A realização deste estudo permitiu confirmar a presença de 7 factores (Ajuda/Memória, Medo, Controlo, Cooperação, Interesse, Transe/Marginalidade e Magia/Autómato) no total da amostra, todos eles com 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.

ABSTRACT:

The objective of the present study is to investigate the beliefs and attitudes of a clinical population compared with a student population, using the VSBAH-CV. This study was administered as a parallel study, in a Community Action Center and in the College of Health Sciences - North (Portugal). The sample was selected randomly, being composed of 323 patients and 374 students, assessed only once with VSBAH-CV. An exploratory factor analysis took place to process the data, employing the technique of principal axis extraction by the method of oblique rotation, and in order to analyze the consistency of the scale, thereby obtaining the coefficients of Cronbach's alpha for each one of the factors. Furthermore, descriptive analyses were undertaken, as well as an analysis of the factors to relate the beliefs and attitudes towards hypnosis of the total sample (patients plus students). Finally, a *t*-test of the contrast between the means was used to prove the existence, or not, of differences between patients and students, relative to the beliefs and attitudes which they manifested as feeling (Capafons et al., 2005). The execution of this study allowed the confirmation of 7 factors (help/ memory, fear, control, cooperation, interest, trance/marginality and magic/autonomaton) in the total of the clinical sample, all with a good internal consistency. It further confirmed the difference between the clinical sample and the student sample, the patients demonstrating beliefs and attitudes in a more intense form than the students.

IV. INTRODUÇÃO

A história universal construída pelos nossos antepassados descreve, que os métodos hipnóticos eram frequentes entre os assírios, japoneses, gregos, hebreus, cristãos e noutras culturas em que a meditação e a concentração eram frequentes e valorizadas. Provavelmente, isto deveu-se à confusão dos aspectos formais da hipnose tradicional com a meditação e os rituais religiosos que acompanhavam tais práticas. Não só é inadequada esta assimilação entre a hipnose e os rituais religiosos ancestrais (Capafons & Amigó, 1993a, 1993c; Spanos & Chaves, 1991) como também é paradoxo atribuir o aparecimento da hipnose a Franz Anton Mesmer.

Mesmer, médico austríaco do século XVIII, foi o criador do mesmerismo, corrente baseada no magnetismo animal que considerava o fluido universal responsável pela saúde dos seres vivos, e que nunca usou sugestões de sono para “magnetizar” os seus pacientes. Pelo contrário, acreditava que os corpos vivos saudáveis desfrutavam de um equilíbrio do fluido magnético, equilíbrio esse, que quando bloqueava era gerador de doenças, tanto de índole física como mental. Guiado por estas ideias, Mesmer idealizou um conjunto de procedimentos para a remagnetização. Estes procedimentos incluíam desde passar magnetos pelo corpo da pessoa, até à magnetização da água, que era ingerida pelo paciente, e a magnetização de outros seres vivos (árvores e pessoas), que por sua vez podiam remagnetizar e portanto “curar” o indivíduo. O importante neste fenómeno era o de que, quando as pessoas eram magnetizadas, mostravam convulsões e entravam em “crises” (fenómeno similar à *catharsis*³ proposta por Freud). Depois das crises as pessoas demonstravam grandes melhorias nos seus problemas. Assim, e tal como indicam Spanos & Chaves (1991), o relacionar a hipnose com o magnetismo animal, exige recordar que as pessoas que eram magnetizadas, não só não adormeciam, como pelo contrário, mostravam comportamentos idênticos aos dos exorcizados na idade média. Por isso, convém não esquecer que a união entre a hipnose e o sono é puramente casual e histórica.

³ O termo *catharsis* é uma palavra grega que significa purificação, purgação. Foi utilizado por Aristóteles para designar o efeito produzido no espectador pela tragédia: «A tragédia é uma imitação de uma acção virtuosa e realizada que, por meio do temor e da piedade, suscita a purificação de certas paixões» (Laplanche & Pontalis, 1990).

Mesmer foi avaliado por duas comissões de investigação. A segunda delas, utilizou critérios rigorosos e selectivos, concluindo que o magnetismo animal era apenas uma explicação banal, e que os fenómenos que provocavam os rituais mesmeristas deviam-se à imaginação, crenças e fantasias das pessoas. Este acontecimento determinou que Mesmer fosse repudiado, morrendo abandonado pelos seus e absolutamente pobre na Suíça, caindo as suas práticas em desgraça e em desuso (Capafons, 1998).

No entanto, alguns dos seus seguidores continuaram a praticar os seus ensinamentos, criando um ambiente de curiosidade em algumas pessoas da alta sociedade francesa da época. Entre eles, destacou-se o Marquês de Puységur, que querendo saber por seus próprios meios e sem interferência de nenhuma classe o que era o “magnetismo animal”, solicitou a um “mesmerista” que magnetizasse uma árvore. Quando a árvore possuísse poderes magnéticos, solicitou a um vassalo seu, Victor Emmanuel, que se colocasse debaixo dela, e descrevesse o que estava a provocar-lhe a magnetização. Seguramente, no seu afã purista o Marquês de Puységur elogiou Victor, não só pela sua condição de vassalo, mas também pela sua condição de deficiente mental (Gibbons, 1979; Hoarean, 1992; Hull, 1933), sob o suposto que não distorceria assim, os resultados. Ao não saber absolutamente nada do que se suponha que acontecesse a alguém magnetizado, o pobre Victor Emmanuel, simplesmente caiu adormecido. Os outros indivíduos que observavam a resposta de Victor Emmanuel, pensaram que o sono era resultado dos “raios” magnéticos, e começaram também a sentirem-se sonolentos e “anestesiados”. Apesar do seu purismo metodológico, Puységur, cometeu um erro de interpretação, acreditou que o sono experimentado por Victor era resultado do magnetismo animal. Por isso, designou-o de sono artificial, pois não se devia a causas naturais, mas sim ao influxo do tal magnetismo animal (Capafons, 1998).

Posteriormente, Braid imbuído pelo conceito de sonambulismo artificial, observou que dando instruções de sonolência, peso e anestesia, as pessoas mostravam um aumento da susceptibilidade às sugestões, e por isso, designou Hipnose ao “estado” que provocava nas pessoas tais sugestões⁴. O termo “hipnose” provém do grego *hipnos*⁵, que quer dizer sono, e do latim *osis*, que significa acção ou processo. Esta designação deve-se então a James Braid

⁴ São frases que o hipnotizador relata à pessoa hipnotizada para activar certas reacções na dita pessoa. A diferença entre sugestões hipnóticas e instruções é a de que as sugestões transmitem a ideia de que a pessoa aceita as reacções hipnóticas que experimenta, e que tais reacções ocorrem por si mesmas como actos não volitivos e automáticos. Outras diferenças radicam no facto das sugestões hipnóticas se darem normalmente de forma breve e monótona (Capafons, A., 2004).

⁵ *Hipnos* era também o nome do deus grego do sono.

(1795 – 1860) médico e pesquisador britânico, que introduziu este termo por acreditar tratar-se de uma espécie de sono induzido. Por conseguinte, a relação entre o sono e a hipnose é puramente casual, consequência de um azar histórico, e reforçada pelo facto de a sugestão provocar reacções que ocorrem debaixo da “hipnose”: se sugerirmos sensações de sonolência, passividade, e obnubilação⁶, as provocaremos, como também provocaremos as reacções contrárias, se também as sugerirmos. Desta forma, a experiência hipnótica não é similar à do sono, e varia de pessoa para pessoa, em função do que a pessoa espera da hipnose e daquilo que aconteça durante o seu decurso. Não existe nenhum critério objectivo e independente da hipnose, por isso é inadequado comparar a hipnose ao sono, ao relaxamento ou a outras formas de meditação. Isso dependerá essencialmente, das instruções que se dão e das próprias expectativas e crenças do sujeito a hipnotizar (Capafons, 1998).

