

**AS ATITUDES E A INFLUÊNCIA
NA SUGESTIONABILIDADE HIPNÓTICA**

HUGO MIGUEL DUQUE GUERRA

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTOURA
CLÁUDIA MARIA CONSTANTE FERREIRA CARVALHO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTOURA
CLÁUDIA MARIA CONSTANTE FERREIRA CARVALHO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de Professora Doutora Cláudia Maria Constante Ferreira Carvalho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme despacho da DGES, n 19673/2006 publicado em Diário da República 2^a série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Quero dedicar este trabalho a todos os que me ajudaram a realizá-lo: à Professora Doutora Cláudia Carvalho, pelo entusiasmo emprestado na indicação do caminho; às minhas colegas Margarida Guimarães e Soeli dos Santos pela fantástica parceria, construída com trabalho e respeito. Aos meus colegas Pedro Chucha e António Duff, também eles companheiros de viagem ao longo do Seminário de Dissertação e aos meus familiares pelo constante incentivo.

Finalmente, a todos os participantes pela disponibilidade em contribuírem para a investigação.

Resumo

O objectivo deste estudo é tentar encontrar uma relação entre as atitudes face à hipnose e o nível de sugestionabilidade hipnótica. Foram inquiridas 127 pessoas, todas estudantes universitárias e com uma média de idades de 25,75 (DP=8,87). Para a medição das atitudes foi utilizada a escala *ATH – Attitudes Towards Hypnosis* e para a medição do nível de sugestionabilidade hipnótica foi utilizada a *HGSHS:A - Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility*. Os resultados do estudo demonstraram que os indivíduos com atitudes negativas em relação à hipnose obtiveram níveis de sugestionabilidade baixa e que os indivíduos que obtiveram pontuações médias e superiores na escala de atitudes obtiveram um grau maior de sugestionabilidade. Dentro das sub-escalas da *ATH*, *Atitude Positiva* e *Ausência de Medo* encontraram-se diferenças com o nível de sugestionabilidade. Na sub-escala *Estabilidade Mental* essas diferenças não foram encontradas.

Palavras-chave: Atitudes, Hipnose, Sugestionabilidade Hipnótica.

Abstract

The aim of this study it's to try find a relation between attitudes towards hypnosis and the level of hypnotic susceptibility. 127 participants were submitted, all college students and with an age average of 25,75 (SD=8,87). To measure attitudes we used the *ATH scale - Attitudes Towards Hypnosis* and to measure hypnotic susceptibility we used the *HGSHS:A - Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility*. The results of the study showed that the subjects with negative attitudes towards hypnosis got low levels of hypnotic susceptibility and the subjects that got medium and superior scores on attitudes got higher levels of hypnotic susceptibility. Inside the sub-scales of the *ATH*, *Positive Attitudes* and *Fearlessness* we found differences with the susceptibility level. In the sub-scale *Mental Stability* that differences weren't found.

Keywords: Attitudes, Hypnosis, Hypnotic Susceptibility.

Índice

Introdução.....	1
Método.....	9
Participante.....	9
Instrumentos.....	9
Procedimento.....	11
Resultados.....	12
Discussão.....	16
Referências.....	19

Índice de Anexos

ANEXO A: Escala de Atitudes Face à Hipnose – ATH	24
ANEXO B: Caderno de Respostas HGSHS:A	26
ANEXO C: Dados Sociodemográficos e Experiência em Hipnose.....	33
ANEXO D: Actividades de Tempos Livres e Prática de Actividades Espirituais ou Religiosas	35
ANEXO E: Consentimento Informado.....	37
ANEXO F: Indicações Preliminares do experimentador.....	39
ANEXO G: Quadros de resultados retirados do <i>output</i> do programa de estatística SPSS.....	42
Anexo G1.....	44
Anexo G2.....	45
Anexo G3.....	47
Anexo G4.....	48
Anexo G5.....	50
Anexo G6.....	51
Anexo G7.....	53
Anexo G8.....	54
Anexo G9.....	56
ANEXO H: Revisão de Literatura.....	58

O conceito de atitude é muito importante em psicologia, em especial, em psicologia social. Como explicar a razão de os indivíduos se manifestarem de forma diferente perante o mesmo objecto ou de o mesmo indivíduo se comportar de maneira idêntica perante um mesmo objecto em situações muito diversas? Foi exactamente para explicar esta variabilidade inter-individual que a psicologia social valorizou o conceito de atitude (Barracho, 2001). Uma atitude é constituída por três componentes: afecto, comportamento e cognição (Rajecki, 1989 cit. Feldman, 2001). A componente afecto engloba as nossas emoções negativas ou positivas sobre alguma coisa, a componente comportamento consiste numa predisposição ou intenção para agir de uma determinada maneira que é relevante de acordo com a nossa atitude. Por último, a componente cognição refere-se às crenças e aos pensamentos que mantemos sobre o objecto da nossa atitude. Lima (1997), enumera pontos essenciais para a definição do termo atitude. Em primeiro lugar as atitudes expressam, com base em experiências subjectivas, o posicionamento de um indivíduo ou de um grupo face a um tema. Em segundo lugar, as atitudes são sempre referidas a um objecto. Um indivíduo ou um grupo social tem uma atitude face ao aborto, face à energia nuclear ou face à hipnose. Por último as atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa, isto é, uma atitude traduz sempre uma posição que, face a um determinado objecto social, pode ser expressa por gosto/não gosto, concordo/discordo. Um dos processos básicos subjacentes à formação e ao desenvolvimento de atitudes pode ser explicado por princípios de aprendizagem como o condicionamento clássico e o condicionamento operante (Mcguire, 1985; Cacioppo et al., 1992 cit. Feldman, 2001). O comportamento social é explicado pela teoria da acção planeada com base em crenças de comportamento, em crenças de controlo e em crenças normativas (Ajzen & Madden, 1986, cit. Ajzen, 2005). Estas crenças guiam a acção dos sujeitos através das atitudes (Ajzen & Madden, 1986, cit. Ajzen, 2005). As atitudes reflectem um comportamento baseado numa análise psicológica realizada entre dimensões como bom-mau, inofensivo-benéfico ou agradável-desagradável (Ajzen, 2001, cit. Azjen, 2005). A teoria da acção planeada tornou-se num modelo popular utilizado na predição de acções específicas. A investigação empírica confirmou esta teoria demonstrando que os comportamentos específicos podem muito bem ser preditos através de intenções correspondentes (Ajzen, 2008). Barracho (2001) conclui que determinadas premissas são geralmente aceites como verdades quando se debate este

tema. Assim, uma atitude não é observável, é sempre relativa a um objecto ou categoria de objectos, é adquirida e susceptível de mudança, e reveste-se de alguma intensidade. As atitudes são polarizadas, será então correcto afirmarmos que o individuo com uma atitude positiva se aproxima do objecto atitudinal, enquanto que com uma atitude negativa a predisposição será o afastamento desse mesmo objecto (Barracho, 2001). Uma forma de clarificar o conceito de atitude é diferenciá-lo de outros construtos existentes na literatura da psicologia e que apresentam semelhanças com as atitudes (Lima, 1997). Tal como as atitudes, as crenças referem-se a um determinado objecto, mas por crença entende-se a informação de que uma pessoa dispõe acerca do objecto. As atitudes existem suportadas por crenças, que constituem a sua componente cognitiva e racional. É através das crenças que encontramos os argumentos para, numa discussão, defendermos a nossa posição atitudinal, que é basicamente afectiva (Lima, 1997).

