

**INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DA AMÉRICA LATINA – ISAL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSICOLOGIA**

**HIPNOTERAPIA: TERAPÊUTICA COADJUVANTE APLICADA NO  
TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS – RELATO DE  
CASO CLÍNICO**

**CURITIBA/PR**

**2009**

**WELLINGTON JOSÉ DEGAM FURTADO**

**HIPNOTERAPIA: TERAPÊUTICA COADJUVANTE APLICADA NO  
TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS – RELATO DE  
CASO CLÍNICO**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-graduação em Neuropsicologia, ministrado pelo Instituto Superior de Educação da América Latina - ISAL, como requisito à obtenção do título de Neuropsicólogo.

Orientador: Prof. Dr. Egidio José Romanelli

**CURITIBA/PR**

**2009**

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

### **HIPNOTERAPIA: TERAPÊUTICA COADJUVANTE APLICADA NO TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS – RELATO DE CASO CLÍNICO**

**WELLINGTON JOSÉ DEGAM FURTADO**

Conceito final:

Aprovado em ..... de ..... de 2009.

BANCA EXAMINADORA

---

Orientador: Prof. Dr. Egídio José Romanelli

---

Prof Dr.

---

Prof. Dr.

Dedico este estudo aos meus **FILHOS** e **ESPOSA**,  
Pela **GRANDEZA**, **AMOR** e **COMPREENSÃO** recebida.

## **AGRADECIMENTOS**

### **À DEUS**

Por estar sempre presente em toda minha vida.

### **À MINHA ESPOSA E FILHOS**

Pelo apoio, carinho e paciência em todos os momentos.

### **AOS MEUS PAIS**

Pela minha simples existência e amor por todo o meu trajeto.

### **À MEU PROFESSOR E ORIENTADOR EGÍDIO JOSÉ ROMANELLI**

Pelo alto nível de conhecimento transmitido durante nossa formação.

### **AO MEU PROFESSOR E AMIGO WALID MOUSFI**

Pela dedicação, humildade e inteligência na arte de ensinar como homem integral.

### **AOS AMIGOS DESTE CURSO**

Pelos momentos carinhosos, dedicação e harmonia.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	6
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 REVISAO DA LITERATURA</b> .....	10
2.1 HIPNOSE.....	10
2.2 HISTÓRICO.....	11
2.2.1 Freud <i>versus</i> hipnose.....	16
2.3 FISILOGIA DA HIPNOSE .....	20
2.4 NEUROFISIOLOGIA DA HIPNOSE.....	22
2.5 DIRTÚRBIOS NEUROLÓGICOS E TRANSTORNO DE CONVERSÃO (TCON).....	28
2.6 TRATAMENTO SOB HIPNÓSE.....	35
2.7 HISTÓRIA CLÍNICA.....	35
2.7.1 Habilidades do hipnólogo.....	37
2.8 CONSENTIMENTO INFORMADO.....	45
2.9 CONDUTAS DURANTE A HIPNOSE .....	46
2.10 TÉCNICAS.....	49
2.11 FUNCIONAMENTO MODULAR DO PROCESSO.....	52
2.12 CONSCIENTE E SUBCONSCIENTE.....	53
2.13 CURA PSÍQUICA.....	54
2.14 RELATOS DE TRATAMENTO HIPNOTERÁPICO.....	55
<b>3 METODOLOGIA E RELATO DE CASO CLÍNICO</b> .....	59
3.1 METODOLOGIA.....	59
3.2 RELATO DE CASO CLÍNICO.....	59
3.2 CONCLUSÃO.....	62
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	63
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	65
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	66

## RESUMO

A Hipnoterapia tem sido amplamente difundida no campo da saúde privada ao longo de décadas, estendendo-se para a esfera da saúde pública nestes últimos anos, com tendência para tornar-se um método alternativo de tratamento em grande escala, mediante a procura comprovada por indivíduos que buscam um tratamento a curto e médio prazo, diminuindo gradativamente o uso de medicamentos, portanto, com a produção de efeitos colaterais menores. Este estudo tem como objetivo geral conhecer como a Hipnoterapia aplicada ao tratamento dos distúrbios neuronais pode funcionar como relevante opção terapêutica e quais os benefícios do cliente. Como objetivos específicos, busca conceituar e definir a hipnose, mostrando um breve histórico, relacionando a forma pela qual a técnica atua sobre o sistema nervoso quando o cliente é submetido ao tratamento; pesquisar como a prática hipnótica é vista na contemporaneidade na área de saúde; argumentar as vantagens obtidas pelo cliente quando da aceitação desse modelo de terapia nos tratamentos psicoterápicos. O método de estudo aplicado neste trabalho consiste de uma revisão da literatura, bem como da apresentação de um relato de caso clínico em que o profissional se utilizou da técnica Hipnoterápica, auferindo significantes resultados.

**Palavras-chave:** Distúrbios neurológicos; Neurofisiologia da hipnose; Hipnoterapia.

## INTRODUÇÃO

A procura pela hipnose como tratamento terapêutico teve início, primeiro, por particulares, depois, mediante o considerável aumento no número de clientes devido aos seus efeitos altamente benéficos tornou-se conhecida, se expandindo de forma crescente, intensificando até conquistar seu espaço na saúde pública. Hoje, encontra-se inserida como método de tratamento para causas diversas, se mostrando bastante eficaz.

A hipnose clínica é utilizada para tratar tanto problemas físicos como psicológicos, que pode ser denominada hipnose clínica ou Hipnoterapia. Nesse contexto, a hipnose pode ser definida como um estado alterado da consciência ou da percepção. Trata-se de um estado de profundo relaxamento no qual o consciente e o inconsciente do paciente podem ser focalizados para ficarem mais receptivos à sugestão terapêutica.

Estudos indicam que a Hipnoterapia pode ser utilizada com sucesso na Medicina, Psicologia e Odontologia, para tratamento de problemas emocionais ou físicos. Na Psicologia, para tratar o tabagismo, emagrecimento, fobias, depressão, ansiedade, problemas sexuais, alcoolismo, problemas de fala, terapia de regressão de idade, dores crônicas, auto-estima e fortalecimento do ego e melhoras na concentração ou memória. Na Medicina, utilizada na Psiquiatria, anestesia e cirurgia, doenças psicossomáticas, ginecologia e obstetrícia, controle de sangramento, tratamento de queimaduras, dermatologia, pediatria (enurese noturna, pesadelos, timidez e inadaptação), controle da dor, controle de vícios. Na Odontologia, para tratar questões que envolvem medo em ir ao Dentista, cirurgia odontológica, bruxismo, controle de sangramento, controle da salivagem excessiva e dor, entre outros.

O estudo sobre a hipnose e sua relação benéfica para tratamento dos distúrbios neuronais é de real importância no contexto das modernas terapias alternativas de saúde humana oferecidas, inserindo-se nesse campo como forma de tratamento com resultados positivos e, principalmente, por estar, hoje, prevista como modalidade de tratamento ofertada ao usuário da saúde pública, tornando-se uma opção de tratamento para os distúrbios neuronais.

Nesse sentido, essa pesquisa justifica-se pelo fato de muitos profissionais buscarem oferecer ao paciente formas alternativas para o tratamento dos distúrbios

neuronais. Assim, um novo olhar, como fator coadjuvante, dispensa, talvez, o uso progressivo e excessivo de medicamentos, considerando que quando utilizados para tal fim tratam uma causa em detrimento de outras, gerando efeitos adversos múltiplos, sintomas e complicações em graus elevados e diferenciados no organismo humano.

Ao apresentar a hipnose como técnica de apoio no tratamento dos distúrbios neuronais, o estudo busca contribuir para um melhor resultado em tais tratamentos, de forma a preservar o bem maior do paciente, a “saúde”, com redução no uso de medicamentos, portanto, dos efeitos colaterais gerados. Além disso, a pesquisa pode contribuir como um ensaio científico, motivando o desenvolvimento de outros estudos nessa mesma área, em especial, que mostrem os efeitos positivos da técnica, com ênfase ao auxílio que presta no tratamento convencional dos distúrbios neuronais.

Notadamente, essa pesquisa pode ainda contribuir para melhor esclarecer à área acadêmica sobre o funcionamento e os efeitos produzidos pela prática hipnótica.

O problema desta pesquisa contempla conhecer quais são os efeitos benéficos resultantes da prática hipnoterápica quando aplicada ao tratamento dos distúrbios neuronais? A técnica é capaz de subsidiar satisfatoriamente o tratamento nesse tipo de distúrbio ou não?

O objetivo geral consiste em conhecer como a Hipnoterapia aplicada ao tratamento dos distúrbios neuronais pode funcionar como relevante opção terapêutica e quais seus benefícios.

Os objetivos específicos buscam relacionar hipnose (histórico, conceito, definição) *versus* distúrbios neuronais (caracterização); conhecer a forma pela qual a técnica atua sobre o sistema nervoso quando o paciente é submetido ao tratamento; pesquisar como a prática hipnoterápica é vista contemporaneamente na área de saúde; argumentar as vantagens obtidas pelo paciente quando da aceitação desse modelo de terapia para tratamentos psicoterápicos.

O estudo encontra-se estruturado da seguinte forma: inicialmente, o capítulo um apresenta uma breve introdução sobre o estudo na sua inteireza. O capítulo dois, por sua vez, aborda a revisão da literatura, com o conceito de hipnose, um breve histórico, a fisiologia da hipnose, neurofisiologia da hipnose, os distúrbios neurológicos e transtorno de conversão (TCON), tratamento da hipnose, história

clínica, habilidades do hipnólogo, consentimento informado, condutas durante a hipnose, técnicas, funcionamento modular do processo, consciente e subconsciente, cura psíquica, relatos de tratamento hipnoterápico. No capítulo três encontra-se disposta a metodologia de estudo e no capítulo quatro o relato de um caso clínico, finalizando com uma conclusão. Posteriormente, no capítulo cinco encontra-se a discussão do estudo, finalizando com as considerações finais e referências.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 HIPNOSE

De acordo com Ferreira (2008), o conceito de hipnose varia nas diferentes épocas e no contexto histórico. O termo hipnose serve para catalogar um conjunto de procedimentos que potencializam certas capacidades pré-existentes no indivíduo.

A hipnose pode funcionar como uma ajuda para fomentar a motivação no paciente, ativar expectativas de autoeficácia, de resultados e de respostas.

A hipnose é uma técnica de comunicar idéias num estado mais receptivo e comumente representa um processo evocativo no qual estimulam-se associações internas, memórias e recursos do próprio paciente.

Yapko (1988) descreve que a hipnose clínica é um sistema de comunicação especializada e influenciada que ensina como palavras podem curar. A Associação Americana de Psicologia aprovou oficialmente a hipnose em 1993, publicando em 1994, que a hipnose é um estado em que o indivíduo é propositalmente guiado por palavras e comunicações cuidadosamente escolhidas para liberar interesses alheios e para pensar, sentir, lembrar, imaginar experimentar idéias e eventos que raramente são experienciados.

A hipnose é um procedimento no qual o profissional de saúde sugere ao cliente, paciente ou sujeito, experimentar mudanças, sensações, percepções e comportamentos.

O contexto hipnótico, geralmente, estabelecido por indução, embora haja diferentes induções hipnóticas, a maioria inclui sugestões para relaxamento, calma e bem-estar. Instruções para imaginar ou pensar sobre agradáveis experiências também são incluídas nas induções hipnóticas.

O Conselho Federal de Educação dos Estados Unidos da América do Norte adotou para hipnose o seguinte conceito: “hipnose é o *by-pass* do sensor crítico e a aceitação de sugestões aceitáveis”.

O transe hipnótico pode ser definido como o momento em que a sugestão atinge sua ação mais poderosa, um fenômeno que revela a força do inconsciente que o indivíduo tem, que está à sua disposição para ser dirigida e controlada por ele próprio em seu benefício, permitindo conhecer, orientar e dirigir seu pleno potencial e, assim, obter soluções para problemas diversos.

Segundo Warren (2009):

**[...] hipnose é um estado artificialmente induzido, às vezes semelhante ao sono, porém, sempre fisiologicamente distinto do mesmo, tendente a aguçar a sugestibilidade, acarretando modificações sensoriais e motoras, além de alterações da memória. [grifo nosso]**

Segundo a *American Psychological Association*, 30<sup>o</sup>. Divisão da *Society Psychological Hypnosis* (2004):

[...] habitualmente, a hipnose comporta uma introdução ao procedimento durante a qual se diz a um sujeito que se apresentarão sugestões de experiências imaginativas. A indução hipnótica é uma sugestão, extensa e ampla para usar a própria imaginação, que se dá no começo (inicial), e que pode incluir maiores detalhes (elaborações) da introdução.

O conceito oferecido pela Sociedade Psicológica Britânica, entre os anos de 2000-2002, ficou estabelecido que o termo “hipnose” designa a interação que se dá entre uma pessoa, o “hipnotizador”, e outra pessoa ou pessoas, o “sujeito” ou “sujeitos”. Ressalta-se que nessa interação o hipnotizador tenta influir na percepção, sentimentos, pensamentos e condutas dos sujeitos, pedindo-lhes que se concentrem numa idéia ou imagem capazes de evocar os efeitos que se pretendem atingir. E, a comunicação verbal que o hipnotizador utiliza para alcançar tais efeitos é designada como sugestão.

## 2.2 HISTÓRICO

De acordo com Passos (1961), inúmeras teorias tentam explicar o fenômeno da hipnose, conhecimento indispensável como modalidade alternativa de tratamento nos processos terapêuticos.

Desde 1700 estudos apontam o magnetismo como fator proponente para a cura. E, nesse período surgiu Franz Anton Mesmer (1734-1815), Médico austríaco divulgando conceitos sobre “fluídos magnéticos, mas que já haviam sido elaborados no passado. Entretanto, a ação desse austríaco foi marcante nos fenômenos relacionados ao magnetismo animal, conhecido como fenômeno “mesmérico e mesmerismo”, cujos termos figuram como sinônimo de magnetismo. Hoje, sem dúvida, a medicina magnética inspira-se na doutrina proposta por Mesmer, o qual

acreditava que o imã tinha poderes curativos sobre o corpo humano, considerava ainda que o emprego do magneto determinava crises de convulsão, precedentes à cura no paciente. No entanto, mediante o avanço em suas pesquisas determinou que a imposição das mãos para a cura resultava nos mesmos efeitos, agora sem mais a utilização de objetos magnéticos.

James Braid (1795-1860), também Médico e Professor de medicina na Inglaterra, em conjunto com James Esdaile (1808-1859), cirurgião inglês entenderam que o fenômeno magnético era puramente físico, e a cura que ocorria nos animais era devida a ação dos fluídos curativos. Ou seja, determinaram em seus estudos que em certas circunstâncias tais fluídos curativos podiam ser transmitidos de um ser humano para outro.

James Braid (1795-1860), cirurgião e oculista em Manchester, ao assistir as demonstrações de Lafontaine, magnetizador suíço, se convencerá da realidade dos fenômenos observados, mas rejeitou a explicação. O pesquisador, ao dedicar-se ao estudo dos fenômenos magnéticos concluiu que se tratavam de fenômenos puramente subjetivos e não exatamente devido à influência de qualquer fluído ou força misteriosa do operador.

Inicialmente, pensava-se que os fenômenos verificados no mesmerismo deviam-se às alterações funcionais ocorridas no sistema nervoso, circulatório, respiratório e muscular, induzidas pela fixação do olhar, pelo repouso físico, pela fixação da atenção e pela respiração reprimida. Assim, a hipnose passou a ser entendida como uma forma de sono determinada pelo cansaço do “olho espiritual”, ou seja, pelo cansaço dos centros visuais da corticalidade cerebral.

Posteriormente, Braid tentou explicar os fenômenos hipnóticos pela concentração mental ou monoideísmo, opondo-se francamente à Teoria por ele anteriormente proposta. Em sua nova concepção, os fenômenos hipnóticos aparecem nos estádios profundos, assemelhando-se ao sono, uma vez que nos estádios “alertas” diferem-se apenas quanto à sugestibilidade.

Braid acreditou ainda na frenologia, pensou ser possível que as paixões, emoções ou faculdades intelectuais podiam ser exercitadas durante a hipnose, tocando ou friccionando certas partes da cabeça ou face. Não obstante, ao dar continuidade em seus estudos descartou a hipótese. Logo após, para simbolizar os fenômenos resultantes da interação entre mente e corpo, introduziu os termos

psicofisiologia, hipnotismo, hipnotizar e hipnotista, sendo amplamente divulgados no campo da Psiquiatria, Psicanálise e Psicologia.

J. H. Bennet, professor da disciplina de Fisiologia em Edinburgh publicou, em 1851, na Alemanha, as Teorias Fisiológica e Psíquica e, de acordo Bramwell, seu discípulo à época.

De acordo com seu discípulo, a Teoria Fisiológica caracteriza-se pela alteração na atividade funcional das fibras nervosas da substância branca dos lobos cerebrais. Relata Bramwell, que uma porção dessa substância fibrótica branca permanece paralisada quando da estimulação monótona e continuada, conquanto que a ação das outras se exaltam, respectivamente. Acrescenta, ainda, que essas substâncias fibróticas conectam as células cerebrais ganglionares e, no caso, a suspensão de suas funções determinará a interrupção das conexões entre as células ganglionares.