Entretanto, os anos foram passando e a hipnose foi conhecendo novos contornos. A escola de “Salpêtrière”, através de Charcot (1882) e de Janet (1893/1894/1901) enfatizaram o carácter psicopatológico da hipnose. Segundo este ponto de vista só os sujeitos com debilidade ideativa e neuronal eram susceptíveis de serem hipnotizados. O estado de transe provocado através da hipnose deixava o sujeito sem controlo sobre si mesmo, podendo assim expressar as suas alterações inconscientes. Contudo este descontrolo era limitado, não implicava a realização de actos anti-sociais (Capafons, 1998). Em contraponto, a escola de “Nancy”, através de Liébeault, e principalmente, Bernheim (1884) mostraram a sua oposição a tais ideias (Tortosa, González-Ordi & Miguel-Tobal, 1993), defendendo o contrário, que apenas os sujeitos saudáveis podiam ser submetidos a tratamento hipnótico, pois só assim o sujeito hipnotizado podia seguir as instruções do hipnotizador e ter capacidade para se concentrar nas sugestões propostas (Capafons, 1998). Esta divergência não é de estranhar, visto que Charcot trabalhou apenas com doze mulheres, todas elas histéricas, as quais nunca hipnotizou directamente. Estas pacientes conheciam as teorias de Charcot, sendo muito provável que tenham actuado em função daquilo que era esperado (Sarbin & Coe 1972). Supõe-se que o facto de Charcot e Janet terem trabalhado num hospital, levou a que estes tentassem explicar a “normalidade” através da “anormalidade”, tal como Sigmund Freud fez posteriormente (Capafons, 1998).

⁶ Muitos autores, como A. Fernandez (1968) usam o conceito de *obnubilação* no mesmo sentido de turvação. Para o Paes de Sousa (1985), é a turvação que designa a perda da clareza, correspondendo a *obnubilação* a uma ligeira perturbação da vigilância. Num grau seguinte à *obnubilação* estaria a *sonolência excessiva* e, no grau de perturbação mais intenso, o *torpor*, frequentemente pré-comatoso.

Bernheim (1884), ao trabalhar numa universidade, sem um ambiente tão “psicopatológico”, entendeu a hipnose apenas como uma forma de sugestão. Segundo o autor a hipnose não acrescentava nada de especial à sugestionabilidade da pessoa. Tudo o quanto se podia obter com a hipnose, podia simplesmente obter-se sem indução “hipnótica”⁷. Esta linha de pensamento é amplamente aceite na actualidade, tendo inspirado a posição de Wells (1924) e de Hull (1993) acerca da hipnose desperta (Capafons, 1998).

A evidência acumulada de várias décadas de investigação muito rigorosa e enriquecedora, indica que não existe nenhum critério comportamental ou subjectivo de transe, ou estado “hipnótico”. Por outras palavras, não existe nenhum “sintoma patognomónico”⁸ da hipnose (Capafons & Amigó, 1993a, 1993c), e tudo aquilo que se provoca debaixo da hipnose, também se provoca sem a necessidade de utilizar qualquer tipo de método “hipnótico”. Isto não quer dizer que a hipnose não exista. Precisamente uma das conclusões mais importante das investigações realizadas por psicólogos da vertente cognitivo-comportamental é a de que a hipnose é um rótulo social, com implicações sobre as expectativas, activação de papéis e habilidades cognitivas muito complexas (Kirsch, 1993; Spanos & Barber, 1976; Spanos & Chaves, 1989).

Em definitivo, um método será hipnótico, na medida em que o sujeito que vai ser hipnotizado o perceba como tal. A hipnose ocorrerá sempre que a pessoa hipnotizada e o hipnotizador estejam de acordo que o método é “hipnótico” e os fenómenos que o sujeito experimente sejam, assim mesmo, “hipnóticos” (Capafons & Amigó, 1993c). A hipnose constrói-se entre as duas pessoas implicadas na relação hipnótica. Por tanto, não se deve esperar nada de “especial” na hipnose, nem se deve assumir que os métodos hipnóticos tenham certos poderes para determinar reacções espectaculares nas pessoas.

Alguns autores e profissionais da psicologia clínica argumentam que nos métodos hipnóticos utiliza-se o relaxamento como forma de “aprofundar”⁹, inclusive induzir a hipnose, pelo que as respostas de relaxamento seriam o “patognomónico” da hipnose. Apesar de ser esta a

⁷ Um método de indução hipnótica é um ritual consentido explícito ou implicitamente, entre o hipnotizador e a pessoa hipnotizada, e que segundo se convencionou, detém a propriedade de favorecer a activação das reacções hipnóticas na pessoa hipnotizada. Será um ritual de indução hipnótica todo aquele que a pessoa hipnotizada aceite como tal (Capafons, A., 2004).

⁸ Entende-se como o sinal específico ou sintoma de uma doença que, por si só é suficiente para estabelecer o diagnóstico (DSM – IV, 1996).

⁹ Profundidade hipnótica é uma forma de indicar metaforicamente ao cliente qual é o nível de dificuldade das sugestões que está a conseguir realizar (Capafons, A., 2004).

opinião de Edmoston (1991), não há nada mais alheado da realidade do que isso (Capafons, 1998).

Em 1976, Bányai & Hilgard (1993), construíram um método activo-alerta como procedimento alternativo à indução hipnótica. Neste método, usualmente utilizado pelo grupo de Bányai, tanto para a investigação experimental como para a aplicação clínica (Bányai, Zseni & Túry, 1993), não só não se davam instruções de sonolência e de relaxamento, como pelo contrário, enfatizava-se a activação muscular, cardíaca e mental. Com este método alcançou-se níveis de respostas às escalas de susceptibilidade hipnótica, idênticos aos alcançados com os métodos tradicionais de relaxamento. Esta situação corroborava com as posições de Gibbons (1979), Wollman (1978) e Araoz (1985). Mais ainda, pelo simples facto de os métodos por activação serem um precursor e antecedente directo da Terapia de Auto-Regulação¹⁰ (Amigó, 1990; Capafons & Amigó, 1993a, c; Capafons & Amigó, 1995), na qual a pessoa responde a sugestões hipnóticas com a mesma intensidade que quando se lhe aplica uma indução hipnótica tradicional (Capafons, 1993). E assim, a hipnose depois de ter passado por diversas etapas, do seu auge ao declive, viveu o seu ressurgimento no mundo ocidental na metade do século passado.

Em 1949 fundou-se nos Estados Unidos da América, a *Society for Clinical and Experimental Hypnosis* que 10 anos mais tarde se transformaria numa sociedade internacional. Oito anos depois, em 1957 formou-se uma nova associação, a *American Society of Clinical Hypnosis*. Ambas as sociedades publicam desde então o seu respectivo jornal. Em 1958 a hipnose recebeu um novo impulso com o reconhecimento por parte da *American Medical Association*, 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 dispunha da sua correspondente sociedade de hipnose. Mais tarde, em 1969 a *American Psychological Association* criou uma secção própria para os psicólogos interessados na hipnose. Este ressurgimento caracterizou-se por um esforço em investir na hipnose como disciplina científica, alheando-a definitivamente das conotações mágicas e fraudulentas que com frequência se associavam a ela. A proliferação em vários países, de sociedades científicas dedicadas ao seu estudo e revistas especializadas, sobretudo a partir de finais dos anos setenta

¹⁰ Albert Bandura (1986) apresentou um modelo de auto-regulação, dando lugar de particular destaque ao papel das dimensões cognitivas e simbólicas da auto-regulação e autocontrolo: “Graças às suas capacidades auto-reactivas de simbolização, os seres humanos não se encontram à mercê de pistas externas que lhes digam como se deverão comportar”.

e princípios dos oitenta, resultaram num índice extraordinário de difusão (Capafons & Amigó, 1993).

Em 2002 a *Sociedade Britânica de Psicologia*, definiu o termo “hipnose” para designar a interacção que se dá entre uma pessoa, o “hipnotizador”, e outra pessoa ou pessoas. Nesta interacção, o hipnotizador tenta influir na percepção, sentimentos, pensamentos e condutas dos sujeitos, 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. A diferença entre as sugestões e qualquer outra classe de instruções, radica na ideia de que as sugestões implicam que as respostas experimentadas pelos sujeitos tenham um carácter involuntário ou se experimentem sem esforço. Para além disso, os sujeitos podem aprender a utilizar os procedimentos hipnóticos sem necessidade do hipnotizador, processo este denominado por “auto-hipnose”¹¹. Deste modo, o processo de hipnose pode ocorrer apenas no interior de um indivíduo, o sujeito aceita-o como uma ajuda para se hipnotizar a si mesmo, (Hilgard, 1986; cit *in* Kirsch, 1998).