A hipnose é um fenómeno que parte de um conjunto de interacções entre os processos do sujeito, internos e cognitivos e os processos do meio, externos e sociais. Seria estranho que uma interacção social não fosse afectada pelas atitudes, motivações e expectativas (Kihlstrom, 1998). O fenómeno da hipnose é explicado pela teoria da sugestão e pelo estado dissociativo ou neodissociativo com alterações do estado mental ou do consciente (Kihlstrom, 1998). Adicionalmente, o facto de alguém ser pouco hipnotizável, será facilmente explicável sob uma perspectiva de cognição social da hipnose mas é mais difícil de entender sob a alçada de uma interpretação da hipnose que aceita os estados alterados de consciência (Hilgard's 1977, 1986 cit. Kihlstrom, 1998). A definição da American Psychological Association - APA, descreve a hipnose como uma técnica em que o profissional de saúde ou investigador sugere, aquando de determinado tratamento, que o paciente ou participante experiencie mudanças nas sensações, percepções, pensamentos ou comportamentos. Na prática, está presente uma introdução ao procedimento no qual serão dadas ao sujeito, sugestões para determinadas experiências imaginativas. Apesar de poder tornar as pessoas mais alertas, a maior parte da hipnose inclui sugestões para relaxamento, calma e bem-estar. Ainda de acordo com a definição da APA, o procedimento hipnótico é usado para encorajar e avaliar as respostas dadas a sugestões. E, se o sujeito responder às sugestões hipnóticas, é geralmente inferido que a hipnose foi induzida. Actualmente, vários estudos apresentam conclusões no sentido da inclusão de procedimentos de indução hipnótica terem benefícios no tratamento de uma série de condições e problemas abordados pela

medicina, psiquiatria e psicoterapia. A hipnose é reconhecida como uma técnica terapêutica coadjuvante que aumenta a eficácia da intervenção médica e psicológica (British Psychological Association, 2001/2002; Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009). Kirsch (2004), refere que hipnose não é um tipo de terapia, como a psicanálise ou a terapia comportamental, mas sim um procedimento que pode ser utilizado para facilitar a terapia, como já tinha referido Hawkins (1994), porque não é um tratamento por si só, a formação em hipnose não é suficiente para a realização da terapia. A hipnose clínica deverá ser utilizada por profissionais de saúde formados nesta área, que também receberam formação na utilização clínica da hipnose e estão a trabalhar dentro das suas áreas de especialização.

Capafons (1998) fala de três tipos diferentes de reacções relacionadas com a hipnose: as reacções motoras, as sensório-fisiológicas e as cognitivo-perceptivas. O autor afirma que a vida quotidiana está repleta de fenómenos que estimulam estas reacções, que são provocadas pela sugestão hipnótica, pelo que tem pouco de incomum, fantástico ou excepcional. O conceito de sugestão é aplicado para quando existe a proposta para que o sujeito obtenha determinado tipo de experiência. Weitzenhoffer (1980), descreve a sugestionabilidade como sendo a capacidade para produzir aquilo que ele próprio designa como efeito clássico da sugestão, ou seja, a existência de uma resposta involuntária relevante perante uma comunicação com a intenção de ser uma sugestão. A hipnotizabilidade aparece originalmente definida na literatura como uma habilidade passada ou presente para alcançar uma determinada profundidade de hipnose, podendo ser considerada um sinónimo de susceptibilidade (Weitzenhoffer, 1980). Relativamente às características da pessoa susceptível de ser hipnotizada, existem correlações positivas entre a sugestionabilidade hipnótica e a sugestionabilidade não hipnótica, as expectativas de resposta (Kirsch & Braffman, 1999), o tempo de reacção (Braffman & Kirsch, 2001), a elevada propensão para a fantasia (Braffman & Kirsch, 1999; Green & Lynn, 2008), a capacidade de abstracção e a motivação (Braffman & Kirsch, 1999). A personalidade explica muito pouco da variância da sugestionabilidade hipnótica, sendo considerado que não existe associação entre estas variáveis (Green, 2004). As variáveis que se relacionam com a sugestionabilidade e com a hipnose podem ser identificadas em outras actividades, nomeadamente relacionadas com meditação ou com religião. Holroyd (2003) refere num artigo que vários tipos de meditação presentes em religiões como o budismo, o cristianismo, o hinduísmo ou o judaísmo, contêm procedimentos de

atenção e estimulam capacidades de concentração e de libertação de pensamento. Os estados neuropsicológicos presentes na hipnose clássica e na meditação são similares, assim como ambas as actividades começam os seus procedimentos com fases de relaxamento e com tentativas de concentração da mente através de técnicas de atenção focada Holroyd (2003). Foram realizadas duas investigações, uma com indivíduos altamente hipnotizáveis (Cardena, 2003 cit. Holroyd, 2003) e a outra com meditadores índios Kundalini (Venkatesh, Raju, Shivani, Tompkins & Meti, 1997, cit. Holroyd, 2003). Os resultados referiram que a condição de auto hipnose profunda e a meditação foram associados com alterações de estados de consciência, auto-consciência, noção de tempo, percepção e significado e alterações na vivacidade de imagens. Em ambas as experiências os participantes relataram a existência de sensações de alegria e amor (Holroyd, 2003).

A prática científica da hipnose não coincide com a representação que muitas vezes existe na sociedade sobre o tema. O relativo desconhecimento da hipnose entre muitos dos profissionais da psicologia, ou algumas vezes a sua rejeição, pode dar origem à falta de qualidade do procedimento ou até gerar supostos estados dissociativos e de alteração de consciência (Capafons, 2005). A hipnose como um invulgar estado alterado da consciência com propriedades terapêuticas especiais está frequentemente associada a crenças desajustadas (Spanos N.P. & Chaves J.F., 1991). As atitudes fazem parte do grupo de variáveis que mais se relacionam com a hipnose e com a sugestibilidade (Capafons, 2008). Os estudos iniciais falavam nas atitudes em relação à hipnose e na motivação para seguir as instruções do investigador como factores importantes para definir determinada situação como hipnose (Barber & Calverly, 1963; Barber, 1969). Nesta perspectiva, o estudo da hipnose depositou confiança em conceitos quantificáveis, individuais e observáveis (Radtke & Stam, 2008). As razões para elaborar uma escala de atitudes e crenças em relação à hipnose seriam: a importância do papel desempenhado pelas atitudes na momento de activar mudanças terapêuticas em tratamentos cognitivo-comportamentais - nomeadamente quando se junta a hipnose dentro do âmbito clínico - a influência que têm sobre a sugestibilidade hipnótica, a sua influência directa no estabelecimento adequado da comunicação terapêutica e a sua relevância em favorecer futuras linhas de investigação que estudem a relação com outras variáveis psicológicas, culturais e sociais (Molina, 2006). Spanos (1991) e Kirsch & Lynn (1998), referem, sob uma perspectiva social e cognitiva, a relevância do papel

das atitudes, motivações, crenças e expectativas para a hipnose. É reconhecido por estes autores que a medição das atitudes e crenças em relação à hipnose é muito relevante. Em primeiro lugar as atitudes positivas perante a hipnose estão associadas com resultados benéficos em terapia (Barber, Spanos and Chaves, 1974; Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery and Pastyrnak, 1997; Chaves, 1999 cit. Capafons et al. 2008). Em segundo lugar, as atitudes positivas são muito importantes para o estabelecimento de uma harmonia e aumento de sensações de relaxamento e de bem-estar dentro de um procedimento de hipnose (Sheehan, 2001 cit. Capafons et al. 2008). Também em outros estudos foi descoberto que as atitudes têm uma influência na absorção e na sugestibilidade hipnótica (Barber and Calverley, 1964; Spanos and Barber, 1974; Spanos and McPeake, 1975; Sheehan and Perry, 1977 cit. Capafons et al. 2008). A absorção, tal como é definida por Tellegen e Atkinson (1974), implica uma prontidão para experiências de envolvimento profundo, um alto senso de realidade em relação ao objecto alvo de atenção, uma impermeabilidade a normalmente elementos exteriores e uma avaliação das informações de formas idiossincráticas e não convencionais (Roche & McConkey, 1990). Estudos realizados por investigadores encontraram correlações entre medidas de atitudes face à hipnose e susceptibilidade hipnótica (Sheehan & Perry, 1977; Spanos & Barber, 1974 cit. Spanos et al, 1987). Num estudo desenvolvido por Spanos et al. (1987), a presença de atitudes negativas associou-se a baixas pontuações em sugestibilidade hipnótica, enquanto atitudes moderadamente positivas foram associadas a todos os tipos de pontuações. Molina (2006), num estudo realizado com 80 alunos graduados e em processo de graduação em psicologia, refere que as atitudes dos indivíduos mudam mediante a exposição a uma experiência positiva. Os resultados indicam que as crenças ajustadas sobre a hipnose, assim como uma atitude positiva perante a mesma, são reforçadas pela existência prévia de sessões teórico-práticas sobre hipnose. O estudo refere também que com estas sessões as atitudes positivas reforçaram-se favoravelmente e as negativas desapareceram. Os resultados indicam também que os participantes consideram a hipnose como uma técnica coadjuvante eficaz na psicologia e na medicina. Crêem que sob o efeito da hipnose a pessoa hipnotizada mantém o controlo e fomenta o seu auto-controlo. Os sujeitos crêem ainda que a colaboração por parte da pessoa hipnotizada é imprescindível para que se dêem os efeitos desejados, além de considerarem esta uma técnica segura, não mostrando receio em serem hipnotizados. Molina (2006) descreve