De acordo com Guyton (1986), os lobos cerebrais compõem-se do lobo frontal, lobo parietal, lobo occipital e lobo temporal, oriundos dos ossos cranianos nas suas proximidades e que os recobrem. O lobo frontal encontra-se localizado na região da testa, o lobo occipital na região da nuca, o lobo parietal na parte superior central da cabeça e o lobo temporal na região lateral da cabeça, logo acima das orelhas.

Sob o ponto de vista psíquico, a Teoria Psíquica, proposta por Bennet, busca conhecer os fenômenos hipnóticos na relação terapia/paciente, os quais são explicados pela ação de idéias predominantemente e não controladas. Segundo essa Teoria, essas idéias obtêm primazia, de modo que as idéias remanescentes, presentes sob circunstâncias ordinárias e que poderiam controlar o desenvolvimento, não aparecem durante o processo.

Destaca-se que tais idéias não aparecem devido a porção do cérebro com a qual estão associadas terem sua ação temporariamente suspensa devido a conexão entre as células ganglionares, às quais foram bloqueadas mediante a interrupção das conexões entre as fibras de associação.

Conclui-se, segundo essa Teoria, que na hipnose uma idéia sugerida obtêm supremacia frente outras, por causar ilusões mentais e sensoriais devido a determinados centros “mais altos” terem sido inibidos pela técnica hipnótica.

Mais tarde, em 1980, Heidnhain, Psiquiatra alemão, considerou em sua Teoria os fenômenos hipnóticos como atributo da descontinuidade das células ganglionares da corticalidade cerebral.

Vindo ao encontro da Teoria proposta por Bennet, esse pesquisador também propôs que determinados centros superiores seriam inibidos pela estimulação monótona em detrimento de outros, determinada pela fixação do olhar, passes, entre outros.

As impressões sensoriais produzem a atividade motora após passar pelos centros superiores e evocarem a percepção (consciência). Na circunstância hipnótica, as mesmas impressões sensoriais passam diretamente aos centros nervosos havendo um curto-circuito das correntes nervosas.

De acordo com a Teoria proposta por Heidnhain (1980), um indivíduo hipnotizado torna-se um autômato, ou seja, um imitador dos movimentos efetuados pelo terapeuta, estando, dessa forma, inteiramente inconsciente à tudo.

De acordo com Garcia (1995), o subconsciente é a percepção de fraca consciência, abaixo do limiar da consciência. O termo “subconsciente” é utilizado desde o início da história da Psicanálise, quando o inconsciente ainda não havia sido conceituado como parte do sistema psíquico

A Escola de Nancy, formada por Lièbeautl, Berheim e seus discípulos, cujo elemento mais representativo é Bernheim relaciona que a sugestibilidade é a aptidão do cérebro receber ou evocar idéias e sua tendência em realizá-las, ou ainda transformá-las em atos. Segundo essa Escola, toda idéia sugerida tende a transformar-se em ato e, sob uma linguagem mais filosófica, segundo Passos (1961, p. 5), o que ocorre é que “toda célula nervosa cerebral acionada por uma idéia, aciona as fibras nervosas aferentes, que transmitem a impressão aos órgãos que a devem realizar. É o que denominou de ideodinamismo”.

Um indivíduo em estado “normal” questiona as idéias que tacitamente lhe são apresentadas pelo meio, como conseqüência, tanto pode acolher como rejeitá-las. No indivíduo hipnotizado há uma tendência para transformar a idéia sugerida em ato, processo esse que ocorre de forma muito rápida de modo que à intelectualidade humana não lhe é dado tempo para impedir ou inibir esse estímulo.

Sendo assim, segundo Bramwell, essa pressuposição fundamenta-se em cinco importantes pontos: (a) nada diferencia o sono natural do sono artificial (b) os fenômenos hipnóticos são análogos à maioria dos atos “normais” de natureza

automática, involuntária e inconsciente (c) uma idéia tem tendência a gerar sua realidade (d) na hipnose a tendência a aceitar sugestões é, algumas vezes, aumentada pela ação da própria sugestão (e) o resultado da sugestão na hipnose é análogo ao resultado da sugestão no estado normal.

Segundo a Teoria proposta por Myers, “o homem possui uma consciência supra-liminar ou mente subconsciente que encontra-se abaixo do umbral da consciência vigil, onde existe não só a complexidade das funções orgânicas, mas também um regime vital inteligente” (PASSOS, 1961, p. 6).

A consciência habitual (estado acordado) em meio a uma multidão de pensamentos e sensações não dá primazia ao estado ordinário, exceto que haja o reconhecimento de possibilidades que favoreçam e satisfaçam as necessidades individuais. Sendo assim, a consciência sub-liminar ou hipnótica, pode exercer sobre o sistema nervoso, vaso-motor e circulatório um grau de controle não igual ao da vida acordada. Isso, porque na técnica hipnótica os fatos do estado acordado são lembrados na hipnose e, geralmente, a vida hipnótica esquecida no estado de vigília.

Nesse contexto, Meyrs explica o fenômeno do hipnotismo “pela ação inteligente e voluntária de uma consciência secundária ou sub-liminar” (PASSOS, 1961, p. 6).

De acordo com Milton Erickson, autor do princípio Ideodinâmico, o transe hipnótico não é padronizado, por isso, se processa de formas diferentes em cada indivíduo, dependendo, sobretudo, do arquivo inconsciente de cada um. Lembra Erickson que durante a hipnose o ponto de vigília que permanece consciente é suficiente para defender-lhe que, ao acordar e passar para uma neurose experimental, não cumpre a ordem sugerida.

### 2.2.1 Freud *versus* hipnose

De acordo com Câmara (2003), é comum ouvir-se dizer que Freud era mau hipnotista, razão pela qual foi levado a criar a Psicanálise, que condenava a hipnose por não curar os sintomas, levando a recaídas ou deslocamentos e outras suposições que não foram testadas ou provadas. No entanto, tais ficções

desaparecem quando seus escritos anunciam sobre hipnose e o trabalho que o levou, junto com Breuer, a estabelecer o modelo psicodinâmico para a histeria.

Relata Câmara (2003) que Freud defendia a hipnose daqueles que a condenavam sem nunca tê-la experimentado na clínica. Não se podia condenar a hipnose sem antes saber ser uma prática que envolvia muitos fatores pessoais além da técnica: se o médico é recebido como “um salvador em hora de necessidade”, tem mais possibilidade de influir positivamente no paciente, mas se é recebido com má vontade, não poderá contar muito com a confiança do paciente. Também, um tratamento hipnótico demorado tende a fracassar porque à medida que o tempo passa e o paciente não vê resultados, suas expectativas diminuem assim como a do médico e, finalmente, por razões que escapam ao seu controle, [o médico] encontrará sempre alguns pacientes que não conseguirá hipnotizar nas suas condições de experiência, enquanto outro médico poderá consegui-lo sem dificuldade.

De acordo com a obra de Freud (1983), o cientista era um hipnotista bem sucedido em sua época e um entusiasta defensor deste método. Em seu artigo sobre a hipnose denota conhecer intimamente todos os segredos desta arte e seu alcance terapêutico. Co

ncordava com Bernheim ao afirmar que a hipnose curava tanto quanto os demais métodos da medicina (medicamentos, fisioterapia, eletroterapia), e que a cura era permanente quando o que se tratava eram efeitos residuais de um processo patológico já concluído. Portanto, o que os psicanalistas modernos afirmam como sendo a consideração de Freud sobre a hipnose, é apenas mais um equívoco adicionado à sua biografia. Ele sabia que os resultados médicos da hipnose dependem mais das características da pessoa do doente do que de sua doença, e que não havia meios precisos de distinguir tais indivíduos a não ser submetendo-os experimentalmente à hipnose. Também chamava a atenção para o fato de que os pacientes histéricos eram altamente hipnotizáveis, enquanto os neurastênicos dificilmente, e os psicóticos e mentalmente retardados não respondiam à hipnose.

A hipnose foi a via que permitiu a Freud experimentar a realidade do inconsciente, o fenômeno da dissociação.

Todo aquele que já tenha acumulado algumas experiências pessoais com o hipnotismo há de se lembrar da impressão que lhe causou o fato de, pela primeira vez, poder exercer sobre a vida psíquica de uma pessoa aquilo que

até então tinha sido uma influência inimaginável, e de poder efetuar com a mente humana uma experiência que normalmente só é possível fazê-lo no organismo de um animal... Se o trabalho de Libeault e seus discípulos (Bernheim, Beaunis, Ligeois) não tivesse produzido nada além do conhecimento desses fenômenos notáveis (do hipnotismo), esse trabalho, mesmo excetuando qualquer alcance prático, já teria assegurado um lugar de destaque entre as descobertas científicas deste século (FREUD, 1983, s/p).

Freud criticava os que consideravam que a hipnose feria o livre arbítrio das pessoas: toda educação social dos seres humanos se baseia numa expressão de idéias e motivações impróprias e na sua substituição por outras melhores. Com este argumento, situava o valor da sugestão hipnótica como forma de produzir o recalque de um sintoma da atenção do paciente pela influência das palavras e poder da personalidade”, salientando que isto visava apenas recalcar um sintoma, e não a vida do paciente. Ele, com isso, contra-argumentava a polêmica do livre arbítrio, criticando a psiquiatria da época: os psiquiatras estão habituados a sufocar a atividade mental de livre arbítrio de seus pacientes com grandes doses de brometo, morfina, e hidrato de cloral. Ele negava que a hipnose produzisse o enfraquecimento do sistema nervoso das pessoas, crença comum na época, e tinha uma rixa com os hipnotizadores leigos, o que o levava enfatizar a distinção entre “indução do estado hipnótico”, que qualquer pessoa pode fazer, com “tratamento através do estado hipnótico”, que somente um psicoterapeuta experiente pode usar. Hipnotizar não é uma especialidade médica, já que qualquer pessoa do povo pratica (esta arte).

Freud não concordava com Bernheim de que a hipnose era uma condição puramente psicológica ou sugestiva, corrente de pensamento conhecida como “Escola de Nancy”, e que antagonizava frontalmente a teoria da “*Escola de La Salpêtrière*”, liderada por Charcot. Freud concordava, como neurologista, que a hipnose também era fisiológica, e citava casos de hipnose espontânea durante exames oftalmoscópicos, otorrinolaringológicos, ruídos bruscos e violentos, etc. Discípulo de Charcot e Bernheim, ele procurava unir as duas escolas inimigas, pois, sabia por experiência, que ambas tinham razão, embora parcialmente]. Mas ele era mais inclinado às teses de Charcot, tendendo a aceitar a hipnose mais como um fenômeno fisiológico decorrente de uma sensibilidade nervosa especial a estímulos sensoriais ditos “hipnogênicos”. Para ele, a teoria da sugestão de Bernheim nada explicava, e não se embasava em nenhum mecanismo conhecido a não ser em sua própria definição. Lièbeault, Bernheim, Wetterstrand, e outros grandes hipnotistas da época tinham sucesso com a sugestão principalmente porque só hipnotizavam em

grupos (o que favorece a hipnose pela identificação inconsciente ou “imitação”), fato que Bernheim mais tarde também reconheceria. O sucesso destes hipnotistas dependia em grande parte da atmosfera sugestiva dos seus ambientes de tratamento, do *milieu*, do estado receptivo dos pacientes e, finalmente, do prestígio que o hipnotista gozava entre a sua clientela (FREUD, 1983).

Considerando sempre que a reação à hipnose é uma característica individual, fato que Bernheim iria concordar posteriormente. Freud indicava a hipnose nas seguintes situações, que continuam sendo válidas até hoje:

- 1) Em geral, evita-se a hipnose em doenças exclusivamente orgânicas, usando este método preferencialmente nas doenças nervosas de natureza funcional, nos distúrbios psíquicos não psicóticos e na dependência de substâncias tóxicas;
- 2) Entretanto, numerosos sintomas de origem orgânica são acessíveis à hipnose;
- 3) A hipnose pode servir para diagnóstico diferencial entre um fenômeno histérico e um processo neurológico lesional. Ele acrescenta, ainda, que a hipnose tinha uma vantagem no tratamento das neuroses, já que permitia que o paciente falasse livremente sobre os seus problemas e recordasse fatos associados à eles, ao mesmo tempo que o médico lhe infundia sugestões de calma e tranqüilidade.

Em sua clínica, ele aplicava o tratamento hipnótico nas chamadas neuroses históricas, reconhecendo não ter o mesmo sucesso nas neuroses de angústia e neurastenias, às quais atribuía, respectivamente, como fatores causais, a frustração sexual e a masturbação excessiva (neste ponto Freud não era diferente dos sexólogos da sua época). Somente o histérico sofria de memórias reprimidas: o histérico entra em hipnose profunda e, neste estado, pode recordar aquilo que está fora [dissociado] da sua consciência, ou seja, a circunstância onde pela primeira vez apareceu o sintoma. Esta única recordação cura o sintoma. Freud e Breuer defendiam então que o histérico sofria de reminiscências e que estas reminiscências eram o elemento traumático na histeria. A preferência de Freud pela rememoração, que achava mais eficaz que a sugestão, levou-o a abandonar gradualmente a terapia sugestiva, à medida que começa a perceber a dinâmica do recalque na formação do inconsciente da histeria e a articulação dos sintomas a partir desta

formação. Mais tarde ele constatou que as reminiscências traumáticas, frutos da realidade psíquica do paciente e não da realidade em si, podiam ser recordados sem hipnose, através da associação livre dos pensamentos. O paciente relaxava distendido sobre um divã, Freud pousava a mão na sua testa e sugeria relaxamento e afrouxamento dos pensamentos, e em seguida pedindo-lhe para relatar seus problemas ao mesmo tempo que deixava idéias fluírem espontaneamente à medida que falava, pedindo para relatar estas idéias sem censura ou julgamento, mesmo as que julgasse sem importância. Chamou este método de “associação de idéias”, método, aliás, popular na época entre artistas e escritores. Entretanto, o que se percebe é uma indução de hipnose, sem preocupação de transe profundo, mas uma forma de hipnose que só décadas mais tarde seria conhecida (FREUD, 1983).

Freud, ainda preso à idéia de que hipnose era um estado caracterizado por transe profundo e sintomas clássicos deste estado, talvez não tenha percebido que apenas ampliara o conceito deste estado, e a sua influência sugestiva, sua presença e seu entorno, permanecia como ingrediente secreto da sua terapia.

A Psicanálise terapêutica era, portanto, uma forma de hipnose em que a sugestão havia sido abandonada definitivamente e substituída pela livre associação de idéias, mas o influxo sugestivo poderoso do hábil hipnotizador permanecia. A hipnose ortodoxa, método de intervenção autoritária e ativa por parte do médico, cedia lugar a uma terapia onde o paciente era a parte ativa, e o médico apenas uma espécie de guia, passivo. Freud criou a psicoterapia ativa, mas a hipnose continuava, agora como transe superficial, com poder terapêutico (FREUD, 1983).

Freud hipnotizava pela fixação do olhar, e se o paciente não respondesse a este método após cerca de um minuto, ele acrescentava sugestões de relaxamento, sono e repouso. Esta é basicamente a técnica de Braid, o fundador da hipnose moderna. Se o paciente não reagisse a este método, ele partia para outros estratégias, pois, para se hipnotizar uma pessoa deve-se levá-lo a fixar sua atenção numa dada sensação persistente e conduzi-lo ao estado de adormecimento por uma seqüência de associações de pensamentos, tais como pálpebras pesadas, vontade de relaxar, distender, etc. Ele recomendava ser breve e seguro ao se fazer um desafio (ex.: impossibilidade de abrir os olhos) durante a indução hipnótica, procurando não dar tempo ao sujeito para testar o que lhe é sugerido. Para despertar o paciente, implantava a sugestão, já na primeira sessão, que assegurava ao paciente que nas próximas sessões despertará sempre bem disposto, calmo e

sem dores de cabeça. Para Freud, o único perigo da hipnose era o de neuróticos graves que após serem hipnotizados, poderiam repetir espontaneamente a hipnose e provocar algum acidente (influência de Charcot). Para evitar isto, o médico deve proibir-lhes de entrar em estado hipnótico sem o seu conhecimento (FREUD, 1983).

### 2.3 FISILOGIA DA HIPNOSE

Grabowski (2002) afirma que estudos compararam “sinais corporais” de pessoas hipnotizadas com os de pessoas não hipnotizadas. Em sua maioria, há significantes mudanças físicas associadas com o estado de transe hipnótico.

As batidas do coração e a respiração diminuem seus ritmos, mas isto é devido ao relaxamento envolvido no processo, não à hipnose propriamente dita. Entretanto, parece haver mudanças reais na atividade do cérebro. A mais notável destas vem da observação de eletrencefalogramas (EEGs), medidas da atividade elétrica cerebral. As pesquisas em EEG demonstram que o cérebro produz diferentes ondas cerebrais (ritmos de voltagem elétrica dependentes do estado mental). Sono profundo tem leituras diferentes do estado de sono, que é diferente do estado acordado, que é diferente do estado relaxado.