Por outro lado, a *Society of Psychological Hypnosis* (Divisão 30 da APA¹²) em 2004 estabeleceu uma nova definição, em que a hipnose habitualmente, 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. Utiliza-se um procedimento hipnótico para fomentar e avaliar respostas às sugestões (Capafons, 1998).

Ao usar a hipnose, uma pessoa é guiada por outra (o hipnotizador) para que responda às sugestões de mudança na experiência subjectiva (Kirsch, 1998; Capafons et al., 2004). Se o sujeito responde às sugestões hipnóticas, geralmente infere-se que se induziu uma hipnose. Os detalhes dos procedimentos e sugestões hipnóticas diferem segundo os objectivos de quem a pratique e dos propósitos da tarefa clínica ou de investigação que se tenta realizar. Tradicionalmente, os procedimentos incluem sugestões para relaxar, ainda que o relaxamento não seja uma parte necessária para a hipnose, podendo-se usar uma ampla variedade de sugestões, incluindo as sugestões de alerta (Montgomery et al., 2004; Capafons et al., 1998).

¹¹ Aquela hipnose em que, quem aplica o ritual e as sugestões hipnóticas é, também, quem as recebe (Capafons, 2004).

¹² American Psychological Association.

A evidência empírica mostra que o mais importante para predizer o êxito terapêutico, nos tratamentos que incluem a hipnose, são as atitudes e as expectativas que os pacientes apresentem face à mesma (Schoenberger, 2000). Isto depende em parte, que o paciente seja capaz de entender que o terapeuta conheça o assunto em profundidade, que este vai aplicar procedimentos que já foram demonstrados úteis, e que vai ser profissional quanto aos procedimentos hipnóticos e ao seu uso. Contudo é habitual que surjam dúvidas, receios, ou simplesmente reparos em aceitar que a hipnose não apresente riscos. Por tudo isto, é importante que o paciente experimente por si só, certas reacções que o ajudem a entender aquilo que pode esperar da hipnose. Segundo a orientação teórica de cada terapeuta, as explicações que dará sobre tais exercícios mencionarão conceitos como transe, dissociação, alteração da consciência, ou não. Desde uma vertente cognitivo-comportamental, tais conceitos não se ajustam à grande quantidade de resultados experimentais acumulados. Mais ainda, assume-se que tais conceitos servem mais para assustar as pessoas (e até mesmo alguns terapeutas), e dificultam a aceitação de que a hipnose não é perigosa, ou de que os diferentes estados de consciência (ou alterados) não são assim tantos (Kirsch, 1993). Ainda que estes estados de consciência, como indicam alguns autores, sejam idênticos àqueles que quotidianamente, denominamos por adormecimento, concentração e etc. (ou que ainda estão por demonstrar), continua a ser difícil entender outros modos de usar a hipnose, que não seja a hipnose por focalização da atenção, concentração e de olhos fechados (Capafons, 2001).

Sob um outro ponto de vista mais abrangente, Pires & Ludeña (2008) afirmam que se considerarmos a relação da Psicologia com o domínio da hipnose, poderemos chegar a quatro grandes constatações: 1ª, nas últimas décadas o interesse dos psicólogos ligados à investigação básica e aplicada, e dos psicólogos ligados à prática clínica, pela hipnose, aumentou e desse aumento resultou um melhor entendimento da área e também um esclarecimento mais profundo de um ponto de vista científico; 2ª, a investigação (incluindo a de natureza clínica) conduziu ao entendimento de que os fenómenos que fundamentam a hipnose são do âmbito epistemológico da Psicologia; 3ª, não obstante, continua a existir paralelamente, um conjunto de instituições, escolas, abordagens, que desenvolvem formação e interesse pela área da hipnose, como se esta constituísse um conjunto de fenómenos estranhos à Psicologia e, por isso, justificadores da existência de “hipnoterapia” e de “hipnoterapeutas”; a 4ª e última constatação é a de que, apesar da enorme quantidade de investigação e modelos ou abordagens tentando incluir as técnicas hipnóticas no contexto psicológico, ainda não foi

desenvolvido um modelo clínico em que as técnicas hipnóticas sejam incluídas nos protocolos terapêuticos psicológicos, de uma forma lógica e natural.

Dois anos antes em Espanha, Alarcón & Capafons (2006), tinham proposto o “*Modelo de Valência de Hipnose Desperta (MVHD)*” um método cognitivo-comportamental, em que o paciente não necessita de 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*¹³. Estas características diferenciam este modelo do modelo de hipnose activo-alerta, uma vez que na hipnose desperta sugere-se 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, 2006). Este modelo apresenta algumas vantagens que justificam o seu uso, como a hipnose desperta proposta por Wells (1924), que defende que ao manter o sujeito de olhos abertos, o medo de perder o controlo diminui. Neste sentido, oferece maiores possibilidades, uma vez que é mais rápida, mais acessível e agradável a um maior número de pessoas (Alarcón, 2006).

O MVHD difere do modelo de Wells, na medida em este último era bastante autoritário e favorecia mais a passividade do sujeito hipnotizado. Ao invés, o modelo de Valência é mais versátil, a pessoa hipnotizada pode realizar qualquer tipo de comportamento habitual, incluindo neste repertório comportamental, exposições *in vivo*, realização de role players entre outros, importantes para o funcionamento da terapia (Capafons, 1998; Alarcón, 2006). Fomentando-se assim a motivação e expectativas de êxito em relação ao tratamento (Capafons, 2001; Alarcón, 2006). Por último, a hipnose desperta proposta pelo modelo de Valência, é uma estratégia geral de *coping* e de auto-controlo (Capafons, 1998; 2001;

¹³ *Coping* como “esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas internas ou externas (e conflitos entre elas) que são avaliadas como pondo à prova ou excedendo os recursos da pessoa” Lazarus, 1991).

Alarcón, 2006), fora de um contexto de transe, diferenciando-se do modelo proposto inicialmente por Wells (1924).

A hipnose ao longo do tempo, também, tem sido utilizada com êxito para o tratamento de certas alterações, que à partida poderiam parecer absolutamente incompatíveis com ela: personalidades múltiplas (Horevitz, 1993; Kirsch & Barton, 1988), depressão, fobias, pacientes limítrofes e psicóticos, para além das aplicações e tradicionais campos de intervenção: o stress, o trauma e a medicina comportamental (Rhue, Lynn & Kirsch, 1993).

Acompanhando esta evolução natural, a hipnose tem vindo cada vez mais a ser utilizada como um coadjuvante terapêutico para a prática clínica (Kirsch et al., 1997; Carvalho et al., 2006, 2007; Capafons, 1998). Existe um consenso alargado de que a hipnose é uma mais-valia na intervenção clínica, apresentando-se assim eficaz em algumas áreas médicas, especialmente no tratamento da dor (Chaves & Dworkin, 1997; Montgomery, 2000; Montgomery, DuHamel & Redd, 2000; Pinell & Covino, 2000; Montgomery & Schnur, 2005). Frequentemente pode-se obter uma solução satisfatória com o uso da mesma. Um fenómeno que cada vez mais, oferece ao clínico uma ferramenta valiosa para trabalhar psicologicamente a dor (Barber, J., 1982).