formas de agir para que os equívocos em relação ao conhecimento da hipnose sejam transmitidos da forma mais correcta: dar informação apropriada sobre os processos que fazem funcionar a hipnose; clarificar mitos e crenças incorrectas associadas; oferecer modelos específicos para a aplicação de técnicas de hipnose; e dar oportunidade aos sujeitos de praticar as referidas técnicas por si mesmos. Num outro estudo, Capafons et al. (2008) assinala a importância de se perceber se os sujeitos com experiência prévia sobre hipnose, tendo obtido o seu conhecimento em meios científicos, terão mais atitudes positivas em relação à hipnose e ao mesmo tempo terem menos informações contraditórias sobre a mesma. As atitudes podem ser favoráveis ou desfavoráveis à obtenção de uma resposta à sugestão hipnótica. Barling & De Lucchi (2004) referem que a investigação tem relacionado a experiência em hipnose com um conhecimento mais preciso, atitudes e crenças mais positivas sobre hipnose. Kirsch, em entrevista com Carvalho (2010), refere: “Sabemos também alguma coisa acerca dos determinantes sociais da resposta hipnótica. Estes factores sociais são as expectativas, as crenças e a motivação. As crenças das pessoas determinam como é que elas vão responder à hipnose, se vão ou não ficar relaxadas, e o que é que vai acontecer quando elas estão hipnotizadas. As crenças parecem ser o maior determinante do que acontece quando se está hipnotizado. Este tema está bastante estudado e é bem conhecido”. Os terapeutas com mais conhecimentos científicos e experiência directa com a hipnose têm menos atitudes negativas e falsas crenças (Capafons, 2006). A condição de se ter experimentado hipnose tem um efeito directo na formulação de atitudes positivas em relação à hipnose. Estudos efectuados em profissionais de saúde demonstraram que ao receberem informação adequada e fomentada de forma científica acerca deste tema, esta população compreende a importância desta técnica, dando-lhe o devido lugar como adjuvante na medicina e sendo, por isso, útil para os pacientes (Thomson, 2003). Também Morais (2010), refere que a experiência em hipnose parece contribuir para atitudes mais positivas e crenças mais adequadas face à hipnose, nomeadamente no interesse da pessoa em ser hipnotizada, na noção de controlo sobre si no decorrer do procedimento de indução hipnótica e na ausência de medo face à perigosidade da hipnose. Os resultados de estudos (Capafons et al. 2008), indicam que sujeitos que participem numa sessão hipnótica e que tenham tido uma experiência prévia, obtêm pontuações elevadas nas atitudes positivas. Os mesmos resultados foram obtidos em participantes que receberam informação científica sobre hipnose. Em outros estudos

realizados nos últimos anos, correlações significativas têm coincidido com a direcção das expectativas, que ligam os conhecimentos sustentados sobre a hipnose com as atitudes positivas em relação a ela. Por outro lado, a informação baseada em contradições está correlacionada com atitudes negativas acerca da hipnose (Capafons et al., 2004; Capafons, Morales, et al., 2006; Carvalho et al., 2007). Os clínicos que empregam procedimentos hipnóticos deverão saber medir as atitudes dos pacientes em relação à hipnose e tentar alterar receios e mal-entendidos antes de iniciar um tratamento (Spanos et al. 1987). A educação sobre o fenómeno da hipnose onde se evidencie a ajuda desta num tratamento eficaz a diversos problemas psicológicos, pode servir para influenciar de forma positiva o conhecimento, atitudes e crenças dos clientes da hipnose e a intenção dos técnicos em utilizar a hipnose em futuros tratamentos (Barling & De Lucchi, 2004). Yu (2007) estudou a população chinesa com o objectivo de alterar atitudes face à hipnose, utilizando uma escala de medida de imaginação mental. Os resultados demonstraram que a experiência de imaginar sugestões teve um impacto positivo nas atitudes dos sujeitos, assim como alterou crenças erradas sobre a hipnose e os seus efeitos. A responsividade à sugestão pode também ser alterada por procedimentos de alteração de expectativas que levam os sujeitos a pensar que têm um alto nível de responsividade. (Wilson, 1967; Wickless & Kirsch, 1989; Kirsch, Wickless & Moffitt, 1999). Para cada sujeito, verifica-se que o grau de sugestibilidade é estável mas pode ser alterado através de intervenções como o treino cognitivo-comportamental (Gorassini & Spanos, 1986; Gorassini & Spanos, 1999, cit. Kirsch & Braffman, 2001) ou como a modificação das expectativas do sujeito acerca de como ele irá responder às sugestões (Vickery & Kirsch, 1991 cit. Kirsch & Braffman, 2001). Kirsch & Braffman, (1999), concluem que a expectativa e as atitudes face à hipnose ou motivação são preditores da hipnotizabilidade.

Para se estudar de forma apropriada qualquer fenómeno, é necessário conseguir-se medir esse mesmo fenómeno. Uma das vertentes da investigação em crenças e atitudes face à hipnose tem consistido no desenvolvimento de escalas eficazes. Spano, Brett, Menary & Cross (1987), desenvolveram a *Escala de Atitudes face à Hipnose (Attitudes Towards Hypnosis Scale – ATH)* com um total de 14 itens, com formato de resposta tipo Likert de 1= *Totalmente Falso* a 7= *Totalmente Verdadeiro* agrupados em 3 factores: *Atitudes positivas face à hipnose* (itens 1, 4, 8, 12 e 13); *Crenças sobre a estabilidade mental da pessoa hipnotizada* (itens 5, 6, 7 e 9) e *Ausência de medo face à hipnose*

(itens 2, 3, 10, 11 e 14). A escala permite o cálculo de uma pontuação total pela soma de todos os itens após reversão dos itens 2, 3, 5, 6, 9, 11 e 14. Uma elevada pontuação (pontuação máxima de 98) nesta escala revela atitudes positivas face à hipnose. Em cada dimensão, *atitudes positivas* (pontuação máxima de 35), *crenças sobre a estabilidade mental* (pontuação máxima de 28) e *ausência de medo* (pontuação máxima de 35), cada item correlacionou-se significativamente com a pontuação total da mesma. Em Portugal, Carvalho (2010), realizou um estudo com estudantes universitários portugueses com a finalidade de adaptar e traduzir a escala ATH. A análise factorial exploratória revelou uma estrutura factorial idêntica à versão original. Obtiveram-se elevados índices de consistência interna para a escala total ($\alpha = .84$, semelhantes à da escala original, $\alpha = .81$), para cada factor e ainda boa validade convergente, indicando que o instrumento possui boas qualidades psicométricas.