Estudos mostram que pessoas hipnotizadas são levadas ao estado de maior frequência das ondas cerebrais, associadas com o estado completamente desperto. As funções das ondas cerebrais não são um indicador definitivo de como a mente opera, mas seu padrão casa com a hipótese que a mente consciente se “retira” durante a hipnose e a subconsciente toma um papel mais ativo.

Note-se que as sugestões feitas no transe levam o cérebro a acreditar que está vivenciando outra situação, desencadeando uma série de reações. Os exames feitos no cérebro mostram que algumas áreas estão envolvidas no processo. No início da hipnose ocorre ativação de boa parte do hemisfério cerebral esquerdo. Posteriormente, começa a desativação progressiva do giro frontal (número 1 da Figura 1). Após há a ativação do lóbulo occipital, possibilitando o aumento da imaginação do paciente (número 2 da Figura 1). No transe profundo ocorre a ativação do giro anterior do cíngulo (número 3 da Figura 1). Os resultados práticos são: efeito analgésico, revisão de conceitos, relembrar memórias de situações

traumáticas e alterações que possibilitam a melhora do sistema imunológico e hormonal.

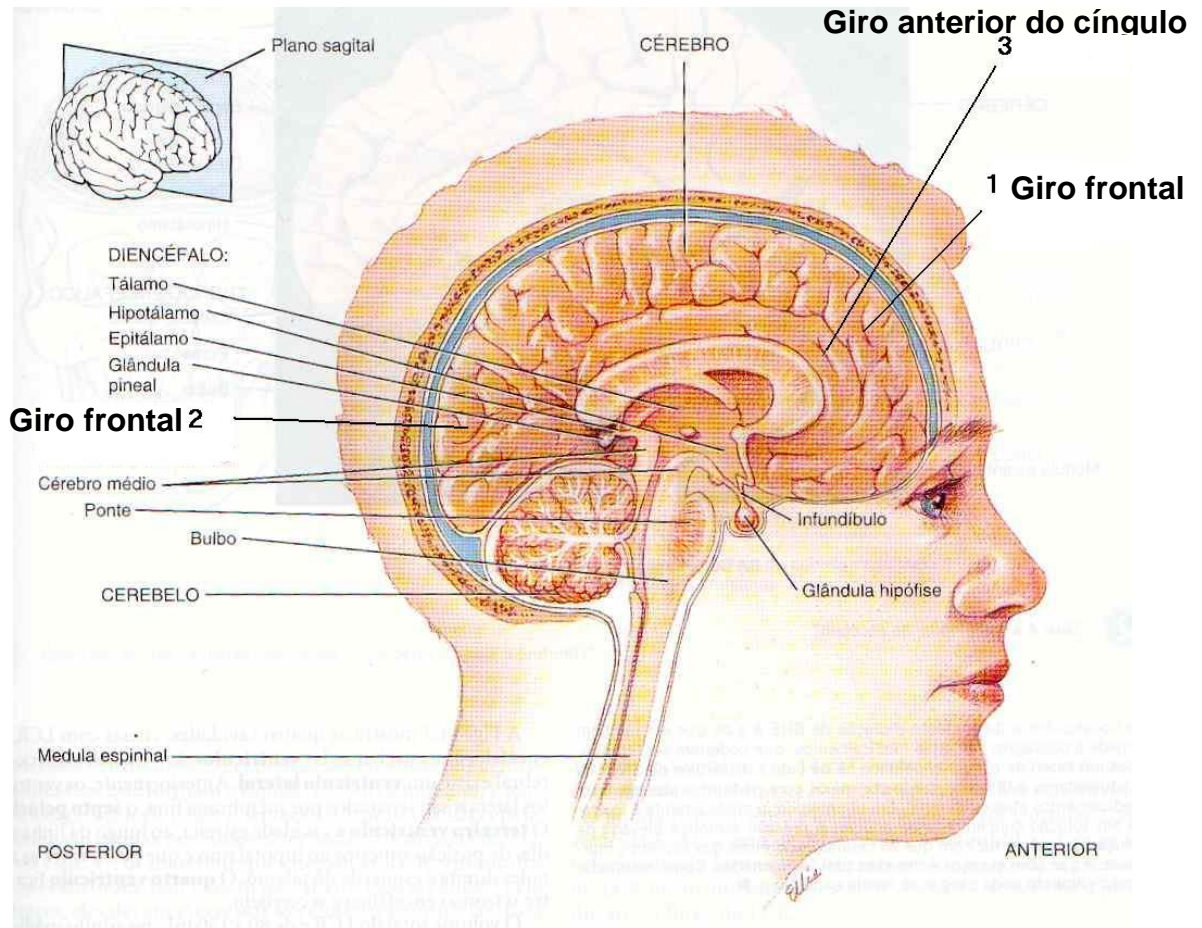


FIGURA 1 - Corte sagital do encéfalo  
FONTE: GRABOWSKI (2002).

## 2.4 NEUROFISIOLOGIA DA HIPNOSE

Camara (2008), Psiquiatra, relata que existe em torno de vinte estados de consciência descritos. No entanto, apenas três são objetivamente definidos com base em parâmetros eletroencefalográficos (EEG), comportamentais e introspectivos e podem ser descritos como o estado:

- a) De vigília, que pode ser de consciência alerta ou relaxada;
- b) Do sono lento ou sincronizado, de efeito repousante e sem recordações dos sonhos; e

- c) Do sono rápido ou dessincronizado (mais conhecido como sono-REM), que não tem efeito repousante (regenerador), mas essencial à regulação da psique (sonhos são recordados).

A caracterização de outros estados de consciência deve-se a limitação do EEG, pois, esta técnica só capta atividade elétrica em grupos de neurônios<sup>1</sup> das camadas I e II do córtex que se difunde na camada dendrítica e, além disso, encontra ainda a resistência ôhmica das meninges, crânio e pele.

O EEG do estado hipnótico não se distingue dos estados de vigília ou de vigília relaxada, não se relaciona comportalmente ao sono-REM. Entretanto, certas características típicas de hipnose como a sugestibilidade, alucinabilidade, regressões, amnésias e analgesias espontâneas permitem classificá-lo como um estado alterado da consciência, faltando, contudo, parâmetros bioelétricos específicos para caracterizá-lo. Pavlov (1961) descreve que os fenômenos deste estado evidenciam apenas uma modificação subcortical relacionada à atividade límbica-hipotalâmica.

Chertok (1982) relata que a falta de parâmetros eletroencefalográficos objetivos na hipnose não invalida sua definição como um autêntico estado de consciência diferente dos objetivamente citados acima. Os fenômenos observados na hipnose são suficientes para definirem um estado especial e, além disso, aponta claramente a participação de estruturas subcorticais (límbicas) na gênese deste estado. Chertok (1982) denominou o estado hipnótico de "o quarto estado da consciência" para diferenciá-lo dos três conhecidos fisiologicamente (vigília, sono lento e sono REM).

O americano Stephen Kosslyn, Psicólogo e Neurologista da Universidade de Harvard contou com Psiquiatras da Universidade de Stanford e Radiologistas do Hospital Geral de Massachusetts, em Boston, para a realização de um estudo sobre hipnose. No entanto, para mergulhar em hipnose profunda foi necessário um aparelho chamado PET (Tomografia de Emissão de Positrões), que mostra com precisão quais as regiões cerebrais estão sendo ativadas no momento da hipnose.

---

<sup>1</sup> De acordo com Burza (1986), os neurônios são formados por tecidos nervosos, responsáveis pela geração e condução de impulsos elétricos. A célula neural (neurônio) e as células da glia (neuróglia/gliócitos) formam o complexo neural. O neurônio constitui a unidade básica, estrutural e funcional, tem a função de receber, integrar, processar e transmitir informações. Os neurônios possuem um corpo celular, um axônio (elemento transmissor) e vários dendritos (elemento receptor). A neuróglia, por sua vez, desempenha uma série de funções auxiliares fundamentais para permitir o funcionamento normal dos neurônios.

Essa ferramenta passou a ser utilizada a mais de dois anos nos trabalhos de hipnose.

Há indícios de que uma estrutura cerebral semelhante a uma rede, chamada de formação reticular, funciona como elo entre a voz do hipnotizador e a massa cinzenta do hipnotizado. Todavia, a formação reticular controla a vigília e o sono, seleciona informações que devem ser consideradas.

Contudo, a tese mais aceita na hipnose é que as palavras do hipnotizador, processadas pelo aparelho auditivo, alcançam a ponte dessa rede, na base do cérebro, espalhando-se por toda a massa cinzenta. E, por tratar de estímulos repetitivos, quando cegam no lobo frontal, região atrás da testa, concentra a atenção do paciente em um único foco, inibindo tudo o que está ao redor.

Nesse contexto, o estado de hipnose é alcançado através de uma concentração sobre um determinado estímulo. Normalmente, é a voz suave, monótona, repetida e persistente do hipnotista, mas sua voz pode ser substituída por outros estímulos sensoriais impessoais (auditivos, visuais ou olfativos), desde que sejam de baixa intensidade, monótonos, repetidos e persistentes. Os estímulos psíquicos e proprioceptivos pertencem à mesma categoria. Importa apenas que o sujeito esteja motivado internamente ou afetivamente inclinado para tal concentração, situação em que o estímulo hipnogênico é isolado na consciência com exclusão de todos os outros estímulos.

Burza (1986) relata que este fenômeno é denominado de "atenção seletiva" e é gerado pela formação reticular ascendente (FRA), a qual também é responsável pelo estado de consciência desperta, assim como pelas atividades do hipotálamo e sistema límbico (por estas razões a FRA é também denominada de sistema ativador ascendente).

O sistema límbico é a sede das emoções e seus estereótipos comportamentais, enquanto a expressão visceral das mesmas é mediada pelo hipotálamo, que controla as vísceras e o comportamento instintivo através dos sistemas nervoso autônomo e neuroendócrino. O sistema límbico e o hipotálamo interligam-se entre si e com o neocórtex através da FRA, o sistema ativador. Toda informação sensorial é percebida pelo córtex consciente e esta informação também vai à formação reticular através de fibras colaterais oriundas das vias sensoriais ascendentes.



FIGURA 2 – Sistema límbico  
 FONTE: BEAR *et al.* (2006).

Camara (2008) relata que através da FRA as informações sensoriais são comunicadas ao sistema límbico e ao hipotálamo, aí as emoções associadas e as reações viscerais e instintivas elaboradas, sendo então adicionadas à experiência cognitiva do córtex, integrando o colorido emocional e as motivações básicas. O córtex tem a possibilidade de retroagir sobre esta energia afetiva motivacional e modular cognitivamente o comportamento.

No estado hipnótico os fenômenos observados são tipicamente de origem límbica. Os fenômenos de recuperação de memórias esquecidas ou reprimidas e ressurgência da experiência emocional vivenciada no evento rememorado, comumente reunidos no termo "regressão"; as amnésias espontâneas experimentadas quando se sai do estado hipnótico; a aprendizagem acelerada que ocorre neste estado; as analgesias; a estimulação do sistema imunológico; as alterações subjetivas do esquema corporal e as vivências alucinatórias induzidas por sugestão são fenômenos típicos associados à formação hipocampal do sistema límbico. Esta região é responsável pela formação da memória, pela aprendizagem, pela imagem do corpo (esquema corporal) e pela regulação do sistema imunológico.

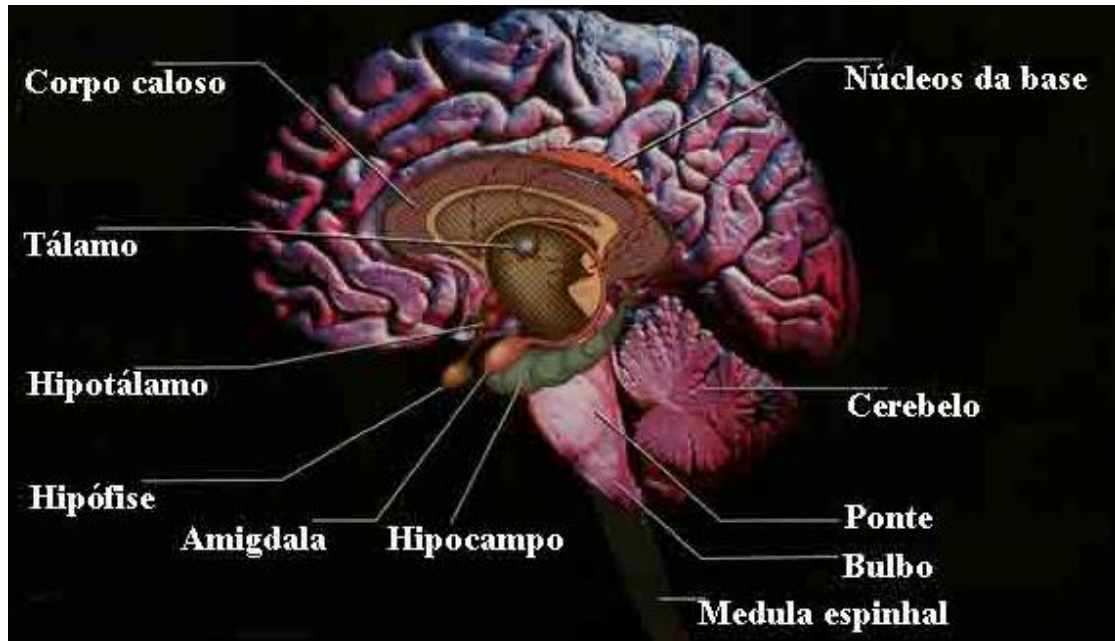


FIGURA 3 - Hipocampo  
 FONTE: BEAR *et al.* (2006).

Compreende-se, desta forma, como a hipnose favorece a liberação de emoções reprimidas juntamente com a memória do evento que a gerou. A repressão de lembranças desagradáveis e as defesas que impedem que aflorem é um processo ativo do córtex pré-frontal (sede do ego e da personalidade), este processo consome energia e desequilibra o balanço energético das funções psíquicas e viscerais reguladas pelo sistema nervoso central. O sistema límbico se vê, assim, impedido de descarregar a estase energética e regular o equilíbrio e a distribuição da energia dinâmico-afetiva.

Por outro lado, o indivíduo hipnotizado é levado a relaxar, despasmodizar-se, recuperando o tônus normal e o controle psicomotor, como consequência, tranqüiliza seu terreno mental. Estes efeitos estão relacionados à regularização da atividade da amígdala, núcleo associado ao hipocampo e funcionalmente ligado ao hipotálamo e sistema nervoso autônomo. Quando a amígdala está irritada (a neurose é uma de suas causas, talvez por provocar focos hiperativos no neocórtex) produz medo, ansiedade, ira, comportamento agressivo, e alterações no comportamento sexual. A neutralização desta irritação produz uma reação parassimpática global do organismo que também amortece a hiperatividade cortical produzindo uma tranquilização geral na esfera mental.

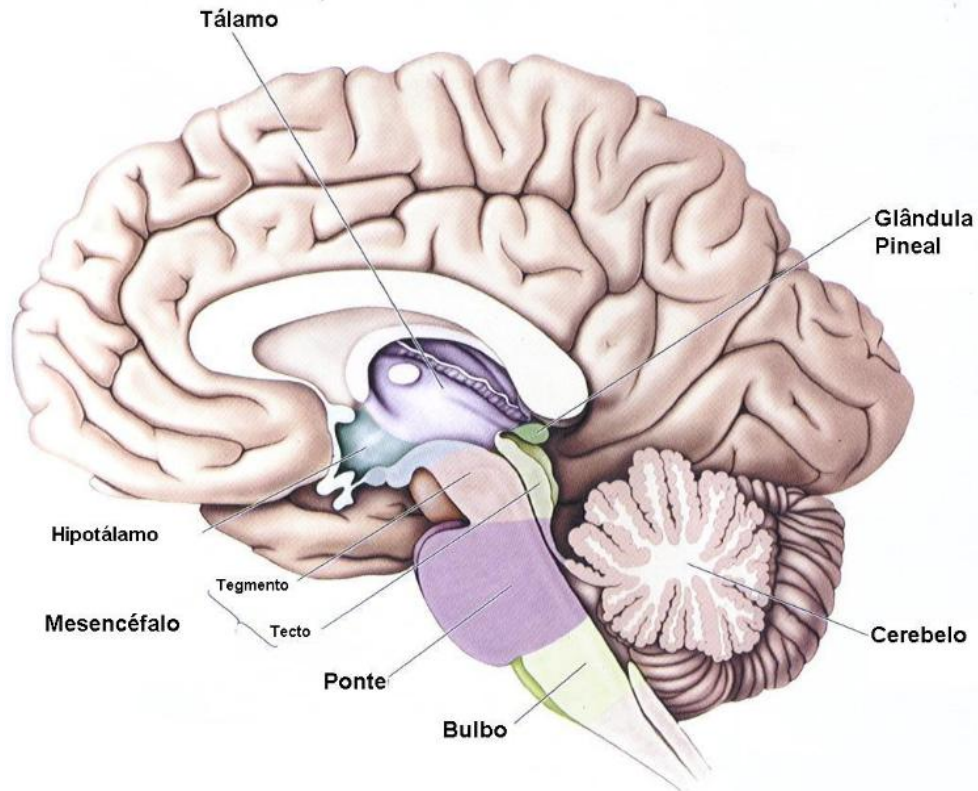


FIGURA 4 – Fisiologia  
 FONTE: BEAR *et al.* (2006).