A dor que é uma experiência tão comum que raramente nos detemos para defini-la nas conversas do dia-a-dia. Ela tem características sensoriais evidentes, mas possui também propriedades emocionais e motivacionais. Resulta, habitualmente, de uma estimulação nociva intensa, embora ocorra, por vezes, espontaneamente sem causa aparente. Normalmente, assinala uma lesão física, mas por vezes, não se manifesta, mesmo quando lesões graves afectam uma grande parte do corpo; pode mesmo persistir depois de todos os tecidos lesados estarem curados. Torna-se, então, um problema maior, podendo exigir um tratamento radical e urgente (Melzack & Wall, 1982, pp.9). S. Weir Mitchell já em 1872 a descrevera do seguinte modo: *“Talvez poucas pessoas conheçam a influência que a dor intolerável e persistente pode exercer, tanto sobre o corpo como sobre o espírito..., sob o efeito de tais tormentos o carácter muda, o mais amável dos indivíduos irrita-se, o soldado torna-se poltrão e o homem mais robusto fica tão nervoso como a mais histérica das raparigas”* (cit in Melzack & Wall, 1982, pp. 255). Pela sua natureza, a dor acarreta protestos da parte do doente e a obrigação para os profissionais da saúde de a combater. À medida que aumenta a gravidade e a duração da mesma, o comportamento do doente é cada vez mais dependente do seu estado, o que levanta uma série de problemas que devem ser devidamente analisados antes

de serem prescritos os meios de intervenção (Melzack & Wall, 1982, pp. 257). A dor é assim, uma experiência individual complexa com aspectos sensoriais, emocionais e sociais. É importante compreender que duas pessoas não sentem a mesma dor de forma idêntica. Isto acontece porque as mensagens que a dor transmite ao nosso cérebro podem não ser interpretadas da mesma forma por diferentes pessoas, dado que a nossa experiência individual da vida condiciona a forma como sofremos e exprimimos a nossa dor (EFIC¹⁴, 2002).

Uma pessoa hipnotizada, após sugestão apropriada, pode ser golpeada ou queimada, sem referir ter sentido dor (Hilgard & Hilgard, 1975; cit *in* Melzack & Wall, 1982, pp. 42). Pode declarar ter sentido uma sensação táctil aguda ou calor forte, mas afirma que nunca chegou a ser dolorosa. É evidente que somente uma pequena percentagem de pessoas pode ser hipnotizada, até um estado suficientemente profundo, para poderem ser submetidas a intervenções de grande cirurgia sem nenhuma anestesia. Mas num grupo muito maior, a hipnose permite reduzir a quantidade de medicamentos necessários para uma analgesia satisfatória. As instruções auto-hipnóticas (Hilgard & Hilgard, 1975) ou a orientação suave do hipnotizador (Barber, 1979) criam, nestas pessoas, um sentimento de menor vulnerabilidade e uma maior abertura à sugestão. É inegável que produzem um estado de relaxamento e bem-estar. A diminuição da atenção e da ansiedade, assim como a sugestão e a distração, levam ao controlo psicológico da dor (Hilgard & Hilgard, 1975; cit *in* Melzack & Wall, 1982, 45).

Com a analgesia hipnoticamente induzida, podem-se alcançar reduções importantes da dor nos casos de queimaduras, aspirações de medula óssea e em trabalho de parto. A redução da dor hipnoticamente induzida é um tratamento bem estabelecido: cerca de 75% dos indivíduos experimenta um alívio com a hipnose em diferentes tipos de dor. As pessoas medianamente sugestionáveis conseguem os mesmos resultados que as pessoas altamente sugestionáveis (Montgomery, Du Hamel & Reed, 2000).

Em 2007, Hammond após rever a bibliografia disponível, concluiu que a hipnose é um tratamento bem estabelecido e eficaz para as enxaquecas e dores de cabeça.

A hipnose tem sido aplicada num grande número de problemas associados à dor crónica, e tem alcançado bons resultados (Chaves, 1994; Holroyd, 1996, Syrjala & Abrams, 1996; Weisenberg, 1998). Por exemplo, na dor do membro fantasma (Rosen et al., 2001; Sthalekar,

¹⁴ *European Federation of IASP Chapters*. É uma organização profissional multidisciplinar no campo da ciência da dor e abrange profissionais de saúde com formações diversas incluindo medicina, enfermagem, fisioterapia e psicologia e outros profissionais por toda a Europa.
IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor.

1993), dor de cabeça (TerKuile et al., 2001) ou do cancro (Syrjala et al., 1992). Alguns autores assinalam que a eficácia da hipnose deriva das capacidades distractivas das estratégias cognitivas utilizadas (Farthing, Venturino & Brown, 1983; McCaul & Malott, 1984; Miller & Bowers, 1986). Inclusive, há quem sugira que a hipnose não é eficaz por si só, e que a sua utilidade advém do facto de ser uma técnica de apoio capaz de desenvolver outras técnicas, assim como incrementar as expectativas e canalizar as demandas (García, 1985). A hipnose tem sido considerada no tratamento da dor crónica como mais um tipo de tratamento cognitivo-comportamental (Turner & Chapaman, 1982). A sua aplicação no campo da dor crónica, permite abordar distintos tipos de síndromes dolorosas e facilitar um controlo da actividade cognitiva, perceptiva e fisiológica implicada nesta. Por outro lado, a utilização da auto-hipnose permite converter o uso da hipnose num procedimento de auto-controlo (Vallejo, 1993).

Observando por uma outra perspectiva, através da neuroimagem funcional, foi possível demonstrar a realidade do estado hipnótico, permitindo 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 et al., 2001, Rainville et al., 1997, Vanhaudenhuyse, 2009), com a ínsula a jogar numa posição intermédia entre os dois componentes de transformação (Agostinho, 1996; Craig et al., 1994; Vanhaudenhuyse, 2009). Alguns autores sugerem 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; Vanhaudenhuyse, 2009; Montgomery et al., 2004). Verificou-se deste modo, a existência de diferenças hemisféricas no fluxo de sangue associado ao processamento da cor e da hipnose (Kosslyn, Thompson, Costantini-Ferrando, Alpert, & Spiegel, 2000; Montgomery et al., 2004). Os resultados obtidos nestes estudos, ajudaram a compreender o que ocorre no cérebro quando se dão induções e sugestões hipnóticas, e podem apontar novas metodologias para melhorar as aplicações da hipnose. Contudo, este tipo de estudos 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).

Nos meios científicos, circula ainda a ideia de que a analgesia para a dor experimental não se reverte com a administração de hidrocloreto de naloxona. Achado este, que sugere que a analgesia hipnótica não é mediada pelo sistema endorfnico. Descobriu-se, que o líquido cefalorraquidiano de pacientes sob o efeito da acupunctura apresentava elevados níveis de endorfnas, enquanto estudos preliminares indicaram que os níveis de endorfnas não aumentavam, em pacientes durante a experiência de analgesia hipnótica, o que de certa forma confirma a independência da analgesia hipnótica sob a acção da endorfina. O que é conhecido é que o nível e o grau em que a hipnose permite modificar a percepção da dor é surpreendente. Está bem documentado que ambas, a dor provocada experimentalmente e a clínica, podem ser reduzidas consideravelmente, inclusive em certas ocasiões eliminadas, ainda que este facto dependa mais da capacidade da pessoa para sentir a anestesia do que da técnica. O tema em análise não é se a hipnose pode provocar uma poderosa experiência de analgesia, mas sim, que a hipnose é claramente uma maneira eficaz de modificar as percepções e assim a pessoa pode não apresentar dor. É sobretudo necessário que a hipnose seja um meio eficaz e prático para um alívio duradouro da dor crónica. A dor crónica que é um fenómeno psicológico complexo, afectado por múltiplos factores. Em primeiro lugar, é importante distinguir entre o potencial analgésico da hipnose por si só, e a necessidade da hipnose ser incorporada dentro de um plano de tratamento psicoterapêutico geral, se é que se quer usar com êxito para produzir alívio a longo prazo. Assim como muita gente acredita que a hipnose (como único tratamento) pode curar a obesidade, o comportamento compulsivo e os problemas sexuais, muitos acreditam que a hipnose por si só pode curar a dor crónica. Os clínicos com experiência, sabem no entanto, que a experiência da hipnose pode ser terapêutica por si só, e suscitar uma experiência de paz e de bem-estar, e embora as sugestões para analgesia possam ser eficazes a curto prazo, os benefícios a longo prazo requerem que a hipnose seja utilizada como parte integrante de uma intervenção psicoterapêutica mais ampla. Um alívio mais efectivo requer que o clínico combine a aprendizagem de analgesia hipnótica com outras intervenções psicológicas que incluem o conhecimento da situação do paciente e dos problemas que o estão a afectar (Barber, J., 2000).