A sugestibilidade hipnótica é avaliada por vários instrumentos padronizados, entre estes o mais utilizado é a *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A* - HGSHS: A, adaptado por Shor e Orne (1962) a partir da *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form A* - SHSS: A, administrada individualmente (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959). Utilizou-se neste estudo uma versão traduzida para o português a partir do protocolo americano original da HGSHS: A (Shor & Orne, 1962). A tradução para português, como a escala original, consiste num procedimento hipnótico com 12 sugestões padrão (tabela 1) que são administradas pela mesma ordem da escala original. A escala em grupo (HGSHS: A) introduziu a auto-avaliação após o participante ter ou não desempenhado os comportamentos sugeridos (Shor & Orne, 1963). Esse comportamento sugerido é avaliado tendo em conta dois tipos de *scores*, o objectivo e o subjectivo. O primeiro caracteriza-se pela avaliação da resposta comportamental do participante, isto é, a resposta observável á sugestão, onde o participante responde ou não a sugestão. A HGSHS: A permite obter uma pontuação total que resulta do somatório de todos os itens. A pontuação total pode variar entre 0 e 12, que indica baixo (0-4), médio (5-9) e elevado (10-12) nível de sugestibilidade. O *score* subjectivo avalia a resposta subjectiva do participante, ou seja, como percebe a resposta a cada sugestão, caracterizando a sua experiência. A experiência subjectiva é classificada numa escala de Likert de 1 à 5 (Kihlstrom, 1962).

O principal objectivo deste estudo é contribuir para o aprofundamento do conhecimento entre as atitudes, positivas e negativas, e a sua relação com a

sugestionabilidade hipnótica. O outro objectivo é verificar se existem diferenças entre os sujeitos que têm atitudes positivas e que são mais sugestionáveis relativamente à experiência em hipnose, à prática de actividades de meditação e prática de actividades religiosas.

A pertinência do estudo é contribuir para ajudar a conhecermos mais a hipnose e as variáveis com as quais esta se relaciona.

Método

Participantes

Inquiriram-se 127 estudantes universitários portugueses de diferentes cursos do ensino superior, 96% eram estudantes de psicologia e cursos afins e 4% pertencem a cursos distribuídos por engenharia, medicina e direito. A HGSHS: A e a ATH foram administradas a 127 estudantes, 94 do sexo feminino (74%) e 33 do sexo masculino (26%) com um intervalo etário de 18 a 59 anos ($M=25,75$; $DP=8,86$). Desta amostra, 73% dos participantes têm idade igual ou inferior a 26 anos (Anexo G1).

Instrumentos

Attitudes Toward Hypnosis (ATH). A Escala de Atitudes Face à Hipnose (Anexo A) utilizada é uma tradução e adaptação para a língua portuguesa (Carvalho, 2010) da escala *Attitudes Toward Hypnosis* também designado na literatura por *Hypnotic Attitudes Questionnaire* (HAQ) de Spanos, Brett, Menary & Cross (1987). Obtiveram-se bons índices de consistência interna para a escala total encontrados por Carvalho (2010): $\alpha=.84$ para a amostra portuguesa, e por Spanos et al. (1987): $\alpha=.81$ para a amostra original.

Trata-se de uma escala de 14 itens, com um formato de resposta de 1 (totalmente falso) a 7 (totalmente verdadeiro). Demora cerca de 5 minutos a preencher e é composta por 3 dimensões diferentes que definem as atitudes face à hipnose: a) pensamento positivo dos sujeitos em relação à hipnose, b) até que ponto as pessoas que são hipnotizadas são mentalmente estáveis e c) receio dos possíveis efeitos negativos nas pessoas que fazem hipnose. A escolha deste questionário esteve relacionada com a

vantagem da sua simplicidade de aplicação inserida dentro do procedimento de indução hipnótica relativamente moroso.

Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). A Escala de Sugestionabilidade Hipnótica (Anexo B) utilizada é uma tradução e adaptação para a língua portuguesa (Pontes, 2009; Santos, 2010) da escala HGSHS:A de Shor & Orne, (1962). O coeficiente Alpha de Cronbach foi de $\alpha=.60$ na amostra da tradução e adaptação portuguesa (Santos, 2010), revelando um índice de fiabilidade inferior ao da amostra original, de $\alpha=.80$ (Shor & Orne, 1963).

Trata-se de uma escala de 12 itens que são sugestões. A HGSHS: A permite obter uma pontuação total que resulta do somatório de todos os itens. A pontuação total pode variar entre 0 e 12, que indica baixo (0-4), médio (5-9) e elevado (10-12) nível de sugestionabilidade. A classificação do caderno de respostas seguiu o procedimento descrito por Shor e Orne (1962). Os sujeitos recebem uma classificação de 1 se marcarem a opção A (indicando uma resposta observável a uma dada sugestão) e 0 se marcarem a opção B (indicando pouca ou nenhuma resposta comportamental). No item 12 (sugestão de amnésia), o sujeito escreverá no caderno de respostas as sugestões recordadas. Para efeitos de cotação do item 12, utilizaram-se as orientações de Khilstrom e Register (1984) que classifica com 1 se o sujeito se lembrar de 3 ou menos sugestões antes da sugestão “amnésia” ser cancelada e se lembrar de 2 ou mais sugestões após lhe ser pedido para lembrar-se de tudo.

Dados Sociodemográficos e Experiência em Hipnose. Conjunto de 12 perguntas sobre dados sociodemográficos (Anexo C). Conjunto de 5 perguntas sobre experiência em hipnose (Anexo C):

Já foi hipnotizado antes; Se sim, por favor refira brevemente em que circunstâncias, e descreva a sua experiência; Alguma vez assistiu a alguém ser hipnotizado na televisão ou num filme?; Alguma vez leu um livro em que alguém tenha sido hipnotizado? e Já conheceu alguém que tenha sido hipnotizado?.

Actividades de Tempos Livres e Prática de Actividades Espirituais ou Religiosas. Conjunto de 4 questões sobre actividades de tempos livres, experiência em actividades de meditação e experiência religiosa: *Enumere as 3 actividades de lazer que*

faz com mais frequência; Pratica actualmente ou já praticou alguma actividade de meditação, mesmo que no âmbito de outras actividades (ex: yoga, tai-chi, chi-kung, etc.)?; Despende algum tempo em práticas de meditação espiritual ou religiosa?; Por favor posicione-se no seguinte contínuo em termos de importância que as crenças espirituais/religiosas são ou não importantes para si e para a sua vida: (questão com uma escala tipo Likert de 7 pontos que vai de 1= As crenças espirituais/religiosas têm pouco a ver como a minha filosofia de vida a 7= As minhas crenças/religiosas fornecem-me as linhas mestras com as quais conduzo a minha vida (Anexo D).

Procedimento

Os participantes foram recrutados através do Laboratório de Psicologia do ISPA, nas salas de aula e pelo método bola de neve. Foram convidados a participar numa investigação sobre a hipnose experimental, realizado em grupo, e a participação era voluntária. As sessões foram realizadas em salas de aula no ISPA. Os alunos eram todos voluntários e não receberam algum tipo de incentivo escolar ou monetário para participar no estudo. A dimensão das sessões de grupo variou entre 2 a 25 indivíduos. Cada sessão experimental foi previamente agendada com os participantes. Antes de se iniciar o protocolo era lido um consentimento informado (Anexo E) que informava os participantes sobre o funcionamento da própria sessão. De seguida, preenchiam o questionário sobre atitudes ATH.

A administração do protocolo começou com a apresentação da informação preliminar aos participantes (descrita por Shor & Orne, 1962) (Anexo E). De seguida respondia-se às perguntas e dúvidas dos participantes e finalmente foi-lhes pedido para preencherem a primeira página do caderno de respostas.

A escala HGSHS:A foi administrada através de uma gravação áudio que seguia o protocolo original. Após a audição e a experiência, os participantes preencheram um caderno de respostas com a finalidade de relatarem a sua experiência objectiva. A duração total do procedimento foi de aproximadamente 90 minutos, dependendo do tempo da explicação inicial e do tempo levado pelos participantes a preencher o caderno de respostas. No final procurava-se ainda que a experiência pudesse ser partilhada com o grupo através de algumas trocas de impressões. Após cada sessão, foi solicitado aos sujeitos que não comentassem a sua experiência de hipnose com outros alunos que não tivessem participado.