Percebe-se que a razão fisiológica faz a hipnose ser um método eficaz de tratamento não eminentemente psicoterápico, mas um método neuropsicossomático.

A parte do sistema límbico relacionada às emoções e seus estereótipos comportamentais denomina-se circuito de Papez. Emoções e memórias fluem da amígdala e hipocampo para os corpos mamilares através de fórnix, daí seguem para o núcleo anterior do tálamo, via fascículo mamilotalâmico, e do tálamo para o cíngulo irradiando-se para o neocórtex, colorindo emocionalmente a experiência cognitiva e daí novamente para o cíngulo, retornando à amígdala e hipocampo. Deste modo, é modulada a resposta emocional. Este circuito também está envolvido na formação dos sonhos e da experiência inconsciente; de fato, a mente inconsciente não é nenhuma realidade abstrata ou conceitual, mas, objetivamente, a vida que se organiza no sistema límbico-hipotalâmico.

O córtex pré-frontal (formação recente na evolução, sede da personalidade e da vida intelectual) modula a energia límbica e tem a possibilidade de criar comportamentos adaptativos adequados ao tomar consciência das emoções. Na ausência deste córtex, as emoções ficam fora de controle, são exageradas e persistem após cessar o estímulo que as provocou até se esgotar a energia nervosa

(BURZA, 1986). Por outro lado, o sistema límbico através do hipotálamo pode exercer um efeito supressor sobre o neocórtex (inibição momentânea da cognição e também sobre o tônus muscular tônico, como se observa nas fortes excitações emocionais).

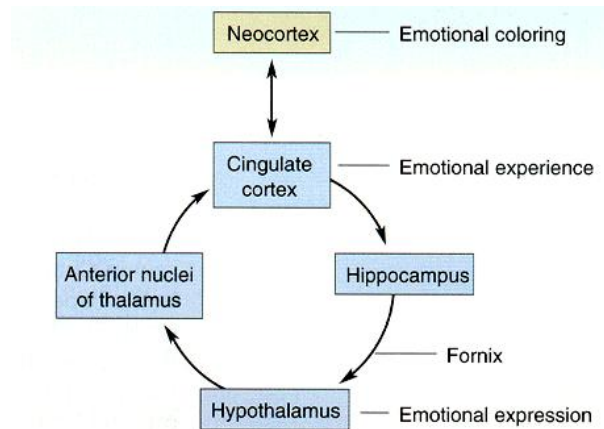


FIGURA 5 – Circuito de Papez  
FONTE: BEAR *et al.* (2006).

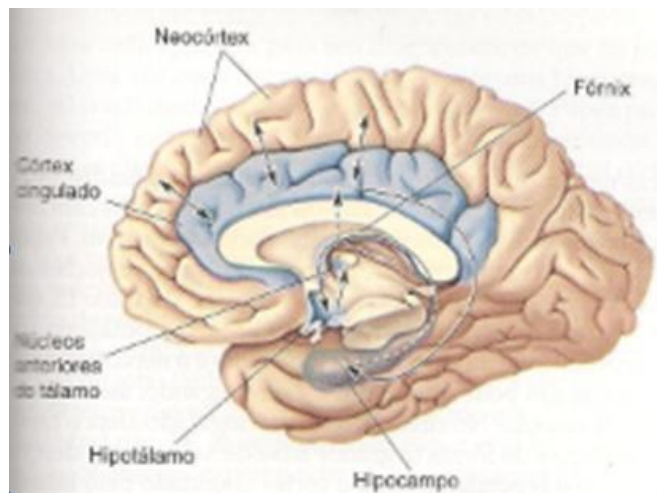


FIGURA 6 – Circuito de Papez I  
FONTE: BEAR *et al.* (2006).

Talvez, a hipnose não seja outra coisa que um processo de amortecimento da atividade pré-frontal através do reflexo da atenção seletiva (via FRA), e que tal processo seja facilitado por estímulos ditos hipnogênicos, que não são apenas os sensoriais, mas também os proprioceptivos e os psíquicos, desde que sejam monótonos, repetidos ou persistentes, e não irritantes. A consequência deste "amortecimento" seria a liberação do sistema límbico e sua autoregulação, mormente naquelas condições em que é inibido por focos corticais hiperativos, que se formam por excessivas preocupações, repressão psicológica (a repressão é um

mecanismo ativo), excesso de trabalho mental, idéias fixas, entre outros. Estes focos hiperativos podem se tornar autônomos quando o distúrbio produzido permanece ativo durante muito tempo sem receber o tratamento adequado. É assim que uma doença psicossomática se autonomiza após anos de atividade, persistindo como um foco cortical autônomo mesmo que a causa psicogênica que deflagrou o processo já tenha sido superada.

O efeito geral deste amortecimento neocortical é uma reação geral restauradora que equilibra o psiquismo e o somático. Essa inibição parece reduzir a reverberação dos focos neocorticais hiperativos sobre a amígdala, resultando numa reação de fundo parassimpática, que retroage sobre o córtex, normalizando sua atividade. Esta reverberação anormal pode ser a causa fisiológica primária, inclusive, das doenças psicossomáticas.

A alta hipnotizabilidade ou tendência espontânea para entrar em hipnose, talvez, se deva a um *déficit* funcional do tônus cortical pré-frontal. Isto não só favorece a hipnose como a uma nova predominância do sistema límbico nos processos psíquicos. A pessoa se torna mais emotiva, sugestionável, afetivamente lábil e emocionalmente menos controlada, é hipnotizável com facilidade e propensa a estados hipnóides. Pavlov (1961) faz semelhante observação ao explicar a base funcional da histeria.

## 2.5 DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS E TRANSTORNO DE CONVERSÃO (TCON)

Ferreira (2008) descreve que em estudo clínico-neurológico realizado no Reino Unido cerca de 4% dos pacientes apresentaram transtorno de conversão (TCON), cujo diagnóstico é realizado após a exclusão de patologias orgânicas e identificação de um estressor psicológico.

No TCON a dificuldade encontra-se em explicar como o estado psicológico anormal pode produzir transtornos neurológicos específicos de longa duração e incapacidades em pacientes que afirmam não ser conscientemente responsáveis, na ausência de patologia detectável.

No TCON os sinais de déficit motor como: paralisia, fraqueza localizada e afonia podem apresentar algumas características diferentes das presentes em pessoas com lesões neuropsicológicas.

O TCON é considerado como uma reação de estresse na qual fica comprometido o processo de informação de alto nível intencional ou explícito, enquanto que o processo de mais baixo nível, ou automático permanece relativamente intacto. A dissociação entre esses dois processos de informação é denominada cognitiva quando afeta o funcionamento da memória e dissociação somatoforme do TCON. No caso de paralisia de conversão, essa anormalidade no processo de informação pode resultar em dificuldade para mover uma ou mais partes do corpo, ao passo que alguns movimentos podem ser observados na parte paralisada, em condições especiais de menor controle voluntário, como durante o sono e durante a hipnose, por exemplo.

Muitos sinais e sintomas são apresentados por uma pessoa com TCON, que são similares aos que podem ser obtidos durante a hipnose por meio das sugestões hipnóticas. O diagnóstico diferencial pode ser difícil, considerando que há reflexos fotomotor direto e indireto. Pode haver dificuldades em realizar movimentos rápidos de subida e descida, semelhantes ao tremor. Crises não-epiléticas podem ser iniciadas e terminadas por meio das sugestões hipnóticas. No entanto, algumas vezes a monitoração da atividade elétrica cerebral desse mesmo paciente mostra grafólemos paroxísticos, característicos da epilepsia, além de mostrar manifestações motoras de crises relacionadas com descargas elétricas. Em torno de 15-20% dos pacientes com crises não-epiléticas podem apresentar crises epiléticas, sendo assim, um paciente com perda aguda de uma função física ou de um determinado sintoma sensorial sem explicação fisiológica, devem ser consideradas as seguintes possibilidades:

- 1) Evidência simultânea de uma doença orgânica, na maioria das vezes neurológica e de TCON;
- 2) Um paciente com uma doença orgânica já diagnosticada desenvolve sintomatologia de conversão, algumas vezes relacionada a doença anterior;
- 3) O paciente com diagnóstico de TCON posteriormente desenvolve doença orgânica;
- 4) O paciente com manifestações clínicas de conversão algum tempo depois vem apresentar uma doença neurológica que poderia explicar as manifestações de conversão anteriormente diagnosticadas. Isso pode

ocorrer ao ser posteriormente diagnosticada uma atrofia miotônica, degeneração espinocerebelar ou hemidistonia paroxística.

Em mapeamento cerebral realizado por Oliveira *et al.* (1998), no qual o paciente com paralisia do lado esquerdo do corpo, sem perda sensorial, sem que tenha sido encontrada doença orgânica ou lesão estrutural, não mostra atividade no córtex motor primário a direita, quando tenta mover a parte paralisada, associada a um aumento da atividade no córtex orbito frontal e no córtex anterior do giro do cíngulo à direita, sugerindo comprometimento do processo de controle cognitivo de mais alto nível.

A atenção espacial é importante para o planejamento e preparação dos movimentos e as áreas cerebrais envolvidas na atenção espacial se superpõem àquelas áreas envolvidas na inicialização dos movimentos. A área pré-motora e as áreas de associação são importantes para o planejamento baseado em informação perceptual, experiência passada e objetivos futuros, como o alvo de localização no espaço. Portanto, em pacientes com TCON, do tipo motor, o problema do início do movimento pode estar diretamente relacionado com o posicionamento mental do corpo no espaço (planejamento espacial). Contudo, não há explicação para o mecanismo de evolução da paralisia de conversão, nem mesmo porque a paralisia ocorre numa extremidade e não na outra. A manifestação da sintomatologia de conversão pode ser influenciada pelas sugestões originadas no contexto interpessoal ou no pessoal e podem ser formadas pela observação de déficits similares no corpo, podem ser iatrogenizadas pelos exames repetidos realizados pelos especialistas, podem sugerir pelo significado simbólico do sinal ou sintomas em relação com doença ou injúria somática prévia e ser reforçados por fatores sociais e ambientais.

Roelofs *et al.* (2002) testaram se os comprometimentos de imagens motoras entre pessoas normais com alta e com baixa suscetibilidade hipnótica (SH), ao ser sugerida a paralisia e verificaram que o comprometimento das imagens mentais do movimento observado nos pacientes com TCON do tipo motor, pode ser induzido pelas sugestões hipnóticas nas pessoas com alta SH. Os pacientes com TCON exibem um aumento na SH, se comparados aos pacientes com transtornos afetivos, apresentam significativa correlação entre SH e o número de queixas de conversão, tornando-se o SH fator de risco ao indivíduo.

Woody *et al.* (1997) observaram que as alterações induzidas pela hipnose na percepção e no funcionamento motor em pessoas saudáveis eram correlacionadas com alterações na experiência não-induzidas pela hipnose, ou seja, pacientes com sintomas de conversão podem ser suscetíveis não apenas às sugestões hipnóticas, mas também às sugestões não-hipnóticas. Por outro lado, como os pacientes com transtornos de conversão são relativamente suscetíveis às sugestões hipnóticas para modificações na percepção e no funcionamento motor, pode significar que o uso dessas sugestões seja útil na reversão dos sintomas de conversão, sendo que o tratamento com a sugestão hipnótica parece promissor e foi aplicado com sucesso em pacientes com sintomas motores de conversão (*apud FERREIRA, 2008*).

Entre os anos de 1991-1998 pesquisadores realizaram estudos em um grupo holandeses envolvendo 114 pacientes, cujos resultados evidenciaram que 67,5% exibiam sintomas bilaterais, 32,5% sintomas unilaterais, destes últimos, em 23 os sintomas estavam lateralizados à esquerda e 14 à direita. A revisão concluiu afirmando que a lateralidade dos sintomas de um paciente não deve ser usada para julgar se o sintoma está, provavelmente, associado a uma doença neurológica reconhecida, nem teorizar que os sintomas são mais comuns do lado esquerdo do corpo.

O diagnóstico de transtorno de conversão relacionado com as queixas de fraqueza e dificuldade na marcha, frequentemente, associadas a distúrbios sensoriais, sinaliza a importância de pontos como:

- 1) Procurar evidência de um transtorno funcional e também a ausência de sinais de doença orgânica;
- 2) Estar preparado para fazer dois diagnósticos no mesmo paciente, um de doença orgânica e outro de graus variados de manifestação de conversão.

Outro estudo apresentado por Halligan *et al.* (2000), com tomografia por emissão de pósitrons (PET), realizado em um único paciente mostra que áreas cerebrais ativadas pela paralisia da perna esquerda durante a hipnose são similares às áreas ativadas pela paralisia de conversão. E, a partir do estudo desse único paciente os estudiosos ousaram propor que a paralisia de conversão e a paralisia induzida pela hipnose compartilham os mesmos sistemas neuronais, envolvendo as regiões pré-frontais contralaterais, e podem ser considerados como

decorrentes de um transtorno auto-sugestivo. Contudo, o córtex anterior de giro do cíngulo tem exibido ativação durante a hipnose sem e com sugestões hipnóticas, podendo ser considerado como um todo que integra aferências de várias origens, incluindo motivação, avaliações de erro, representações de redes cognitivas e emocionais. Portanto, o papel do córtex anterior do giro do cíngulo como um detector de erro e um subsistema de correção do cérebro sugere que sua ativação pode ser secundária a ações opostas dentro do domínio cognitivo. Logo, as semelhanças relatadas por Halligan *et al.* (2000), entre a paralisia do TCON e a paralisia induzida pelas sugestões hipnóticas não representam um mecanismo neuropsicológico primário que poderia dar algum *insight* sobre a patofisiologia do TCON (apud FERREIRA, 2008).

Por outro lado, a paralisia induzida pela hipnose utiliza processos cerebrais diferentes dos usados pela paralisia simulada. Segundo o estudo de Ward *et al.* (1994), que analisou a ativação cerebral por meio da PET em 12 estudantes normais, voluntários e com alta suscetibilidade hipnótica, na metade inicial da sessão durante a paralisia induzida na perna esquerda pela hipnose houve ativação do córtex orbitofrontal direito, cerebelo direito, tálamo e putame esquerdo, enquanto na segunda metade da sessão todos os pacientes sem hipnose foram solicitados simular a paralisia na perna esquerda, quando a ativação ocorreu no córtex pré-frontal, ventrolateral esquerdo e em algumas estruturas corticais posteriores à direita.

Contudo, Oakley (2006) declara que estão utilizando a PET com um número grande de participantes com paralisia induzida pela hipnose e comparando em achados com os pacientes que apresentam paralisia de conversão a fim de investigar melhor os processos cerebrais (apud FERREIRA, 2008).

Entre os anos de 1989 e 1991, dentre 73 pacientes que apresentavam sintomas motores (35, ausência da função motora e 38, atividade motora anormal) que não tinham sido explicados medicamente após completa investigação, 76 puderam ser reavaliados em 1996 por Crimlisk *et al.* (1998), que chegaram às seguintes conclusões:

- Curta duração dos sintomas estava associada a melhores resultados;
- Litígio pendente estava associado a mau prognóstico;

- Modificação do estado civil, independente de casamento ou divórcio, parece que produz bom prognóstico;
- Associação a co-morbidade psiquiátrica está relacionada com bom prognóstico;
- Baixa incidência de doença neurológica subsequente, indicando que o erro diagnóstico inicial foi baixo.

Algumas publicações apontam para alterações do fluxo sanguíneo cerebral regional e nos potenciais evocados relacionados com os sintomas de conversão.

Um estudo com sete pacientes com TCON sensitivomotor unilateral, desenvolvido por Oakley *et al.* (2006) mostraram uma consistente diminuição do fluxo sanguíneo cerebral regional (FSCR) no tálamo e nos gânglios de base contralaterais ao déficit, que desapareceu após a resolução da sintomatologia, sugerindo que o TCON com déficit motor pode acarretar uma desordem funcional no circuito estriato-tálamo-cortical, controlador da função sensitivomotora e do comportamento motor voluntário. O núcleo caudado parece estar bem situado para modular os processos motores baseados em chaves emocionais e de situação, originados no sistema límbico. Foi encontrado um déficit de perfusão nos lobos temporal e parietal à esquerda em pacientes com as abasias de conversão (insegurança na posição em pé e da marcha. O caminhar é sinuoso com o aumento da sustentação); ao passo que Spenser *et al.* (2000) encontraram diminuição da atividade no córtex pré-frontal dorsal que sabidamente está associado às ações desejadas. Ausência quase total de potenciais evocados somatossensoriais foi verificada durante o período de sintomatologia de severa alteração da marcha em dois pacientes diagnosticados com TCON, que reapareceram após a resolução da sintomatologia (*apud FERREIRA, 2008*).