Há muitas maneiras de conceptualizar as técnicas de uso hipnótico da dor, e enquanto diferentes clínicos certamente aplicam técnicas de maneira diferente, é útil considerar quatro

métodos básicos para alcançar um controlo hipnótico da dor. Existem assim, diferentes procedimentos para controlar a dor mediante o uso da hipnose e que J. Barber (1986, 1996/2000) resumiu da seguinte forma:

1. *A analgesia ou a anestesia*, pode ser criada no indivíduo hipnotizado sugerindo-lhe que a percepção da dor está a mudar, a diminuir ou a zona está adormecida de tal maneira, que a dor está a desaparecer gradualmente. Pode ser mais fácil para o paciente notar um bem-estar crescente em vez de uma diminuição da dor. Assim, uma sensação específica de bem-estar, como a que se associa a anestesia, pode ser sugerida especificamente;
2. *A substituição de uma sensação dolorosa por uma sensação diferente*, menos dolorosa, permite frequentemente ao paciente tolerar alguma sensação persistente na zona dolorosa mas sem sofrimento. Uma sensação de dor pulsante pode ser substituída por uma sensação de vibração;
3. *O deslocamento da zona de dor para outra zona do corpo*, ou algumas vezes, para zonas fora do corpo, pode também dar oportunidade ao paciente de continuar a experimentar a sensação, mas numa zona menos vulnerável e dolorosa. A escolha da zona baseia-se normalmente na sua menor vulnerabilidade psicológica, e as sugestões podem ser deixadas ao critério do paciente;
4. *A dissociação da consciência* pode criar-se quando o paciente não necessita de estar activo, ou quando alguma condição mantém o paciente virtualmente imóvel (ex: durante o período final de uma doença). Pode-se-lhe ensinar simplesmente, a começar a experimentar-se a si próprio, psicologicamente, como se estivesse noutra tempo, noutra lugar ou noutra situação, como se estivesse a viver num sonho diurno.

A eficácia de qualquer técnica hipnótica depende da imaginação do paciente e da habilidade do clínico para evocar e capitalizar essa imaginação. A respeito disto, não há limites na forma como a hipnose pode ser utilizada para reduzir a dor, e o clínico deverá sempre explorar qualquer possibilidade que lhe apareça. Se o paciente é capaz, poder-se-á ajudá-lo a imaginar vivamente uma experiência particular, que poderá ser utilizada para contrariar a sua experiência de dor, e assim, existirá uma boa possibilidade de êxito. Saber que técnica em particular deve ser utilizada, depende da experiência clínica do terapeuta, de chegar e averiguar como utilizar o conhecimento das necessidades do paciente para encontrar a abordagem correcta para esse caso em particular. A linguagem que o paciente usa para

descrever a sua dor é um dado importante para saber como poderemos ajudar a modificar essa experiência de dor. Podemos por vezes, falar de “dor” e de “alívio” dessa “dor”, tratamos assim das qualidades da dor. Controlar a dor pode significar eliminá-la totalmente com analgésicos ou anestesia, mas isso frequentemente, significa modificar a experiência particular de uma qualidade da dor, tanto sensorial como afectiva, para que alivie o sofrimento. De facto, com muita frequência é clinicamente útil para o paciente descobrir as qualidades perceptivas particulares da sua dor, mais do que saber que ele ou ela tem “dor”. Discriminar vários aspectos senso-perceptivos da dor pode ajudar o paciente a descobrir as formas em que a dor pode aumentar ou diminuir, pode por vezes mudar, ou inclusive ser mais tolerável. Saber que é possível esta alteração é um passo tão crucial para o paciente, como aprender que as modificações são mais eficazes para aumentar o seu bem-estar. Se a dor é intensa, por exemplo, então quiçá seja possível inculcar um aumento do bem-estar quando a dor se transforma em algo mais apagado; se é quente, então quiçá pode ser aliviada com frescura. Sugestões de substituição podem ajudar o paciente a descobrir quão modificável podem ser as suas sensações (Barber, J., 2000).

Mais amplo que o tema das técnicas hipnóticas específicas é o tema do controlo psicológico do paciente com dor. O simples facto de utilizarmos a hipnose em tratamentos de dor, não nos permite esquecer tudo o que sabemos de Psicologia. Temas tais como o benefício secundário, o reforço da incapacidade, a dinâmica familiar, a auto-estima, e o uso da dor como forma de chamar a atenção tanto como outros temas importantes, têm que se ter em consideração para que se possa tratar da dor com sucesso. No entanto, ter em conta estes temas, não dá a garantia por si só, da redução da dor. A maioria das pessoas, aparentemente sabe que a dor tem a função de nos alertar sobre a existência ou a ausência de dano nos nossos tecidos. Este assunto tem especial importância, no caso de pacientes cuja dor corresponde a uma doença que ameaça a sua vida. Por exemplo, por vezes o paciente com metástases em remissão e com um exame físico que descarta a possibilidade de dor, continua sentindo-a. O facto de estar alerta perante as possibilidades, permite que o clínico possa focalizar melhor a atenção do paciente, e ajudar este a discutir o sentido da dor e as implicações da sua diminuição, em vez de queixar-se somente da persistência da dor. Daí para a frente, qualquer “resistência” que o paciente possa ter para reduzir a dor, baseada no seu valor como sinal, pode evidenciar-se pela sensibilidade e responsabilidade do clínico. A resistência está normalmente, em função da diferença entre as metas do paciente e do clínico (Barber, J., 2000).

As necessidades particulares do paciente e a relação Terapeuta-paciente, indicam o modo mais eficaz de a hipnose ser utilizada caso a caso, pelas mesmas razões de que qualquer outra ferramenta psicoterapêutica é usada idiossincrasicamente em cada caso particular. Nas abordagens com a hipnose, não se deve tirar a conclusão de que estas são sempre eficazes. Nem sempre o são. Às vezes o paciente apenas sente um alívio parcial. Outras vezes, o paciente não aceita a sua própria implicação activa, no processo de tratamento. Às vezes o paciente não deseja cumprir com as consequências do processo de tratamento (como por exemplo: retornar ao trabalho, aumentar o seu nível de actividade, etc.). Outras vezes, o paciente desanima com a quantidade de tempo que necessita para que o seu tratamento comece a apresentar resultados (Capafons, 1998).

O êxito terapêutico é mais provável com o estabelecimento precoce das metas terapêuticas. É da máxima importância que o paciente tenha claro as suas expectativas, e que o clínico tenha claras as limitações do caso, no que concerne às expectativas apresentadas pelo paciente. Por exemplo, não é possível eliminar completamente e para sempre um sintoma de dor crónica. Se essa é a expectativa do paciente, então é necessário falar sobre aquilo que o clínico acredita ser possível nesse caso em particular. Muitos factores psicológicos interferem na capacidade de uma pessoa para aprender a usar a hipnose no alívio constante de um problema de dor permanente. Em geral, a hipnose permite ao paciente aprender como aliviar a dor, ou pelo menos aliviar significativamente o seu sofrimento. O grau em que a hipnose é eficaz para o alívio da dor a longo prazo, depende em grande medida da habilidade para motivar o paciente a que se auto-controle e fomente a sua auto-determinação. As vantagens de aprender esta fonte de bem-estar potencialmente poderosa, que não tem efeitos colaterais adversos, parecem suficientemente claras para garantir a sua inclusão em qualquer programa integral do tratamento da dor (Barber, J., 2000).

A hipnose clínica enquanto coadjuvante terapêutico pode ainda ser eficazmente utilizada em outras áreas de intervenção clínica. Na medicina, onde estudos de Pinell & Covino (2000), realizados com pacientes cuidadosamente seleccionados mostraram utilidade na preparação pré-cirúrgica, em pacientes com asma (especialmente os pacientes altamente hipnotizáveis), em pacientes com problemas dermatológicos (psoríase e verrugas), em casos de cólon irritável, na hemofilia, náuseas e vômitos posteriores à quimioterapia. A hipnose é utilizada para facilitar as estratégias de controlo atencional e de modelação da dor, para além de colocar em marcha as actividades comportamentais. A utilidade da hipnose no tratamento do

cancro alcança a esfera da dor em si, bem como, a redução dos afectos indesejáveis resultantes de terapias associadas à doença, como a quimioterapia com o consequente aparecimento de náuseas e vómitos (Monow & Dobkin, 1988). Para além disso, o uso da hipnose pode constituir uma alternativa a outras técnicas terapêuticas, como as técnicas cognitivo-comportamentais associadas ao confronto directo com os problemas (reestruturação cognitiva, relaxamento e outras técnicas de *coping*). Syrjala et al., (1992) obtiveram bons resultados no controlo da dor, náuseas e vómitos com o uso da hipnose, em pacientes com cancro e em pacientes que foram sujeitos a transplantes de medula óssea. No entanto, estes mesmos pacientes não conseguiram alcançar melhorias assinaláveis com o uso em exclusivo de técnicas cognitivo-comportamentais.