Os cadernos de respostas foram cotados por dois experimentadores. Nos raros casos em que existiu desacordo nas avaliações, a avaliação final foi obtida consensualmente, após a discussão com um terceiro experimentador.

Os dados recolhidos foram analisados através do programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 18.0.

Resultados

A escala de atitudes ATH

Os 127 indivíduos que preencheram a escala de atitudes obtiveram um valor médio de 5.01 nas escala de atitudes face à hipnose total com um desvio padrão de .78. Os 3 factores medidos pela escala ATH apresentaram os seguintes resultados: *atitude positiva*: M= 4.81; DP= 1.02, *ausência de medo*: M= 4.52; DP= 1.00 e *estabilidade mental*: M=5.88; DP=1.02. As médias entre os participantes masculinos e femininos não apresentam diferenças significativas na escala total. Utilizou-se o teste de diferenças de médias para as amostras independentes entre géneros ($t= .064$; $p= .949$) (Anexo G2).

A escala de sugestionabilidade HGSHS:A

Na escala HGSH:A obteve-se um nível de cotação objectivo de sugestionabilidade com a seguinte média e desvio-padrão: M= 6.27; DP= 2.54. As médias entre os participantes masculinos e femininos apresentam diferenças. Utilizou-se o teste de diferenças de médias para as amostras independentes entre géneros ($t= -2.00$; $p= .047$) (Anexo G3).

Atitudes e Sugestionabilidade

Agruparam-se os sujeitos mediante os seus resultados de sugestionabilidade. As categorias que se categorizaram foram: baixa, de 0 a 4 pontos, média, de 5 a 9 pontos e alta, de 10 a 12 pontos. Para este efeito, utilizou-se o cut-off de Kirsch, Council & Wickless (1990). Ao verificar as estatísticas descritivas (Anexo G4), constatamos que nas três dimensões do questionário ATH, *atitude positiva*, *ausência de medo* e *estabilidade mental*, a média das mesmas, situa-se em valores maiores nos níveis sugestionabilidade médio e alto.

Tabela 1: Médias e desvios padrões das três dimensões da escala ATH em função dos níveis de sugestionabilidade.

	Nível de sugestionabilidade	Média	Desvio padrão	n
Atitude Positiva	Baixa	4.39	1.02	36
	Média	4.92	1.00	77
	Alta	5.30	.81	14
	Total	4.81	1.02	127
Ausência de medo	Baixa	4.06	.95	36
	Média	4.66	.96	77
	Alta	4.91	1.04	14
	Total	4.52	1.00	127
Estabilidade Mental	Baixa	5.80	1.29	36
	Média	5.88	.94	77
	Alta	6.01	.63	14
	Total	5.87	1.02	127

Esta investigação procura confirmar a relação entre as atitudes e o nível de sugestionabilidade dos sujeitos. Concretamente, prevê-se que quanto mais positivas são as atitudes em relação à hipnose, maior a probabilidade de se obterem níveis médios ou superiores de sugestionabilidade hipnótica (Anexo G5).

A figura 1 demonstra subida dos valores de atitudes favoráveis à medida que a categoria de sugestionabilidade sobe.

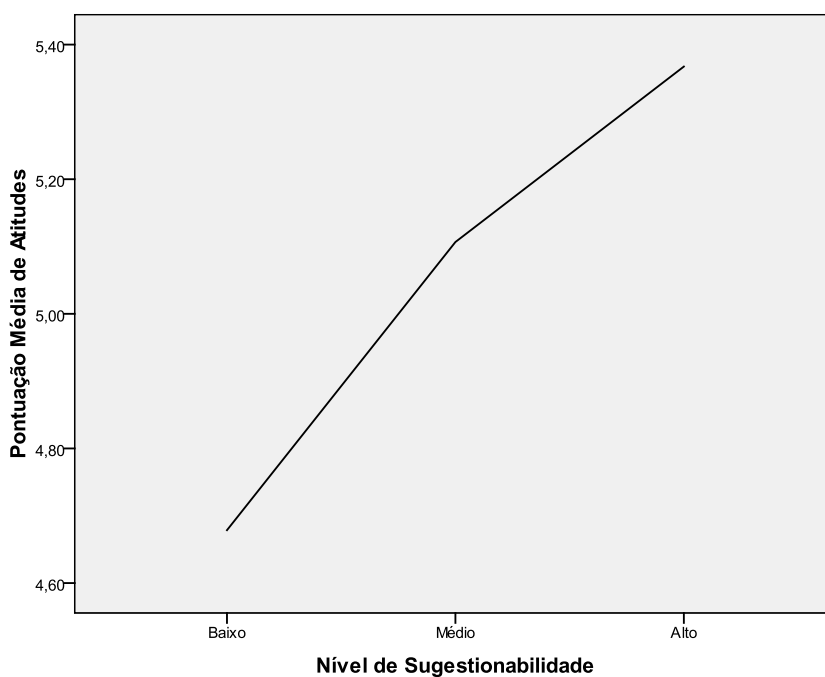


Figura 1: Pontuações na escala de atitudes em relação ao nível de sugestionabilidade por categorias (baixo, médio e alto)

Realizou-se o teste múltiplo de diferenças de médias, MANOVA que executa a análise de covariância. O que se observou, representado na tabela 2, foi que existem diferenças significativas ($p < .05$) nas médias de sugestionabilidade dentro das dimensões *atitude positiva* ($F(1.652)=2.418$, $p=.012$) e *ausência de medo* ($F(1.652)=2.377$, $p=.013$). Na dimensão *estabilidade mental* não existem diferenças significativas ($F(1.652)=1.846$, $p=.060$) (Anexo G6).

Tabela 2: Teste Multivariância para as três dimensões da escala ATH

	Média de Sugestionabilidade	Média	Power observado	p value
Atitude positiva	2.418	4.81	.92	.012
Ausência de medo	2.377	4.52	.93	.013
Estabilidade mental	1.846	5.87	.82	.060

Experiência em Hipnose e Prática de Atividades Espirituais ou Religiosas

Os dados relativos à experiência em hipnose dizem-nos que 95,3% dos participantes nunca experimentaram ser hipnotizados. No entanto, 80,3% já assistiu a alguém a ser hipnotizado na televisão, 22% leram a experiência num livro e 33,1% conhecem ou conheceram alguém que já tenha sido hipnotizado (Anexo G7).

Para obtermos a diferença entre médias relativamente à variável *Nível de Sugestionabilidade*, foi realizado um teste T-student. A diferença de médias do *Nível de Sugestionabilidade* não existe ($p < .05$) para a *Experiência de Hipnose* ($t=.88$; $p=.37$), para *Prática de Atividades de Meditação* ($t=.42$; $p=.66$) e para *Prática de Meditação Espiritual ou Religiosa* ($t=.55$; $p=.57$) (Anexo G8).

Para obtermos a diferença entre médias relativamente à variável *Atitudes*, foi também realizado um teste T-student. A diferença de médias da *Escala de Atitudes* existe ($p < .05$) para a *Experiência de Hipnose* ($t=2.35$; $p=.02$), para *Prática de Atividades de*

Meditação ($t=2.05$; $p=.04$) e para *Prática de Meditação Espiritual ou Religiosa* ($t=-.74$; $p.46$) (Anexo G9).

Discussão

O questionário ATH é de fácil aplicação porque tem relativamente poucas questões (14) tornando-se assim pouco exaustivo para os participantes, que se submeteram a um protocolo relativamente moroso. As pontuações médias dos 127 participantes na escala ATH em valores um pouco acima da média, querendo isto dizer que, de forma generalizada, as pessoas têm mais atitudes positivas face à hipnose ou à experiência de se ser hipnotizado/a. Os participantes, maioritariamente, também não acreditam que os sujeitos hipnotizáveis sejam instáveis mentalmente.