Há semelhanças e diferenças entre as manifestações provocadas pela hipnose e a sintomatologia do TCON. As semelhanças entre a hipnose e o TCON incluem:

1. Ausência de preocupação sobre os sintomas e seus efeitos;
  - Involuntariedade;
  - Aparente simulação e não há exibição de conhecimento implícito. Por exemplo, em geral, não há nenhuma evidência de anormal tônus muscular e quando o paciente tenta mover o membro paralisado, uma observação clínica é que há contração tanto dos músculos

agonistas como dos antagonistas. A performance individual pode exibir características que somente poderiam estar presentes se os sintomas não existissem conhecimento implícito. Determina-se, por exemplo, o fato de pessoas com cegueira de conversão apresentarem nistagmo optocinético;

- Influência da motivação - a cegueira de conversão: alta condição motivacional tende a piorar a discriminação visual das tarefas, mais do que o esperado pela clínica;
- Alto nível de processamento das informações;
- Influência de fatores sociais.

2. As diferenças entre a hipnose e o TCON incluem:

- As pessoas hipnotizadas cooperam ativamente com procedimentos que produzem as manifestações da hipnose, enquanto os sinais e sintomas do TCON não são usualmente atribuídos às pessoas que padecem da sintomatologia de conversão, portanto, não são voluntários;
- Sob hipnose, pode-se provocar uma paralisia e a seguir removê-la, ao passo que a paralisia de conversão pode persistir muito tempo.

Segundo o modelo neuropsicofisiológico da SH proposto por Gruzelier (2006), a SH reflete o grau com que um indivíduo possui uma capacidade para focalizar e desfocalizar a atenção um estímulo externo, flexibilidade em trocar apropriadamente estilos cognitivos e implica no sistema cortical frontal que, as modificações neurológicas permite ao indivíduo responder às sugestões explícitas e implícitas de modificações motoras e sensoriais com experiências congruentes que, para o indivíduo, têm a qualidade de involuntariedade. A troca apropriada na atenção e no estilo do processo de informação e a acompanhante responsividade para as sugestões, presumidamente são facilitadas pelos procedimentos de indução hipnótica (*apud* FERREIRA, 2008).

Nesse modelo, a hipnose pode ser considerada como um contrato entre o hipnólogo e o sistema de consciência do paciente para manipular o conteúdo do sistema auto-alerta e para gerar ou inibir ações. No caso da auto-hipnose o sistema de auto-alerta pode ser visto, paradoxalmente, como formando um contrato com seu sistema de consciência, como um resultado da dinâmica interna e de motivações no

interesse de proporcionar uma solução para o que poderia ser de uma maneira um problema psicológico insolúvel, resultando em sintomas negativos e positivos.

Acredita-se que a maioria dos pacientes com diagnóstico único de TCON, com início agudo dos sinais e sintomas, em geral, recupera-se rapidamente.

## 2.6 TRATAMENTO SOB HIPNÓSE

A revisão da literatura de Spinhoven (1990) mostra que a Hipnoterapia tem sucesso no tratamento dos pacientes com alta SH com queixas de natureza involuntária com o TCON. Particularizando para o tratamento sintomático com sugestões hipnóticas em curto prazo, a SH pode se correlacionar com resultados bem sucedidos de tratamento, mas mesmo assim há relato de caso de tratamento bem sucedido pela hipnose, independentemente da SH. Adicionalmente, a SH pode ter importância reduzida quando o tratamento sob hipnose é apenas uma parte de uma completa estratégia de tratamento. Requerendo, portanto, que o profissional institua a história clínica do cliente (*apud* FERREIRA, 2008).

## 2.7 HISTÓRIA CLÍNICA

Os objetivos da consulta inicial, segundo Ferreira (2008) consistem em:

- Estabelecer o adequado *rapport* com o paciente para que ele se sinta confortável ao falar sobre a sua condição;
- Obter a história clínica para fazer o diagnóstico, deixando o paciente falar sem interrupções;
- Avaliar as expectativas do paciente sobre a sua condição e sobre a hipnose;
- Perguntar sobre aspectos específicos relacionados a determinadas queixas do paciente, de maneira que ele descreva pormenorizadamente;
- Perguntar o que ele faz para relaxar ou em qual ambiente se sente confortável e tranquilo;
- Analisar a indicação da hipnose no tratamento;

- Conhecer algumas experiências de sucesso alcançadas pelo paciente e o que ele valoriza na sua vida;
- Esclarecer a hipnose de modo a minimizar as defesas, medos e conceitos errados;
- Extrair da comunicação verbal e não-verbal do paciente as informações para transmitir as sugestões em formato mais visual, mais auditivo ou mais cinestésico;
- Dispor das informações obtidas sobre o paciente, sobre suas queixas, e o objetivo do tratamento para criar um protocolo específico para o paciente, utilizando sempre que for possível a própria linguagem ofertada pelo mesmo (*apud* FERREIRA, 2008).

Para iniciar qualquer tipo de tratamento, psicológico, médico ou odontológico é de importância que o profissional tenha estabelecido o diagnóstico correto. O exame médico clínico, o exame odontológico ou a avaliação psicológica, freqüentemente, firmam o diagnóstico. Outras vezes o diagnóstico é confirmado por meio de exames complementares laboratoriais, de imagem ou testes psicológicos. Algumas vezes os procedimentos hipnóticos servem como exame complementar para auxiliar na elaboração de um diagnóstico. Isso pode ocorrer para a distinção entre crises epiléticas e crises não-epiléticas (Zalsman, 2002 *apud* FERREIRA, 2008).

É importante destacar que a dor é um sintoma e compete exclusivamente ao médico fazer o diagnóstico da etiologia da dor. Uma vez estabelecido o diagnóstico etiológico e estando indicado um tratamento multidisciplinar para minimizar o sofrimento do paciente, o hipnólogo, quer seja psicólogo, odontólogo ou médico, poderá atuar. Em geral, após cumprimentar o paciente, deverá fazer um gesto com a mão sugerindo para sentar-se, desejando-lhe que fique confortável na poltrona, que olhe em torno do consultório, adaptando-se à luminosidade, mencionando-lhe estar preparando-se para ajudá-lo. Na maioria das vezes ele começa a falar e não deve ser interrompido. Se ficar calado, pronuncia-se a clássica frase "Como posso auxiliá-lo"? ou "Por que procurou o tratamento pela hipnose?".

Muitas vezes o paciente já vem com a informação expressa nas suas queixas ou necessidades, pode dizer que tem fobia em viajar de avião, fobia de alturas, exhibir suas unhas roídas ou simplesmente que veio à consulta para melhorar o aprendizado, a fim de, mais facilmente prestar um exame. O profissional deve

realmente confirmar esses dados e coletar informações relacionadas ao contexto da pessoa com a necessidade de atendimento por meio da hipnose. Após o diagnóstico correto, havendo a indicação para o tratamento pela hipnose, para o qual algumas pessoas preferem dizer “tratamento sob hipnose”, porque a hipnose em si não é um tratamento. Nestes termos, avaliam-se os recursos do paciente e as suas expectativas para o tratamento. Outra meta do especialista é descobrir as habilidades do paciente para a hipnose a fim de aplicar os procedimentos que se ajustem ao contexto de cada paciente. As sugestões transmitidas ao paciente devem se ajustar às habilidades hipnóticas e aos recursos internos próprios do paciente; e não àquilo que o hipnólogo acha que deva ser útil e funcionar (*apud* FERREIRA, 2008).

### 2.7.1 Habilidades do hipnólogo

No entendimento de Ferreira (2008), as habilidades hipnóticas de um paciente podem ser denominadas como os tipos de respostas que determinado paciente tenha a capacidade de experienciar ou exteriorizar pelo seu comportamento.

Relata Ferreira (2008), que alguns indivíduos podem experienciar ou exibir pelo comportamento todos ou quase todos os assim chamados "fenômenos hipnóticos"; a maioria das pessoas é excelente em alguns fenômenos, sofrível em outros e pode não apresentar talento num dado momento para obter algumas respostas hipnóticas.

Muitos indivíduos têm dificuldade para apresentar a maioria dos "fenômenos hipnóticos" num dado momento. As habilidades, talentos ou capacidades hipnóticas das pessoas incluem:

- Habilidades de atenção. Um paciente com atenção difusa não deve ser forçado a focalizar a atenção;
- Habilidade para fenômenos motores, como relaxamento muscular, rigidez, catalepsia, movimentos alternados;
- Habilidade para dissociar;
- Habilidade para analgesia e anestesia;
- Habilidade para lembrar eventos;

- Habilidade para amnésia;
- Habilidades para distorcer subjetivamente o tempo, contraindo-o ou expandindo;
- Habilidade para ilusões positivas e negativas;
- Habilidades para alucinação positiva;
- Habilidades para respostas ideodinâmicas;
- Habilidade para respostas pós-hipnóticas;
- Habilidade para imaginar;
- Habilidade para fantasiar (*apud* FERREIRA, 2008).

Zeig (2001) *apud* FERREIRA (2008) considera quatro categorias características da hipnose, que alguns pacientes relatam apresentar apenas uma:

- Alterações da atenção, que geralmente é interna e focalizada;
- Modificações em intensidade, isto é, aumento ou diminuição de experiências sensoriais;
- Sensações de dissociação. Há dois tipos: (a) sensações de fazer parte ou estar afastado da experiência, (b) sensações de automatismo, pelas quais experiências "apenas acontecem";
- Modificações nas respostas, geralmente respondem a insinuações e indiretas.

Além disso, as duas primeiras características poderiam ser evocadas pelas sugestões diretas, e as duas últimas pelas sugestões indiretas. Consideramos ainda outras capacidades importantes para o objetivo desejado do tratamento, como motivação, comprometimento com o objetivo, aplicar os eventos, flexibilização do pensamento, criticismo e análise, aceitação de mudanças, modo preferencial de processar as informações (visual, auditivo e cinestésico).

De acordo com Robles (2003), os recursos do paciente são as experiências vivenciadas por ele próprio, que permitem resgatar aprendizados; e uma forma de acessar esses recursos é sugerir que a pessoa procure, no seu passado, situações em que esteve atuando como quer atuar, conseguindo o que quer conseguir e que tome essas experiências para utilizá-las no presente. Ao utilizar os valores do paciente pode-se desenvolver os seus recursos e habilidades hipnóticas (*apud* FERREIRA, 2008).

Na primeira consulta o hipnólogo amplifica as expectativas, atitudes e motivações favoráveis do paciente em relação à hipnose e aos objetivos do

tratamento, além de reduzir ou eliminar as dúvidas do paciente esclarecendo-o sobre medos, defesas e conceitos errados sobre a hipnose, e utilizar as defesas do paciente em benefício do tratamento. Por outro lado, a empatia que uma pessoa exibe é um fator que prediz sua habilidade hipnótica.

Quando há um ótimo *rapport*, nessa espiral de relação hipnólogo-paciente-hipnólogo o especialista é percebido como honesto, confiável, competente, cuidadoso e realmente interessado em beneficiar o paciente, há facilitação para as respostas hipnóticas desejadas. O especialista pode, pelo menos, parcialmente, pode determinar um bom *rapport* ao ter uma compreensão exata das comunicações transmitidas que melhor possam promover a responsividade positiva do paciente.

Biasi, Vanin Bayard (2005) sugerem para potencializar o *rapport*, enfatizar os pontos de concordância, "concordar 100% com aquele 1% com o qual pode concordar. Contudo, a relação hipnólogo-paciente-hipnólogo é um aspecto crítico, mas não suficiente para resultados positivos. Como há constante comunicação entre o hipnólogo e o paciente e vice-versa, a firme crença do hipnólogo na sua capacidade de transmitir idéias que vão interagir com os recursos do próprio paciente para facilitar a obtenção dos resultados esperados, favorece o aparecimento das respostas adequadas ao tratamento (*apud* FERREIRA, 2008). O hipnólogo, ao tratar certo paciente com determinada doença, se intimamente acha ser possível atingir o objetivo desejado do tratamento, está transmitindo via extra-verbal essas idéias ao paciente. Por outro lado, a receptividade hipnótica de um paciente varia no tempo e no espaço. Vários fatores indiretos acabam influenciando as respostas hipnóticas, incluindo:

- Condições climáticas e hora do dia;
- Localização e decoração do consultório;
- Conduta da recepcionista;
- Evento que o paciente observou durante a ida ao consultório e pessoas que viu;
- Expressão facial e corporal do especialista no momento da consulta;
- Prestígio do profissional;
- Algum compromisso do paciente após a consulta (*apud* FERREIRA, 2008).

Por outro lado, a atenção às fontes de recursos do próprio paciente ou a sua experiência talvez constituam a maior variável isolada relevante para o resultado.

As qualidades do especialista que utiliza a ferramenta hipnose são analisadas na seqüência. A convicção do especialista é por onde começa o sucesso do tratamento. O especialista convicto obtém bons resultados porque, como o *rapport* é uma via de duas mãos, o paciente percebe a convicção ou a não-convicção do clínico. O especialista precisa agregar confiança na hipnose, que é a sua ferramenta de trabalho. Ao entrar no consultório, o primeiro contato do paciente é pelo olhar e o subconsciente do paciente acende uma luzinha que acusa: ele é confiável ou não. A primeira impressão é estabelecida nos primeiros 15 segundos de um relacionamento. A confiança é a convicção do hipnólogo percebida como verdade pelo paciente. Para gerar confiança, inspire confiança, sorria com os olhos, estabeleça um clima amistoso, ouça com empatia. Conhecimento significa o que o especialista sabe, competência, o que o mesmo consegue realizar com o que sabe e com o que aprendeu. Comprometimento, trata-se do envolvimento total e completo do clínico para facilitar a solução do problema do paciente. O comportamento do especialista engloba a sua atitude, postura, como se interessa pela recuperação do paciente, como se comunica, como é cordial, respeitoso e, inclusive, como se veste. A comunicação do especialista é aplicada para ajudar ao paciente e precisa ser usada com criatividade, individualizada para cada um, a fim de despertar seus recursos e suas habilidades hipnóticas (*apud* FERREIRA, 2008).

### **QUALIDADES DO ESPECIALISTA**

Convicção Confiança Conhecimento Competência Comprometimento  
Comportamento Comunicação Criatividade Cliente Concentração

O que significa durante a *anamnese* e durante as avaliações no início das consultas seguintes; deve-se colher detalhes sobre o que realmente o cliente valoriza, o que gosta e o que não gosta. O especialista, com todas as qualidades anteriores, precisa concentrar a sua atenção na observação das respostas verbais e não-verbais para descobrir os fatores que possam ativar os recursos conscientes e inconscientes do paciente, favorecedores da mudança terapêutica. O especialista precisa saber o que comunicar ao paciente, como comunicar e quando comunicar.

Freqüentemente, por meio da literatura, sabe-se que toda hipnose é auto-hipnose, contudo, se fosse auto-hipnose o hipnólogo não estaria presente atuando, deixaria de ser importante o *rapport* e as sugestões verbais e não-verbais transmitidas pelo hipnólogo, isto é, sua habilidade.

Kallio e Revonsu (2003) consideram ser improvável que uma pessoa pudesse dar para si mesma, sugestões pós-hipnóticas e incluir uma sugestão de amnésia, por exemplo, pois não poderá lembrar destas sugestões posteriormente; consideram que a natureza das experiências relacionadas com a hipnose auto-induzida deveria sofrer investigação ulterior. Mesmo entendendo que o hipnólogo seja apenas um facilitador para o próprio organismo do paciente, apresentar as experiências internas e os comportamentos desejáveis para a mudança; é óbvio que na maioria das vezes se o hipnólogo gritar e agredir verbalmente o paciente, a mudança não ocorrerá. Portanto, a habilidade do hipnólogo conta muito para o estabelecimento de um *rapport* adequado, a fim de facilitar as modificações das expectativas do paciente e, conseqüentemente, o resultado terapêutico. Observar as comunicações verbais e não-verbais do paciente é fundamental para o especialista poder acompanhar e sincronizar-se com o paciente; retransmitindo as próprias informações dele recebidas, seja pelo significado implícito da linguagem falada, seja pelo tom, timbre, altura e velocidade da voz, ou pela expressão facial, gestos, movimentos ou variáveis fisiológicas observáveis, como respirar no mesmo ritmo e amplitude que o paciente. Quando segue-se ou "imita-se" o paciente durante segundos ou minutos, o que é denominado acompanhamento na linguagem da programação neurolingüística, isso está favorecendo o especialista para começar em seguida a dirigir a atenção do paciente para o que é desejado. Assim, sintoniza-se o paciente com variáveis verificáveis, como movimentos respiratórios, tom e velocidade da voz e a seguir com uma variável introduzida pelo especialista, para se chegar ao resultado desejado (*apud* FERREIRA, 2008).

Há estudos que mostram a associação de alta SH a algumas condições clínicas: transtornos de estresse pós-traumático, bulimia, fobias, transtornos dissociativos, urticária intensa, hiperêmese gravídica. Contudo, há a necessidade de mais pesquisas para a correta avaliação do papel da hipnotizabilidade e o resultado do tratamento de sintomas físicos e o controle de hábitos (McCONCKEY, 1986). Além disso, a redução da ansiedade não está relacionada com a hipnotizabilidade e sim com a expectativa da pessoa de experienciar a ansiedade.

O terceiro alvo durante a história clínica é a explicação do tratamento pela hipnose para o paciente, a fim de eliminar ou reduzir suas defesas, medos e conceitos errados sobre a hipnose em geral e sobre o tratamento pela hipnose em particular, e assim minimizar ou reduzir as expectativas negativas. O medo da perda de controle do paciente associado à hipnose, freqüentemente é o fator relacionado com o aparecimento do efeito colateral mais comum da hipnose, que é o aumento da ansiedade (*apud* FERREIRA, 2008).