Em 2002, Montgomery, David, Winkel, Silverstein, & Bovbjerg, numa meta-análise realizada com pacientes submetidos a cirurgia, mostraram que os grupos de pacientes que receberam hipnose, como coadjuvante melhoram em seis categorias clínicas: menos afecto negativo (ansiedade ou depressão); menor dor; menor uso de medicação contra a dor; menores níveis de pressão arterial, taxa cardíaca e níveis de catecolaminas; melhor recuperação posterior (recuperação da força muscular, vômito pós-operatório e fadiga); menor tempo de tratamento (duração do procedimento e do internamento hospitalar); melhoria dos pacientes com diversos níveis de sugestibilidade hipnótica e um funcionamento eficaz, incluindo o uso de intervenções gravadas em cassete.

Em 2007, Brown, D. indicou que a hipnose é possivelmente eficaz para a severidade dos sintomas da asma; eficaz para manusear os estados emocionais que exacerbam a obstrução das vias respiratórias; possivelmente eficaz na redução da obstrução das vias respiratórias e na estabilização da hipersensibilidade nessas vias para certos pacientes e que a evidência da eficácia é insuficiente no que respeita ao processo inflamatório da asma.

A hipnose encontra ainda utilidade no abandono do consumo tabágico. Para Green & Lynn, 2000, a hipnose é mais eficaz que os grupos de lista de espera e de não tratamento. É adequada sob um ponto de vista eficácia/custo, pelo que se recomenda para eliminar o hábito de fumar. Por outro lado, quando direccionada a uma população infantil, a hipnose clínica segundo Milling y Costantino (2000), é provavelmente eficaz na enurese. Está demonstrada como promissora para a redução de vómitos e náuseas provocadas pela quimioterapia; dor da aspiração de medula e punções lombares e em casos de dor em geral.

Schoenberger (2000), após rever a evidência disponível, sobre a hipnose como coadjuvante nos tratamentos cognitivo-comportamentais, concluiu que é provavelmente eficaz para aumentar a sua eficácia na ansiedade, obesidade, insónia, dor e hipertensão. Em 2007, Alladin & Alibhai encontraram um aumento da eficácia da Terapia Cognitiva para a Depressão (Beck) quando se usava a hipnose como coadjuvante. 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, muito por causa dos mitos e das crenças criados em redor da hipnose (Capafons, 1998; Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Jupp, 1985-86; McConkey & Vingoe, 1982; Yu, 2004).

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). Explorando melhor esta perspectiva observamos que, vários estudos colocaram a descoberto a existência de numerosas crenças erradas sobre a hipnose (McConkey, 1986). Segundo este autor, a hipnose estaria associada às seguintes crenças: a) é um estado diferente do estado normal de consciência; b) as sugestões experimentam-se sem a necessidade de esforço; c) pode-se recordar situações impossíveis de serem recordadas de outra forma; d) a hipnose provoca uma maior insensibilidade à dor; e) sob hipnose diz-se sempre a verdade sobre aquilo, que geralmente se mentia; f) experimentar as sugestões depende em grande medida mais das capacidades do indivíduo do que das do hipnotizador. Segundo Capafons (1998), existem afirmações sobre a hipnose, habituais entre as pessoas leigas que não conhecem a investigação e que carecem de sustento científico, pelo

que são crenças exageradas ou simplesmente falsas. Para este autor, se alguém defender que é certo qualquer uma dessas crenças, devemos sempre desconfiar do seu conhecimento científico sobre a hipnose e da sua capacidade para ajudar com a hipnose clínica. As crenças (mitos) que descreveu foram as seguintes: a) a hipnose não pertence ao campo da psicologia científica. Quem a pratica só podem ser charlatães, curandeiros ou homens do espectáculo. As pessoas que melhoram com a hipnose são crédulas, ignorantes e “dependentes”; b) a hipnose pode deixar a pessoa “presa” num transe; c) a hipnose pode explicitar ou agravar psicopatologias “latentes” da pessoa. Inclusive pode desenvolver alterações psicológicas nos indivíduos saudáveis. Os indivíduos com problemas psicopatológicos podem piorar com a hipnose; d) a hipnose provoca um “estado” similar ao do sonho, em que a pessoa mostra características especiais. Se não se alcançam tais características, a pessoa não está hipnotizada. Só se pode estar nessa situação especial, se tiver recebido um método de indução hipnótica; e) a hipnose elimina e anula o controlo voluntário da pessoa. Esta deve ser um autómato nas mãos do hipnotizador, pelo que pode cometer delitos, actos anti-sociais, imorais ou que levam ao ridículo social; e por último f) a hipnose provoca reacções pouco habituais, excepcionais e quase mágicas nas pessoas. O que se recorda sob hipnose é sempre verdade.

Ainda, segundo Capafons & Mazzoni (2005) a hipnose é uma técnica que em si mesma não implica riscos. Será o uso inadequado de tal técnica que pode ser prejudicial, especialmente no que diz respeito à génese de falsas recordações por parte da pessoa hipnotizada. As crenças erradas e os mitos sobre as potencialidades da hipnose transmitidos pelos meios de comunicação e pelos próprios terapeutas (especialmente aqueles que se fazem chamar por hipnoterapeutas) aparentam ser, em última instância, 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.

As aproximações clínicas e experimentais cognitivo-comportamentais terão considerado as atitudes, crenças e expectativas como variáveis de grande importância para a capacidade de promover respostas hipnóticas e para sua relevância nos resultados e nos tratamentos que se fazem em conjunto com a hipnose (Barber, Spanos & Chaves 1974; Chaves, 1999). Mostrar uma atitude positiva face à hipnose no início das intervenções que junta as técnicas hipnóticas, associa-se a uma acentuada melhoria dos pacientes (Schorenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery & Pastyrnak, 1997), pelo que a presença de atitudes positivas e expectativas adequadas, em conjunto com um nível mínimo de sugestibilidade hipnótica,

podem considerar-se requisitos prévios a ter em conta em qualquer tratamento baseado na hipnose (Capafons, 2001). Deste modo, antes de se iniciar uma intervenção hipnótica, será imprescindível avaliar as atitudes dos pacientes e eliminar os seus medos (Spanos, Brett, Menary & Cross, 1987). Neste sentido, a correcção de falsas concepções fomentará atitudes mais positivas face à hipnose, tanto nos clientes como nos terapeutas (Capafons, 1998b; Schoenberger, et al., 1997). O “rapport” será de especial relevância, ao ser um factor sócio-psicológico que oriente as respostas hipnóticas (Sheehan, 1991) e que molda as diferenças entre altos e baixos na sugestionabilidade (Lynn & Rhue, 1991). Não obstante, 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 sugestionabilidade 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). Assim, para alguns autores que defendem um estado alterado de consciência (Hilgard, 1965; Perry, 1977; Shor, Orne & O’Connell, 1966), acreditam que são necessárias variáveis mais estáveis que as crenças e as atitudes para explicar a sugestionabilidade hipnótica. Outras posições não tranceáticas enfatizam a sua importância (Kirsch, 1985) já que se tem observado que a posição explicada pelas atitudes e expectativas é consideravelmente maior do que a explicada por outras variáveis (Kirsch & Council, 1992; Kirsch, Silva, Comey & Reed, 1995; Wickless & Kirsch, 1989). No entanto, ambas as posições convergem em supor que crenças adequadas e atitudes positivas face à hipnose seriam uma condição necessária, mas não suficiente, para atingir altos níveis de sugestionabilidade (Perry, Nadon & Button, 1992; Spanos, 1982; Spanos et al., 1987). Esta situação proporciona o planeamento de uma relação não linear entre estas variáveis, já que as atitudes negativas associam-se a baixas pontuações na sugestionabilidade hipnótica, enquanto atitudes moderadamente positivas combinam com todo o tipo de pontuações, o que indicaria o papel modelador das atitudes (Spanos et al., 1987).