Este estudo procurou confirmar o conhecimento que se tem acerca da relação que existe entre as atitudes e a hipnose ou sugestionabilidade hipnótica. O estudo de Spanos et al. (1987), obteve resultados que, como os próprios investigadores esperavam, nos diz que os participantes que obtiveram atitudes mais positivas sobre a hipnose são aquelas que atingiram pontuações mais elevadas no nível de sugestionabilidade. No entanto, estes resultados indicaram também que existiu bastante variabilidade nesta relação o que equivale a dizer que um sujeito com uma atitude positiva face à hipnose não será sempre o mais sugestionável. As pessoas que obtiveram valores baixos na escala de atitudes foram aquelas que, de forma consistente, obtiveram pontuações baixas no nível de sugestionabilidade.

Concretamente, no nosso estudo, os participantes com pontuações baixas na escala de atitudes obtiveram graus de sugestionabilidade baixos, conclusão semelhante à de Spanos et al. (1987). Relativamente aos participantes que obtiveram pontuações superiores na escala de atitudes, os resultados indicaram que foram estes os participantes mais sugestionáveis. Apesar desta conclusão, os dados não revelaram a variabilidade encontrada por Spanos et al. (1987). É importante referir que neste estudo a amostra foi relativamente pequena, nomeadamente no que se refere ao número de participantes com um nível superior de sugestionabilidade, o que limita neste aspecto a comparação com a investigação original.

Este estudo demonstrou que os participantes não associaram a hipnose com instabilidade mental, conclusão a que o estudo de Spanos et al. (1987) também chegou. No factor *estabilidade mental* não se encontraram diferenças significativas entre as médias. Spanos et al. (1987) referem no seu estudo que as pessoas que ligam a hipnose à instabilidade mental foram os que obtiveram níveis de sugestionabilidade mais baixos. No nosso estudo este resultado não foi totalmente confirmado pois os participantes que

mais ligaram a hipnose à instabilidade mental obtiveram todos os níveis de sugestionabilidade. Nas dimensões *atitude positiva* e *ausência de medo* os dados demonstram a existência de diferenças significativas das médias relativamente ao nível de sugestionabilidade, o que corrobora os resultados obtidos por Spanos et al. (1987).

Estas conclusões são fundamentadas com estudos realizados por investigadores (Spanos & McPeake, 1975; Yancher & Johnson, 1981 *cit.* Spanos et al. 1987) que encontraram correlações medidas de atitudes face à hipnose e susceptibilidade hipnótica. Concretamente, a presença de atitudes negativas associou-se a baixas pontuações em sugestionabilidade hipnótica, enquanto atitudes moderadamente positivas foram associadas a todos o tipo de pontuações. (Spanos, Brett, Menary & Cross, 1987).

Existiram alguns valores altos na escala de atitudes em participantes que obtiveram pontuação zero na escala de sugestionabilidade. Este facto pode ser atribuído às possíveis maiores expectativas em ser-se hipnotizado e que não corresponderam à experiência vivida nas sessões. Damos esta explicação porque esta opinião nos foi relatada por alguns participantes das nossas sessões. As crenças desajustadas também puderam ter aqui um papel que explicativo neste aspecto dos resultados. Kirsch & Lynn (1998), afirmam que existe uma relevância do papel não só das atitudes, motivações e crenças como também das expectativas em relação à experiência hipnótica. Spanos (1982) *cit.* Spanos et al. (1987) relata que sujeitos não sugestionáveis podem interpretar de forma passiva as sugestões hipnóticas. Isto quer dizer que esperam simplesmente que algo aconteça, não fazendo mais nada por isso. Este fenómeno não é inconsistente com ter-se atitudes positivas em relação à hipnose.

Barling & De Lucchi (2004) referiram que a experiência pessoal em hipnose clínica, combinada com a recepção de informação adequada sobre hipnose, é uma boa forma de aumentar o conhecimento, as atitudes e as crenças sobre hipnose. Neste estudo, os resultados não demonstraram que a experiência prévia em hipnose influencie o nível de sugestionabilidade dos participantes.

A prática de actividades relacionadas com a meditação ou a religião apresenta características neuropsicológicas semelhantes com a hipnose (Holroyd, 2003). Neste estudo, os participantes foram inquiridos quanto à prática deste tipo de actividades através de um questionário breve com as limitações que este aspecto implica. Os resultados não indicam diferenças no nível de sugestionabilidade entre os participantes

em função da experiência em hipnose, da prática de actividades de meditação ou religiosas. No entanto, as diferenças existem quando relacionamos as atitudes face à hipnose e as mesmas variáveis referidas por Holroyd (2003).

Como conclusões finais podemos afirmar que existe uma relação entre atitudes face à hipnose e o nível de sugestionabilidade hipnótica. As pessoas com atitudes negativas face à hipnose são, expectavelmente, as menos sugestionáveis. As pessoas com atitudes positivas são mais sugestionáveis.

Este estudo apresenta como principal limitação a dimensão da amostra (N=127) que é pequena em relação aos estudos de Spanos et al. (1987) (N=579). As conclusões retiradas dos seus resultados são assim mais difíceis de comparar. O estudo está ainda limitado por não definir uma relação claramente preditiva entre as atitudes face à hipnose e a sugestionabilidade hipnótica.

Referências

American Psychological Association (2005). The Division 30 Definition and Description of Hypnosis. Consultado em 22 de Setembro de 2010 através da fonte http://www.apa.org/divisions/div30/define_hypnosis.html

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ajzen, I., & Gilbert Cote, N. (2008). Attitudes and the prediction of behavior. In W. D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp. 289-311). New York: Psychology Press.

Braffman, W. & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability: an empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (3), 578-587.

Braffman, W. & Kirsch, I. (2001). Reaction time as a predictor of imaginative suggestibility and hypnotizability, *Contemporary Hypnosis*, 18 (3), 107-119.

Barber TX, Calverley DS (1963) Toward a theory of hypnotic behavior: effects on suggestibility of task motivating instructions and attitudes toward hypnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 67(6): 557-65.

Barling, N.R. & De Lucchi, D.A.G. (2004); Knowledge, attitudes and beliefs about clinical hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* Vol. 32, No. 1 36-52.

Barracho, C. (2001); *Lições de Psicologia Económica*. Lisboa, Instituto Piaget.

British Psychological Association, (2001/2002). *La nature of hypnosis*. Leicester (RU): British Psychological Society. Trad. Valencia: Promolibro.

Capafons, A., (2005); *Papeles del Psicólogo*, Hipnosis. Septiembre-diciembre, vol. 25, número 89.

Capafons, A., Morales, C., Espejo, B. Cabañas, S. (2006); Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*. Vol. 18, nº4, pp. 810-815.

Capafons, A., Elena Mendoza, M., Espejo, B., Green, J.P., Lopes-Pires, C., Luisa Selma, M., Flores, D., Morariu, M., Cristea, I., David, D., Pestana, J., Carvalho, C. (2008); Attitudes and beliefs about hypnosis: a multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4): 141-155.

Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I., Espejo, B., Mazzoni, G. & Leal, I. (2007). Factorial analysis and psychometric properties of the revised Valencia Scale of Attitudes and Beliefs toward Hypnosis – Client Version. *Contemporary Hypnosis*, 24, 76-85.

Carvalho, C. (2010). Tradução e adaptação da escala de avaliação das atitudes face à hipnose - Attitudes Toward Hypnosis (*Hypnotic Attitudes Questionnaire*). *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, p. 269-280 (CD ROM).

Carvalho, C. (2010). Entrevista a Irving Kirsch – uma conversa acerca da hipnose clínica e experimental. *Análise Psicológica*, XXVIII (2), 377-384.

De Pascalis, V. ; Russo, P.; Marucci, F. S. (2000) Italian norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A. *The International Journal of Clinical and Experimentat Hypnosis*, Vol. 48, No. 1, January 44-55.