Segundo alguns estudos, as pessoas que assistiram *shows* de hipnose de palco ou viram pela televisão, não tiveram nenhuma informação correta sobre hipnose e ficaram com atitudes negativas em relação à hipnose (LARGE, JAMES, 1991). Contudo, essas pessoas que ficaram com atitudes negativas em relação à hipnose, quando receberam informações corretas, foram mais receptivas para a possibilidade de experimentar a hipnose para o alívio da dor.

O quarto objetivo é amplificar as expectativas positivas existentes no paciente em relação à hipnose, ao comprometimento com o resultado do tratamento e criar expectativas adequadas ao sucesso do tratamento. Segundo Lynn *et al.* (1986), as expectativas variam ao longo de duas variáveis independentes:

- O grau de certeza de que a modificação vai ocorrer;
- A velocidade e a quantidade de mudança que é esperada.

Ao se criar a expectativa de que modificações ocorrerão e que no início poderão ser pequenas e graduais, esta se permitindo ao paciente interpretar mínimas mudanças como resultado terapêutico positivo que, por sua vez, reforçarão as expectativas positivas já existentes. Criar um contexto com o paciente no qual vai ocorrer a expectativa para a mudança.

Revisões de Kirsch e Council (1989), Kirsch (1990), e estudo de Henry (1985) afirmam que um paciente espera comportar-se externamente ou experienciar internamente de acordo com um determinado efeito sugerido, quando percebe que essas respostas são consistentes com o que ele, paciente, acha que uma pessoa hipnotizada faz ou experiência. Assim, quando o paciente considera que devem ocorrer determinados resultados, esses resultados aparecem com muito maior freqüência. A expectativa da ocorrência de uma resposta hipnótica-expectativa de resposta - é a variável mais responsável pela diferença da resposta; depois vem a motivação (*apud* FERREIRA, 2008).

Contudo, um estudo realizado por Wagstaff e Toner (2002) demonstrou que a expectativa positiva de resposta não foi suficiente para provocar alucinações negativas em um grupo de 20 indivíduos durante a hipnose, nem no grupo-controle sem hipnose. Porém, ainda que as expectativas subjetivas contribuam para a produção das expectativas subjetivas, estas experiências podem depender da presença de aptidões e atributos ainda não determinados. Em vários livros publicados desde 1988, Yapko (1988) sugere que a comunicação de expectativas positivas para o paciente representam o melhor fator isolado para fazer a hipnose e o mais importante objetivo inicial da intervenção terapêutica. Nesse contexto, é interessante observar que Brenheim, há mais de 120 anos já se preocupava em provocar expectativas adequadas em seus pacientes ao começar a hipnose.

As expectativas dependem da memória e atenção do paciente. A atenção compreende um conjunto de processos que leva à seleção ou à priorização no processamento de certas categorias de informação. O sistema nervoso, ao armazenar memórias sobre ocorrências anteriores e ao identificar regularidades na ocorrência desses eventos, passa a gerar previsões (probabilísticas) sobre o ambiente, selecionando informações que são processadas de cima-para-baixo, conferindo grande vantagem adaptativa. Como consequência, resulta num processo chamado desenvolvimento de intencionalidade (HELENE, 1997) *apud* (FERREIRA, 2008).

Como resultados almejados podem ser previstos com base em registros sobre regularidades passadas, o sistema nervoso pode gerar ações que levem aos resultados desejados e atuar no sentido de selecionar determinados tipos de informação para processamento adicional, isto é, direcionar sua atenção.

É indiscutível que esse processo de seleção atencional depende não apenas da história prévia do sistema selecionador, envolvendo memórias e, portanto, os significados pessoal e emocional dos estímulos, mas também de expectativas geradas sobre a pendência de futuros eventos com base nas memórias sobre regularidades passadas e nos seus planos de ação, que dependem, também, de memórias sobre os resultados de ações anteriores e seu significado afetivo (HELENE, 2003) *apud* (FERREIRA, 2008).

Por um lado, o especialista conduz a atenção do paciente às comunicações transmitidas, a fim de ampliar as expectativas positivas para futuros eventos; por outro lado, essas comunicações, reagindo com as memórias do paciente e com as

expectativas geradas pela pendência de futuros eventos, provocarão ou não, os resultados desejados.

Após a primeira consulta com a utilização da hipnose, alguns pacientes aumentam e outros diminuem as expectativas para as consultas seguintes, em função das respostas experienciadas ou das respostas que achavam que teriam que experienciar. Quando o experienciado está de acordo com a sua expectativa, o paciente pode aumentar a expectativa de resposta para a próxima consulta; quando o experienciado está aquém da sua expectativa, pode diminuir sua expectativa de resposta futura. A avaliação das expectativas de resposta após a indução da hipnose faz um melhor prognóstico do êxito das sugestões do que a avaliação das expectativas antes da indução. Contudo, a magnificação das expectativas positivas de resposta durante a *anamnese* facilitará a hipnose já na primeira consulta e favorecerá a sintonia do paciente com os objetivos do tratamento. A expectativa é uma variável crítica mediando os efeitos das sugestões sobre o comportamento, mas não é a única variável (KIRCH, 1999). Outras variáveis, provavelmente, incluem: adequado *rapport*, talento inato e confiança no especialista - (*apud* FERREIRA, 2008).

Contudo, Kirsch (1999) demonstraram que a modificação das expectativas de respostas pode justificar mais variação do que características inatas de hipnotizabilidade. Em outro estudo, a manipulação das expectativas foi tão intensa que 73% dos participantes marcaram escore nos níveis altos (9-12) na escala Stanford de suscetibilidade hipnótica, forma C, nenhum marcou nível baixo (0-4) - (*apud* FERREIRA, 2008).

O médico, ao obter a história clínica do paciente, está obrigado a registrá-la no denominado prontuário, no qual ficam disponíveis os exames complementares, as condutas tomadas e a evolução do paciente. No Brasil, o prontuário médico precisa ser conservado pelo prazo mínimo de 20 anos em suporte de papel e permanentemente em meio óptico ou magnético e microfilmado (CFM, 2002). É extremamente útil que, ao utilizar a hipnose, além do médico, o psicólogo e o dentista façam um prontuário no qual incluam também informações sobre o desenvolvimento da hipnose, de modo similar ao que faz o anestesiolegista em relação a cada cirurgia. Um modelo simples de registro das habilidades hipnóticas do paciente consiste em lembrar, por exemplo, das habilidades hipnóticas de cada

um, das suas preferências, do que cada um valoriza na vida, do seu local especial, agradável e seguro.

Entre as variáveis que influenciam as respostas hipnóticas, encontram-se:

- Expectativas de resposta do paciente;
- Expectativas do hipnólogo;
- Motivações do paciente;
- Crenças e atitudes do paciente;
- Intenções do paciente;
- Habilidade de fantasiar do paciente;
- Capacidade de amnésia do paciente;
- O *rapport* entre o hipnólogo e o paciente;
- A situação hipnótica;
- Habilidade do hipnólogo para despertar os recursos (habilidades) do paciente;
- Características das sugestões transmitidas e do modo como são transmitidas;
- O contexto no qual são transmitidas as sugestões;
- O prosseguimento da interação do hipnólogo com o paciente;
- A visão pelos pacientes de que suas respostas são bem sucedidas;
- Talvez o fator intrínseco de suscetibilidade hipnótica do paciente (*apud* FERREIRA, 2008).

## 2.8 CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com Ferreira (2008), outro aspecto importante, ainda não obrigatório no Brasil, é o Consentimento Informado. O clínico apresenta informações ao paciente sobre a hipnose, sobre os procedimentos durante a hipnose e sobre impedimentos que possam ocorrer para o paciente perante alguns Tribunais de Justiça. Depois, o paciente preenche e assina um formulário (consentimento informado) referindo o que lhe foi explicado e que concorda com o tratamento.

Tais práticas podem ser consideradas indispensáveis nos casos de hipnose forense, na prática clínica de crianças em geral, de adultos com possível diagnóstico

de transtorno de estresse pós-traumático e quando se pretende utilizar técnicas de regressão no tempo.

Naturalmente, na hipnose forense, toda a sessão, desde a entrevista inicial até o final da hipnose, precisa ser gravada em vídeo e áudio.

## 2.9 CONDUTAS DURANTE A HIPNOSE

Um medicamento pode curar uma pessoa com uma determinada doença, pode apenas compensá-la, pode somente aliviar os sintomas, mas não a progressão da doença, pode fazer efeito ou não. A hipnose, de maneira análoga, pode resolver o problema de muitos pacientes, aliviar os sintomas de outros, ampliar o efeito de outros tratamentos, ou pode não produzir efeito em alguns. Determinados pacientes com doenças como *diabetes mellitus*, epilepsias, hipertensão arterial essencial necessitam, por longo período de tempo ou mesmo durante a vida toda, enquanto outros com uma infecção podem receber antibióticos durante apenas 10-15 dias. Algumas vezes é suficiente uma consulta com a utilização da hipnose, frequentemente, é preciso várias consultas e muitas vezes é necessário seguinte com auto-hipnose ou consultas com hipnose.

Há três fatores essenciais no uso da hipnose, sendo:

- O hipnólogo precisa entender a história do paciente, abrangendo sua história clínica, habilidades hipnóticas, personalidade, preocupações correntes, relação com o meio ambiente;
- O hipnólogo precisa entender a questão a ser solucionada;
- O paciente deve estar propenso a aceitar a intervenção. Outros fatores que influenciam a experiência hipnótica incluem competência do profissional, o *rapport* com o paciente, a suscetibilidade hipnótica do paciente e o meio ambiente.

Para situações em que o paciente tem controle, se espera que o resultado da sugestão aconteça, aumenta a probabilidade de sua ocorrência. Sugestões para modificações necessitam uma ressignificação da história do paciente associada aos objetivos desejados. Sugestões que antecipam o comportamento que o paciente precisa exibir para modificar-se, isto é, que o paciente se comporte e desempenhe o papel como se já fosse o que ele quer tornar-se. Provocar emoções apropriadas com

a sugestão, o que é mais facilmente obtido com sugestões de imagens. A visualização das imagens deve ser viva, intensa, detalhada e em todos os sentidos: visual, auditiva, tátil, olfativa, gustativa e com movimento.

Na situação hipnótica, considera-se ainda o espaço entre o especialista e o paciente. O simples fato de uma pessoa estar perto de outra influencia o comportamento de ambas as pessoas. Especialista muito próximo do paciente poderia causar ansiedade no paciente; a uma distância média, poderia ser até gratificante para o paciente e quando há uma distância muito grande entre ambos, essa variável pode se tornar indiferente.

A aferição em metros do espaço entre o paciente e o hipnólogo para ocorrerem essas reações varia com o *rapport*, o tipo de sugestão e as circunstâncias. Essa relação de espaço entre o especialista e o paciente pode ser importante mesmo quando o paciente está com os olhos fechados. Exemplificamos: Se o especialista, ao dizer que a sua voz vem de longe, simultaneamente se afastar do paciente, este perceberá mais facilmente a voz do especialista vindo de longe. O especialista pode diminuir a altura da sua voz e afastar-se do paciente ao conversar com ele, para transmitir ao paciente a intenção de procurar suas associações nas experiências do seu passado, quando isso for importante para o tratamento. À medida que o paciente vai trazendo para o seu funcionamento mental consciente suas experiências passadas, o especialista vai aumentando a altura da voz e aproximando-se do paciente.

A conduta durante a hipnose pode ser terapêutica sugestiva, em que predominam sugestões diretas, indiretas e pós-hipnóticas, com o fim de produzir um resultado desejado como a redução da ansiedade, aumento da auto-estima, eliminação de um sintoma ou desenvolvimento de um novo comportamento.

A sugestão pós-hipnótica é um aprendizado que tende a acontecer melhor quanto mais a atenção do paciente estiver focalizada nesse aprendizado durante a transmissão dessa sugestão. O sucesso da sugestão pós-hipnótica pode depender da combinação do sinal que o paciente espera receber para iniciar a sua resposta, com as comunicações sugestivas seguintes do hipnólogo e ainda com informações que deixem o sinal fácil de ser discriminado (BARNIER, 1999) *apud* (FERREIRA, 2008).

Em um estudo experimental, Barnier (1999) chegou às seguintes conclusões quanto à sugestão pós-hipnótica:

- Quanto mais clara for a informação transmitida pelo hipnólogo a respeito do tempo em que a resposta deve ocorrer, é mais provável que a pessoa continue respondendo;
- A maneira como uma pessoa interpreta a sugestão transmitida influencia definitivamente na sua resposta;
- A mudança da situação ou do pesquisador ou a passagem do tempo influenciam na resposta para a maioria das pessoas (*apud* FERREIRA, 2008).

Portanto, com base nas sugestões relatadas, as pessoas devem ter um preparo para responder, e esse preparo compreende o desenvolvimento de um conjunto de motivações ou expectativas para responder, que podem ser influenciadas pela extensão com que as sugestões estão de acordo com as expectativas dessa pessoa e das disponibilidades de condições-chave sociais no ambiente que indiquem que a resposta é esperada e apropriada, e ao grau com que a pessoa está comprometida com as comunicações do hipnólogo. Além disso, a pessoa precisa reconhecer que a "chave" está presente e decidir em algum nível que é apropriado iniciar a resposta. A resposta comportamental para uma sugestão pós-hipnótica pode não ser diferente da resposta associada a uma solicitação social; ao passo que a resposta subjetiva é inteiramente diferente, porque a sugestão pós-hipnótica opera no nível da experiência.

Barnier e McConkey (1999) afirmam que, embora a sugestão pós-hipnótica possa ser não muito mais efetiva do que uma simples solicitação, para provocar uma resposta comportamental, pode auxiliar o manejo ou a criação de uma prontidão experiencial para uma mudança e para a manutenção dessa mudança. Eles citam o exemplo da sugestão pós-hipnótica para parar de fumar, que pode não ser mais efetiva do que simplesmente dizer para a pessoa parar de fumar, mas pode conduzir o indivíduo a experienciar o início do comportamento com menos esforço, tornando as conseqüências mais manejáveis (*apud* FERREIRA, 2008).

A sugestão pós-hipnótica no contexto experimental geralmente é menos efetiva para provocar um comportamento durante um período de tempo duradouro do que a mesma solicitação feita fora da hipnose. A resposta pode ocorrer no laboratório e também em outras situações e a sua execução, pelo menos para algumas pessoas, parece servir para necessidades intrapsíquicas, enquanto no contexto clínico esta se sugere para o paciente executar um comportamento já

anteriormente solicitado por outras pessoas e que ele não pode executar (ORNE, 2005) *apud* (FERREIRA, 2008).

A resposta à sugestão pós-hipnótica, no laboratório, correlaciona-se, entre outros fatores, proporcionalmente, à SH do indivíduo, ao passo que na clínica parece quase sempre não correlacionada com a intensidade da SH..

Quando a combinação entre o sinal esperado e a comunicação do hipnólogo no período pós-hipnótico é muito boa e há pouca competição ou confusão de informação, a resposta ao sinal é rápida, eficiente e experienciada automaticamente.

## 2.10 TÉCNICAS

De acordo com Ferreira (2008), os exercícios de relaxamento muscular e de controle respiratório modificam comprovadamente a descarga interoceptiva que reverbera no sistema ativador retículo-hipotalâmico, amortecendo a excitação hipotalâmica. Esta normalização da atividade hipotalâmica reduz retroativamente a excitação neocortical, predominando agora a ação regeneradora do sistema parassimpático. Este estado produz uma vivência de "vacuidade mental sem perda da consciência", que é típica do estado autógeno, do *zen* e do *sanchin*. A bionomia ou equilíbrio biopsíquico natural é assim recuperado, neste estado atuam as "forças naturais de cura" ou "forças autógenas de cura", nada mais é que o efeito da auto-regulação global hipotalâmica.

Ao mesmo tempo em que essa autoregulação é alcançada, desperta o eu, com isso, o autocontrole. A maioria das doenças e transtornos da personalidade originam-se de um modo de vida contrário à natureza que desequilibra a relação entre o córtex pré-frontal e o sistema límbico, descoordenando o hipotálamo. Essas práticas conduzem também a um autêntico sentimento religioso, que é a identificação do eu interior com a natureza e a experiência de unificação destas duas realidades.

Os métodos utilizados pelos hipnotizadores variam, entretanto, todos requerem alguns pré-requisitos básicos, tais como:

- A pessoa precisa querer ser hipnotizada;
- A pessoa precisa acreditar que pode ser hipnotizada;

- A pessoa precisa se sentir confortável e relaxada.

Se estes requisitos são cumpridos, o hipnotizador pode levar a pessoa ao transe hipnótico, usando variados métodos. As técnicas mais comuns são:

**Indução por olhar fixo:** Este é o método visto freqüentemente em filmes, onde o hipnotizador balança um relógio de bolso em frente da pessoa. A idéia básica deste método é fazer com que a pessoa foque sua atenção em um objeto muito intensamente, de maneira a se desligar de qualquer outro estímulo. Enquanto a pessoa foca a atenção no objeto, o hipnotizador fala-lhe em baixo tom, levando-a a relaxar. Esta técnica era muito popular nos primórdios da hipnose, mas não é muito utilizada atualmente porque não funciona em um grande percentual da população.