Dada a importância do conhecimento das atitudes e crenças sobre a hipnose e tendo em conta a inexistência de instrumentos que avaliem as mesmas, começaram a ser desenvolvidas uma série de escalas. Chaves em 2004, modificou a escala “*Attitudes Towards Hypnosis Scale*” desenvolvida por Spanos (1987), e adaptou uma versão para clientes, outra para estudantes de

medicina dentária, e uma terceira para estagiários universitários. No ano anterior, em Espanha um grupo de investigadores liderados por 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 constava de 28 itens, a maioria dos quais inspirados especialmente 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).

Em 2006, Capafons, Morales, Espejo e Cabañas adaptaram a escala na versão de cliente para o uso com terapeutas (EVCAH – T). Para isso modificaram e alargaram-na, passando a existir uma versão nova com 37 itens. Esta versão clarificava a estruturação gráfica de alguns itens, que continham duas afirmações que foram posteriormente convertidas em dois itens. Esta nova escala foi preparada para avaliar sobretudo as crenças e atitudes dos terapeutas face à hipnose. A grande diferença entre a versão cliente e terapeuta consistia na construção frásica dos itens (ex: 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”).

A análise factorial exploratória da versão do terapeuta da EVCAH indicou uma estrutura de oito 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). Esta estrutura factorial foi confirmada através de uma análise factorial confirmatória (Capafons, Espejo, & Mendoza, 2008), a qual apresentou uma consistência interna dos coeficientes boa e uma razoável correlação teste-reteste para os oito factores.

Posteriormente, a EVCAH – C foi traduzida para português por três psicólogos, sendo novamente traduzida para castelhano por um bilingue espanhol, a fim de assegurar a fiabilidade da tradução da mesma (Carvalho et al., 2007).

Realizou-se um estudo exploratório em que foi avaliada a estrutura factorial da EVCAH, versão Cliente revista de 37 itens, e comparada com a EVCAH versão Terapeuta. Este estudo foi realizado com estudantes universitários (Carvalho et al., 2007). Presentemente, Capafons e colaboradores estão a proceder à aferição e validação desta escala (EVCAH – C), para toda a população portuguesa.

Apesar do muito que se tem argumentado, a hipnose não provoca mais problemas do que aqueles que podem ocorrer com o uso das técnicas cognitivistas, como a dessensibilização sistemática e os procedimentos da reestruturação cognitiva, que estão na base do uso da imaginação. Provavelmente gera menos iatrogenia que os tratamentos que baseiam a sua “eficácia” na redução das defesas dos pacientes e na activação da sua angústia. Assim sendo, o que pode criar alguma complicação são as crenças que se mantêm sobre a hipnose e as expectativas sobre o que o hipnotizador fará com ela. Desde esta perspectiva, são precisamente as técnicas de reestruturação cognitiva, especializadas na mudança do pensamento e expectativas dos pacientes, as que mais “psicopatias” podem gerar (Capafons, 1998).

Numa perspectiva deontológica é absurdo rejeitar uma técnica porque o seu uso inadequado pode prejudicar a pessoa. No caso da hipnose, só uma inadequada reestruturação cognitiva a transformaria num procedimento iatrogénico e perigoso. Por isso, segundo este ponto de vista, o modelo da hipnose que se apresenta ao paciente é essencial, daí a total rejeição aos modelos tranceáticos¹⁵, de estado alterado de consciência, ou quase esotéricos e que transmitem uma ideia não só pouco rigorosa sobre a hipnose quando não, rigorosamente falsa, para além de fomentar crenças inadequadas sobre a qualidade da sugestão hipnótica (Capafons, 1998).

Por tudo isso, a hipnose não parece em si mesma provocar nenhum efeito colateral pernicioso. Tal dependeria da situação concreta da pessoa, da sua forma de processar a informação e da sua própria personalidade, mais do que as crenças que ostenta sobre a hipnose. Uma forma de reduzir a “iatrogenia” da hipnose, e quiçá a mais poderosa, seria pedir a autorização e o consentimento ao paciente para ser hipnotizado (Frauman, Lynn & Brentar, 1993; Lynn,

¹⁵ Modelos que estudam as características dos sujeitos hipnotizáveis, para assim descobrirem a verdadeira “essência” da hipnose. Estes modelos defendem um estado alterado de consciência (Capafons, 1998).

Martin & Frauman, 1996), o que implicaria uma apresentação adequada da hipnose e se desmistificaria os seus riscos e se potenciaria o sentimento de controlo percebido pela pessoa.

V. OBJECTIVOS

O presente estudo tem como objectivo investigar as crenças e atitudes de uma população clínica comparativamente com uma população estudantil, através da versão revista da Escala de Valência de Crenças e Atitudes face à Hipnose – versão Cliente, (Capafons et. al., 2003; Capafons Cabañas, Espejo & Cardeña 2004), traduzida para Portugal por Carvalho et al. (2007). A pertinência deste estudo reside, sobretudo, no facto de em Portugal não se recorrer muito à Hipnose Clínica, por existirem crenças inadequadas e atitudes negativas face a este tipo de intervenção terapêutica.

Através desta investigação, que em coordenação com uma outra¹⁶ que está a decorrer, pretendemos vir a conhecer melhor aquilo que a população portuguesa pensa acerca desta metodologia terapêutica, e assim construirmos metodologias de intervenção mais adaptadas e por consequência mais eficazes.

HIPÓTESE EXPERIMENTAL

Esta investigação parte das seguintes hipóteses:

H1 – Os pacientes apresentam as mesmas 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).

H2 – A escala EVCAH – H apresenta uma estrutura factorial de oito factores.

¹⁶ Que está a ser realizada pela equipa de trabalho do Dr. Capafons da Universitat de València.

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.

VI. MÉTODOS

AMOSTRA

Esta investigação realizou-se em paralelo, no Centro Sócio-Educativo e Profissional de Parteira, num espaço criado para o acompanhamento/intervenção da consulta de dor, e no Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte¹⁷. A amostra foi seleccionada aleatoriamente, sendo composta por 323 pacientes e 374 estudantes. 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. Após a recolha de todos os inquéritos, procedeu-se início do estudo da análise descritiva dos dados obtidos. Assim, para a população de pacientes em estudo, no total de 323 desta amostra 77 (23,8%) são do género masculino e 246 (76,2%) do género feminino. Apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos para uma *Média de 33,59 e um Desvio Padrão de 9,99*. Nesta 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. Por outro lado, analisando a amostra de estudantes também presente neste estudo, no total de 374, 113 (30,2%) são do género masculino e 261 (69,8%) do género feminino. Apresentam idades compreendidas entre os 19 e os 37 anos para uma *Média de 22,52 e um Desvio Padrão de 2,45*. Nesta 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

¹⁷ Investigação realizada com estudantes universitários, por uma colega do mestrado da Psicologia da Saúde.

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.

INSTRUMENTOS

Neste estudo foi utilizada a *Escala de Valência de Crenças e Atitudes face à Hipnose*, versão Cliente (EVCAH – C), composta por 37 itens. Esta apresenta uma escala de resposta tipo Likert¹⁸ 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).

DESENHO

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), nomeadamente as crenças e as atitudes face à hipnose. Os sujeitos do nosso estudo foram seleccionados aleatoriamente e avaliados num único ponto temporal.

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 (Lobiondo-wood & Haber, 2001).

PROCEDIMENTOS:

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. Antes de preencherem a escala, todos os sujeitos foram informados dos objectivos do estudo e do

¹⁸ 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.

carácter voluntário do seu preenchimento, bem como da garantia e confidencialidade das suas respostas.

MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Dados os objectivos do estudo, realizamos uma análise factorial exploratória (com o programa SPSS 18.0, para o sistema operativo Windows), recorrendo à técnica de extracção dos eixos principais através do método de rotação oblíqua (normalização oblíqua 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 escalas¹⁹, que os factores da escala estariam correlacionados entre si (Capafons et al., 2005). Assim sendo, para analisar a consistência interna da Escala, obtiveram-se os coeficientes alfa de Cronbach²⁰ (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 testes *t* de contraste de hipóteses entre as médias, para comprovar a existência ou não, de diferenças entre pacientes e estudantes, relativamente às crenças e atitudes que manifestam face à hipnose.