Feldman, R.S. (2001); *Comprender a Psicologia*. Lisboa, McGraw-Hill.

Green, J. (2004). The five factor model of personality and hypnotizability: little variance uncommon. *Contemporary Hypnosis*, 21 (4), 161-168.

Green, J. & Lynn, S. (2008). Fantasy proneness and hypnotizability: another look. *Contemporary Hypnosis*, 25 (3-4), 156-164.

Holroyd, J. (2003). The science of meditation and the state of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46:2.

Kihlstrom, J.F., & Register, P.A. (1984). Optimal scoring of amnesia on the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 51-57.

Kihlstrom, J.F. (1998). Hypnosis and the psychological unconscious. In H. J. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2, pp. 467-477). San Diego: Academic Press.

Kirsch, I., Council, J. R., & Wickless, C. (1990). Subjective scoring for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38,112-124.

Kirsch, I (1997); Suggestibility or hypnosis: What do our scales really measure? *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. Vol. XLY, No. 3, July 212-225.

Kirsch, I. & Braffman (1999). Correlates of hypnotizability: The first empirical study. *Contemporary Hypnosis Vol. 16, No. 4*, pp. 224–230.

Lima, M. L. P. (1997); *Atitudes*. Psicologia Social. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 167-199.

Mendoza, M.E., Capafons, A., Espejo, B. & Montalvo, D. (2009); Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles *Psicothema*, 18, 810-815.

Molina, J.A., Mendoza, M.E. (2006); Change of attitudes towards hypnosis after a training course. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* Vol. 34, No. 2, 28–43.

Morais, V. (2010). Atitudes e crenças acerca da hipnose em profissionais de saúde portugueses, *Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialidade Clínica ISPA – Instituto Universitário.*

Radtke, H.L. & Stam, H.J. (2008); What happened to the social in contemporary accounts of hypnosis? *Contemporary Hypnosis* 25(3-4): 192-201.

Roche, S.M. & McConkey, K.M. (1990): Absorption: nature, assessment and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 59, No. 1,91-101.

Santos (2010). Tradução e Adaptação para a Língua Portuguesa da Escala de Grupo de Harvard de Susceptibilidade Hipnótica, *Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialidade Saúde. ISPA – Instituto Universitário.*

Spanos, N.P., & McPeake, J.D. (1975). Involvement in everyday imaginative activities, attitudes toward hypnosis, and hypnotic suggestibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 594–598.

Spanos N.P. & Chaves J.F. (1991) History and historiography of hypnosis. In: SJ Lynn, JW Rhue (eds) *Theory of Hypnosis: Current Models and Perspectives*. New York: Guilford Press, 43–82.

Spanos, N.P., Brett, P.J., Menary, E. P. y Cross, W. P. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: Relationship with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 139-150.

Shor, R.E., & Orne, E.C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Shor, R E., & Orne, E. C. (1963). Norms on the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11,3947.

Thomson, L. (2003). A project to change the attitudes, beliefs and practices of health professionals concerning hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46 (1), 31-44.

Weitzenhoffer, A. M. (1980). Hypnotic Susceptibility Revisited. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(3): 130-146.

Yu, C. (2007). Fostering positive attitudes toward hypnosis through a measure of imaginary ability, *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 35, (5), 134-149.

Anexo A

Escala de Atitudes Face à Hipnose - ATH

ATH (Spanos, Brett, Menary & Cross, 1987)

(Versão portuguesa traduzida e adaptada por Cláudia Carvalho)

Seguidamente encontrará algumas questões que nos ajudarão a conhecer a sua **opinião sobre a hipnose**. Não importa se passou ou não pela experiência acerca da qual é questionado, apenas **indique o seu grau de concordância ou discordância** relativamente às afirmações que lhe são apresentadas em baixo, **fazendo um círculo à volta do o número que melhor reflecte a sua opinião** de acordo com a escala de 7 pontos que encontra em baixo de cada frase:

NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS

TRATA-SE UNICAMENTE DE CONHECER A SUA OPINIÃO

	Totalmente Falso							Totalmente Verdadeiro	
	1	2	3	4	5	6	7		
1. Eu acho a possibilidade de ser hipnotizado(a) uma ideia atraente									
2. Eu tenho algumas apreensões relativamente à hipnose e a ser hipnotizado(a)									
3. Se alguém tentasse hipnotizar-me, eu tenderia a retrair-me em vez de me deixar ir no processo									
4. Eu gostava de ser profundamente hipnotizado(a)									
5. Eu interrogo-mo acerca da estabilidade mental das pessoas que são profundamente hipnotizadas									
6. Aqueles que são facilmente hipnotizados são pessoas fracas									
7. Aqueles que podem ser profundamente hipnotizados são tão normais e equilibrados como qualquer pessoa									
8. Eu não me importaria de ser conhecido como alguém que pode ser profundamente hipnotizado(a)									
9. Pessoas inteligentes são as menos susceptíveis de ser hipnotizadas									
10. Eu não tenho medo de ser hipnotizado(a)									
11. Eu sou prudente relativamente a ficar hipnotizado porque significa abdicar da minha vontade própria para o hipnotizador									
12. Estou completamente aberto a ser hipnotizado(a)									
13. A capacidade individual de ser hipnotizado(a) é um sinal da sua criatividade e força interior									
14. Uma pessoa profundamente hipnotizada é como um robot e deixa-se ir automaticamente com o que quer que seja que o hipnotizador sugira.									

Anexo B

Caderno de Respostas HGSHS:A

HGSHS:A (Shor & Orne, 1962)

CADERNO DE RESPOSTAS

(Tradução e adaptação Portuguesa de Carvalho & Pontes, 2009)

Por favor escreva nas suas próprias palavras uma lista das coisas que aconteceram desde que começou a olhar para o alvo. Não entre em pormenor. Tem 3 minutos e não mais para escrever a sua resposta.

POR FAVOR NÃO ABRA ESTE CADERNO DE RESPOSTAS

SEM QUE O EXPERIMENTADOR

LHE DIGA PARA O FAZER

Nesta página escreva uma lista de quaisquer outras coisas que se lembre agora e das quais não se tenha lembrado anteriormente. Não entre em pormenor. Tem dois minutos e não mais para escrever a sua resposta.

**POR FAVOR NÃO ABRA ESTE CADERNO DE RESPOSTAS
SEM QUE O EXPERIMENTADOR
LHE DIGA PARA O FAZER**

Por favor complete as páginas deste caderno de respostas. Nenhuma das próximas questões tem tempo limite. Prossiga ao seu próprio ritmo, passando à página seguinte, apenas quando a anterior estiver completamente preenchida. Não necessitará de esperar por mais instruções do experimentador.

Avaliação das respostas comportamentais e experiência subjectiva

Encontram-se apresentados de seguida, por ordem cronológica, os 12 acontecimentos específicos que lhe foram sugeridos durante o procedimento hipnótico padronizado. Queremos que avalie se respondeu objectivamente ou não a essas 12 sugestões, isto é, se um observador externo que presenciasse o procedimento hipnótico teria observado se você teve ou não determinada resposta definida por certos critérios específicos.

É tido em conta que certas avaliações da sua parte poderão, em alguns casos, não ser tão precisas como gostaria que elas fossem, e que talvez tenha mesmo que adivinhar. Contudo, queremos que faça aquela que sentir ser a sua melhor avaliação.

Por debaixo da descrição de cada uma das 12 sugestões estão duas respostas identificadas como **A** e **B**. Por favor assinale com um círculo em **A** ou **B** para cada questão de acordo com o que julgar ser mais correcto.

Estamos também interessados em saber a sua experiência subjectiva interna relativamente a cada sugestão. Estamos tão interessados nas experiências vagas, ambíguas como nas experiências nítidas e intensas. O mais importante para nós é o seu relato honesto da natureza da sua experiência, para que possamos progredir no conhecimento científico da hipnose.