**Rápido:** A idéia deste método é sobrecarregar a mente com comandos repentinos e firmes. Se os comandos forem fortes e o hipnotizador estiver suficientemente convencido, a pessoa perderá o controle da consciência. Este método funciona bem para hipnose em público, porque a presença de uma audiência, coloca a pessoa que será hipnotizada em uma situação limite tornando-a muito mais suscetível aos comandos do hipnotizador.

**Relaxamento progressivo:** Este é o método mais utilizado pelos psicanalistas/psicólogos. Falando à pessoa em voz baixa e calma, o hipnotizador, gradualmente, traz o cliente a um completo relaxamento e atenção, facilitando a hipnose, auto-hipnose e fitas de meditação utilizam este método.

**Perda de equilíbrio:** Este método cria uma perda de equilíbrio com agitações rítmicas e vagarosas. Pais colocam seus bebês para dormir utilizando este método milenar. Antes dos hipnotizadores colocarem a pessoa em transe total, geralmente, testam o desejo e capacidade destes serem hipnotizados. O típico método de teste é fazer várias sugestões simples como “relaxe seus braços completamente” e passar para sugestões que pedem para a pessoa distorcer pensamentos normais ou não ter descrença, como, por exemplo: “faça de conta que você não tem peso”.

O exemplo mais difundido da mudança de comportamento através de hipnose é o tratamento de controle de hábitos. Para este fim, o hipnotizador foca no hábito que está arraigado no subconsciente (fumar, por exemplo). Com o acesso ao “painel de controle” da mente, o hipnotizador pode ser capaz reprogramar o subconsciente para reverter o comportamento. Alguns hipnotizadores fazem isto conectando algo negativo com o mau hábito (um exemplo é sugerir que fumar causa náusea e se isto é efetivamente programado, a pessoa começará a passar mal

quando pensar em fumar). Outra alternativa é construir um desejo de poder, sugerindo ao subconsciente que o indivíduo não precisa de cigarros e não os quer.

Mello (2000) afirma que a hipnose tem sido amplamente utilizada nos meios científicos e acadêmicos como importante instrumento de estudo e auxílio clínico nas áreas de Medicina, Psicologia e Odontologia. Com o avanço crescente da tecnologia a hipnose vem sendo estudada por meio de exames como eletroencefalografia digital, mapeamento cerebral, potenciais evocados, ressonância funcional e tomografia por emissão de pósitrons. Tais estudos abrem perspectivas e outras questões surgem como resultado.

Mello (2000) pesquisou 1.100 artigos, entre os anos de 1809-1999, escritos em várias línguas para uma melhor compreensão dos mecanismos neuropsicofisiológicos da hipnose e sua evolução.

Descreve Mello (2000) que como resultado da pesquisa abstraiu-se que: (a) não existe evidência fisiológica da dissociação entre as funções das áreas heteromodais<sup>2</sup>, áreas unimodais sensitivas<sup>3</sup> e áreas motoras; (b) durante a indução, praticamente todo o hemisfério cerebral esquerdo é ativado e nas fases de sugestão, analgesia e alucinação existe visível ativação do giro anterior à direita; (c) alucinar sob hipnose e imaginar em estado de vigília são eventos que para ocorrerem utilizam circuitos cerebrais distintos<sup>4</sup>; (d) por meio da hipnose pode-se alterar consideravelmente funções que envolvem o Sistema Nervoso Autônomo, responsável pelas funções primitivas ligadas ao hipotálamo e tronco cerebral por influencia da palavra e do *rapport*, tais quais, aumento da frequência cardíaca, redução da pressão arterial, sialosquiese (redução da salivação), ou mesmo reduzir o fluxo sanguíneo arterial das extremidades, mensurado em *doppler*.

Por outro lado, tem sido comprovado que a prática do *zen* produz diminuição da frequência bioelétrica da atividade cerebral. No início do *zen* predominam ondas alfa e, na medida em que a meditação se aprofunda começam a aparecer ondas teta, sem que o indivíduo esteja dormindo, uma vez que a postura sentada, com as costas eretas, músculos posturais tensionados e olhos entreabertos, estimula a formação reticular ascendente o suficiente para impedir o

---

<sup>2</sup> Filosofar, abstrair, calcular, estas áreas compreendem 70% de todo o córtex.

<sup>3</sup> Áreas mais próximas das áreas de projeção sensitiva e sensorial. São responsáveis pelo processamento de apenas uma modalidade sensitiva, por exemplo, visão.

<sup>4</sup> Na imaginação o giro anterior do cíngulo não está envolvido, área componente do sistema límbico.

sono. O aparecimento de ondas teta entremeadas com as ondas alfa mostra claramente que este estado meditativo não é sono, mas um autêntico estado de tranquilidade cerebral. Note-se que o ritmo teta, que normalmente aparece no sono profundo, caracteriza o estado em que artistas, músicos, escritores e cientistas encontram suas idéias mais fecundas.

No treinamento autógeno e outros exercícios similares também se observa o aparecimento de ondas teta no estado autógeno em praticantes bem treinados, entretanto, somente no *zen* a frequência de ondas teta é significativamente maior no EEG. Também, no *zen* a preocupação do padrão teta ocorre logo depois de uma estimulação sensorial externa, e isso não foi observado no treinamento autógeno. Talvez, tais diferenças se devam ao fato de os praticantes de *zen* estudados serem monges experientes e muito treinados, com muitos anos de prática constante.

## 2.11 FUNCIONAMENTO MODULAR DO PROCESSO

De acordo com Ferreira (2008), a escola de pensamento sobre hipnose predominante advoga que é uma forma de acessar a mente subconsciente diretamente (normalmente se está atento somente ao pensamento consciente, enquanto a mente subconsciente faz todo o “pensamento de fundo”, acessando as informações que lhe possibilitam seguir com o pensamento consciente).

O subconsciente também se encarrega do que se faz automaticamente (respirar, processar informações que o corpo recebe, por exemplo). O subconsciente faz a maior parte do processo de pensar e decidir muitas coisas. Quando se está acordado, a mente consciente avalia todos estes pensamentos, decide transformar em ação certas decisões, processa novas e transmite para a mente subconsciente.

No sono a mente consciente se desliga e a mente subconsciente reina soberanamente. Profissionais da área teorizam que os exercícios de foco e relaxamento da hipnose trabalham para acalmar e subjugar a mente subconsciente, de forma a tornar seu papel menos ativo no processo de pensamento. Neste estado ha consciência, mas a mente consciente fica por trás da mente subconsciente. Isto permite ao hipnotizador e ao hipnotizado trabalhar diretamente com o subconsciente. É como se o processo acessasse diretamente um painel de controle do cérebro.

## 2.12 CONSCIENTE E SUBCONSCIENTE

Ferreira (2008) descreve que a idéia de que a hipnose pode colocar a mente consciente de reserva e de o hipnotizador poder conectar a mente subconsciente diretamente ganhou muita aceitação no meio psiquiátrico e psicanalítico, especialmente, porque explica a maioria das características do estado hipnótico. Como, por exemplo, no caso de inibição: a mente consciente é que põe os limites, enquanto o subconsciente é o centro de imaginação e impulso. Se esta segunda está “livre”, os filtros que na primeira não se aplicam, e a pessoa fica mais solta e criativa.

Também, explica a reação automática a impulsos e sugestões. Os hipnotizados são capazes de fazer as coisas mais bizarras, de acordo com esta teoria, porque sua mente consciente não está filtrando e a informação que lhe vem. Parece que a sugestão do hipnotizador vem diretamente do subconsciente, em vez de vir de outra pessoa. Reage-se automaticamente a estes impulsos e sugestões, como se faria aos seus próprios pensamentos. É claro, a mente subconsciente tem uma consciência, instinto de sobrevivência e idéias próprias, então há várias coisas com a qual não vai concordar.

O subconsciente regula suas sensações corporais (palato, tato, visão) e os sentimentos (emoções). Quando a porta de acesso é aberta e o hipnotizador pode falar diretamente ao subconsciente, pode engatilhar todos estes sentimentos/sensações, de forma que o cliente possa sentir o gosto do mistério, sentir contentamento e satisfação, e outro grande número de sensações.

Além disso, para Camara (2008), o subconsciente é o armazém de todas as memórias de um indivíduo. Sob hipnose, pode-se acessar eventos completamente esquecidos. Há vezes em que o Psicólogo usa a hipnose para trazer à tona memórias relacionadas a um problema pessoal, de forma a auxiliar na resolução deste.

Também, pelo mesmo mecanismo, uma vez que a mente está num estado de tal forma sugestionável, pode-se criar falsas memórias (por isso, o profissional têm que ser muito cuidadoso na exploração do passado de pacientes).

As bases desta teoria psicológica da hipnose estão calcadas em sua maioria sobre raciocínio lógico, mas há alguma evidência psicológica que a suporta.

## 2.13 CURA PSÍQUICA

De acordo com Ferreira (2008), a Hipnoterapia pode ser aplicada para a cura psíquica, em que o profissional utiliza-se de sessões de hipnose para trabalhar com problemas pessoais profundos e intrincados. A terapia tenta quebrar padrões negativos de comportamento, com “programas massivos de controle de hábitos”. Pode ser efetiva, particularmente, no controle de fobias, medos sem fundamento de certos objetos ou situações.

Outra forma de atuação da Hipnoterapia é trazer ao nível consciente problemas psíquicos ou psiquiátricos de fundo. Acesso a medos, memórias e emoções reprimidas pode ajudar a esclarecer questões difíceis e trazer soluções para problemas crônicos.

A hipnose pode resgatar memórias dormentes que auxiliem a soluções de casos de difícil resolução. Nesta prática, o hipnotizador acessa memórias profundas e reprimidas de um problema passado, que possam ajudar na identificação do que tenha se passado em outrora.

Médicos, Psicólogos, Psicanalistas e líderes espirituais suportam a idéia de que a sugestão hipnótica pode aliviar dores e curar doenças em alguns pacientes ou indivíduos. A idéia que suporta esta hipótese é de que mente e corpo são intrinsecamente interconectados. Ao receber a sugestão, o subconsciente deve fazer acontecer a mudança sugerida. Usando a indução hipnótica muitas mulheres dão a luz com dores e desconfortos mínimos. Vários pacientes de câncer tratados com hipnose admitem seguramente que a técnica ajuda a administrar a dor da quimioterapia; alguns dão o crédito de sua recuperação à Hipnoterapia.

O sucesso da Hipnoterapia parece ser inegável; entretanto, alguns profissionais atribuem a responsabilidade dos resultados a outros fatores. Curiosamente, cita-se Yung, o qual enquanto trabalhava com paciente (europeu) que tinha repetidamente um sonho em que ele era morto com um tiro numa escadaria de certo lugar em Paris. Ele às vezes tinha, por necessidades profissionais, que ir a Paris a negócios, e não ia, pois tinha um mau pressentimento.

Yung trabalhou com o paciente na eliminação da fobia e teve sucesso. O paciente enfrentou seu medo e foi a Paris, contudo, foi de fato assassinado em Paris com um tiro numa escadaria.

## 2.14 RELATOS DE TRATAMENTO HIPNOTERÁPICO

O estado de hipnose é diferente daquele do sono, haja vista que a hipnose clínica não é sono, embora alguns pacientes possam ficar tão relaxadas, em transe, a ponto de cair em sono profundo. Nesse contexto, o Dr. Byeon (2008) afirmou:

[...] os resultados do tratamento dependem dos métodos usados pelo especialista e da confiança dos pacientes em seu psiquiatra [...] se o paciente é altamente hipnotizável e realiza a auto-hipnose, apenas uma sessão de tratamento pode ser suficiente. Muitas pessoas procuram o tratamento por diversas razões. A terapia com hipnose revela-se eficaz na redução da dor em doenças crônicas, câncer, ou distúrbios psiquiátricos, tais como ansiedade antes de exames, astrafofia, fobia de falar em público e estresse ([www.donga.com](http://www.donga.com)).

Recomenda-se em torno de 10 sessões, embora alguns pacientes possam necessitar de mais, com duração de cerca de 1 hora.

O Dr. Chae afirmou também que a terapia da hipnose:

[...] é útil para as pessoas que nos dias de hoje vivem sob muito *stresse*. Através da hipnose, elas podem de forma introspectiva buscar suas esperanças e seus sonhos, sendo capazes então de dar o próximo passo na jornada para tornar seus sonhos realidade ([www.donga.com](http://www.donga.com)).

Segundo Bina Bakshi (2008), normalmente, a mente consciente toma as decisões, com tendência a resistir idéias introduzidas. É necessário que o paciente saiba que a hipnose é um estado natural, as pessoas entram em estado de hipnose sem mesmo se dar conta. É, normalmente, quando o paciente ouve sugestões positivas nos estados de transe, que ocorrem os efeitos positivos sobre o paciente, de modo natural.

Comentários feitos por Shrimant Patil, Psicólogo, em 2008, descrevem que “muitos [dos profissionais] de sua classe usam a hipnose para estabelecer um *rapport* com seus pacientes para desenvolver uma linha de tratamento” ([timesofindia.indiatimes.com](http://timesofindia.indiatimes.com)).

Dhansingh Chowdhury, também terapeuta, relata neste mesmo ano: “se existe um problema, são necessárias sessões para o subconsciente, já que a personalidade está bloqueada. Para se ter acesso ao subconsciente, é preciso colocar o consciente para dormir” ([timesofindia.indiatimes.com](http://timesofindia.indiatimes.com)).

Patil afirma que praticamente 80% do cotidiano estão relacionados aos problemas psicológicos. A Organização Mundial da Saúde, em 1993, reconheceu a hipnose como método de tratamento eficaz. A Índia tem sido beneficiada com a técnica de tratamento da hipnose, motivo que levou a Universidade de Delhi, em 2007, iniciar o curso de Hipnoteterapia.

Grahan, Odontólogo radicado em Leeds, Inglaterra, utiliza a hipnose na diminuição da dor, para tratar de pacientes que tem por hábito o ranger de dentes noturno ou ainda para parar sangramentos. Auxilia seus pacientes por meio da hipnose no trato das fobias relacionadas à Odontologia ou não e também no hábito de chupar o dedo e afirma:

Na realidade, a hipnose não é algo que você faz para outra pessoa. É algo que você faz para si mesmo seguindo as sugestões de outra pessoa. Existe uma diferença entre a hipnose de palco e a hipnose num ambiente clínico: o propósito da versão de palco é entreter o público, enquanto que o propósito da hipnose ética é fazer com que as pessoas se sintam melhor.

Freqüentemente, após hipnotizar seus pacientes, inicia seu trabalho odontológico como se o paciente tivesse sido anestesiado, utiliza como técnica a seguinte propositura:

[...] pede para que [o paciente] se imagine colocando a mão num balde de gelo até a mão ficar dormente. Assim que o paciente sente-se pronto, a mão é testada com beliscadas ou com a inserção de uma agulha para assegurar que realmente está dormente. Ele então pede aos pacientes para tocar a parte relevante da face para transferir a dormência para aquela área ([www.yorkshireeveningpost.co.uk](http://www.yorkshireeveningpost.co.uk)).

Um artigo editado por médicos radicados em Portugal relata que o bloco dedicado a partos naturais no Hospital de São João, no Porto, já utiliza a auto-hipnose ou a musicalização em substituição a medicalização como terapias para a diminuição da dor. Relata a paciente Mikaela, responsável pelo recrutamento e formação em uma empresa em Portugal:

[...] a calma beneficia tanto a mãe como o bebê, pelo que escolhi a auto-hipnose, que exige uma certa técnica respiratória associada a meditação e ao relaxamento profundo [...] a prática mostrou-se eficaz para relaxar a barriga e o períneo [músculo situado entre a vagina e o ânus], para esta zona não entrar em tensão a cada contração. [...] apesar de não ter tido um parto totalmente sem dor,

estava em condições de ir para casa logo após o bebê nascer (www.da.online.pt).

Lusa, outra paciente do mesmo hospital relatou “que num parto natural a mulher tem uma intervenção muito maior e é mais respeitada” (da.online.pt).

Robert Butler, Psicólogo Clínico e professor da *Oregon Health and Science University* e do Hospital Infantil *Doernbecker* relata:

[...] uso a hipnose ou imagística com frequência para auxiliar pacientes jovens a lidar com a dor que os medicamentos não aliviam. Estes pacientes podem ter um descanso mental. Eles tiram férias da dor. A hipnose deve ser usada juntamente com tratamento médico apropriado (www.stratribune.com).

Normund J. Aoks descreveu “você captura a atenção da pessoa, estreita e guia esta atenção” (www.stratribune.com).

Yadin Dudai *et al.* (2008), publicaram um estudo sobre tomografias de pacientes hipnotizados, realizadas enquanto esqueciam determinado evento e depois foram estimuladas a lembrar novamente. Os resultados revelaram circuitos neurais essenciais nos processos de suspensão da memória e da recordação, as descobertas sobre os processos de supressão da memória e da recordação podem levar a uma melhor compreensão dos mecanismos subjacentes da amnésia (www.eurekalert.org).