VII. RESULTADOS:

Após 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 **.90**, pela medida de Kaiser-Meyer-Olkin, considerado bom 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 **.000**, o que comprova que a matriz de correlação não é

¹⁹ Versão cliente e versão terapeuta.

²⁰ 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.

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* (ver na Tabela 1) com valores próprios superiores a 1, que explicam 56,86 % da variância total.

Tabela 1. Explicação da variância.

Factor	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
	<i>Ajuda/ Memória</i>	<i>Medo</i>	<i>Controle</i>	<i>Cooperação</i>	<i>Interesse</i>	<i>Transe/ Marginalidade</i>	<i>Magico/ Autómato</i>
<i>Variância</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

Legenda: Explicação da variância da EVCH-C.

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 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 .40, e/ou por saturarem em mais do que um factor. Ver na Tabela 2, a relação dos itens com os factores.

Tabela 2. Rotação – *Patter 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							

Legenda: Obtenção dos factores pela Rotação dos itens através da - *Patter Matrix*^a.

De seguida, avaliou-se o grau de consistência interna da escala, que deu-nos a proporção da variabilidade das respostas, resultante 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. 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. 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. Consistência interna.

Factor	Consistência interna (α)
Ajuda/memória	.87
Medo	.79
Controle	.74
Cooperação	.66
Interesse	.88
Transe/Marginalidade	.69
Magia/autômato	.63

Legenda: Alpha de Cronbach para cada Factor da EVCAH-C.

De acordo com Hair et al. (1998) são indicativos de consistência interna aceitável valores superiores ou iguais a 0,60. Na Tabela 3, podemos observar que obtivemos um valor de *alpha de Cronbach* para um modelo com sete factores com uma média global de **0,75**. Em particular, de **0,87** nos itens que saturam no factor 1 (*Ajuda/memória*); de **0,79** nos itens que avaliam o factor 2 (*Medo*); de **0,74** nos itens que saturam no factor 3 (*controle*); de **0,66** nos itens que avaliam o factor 4 (*Cooperação*); de **0,88** nos itens que saturam no factor 5 (*Interesse*); de **0,69** nos itens que avaliam o factor 6 (*Transe/marginalidade*); e por último, de **0,63** nos itens que saturam no factor 7 (*Magia/autômato*).

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

Tabela 4. Teste *t* – student.

Factor	Pacientes		Estudantes		
	Média e Desvio-Padrão	gl	<i>t</i>	<i>p</i>	
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/autômato	3.18±.85	2.88±.83	695	4.658	.000

Legenda: Teste *t-student* entre as médias dos factores da população clínica (pacientes) e dos factores dos factores da população estudantil (estudantes)

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 primeira hipótese, a de que, entre pacientes e estudantes não existem diferenças nas crenças e atitudes que apresentam face à hipnose.

O teste *t-student* comprova, com efeito, que existe uma diferença no factor Ajuda/memória entre os pacientes (3.90±.87) e os estudantes (3.44±.88), $t(695) = 7.011$, $p = .000$, os pacientes procuram significativamente mais *ajuda/memória* na hipnose, do que os estudantes.

O teste *t-student* comprova, igualmente, que existe uma diferença no factor Medo entre os pacientes (3.55±1.05) e os estudantes (3.30±1.08), $t(695) = 3.011$, $p = .003$, os pacientes têm significativamente mais *medo* da hipnose, do que os estudantes.

O teste *t-student* comprova, que existe uma diferença no factor Controle entre os pacientes (3.10±.76) e os estudantes (2.93±.80), $t(695) = 2.765$, $p = .006$, os pacientes vêm significativamente mais *controle* na hipnose, do que os estudantes.

O teste *t-student* comprova, igualmente, que existe uma diferença no factor Cooperação entre os pacientes (4.34±.87) e os estudantes (4.18±.92), $t(695) = 2.390$, $p = .017$, os pacientes vêm significativamente mais *cooperação* na hipnose, do que os estudantes.

O teste *t-student* comprova, com efeito, que existe uma diferença no factor Interesse entre os pacientes (2.94±1.32) e os estudantes (2.59±1.24), $t(695) = 3.664$, $p = .000$, os pacientes apresentam significativamente mais *interesse* na hipnose, do que os estudantes.

O teste *t-student* comprova, que existe uma diferença no factor Transe/marginalidade entre os pacientes (3.47±.84) e os estudantes (3.33±.79), $t(695) = 2.313$, $p = .021$, os pacientes vêm significativamente mais *transe/marginalidade* na hipnose, do que os estudantes.

Por último, o teste *t-student* comprova, igualmente, que existe uma diferença no factor Magia/autómato entre os pacientes (3.18±.85) e os estudantes (2.88±.83), $t(695) = 4.658$, $p = .000$, os pacientes vêm significativamente mais *magia/autómato* na hipnose, do que os estudantes.

VIII. DISCUSSÃO

A evidência empírica mostrou-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. Os resultados alcançados no nosso estudo, permitem desde logo contrariar esta ideia, de que pacientes e população em geral apresentam a mesma opinião em relação à hipnose.

A realização do presente estudo veio confirmar a diferença entre uma população clínica e de 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 podemos rejeitar a nossa hipótese inicial (H1).

Podemos ainda afirmar que perante estes dados, se justifica 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.

Esta investigação permitiu ainda confirmar os dados alcançados anteriormente, pela estrutura factorial da EVCAH – C, e a sua utilidade. A obtenção de um valor de *alpha* para um modelo de sete factores, de **0.75** como média global, sendo que todos eles apresentaram bons coeficientes de fidedignidade, revela uma vez mais, que a EVCAH-C enquanto instrumento de avaliação psicológica apresenta uma elevada consistência interna.

No entanto, foram alcançados apenas sete factores, não confirmando a nossa segunda hipótese (H2), e apresentando uma direcção diferente de estudos anteriores em que foram confirmados oito. Embora obtendo sete factores, os oito confirmados em estudos anteriores encontram-se presentes no nosso estudo. Todavia, alguns deles aparecem associados a outros factores mais prevalentes. Como exemplo temos o factor 1 (Ajuda/Memória), o factor 6 (Transe/Marginalidade) e o factor 7 (Magia/Autómato).

Esta diferença poderá ser explicada por um menor grau de informação relativamente à hipnose, evidenciado pelos nossos dados. 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.

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 na população 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).

IX. CONCLUSÃO

Assim consideramos, que o nosso estudo realizado na zona Norte de Portugal, com uma população de pacientes e estudantes, permitiu confirmar dados anteriores da estrutura factorial da EVCAH – C e sua utilidade, bem como a diferença entre uma população clínica e uma população normal (estudantes), sendo que os pacientes apresentam de uma forma mais intensa e significativa *crenças e atitudes* face à hipnose, do que os estudantes.

X. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, J.L. (1997). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2.^a edição.
- Alarcón, A., Capafons, A., Bayot, A., & Cardeña, E. (1999). Preference between two methods of active-alert hypnosis: Not all techniques are created equal... *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41, 269-276.
- Alarcón, A., & Capafons, A. (2006). El modelo de Valencia de hypnosis despierta: técnicas nuevas o técnicas innovadoras? *Papeles del Psicólogo*, 27, 70-78.
- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression. *International Journal of Clinical and Experimental Therapy*, 55, 147-166.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi editores, 4.^a edição.
- 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 hypnosis 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 Universitario en Hipnosis Clínica. 1ª Promoción. UNED.
- 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 scale 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
- 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.
- Dias Cordeiro, J. C. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2.^a edição.
- Gonçalves, O. (1993). *Terapias Cognitivas. Teoria e Prática*. Porto: Edições Afrontamento.
- 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.

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.
- Laplanche, J; Pontalis, J.B. (1990). *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença, 7.^a edição.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña. E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Malhotra, N. K.(2001) *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman, 3^a 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.
- Miró, J. (2006). *Dolor Crónico – Procedimentos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2ª edição.
- 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 hypnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3-8.
- McConkey, K. M., & Jupp, J.J. (1985-86). A Survey of Opinions about Hynosis. *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.
- 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*. 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.

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.
- Vallejo Ruiloba, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Lisboa: Masson, 5.^a edição.
- 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.
- 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.

XI. ANEXOS

ANEXOS

(VER: ABSTRACT; ARTIGO CIENTÍFICO E EXEMPLAR DA EVCAH-C)