Yadin Dudai *et al.* (2008) informaram que em análise a tomografias do cérebro obtidas durante a amnésia pós-hipnótica e restabelecimento da memória, observaram singulares diferenças na atividade entre dois grupos estudados, em áreas específicas da região occipital, temporal e pré-frontal do cérebro. Os estudiosos detectaram mudanças reveladoras na atividade do cérebro no grupo suscetível à hipnose quando restabeleciam a memória de um determinado evento. Afirmaram que sugestivamente a amnésia induzida pela sugestão pós-hipnótica afeta um processo executivo de monitoramento pré-recuperação (de lembranças), que produz uma decisão precoce quanto a proceder ou não com a recuperação, e no caso de uma pergunta sobre o evento abortaria o processo.

Um artigo editado pela *Hypnotic Heath*, em 2007, menciona que alterar a percepção usando a hipnose resulta, de fato, em mudanças cerebrais que literalmente reduzem a percepção da dor, em vez de alterar a reação à dor. Ao se

alterar as palavras de instrução em hipnose ocorrerá uma alteração na localização da analgesia no cérebro, do córtex somatosensório para o giro anterior cingulado.

### 3 METODOLOGIA E RELATO DE CASO CLÍNICO

#### 3.1 METODOLOGIA

O método aplicado para análise neste trabalho consiste na apresentação de um relato de caso clínico de cliente/paciente com distúrbios neuronais agravantes, impedindo-a, inclusive, de desempenhar as funções profissionais, privando-a de uma vida saudável e prazerosa.

#### 3.2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Os problemas com a cliente MC ocorreram em 2001, aos 37 anos de idade, do sexo feminino, com atribuições profissionais de educadora, desempenhadas em escola de Educação Infantil, na rede municipal de ensino, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, com nível educacional Ensino Médio profissionalizante (Magistério).

A cliente é separada, mãe de 1 filha com 14 anos de idade (2009). Nos relatos da cliente percebe-se que o relacionamento entre ambas é muito bom, pode ser considerada uma relação harmônica e regada a afeto. A filha goza de boa saúde.

A cliente procurou pelo profissional (Psicólogo) em setembro de 2007, com Clínica devidamente instalada na cidade de Curitiba, Estado do Paraná,

Na época em que procurou a Clínica a cliente encontrava-se com 43 anos de idade, relatando que estava no trabalho e sentiu dor forte no tórax, indo ao médico, o diagnóstico identificou não haver passagem de ar para o pulmão direito. Após algumas semanas foi constatado tratar-se de pneumotórax espontâneo. Após uma drenagem o pulmão voltou a funcionar normalmente. Em 04 de dezembro de 2001 novamente ocorreu pneumotórax, encontrando água e sangue no tórax da paciente. Novamente foi feita uma drenagem pulmonar em 05 de dezembro de 2001, dando início a uma cirurgia com duração de 10 longas horas, com sucessivas paradas respiratórias, de modo que foi colocado pela equipe que a atendeu que teria 3% de chance de vida e outros 96% que poderia morrer.

Notadamente, após o processo de sintomas, diagnósticos e retornos, ficaram sequelas respiratórias e sem forças para falar por aproximadamente 2 anos, experienciando dor no tórax dioturnamente.

a) No momento em que a cliente foi atendida no Consultório Psicológico identificou-se como queixa principal os seguintes problemas:

- 1) Alguma coisa se desconectou dentro de seu cérebro;
- 2) Seus pensamentos eram dispersos;
- 3) Ausência de concentração num determinado assunto, variando os pensamentos, entre outros;
- 4) Tremores do lado direito, braços e pernas, boca e mandíbula;
- 5) Olhos fixados e estalados;
- 6) Dificuldades em articular as palavras, pensava, mas não conseguia falar na velocidade de seu pensamento.

b) Histórico:

Em junho de 2006 acordou com amortecimento na cabeça, no lado direito, como se tivesse tomado uma anestesia, não conseguia mexer-se muito bem. Foi ao médico e não foi constatado nada (Instituto ICS).

Em dezembro de 2006 surgiu o transtorno de marcha, dificuldades em movimentar mãos, braços e pernas.

Em janeiro de 2007 teve uma crise psicomotora, não conseguindo realizar movimentos, sendo atendida em estado emergencial no Hospital Vita pelo Setor de Neurologia, receitando Prolopa 3 comprimidos ao dia, referindo a equipe médica que a paciente estava com Mal de Parkson, gerando efeitos colaterais. Com dissinesia, ou seja, com movimentos involuntários na fala e coordenação motora, sentindo-se intolerante, iniciando um quadro de depressão.

Trocaram por outro remédio, o Sifrol, de modo que piorou um pouco mais. Tentaram outro medicamento, o Prolopa HBS, indo direto para o intestino, porém, com menos efeitos colaterais. Quando entrava em situação de stress ocorriam os tremores com dificuldades de coordenação do lado direito do corpo.

Em 27 de outubro de 2007 ocorreu a primeira seção hipnótica, indicada por pessoa de contato com a Clínica à época, inicializando um novo tratamento proposto, decisão acordada entre cliente e profissional.

Como método de tratamento foi utilizado a técnica hipnoterápica condicionativa, apresentando na regressão um choro compulsivo próximo aos três

anos de idade. Na seção descreveu que seus pais brigavam muito entre si durante sua infância, seu pai tentou matá-la por cinco vezes até os cinco anos e, aos treze a envenenou com veneno de rato, conseguindo sobreviver mais uma vez, relatou ainda sua mãe era muito egoísta, fenômenos que desencadearam problemas de ordem neuropsicológicos. No entanto, lembranças traumáticas durante as seções de Hipnoterapia foram amenizadas na sua mente durante o período de tratamento.

Resultados da primeira seção: seus tremores do lado direito haviam diminuído bastante, melhorando muitos de seus sentimentos e pensamentos mediante aos acontecimentos, aceitando com mais naturalidade todos os sintomas da doença.

Seções quinzenais no início e depois seções mensais: sendo que nas primeiras seções já tinha restabelecido o equilíbrio energético de modo geral, físico e psicológico.

Total de seções 15 – de 27 de outubro de 2007 a 27 de setembro de 2008 – entre 1h30 e 2h00 por seção. Iniciando com 2h00 passando para 1h30.

A cliente, por determinação da Escola onde trabalha, devido as queixas freqüentes apresentadas pelos pais de alunos, em que citaram a educadora apresentar “um aspecto ruim frente aos alunos”, tais como distúrbios da fala, por exemplo, para um trabalho realizado com crianças. Novamente, foi obrigada a submeter-se a novos exames no Instituto XYZ, para avaliação neurológica e otorrino, exames estes solicitados pela chefia da Escola.

Permanecendo por 7 dias internada no Hospital LFX, em Curitiba, Estado do Paraná, no Setor de Neurologia, novamente, apresentaram um laudo de Mal de Parkson, obrigando-a, nesse ínterim, a assinar um Termo de que tomaria a medicação Prolota 200/50mg – 1 ao dia, com pequenos efeitos colaterais de dissinesia no rosto. Também, teve que tomar Mandidan que a deixa muito chorosa.

Novamente, a cliente contatou com a Clínica para retorno relatando ao profissional os sintomas causados pelos efeitos colaterais do medicamento recomendado pelo Neurologista, bem como outras queixas inicialmente já relatadas.

O profissional da Clínica Psicológica modulou um novo protocolo de terapia, utilizando da Hipnoterapia. Atualmente, a paciente, encontra-se em fase de retorno para dar continuidade ao tratamento de Hipnoterapia. No ano de 2009 a cliente encontra-se com 49 anos de idade.

### 3.3 CONCLUSÃO

Considerando o título que respalda este trabalho “**HIPNOTERAPIA: TERAPÊUTICA COADJUVANTE APLICADA NO TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS**”, consolida-se nesta Seção a importância e abrangência do Relato de Caso Clínico apresentado neste Capítulo, o qual, sob a ótica do pesquisador, e fundamentado nos estudos teóricos apresentados, sem dúvida, sustenta a proposta de tratamento sugerida pelo trabalho, para tratamento de pacientes com distúrbios neuropsicológicos.

## 4 DISCUSSÃO

O trabalho, à luz do entendimento científico, traz uma série de relatos de sintomas e diagnósticos apresentados por outros estudiosos como psicólogos, médicos e pesquisadores de outras ciências, em que comentam fatos semelhantes ao relato de caso clínico apresentado na metodologia, o que leva a entender haver necessidade de auferir um novo diagnóstico para confirmar a doença da cliente e assim proceder uma conduta de tratamento adequado, a fim de não prejudicar todo seu complexo físico e psíquico, bem como no que tange aos aspectos profissionais, considerando, principalmente, que um diagnóstico indevidamente apresentado poderá comprometer-la profissionalmente.

Todavia, o que há de se destacar é que sintomas semelhantes ao TCON foram encontrados na cliente, explicando, portanto, que o estado psicológico anormal pode produzir transtornos neurológicos específicos de longa duração e incapacidades em clientes/pacientes que afirmam não ser conscientemente responsáveis, na ausência de patologia detectável.

Verificou-se no TCON sinais de déficit motor envolvendo paralisia, fraqueza localizada e afonia, e que podem apresentar algumas características diferentes das presentes em pessoas com lesões neuropsicológicas. O TCON é considerado como uma reação de estresse na qual fica comprometido o processo de informação de alto nível intencional ou explícito, enquanto que o processo de mais baixo nível, ou automático permanece relativamente intacto.

Contudo, percebe-se que a dissociação entre esses dois processos de informação afeta o funcionamento da memória e dissociação somatoforme do TCON. Em casos de paralisia de conversão, essa anormalidade no processo de informação pode resultar em dificuldade para mover uma ou mais partes do corpo, alguns movimentos podem ser observados na parte paralisada, com menor controle voluntário, especialmente, durante o sono e durante a hipnose.

Muitos sinais e sintomas são apresentados por uma pessoa com TCON, que são similares aos que podem ser obtidos durante a hipnose por meio das sugestões hipnóticas. O diagnóstico diferencial pode ser difícil, considerando que há reflexos fotomotor direto e indireto. Pode haver dificuldades em realizar movimentos rápidos de subida e descida, semelhantes ao tremor, conforme apresentado pela paciente.

Nota-se ainda evidência simultânea de uma doença orgânica, na maioria das vezes neurológica. E, uma doença orgânica já diagnosticada desenvolve sintomatologia de conversão, algumas vezes relacionada a doença anterior; o paciente com manifestações clínicas de conversão, algum tempo depois, vem apresentar uma doença neurológica que poderia explicar as manifestações de conversão anteriormente diagnosticadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou concluir que a Hipnoterapia aplicada ao tratamento dos distúrbios neuronais pode funcionar como relevante opção terapêutica, trazendo ao paciente inúmeras vantagens e benefícios, como: diminuição gradativa dos efeitos colaterais medicamentosos.

O adequado conhecimento do profissional sobre a importância da Hipnoterapia para amenizar sintomas, tratar ou curar determinadas doenças neurológicas é uma técnica coadjuvante, potencializadora dos efeitos positivos da medicação, potencializando, inclusive, outros tipos de tratamentos. No entanto, nesse processo, deve ser considerado que os resultados benéficos irão depender do conhecimento e esmerado esforço aplicado pelo profissional, mas, principalmente, da participação e aceitação pelo paciente.

Primeiramente, a técnica hipnoterápica era procurada apenas por pacientes com doenças psicossomáticas provenientes da rede privada de saúde, estendendo-se, paulatinamente, para a esfera da saúde pública. Atende, hoje, em nível mundial, a uma população de indivíduos, que entre outros fatores, apresentem distúrbios neuropsicofisiológicos, transformando-se em uma técnica eficaz na redução dos sintomas, consolidando e estabelecendo-se como instrumento na prática de tratamento dos distúrbios neuronais.

Os resultados do trabalho possibilitaram compreender que a técnica hipnoterápica é importante instrumento para o profissional trabalhar com pacientes portadores de síndromes relacionadas a distúrbios neuropsicológicos, considerando, principalmente, o diagnóstico apresentado pelo pesquisador no Relato de Caso Clínico, dados que, se cruzados com os achados da literatura apresentada, melhor se aproximam ao diagnóstico ofertado pelo profissional de saúde, hoje, atuante em Psicologia Clínica.

Recomenda-se que novos estudos sobre Hipnoterapia aplicada em condutas médico-odonto-psicológicas sejam desenvolvidos para atestar a eficácia e comproboriedade científica da técnica como instrumento coadjuvante no tratamento dos distúrbios neuropsicológicos.

## REFERÊNCIAS

*American Psychological Association*, June 8, 2004.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. Porto Alegre: Arthmed, 2006.

BURZA, J. B. **Cérebro, neurônio, sinapse: teoria do sistema funcional**. São Paulo: Ícone, 1986.

CÂMARA, Fernando Portela. História da Psiquiatria. Instituição da psicoterapia na medicina brasileira: 1887-1889. (2002-2003). **Psyquiatry Online Brasil**. Disponível em < <http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0103.htm>> Acesso em 12 dez 2009.

CHARCOT, J. M. Métalloscopie, Métallothérapie, Hypnotisme. In: **Oevres Complètes de J. M. Charcot. Lecrosnier et Babé**. Paris, vol. 9, Parte 2, 1890 p. 213-480.

CHARCOT, J. M. Sur les Divers États Nerveux Déterminés par L'Hypnotization chez les Hystériques. **Comp. Rendus Hebd. Academie des Sciences**, 44: 403-405, 1892.

FERREIRA, Marlus Vinicius Costa. **Tratamento coadjuvante pela hipnose**. São Paulo: Atheneu, 2008.

FREUD, S. **Tratamento psíquico (ou mental)**. v.vii. São Paulo: Imago, 1983.

\_\_\_\_\_. **Relatórios sobre meus estudos em Paris e Berlim**. v. ii. São Paulo: Imago, 1986.

\_\_\_\_\_. **A interpretação dos sonhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

\_\_\_\_\_. **O inconsciente (1915)**.

GARCIA, Luiz. **Manual de redação e estilo**. 22 ed. São Paulo: Globo, 1995.

GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986.

GRABOWSKI, Tortora. **Princípios de anatomia e fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara/ Koogan, 2002.

Grupo de HipnosisPsicologia. **Definições de hipnose**. Disponível em <http://www.uv.es/GRUPOHIPNOSISCOP/portdefinic.htm>. Acesso em 6 out 2008.

Instituto Brasileiro de Hipnologia. **Apostila de Hipnoterapia e Hipnoanálise**. Curso Avançado em Hipnose Clínica. Responsável Técnico Prof. Luiz Carlos Crozera.

JUNG, C. G. **Freud e a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

MELLO, P. **Mecanismos neuropsicofisiológicos da hipnose**. Sociedade Brasileira de Hipnose e Hipniatria. Universidade Metodista de São Paulo, 2000.

MIRANDA, Herminio C. **A memória do tempo**. São Paulo: Lachâtre, 2003.

OLIVEIRA, R.M.; GURD, J.M.; NIXON, P.; MARSHALL, J.C.; PASSINGHAM, R.E. Hypometria in Parkinson's disease. Automatic versus controlled processing. **Move Disord** 13:422-427, 1998.

PASSOS, A. C. Moraes. **Aspectos atuais da hipnologia**. São Paulo: Oscar Farina, 1961.

ROELOFS, K.; KEIJERS, G.P.J.; HOOGDUIN, K. A. L.; NÄRING, G.W.B.; MOENE, F. C. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry* 159: 1908-1913, 2002. In: **Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos**. Disponível em <  
<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n4/pdf/Rev%20Psic%20Clin%2033%204.pdf>>. Acesso em 18 fev 2009.

SCHULTZ, Duane. **História da Psicologia moderna**. Sao Paulo: Cultrix, s/a.

YAPKO, M. Hypnosis and the treatment of depressions. New York: Brunner. In: NEUBERN, Maurício da Silva. Hipnose e psicologia clínica: retomando a história não contada. (1992). Centro Universitário de Brasília, Brasília, Brasil. **Psicol. Reflex. Crit. vol.19 no.3 Porto Alegre 2006**.

ZWEIG, R.M.; Cardillo, J.E.; Cohen, M.; Giere, S.; Hedreen, J.C. - The locus ceruleus and dementia in **Parkinson's disease**. **Neurology** 43: 986-991, 1993.

Sites:

<http://www.howstuffworks.com/hypnosis.htm>

<http://www.hypnosis-research.org/hypnosis>

<http://www.apmha.com>

<http://hypnosistreatmentcenter.com>

<http://science.howstuffworks.com/brain.htm>

Dr. Byeon <[www.donga.com](http://www.donga.com)>

Dr. Chae <[www.donga.com](http://www.donga.com)>

Shrimant Patil <[timesofindia.indiatimes.com](http://timesofindia.indiatimes.com)>

Dhansingh Chowdhury <[timesofindia.indiatimes.com](http://timesofindia.indiatimes.com)>

Grahan <[www.yorkshireeveningpost.co.uk](http://www.yorkshireeveningpost.co.uk)>

Robert Butler <[www.da.online.pt](http://www.da.online.pt)>

Normund J. Aoks <[www.stratribune.com](http://www.stratribune.com)>

Yadin Dudai *et al.* (2008) Disponível em <[www.eurekalert.org](http://www.eurekalert.org)>