Por debaixo da avaliação dos comportamentos para cada sugestão encontrará duas formas de avaliar subjectivamente a experiência. Por favor faça um círculo à volta do número que melhor representa a natureza da sua experiência. Por exemplo, na sugestão 1 (Cabeça a Pender) marcar o número 1 indica ou não pendeu a cabeça ou pendeu-a intencionalmente. Marcar o número 5 indica que experienciou a sua cabeça a pender para a frente por si própria, sem qualquer esforço da sua parte para a pender intencionalmente. Os números 2 a 4 representam experiências algures entre esses dois extremos.

Por favor responda a *todas* as questões

POR FAVOR NÃO VOLTE ÀS PÁGINAS ANTERIORES

01. CABEÇA A PENDER

Primeiramente foi pedido para se sentar direito na sua cadeira durante 30 segundos e depois pensar que a sua cabeça estava a pender para a frente. Diria que um observador externo teria observado a sua cabeça pender para a frente pelo menos 5 centímetros, durante o tempo em que pensou que estava a acontecer?

- A. A minha cabeça pendeu para a frente 5 centímetros ou mais
- B. A minha cabeça pendeu para a frente menos de 5 centímetros.

02. FECHAR OS OLHOS

De seguida foi dito para colocar as mãos sobre o seu colo e escolher um local numa das mãos como um alvo, e concentrar-se nele. Foi-lhe dito então que as suas pálpebras começariam a ficar pesadas e cansadas. Diria que um observador externo teria observado que os seus olhos se tinham fechado (antes de lhe ser dito para os fechar deliberadamente)?

- A. As minhas pálpebras já se tinham fechado.
- B. As minhas pálpebras ainda não se tinham fechado.

03. BAIXAR A MÃO ESQUERDA

Foi-lhe dito de seguida para estender o seu braço esquerdo à sua frente e senti-lo a tornar-se pesado como se estivesse um peso a puxar a mão e o braço para baixo. Diria que um observador externo teria observado a sua mão baixar pelo menos 15 centímetros (antes de lhe ser dito para deixar a sua mão voltar à posição inicial deliberadamente)?

- A. Nessa altura, a minha mão baixou 15 centímetros ou mais
- B. Nessa altura, a minha mão baixou menos de 15 centímetros.

04. IMOBILIZAÇÃO DO BRAÇO DIREITO

De seguida foi-lhe dito que a sua mão e o seu braço direitos sentiam-se muito pesados e para tentar levantar a sua mão. Diria que um observador externo teria visto que não levantou a sua mão e o seu braço pelo menos 2,5 centímetros (antes de lhe ser dito para parar de tentar)?

- A. Nessa altura, eu não levantei a minha mão e o meu braço mais de 2,5 centímetros.
- B. Nessa altura, eu levantei a minha mão e o meu braço mais de 2,5 centímetros.

05. DESCRUZAR OS DEDOS

Foi-lhe dito que entrelaçasse os dedos, e como estes ficavam cada vez mais apertados.. Depois foi-lhe dito para tentar separar as mãos. Diria que um observador externo teria visto que os seus dedos não estavam completamente separados (antes de lhe ser dito para parar de tentar separa-los)?

- A. Nessa altura, os meus dedos ainda não estavam completamente separados.
- B. Nessa altura, os meus dedos estavam completamente separados.

06. RIGIDEZ DO BRAÇO ESQUERDO

A seguir foi-lhe dito para estender o braço esquerdo à sua frente e aperceber-se que ele estava a tornar-se mais rígido e então foi-lhe pedido que tentasse dobrá-lo. Diria que um observador externo teria visto que havia menos de 5 centímetros de braço dobrado (antes de lhe ser dito para parar de tentar dobrá-lo)?

- A. Nessa altura, o meu braço estava dobrado menos de 5 centímetros.
- B. Nessa altura, o meu braço estava dobrado 5 centímetros ou mais.

07. APROXIMAÇÃO DAS MÃOS

Foi-lhe dito, em seguida, para pôr as mãos à sua frente com as palmas das mãos viradas uma para a outra, distantes aproximadamente 30 centímetros, e para imaginar que havia uma força que as puxava uma de encontro à outra. Diria que um observador externo teria visto que as suas mãos não estavam afastadas mais de 15 centímetros, uma da outra (antes de lhe ser dito para colocar as mãos na posição de descanso)?

- A. Nessa altura, as minhas mãos não estavam afastadas mais de 15 centímetros, uma da outra.
- B. Nessa altura, as minhas mãos estavam afastadas mais de 15 centímetros, uma da outra.

08. INIBIÇÃO COMUNICATIVA

De seguida foi-lhe dito para imaginar como seria difícil acenar com a cabeça indicando um “não”, e depois para tentar fazê-lo. Diria que um observador externo o teria visto fazer um acenar reconhecível de cabeça indicando um “não” (antes de lhe ser dito para parar de tentar)?

- A. Eu não fiz um aceno reconhecível com a cabeça indicativo de um “não”.
- B. Eu fiz um aceno reconhecível com a cabeça indicativo de um “não”.

09. EXPERIÊNCIA DO MOSQUITO

Foi-lhe dito em seguida para se aperceber de um zumbido de um mosquito que lhe foi referido como estando a tornar-se incomodativo e então foi-lhe dito para o afastar. Diria que um observador externo o teria visto fazer alguma careta, algum movimento ou algo que indicasse o reconhecimento desse efeito (independentemente da sua experiência subjectiva)?

- A. Fiz algo que indicou reconhecimento desse efeito.
- B. Não fiz nada que indicasse o reconhecimento desse efeito.

10. CATALEPSIA OCULAR

De seguida foi-lhe dito que as suas pálpebras estavam tão fortemente fechadas que não as conseguia abrir, então foi-lhe pedido para tentar fazê-lo. Diria que um observador externo teria visto que os seus olhos se mantiveram fechados (antes de lhe ser dito para parar de tentar)?

- A. Os meus olhos mantiveram-se fechados.
- B. Os meus olhos abriram-se.

11. SUGESTÃO PÓS HIPNÓTICA (TOCAR NO TORNOZELO ESQUERDO)

Foi-lhe dito em seguida que após estar acordado ouviria um som que o levaria a baixar e a tocar no seu tornozelo esquerdo. Foi informado que faria este gesto mas que se esqueceria que lhe tinha sido dito para o fazer. Diria que um observador externo o teria visto baixar e tocar no tornozelo esquerdo, ou qualquer movimento parcial que indicasse que o iria fazer?

- A. Eu fiz pelo menos um movimento parcial que fosse observável para tocar no meu tornozelo esquerdo, após ouvir o som.
- B. Eu não fiz sequer um movimento parcial que fosse observável para tocar no meu tornozelo esquerdo, após ouvir o som.

12. AMNÉSIA

Em seguida foi-lhe dito que para não se lembrar de nenhuma das sugestões até que lhe fosse dito, “Agora pode lembrar-se de tudo”. Qual foi a sua experiência quando lhe foi perguntado pela primeira vez para escrever tudo que se tinha passado (antes de lhe ser dito que se podia lembrar)?

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO
POR FAVOR RESPONDA-NOS A MAIS ALGUMAS QUESTÕES ACERCA DE SI
Vire a página s.f.f.

ANEXO C

Dados Sociodemográficos e Experiência em Hipnose

Nome: _____ Data de hoje: __/__/__

Telefone fixo: _____ Telemóvel: _____/_____

Email: _____

Instituição de Ensino: _____

Curso: _____ Ano: _____ Turma: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: __/__/__ Sexo: _____

Já foi hipnotizado antes? Sim Não

Se sim, por favor refira brevemente em que circunstâncias, e descreva a sua experiência.

Alguma vez assistiu a alguém ser hipnotizado na televisão ou num filme?

Alguma vez leu um livro em que alguém tenha sido hipnotizado?

Já conheceu alguém que tenha sido hipnotizado?

**POR FAVOR NÃO ABRA ESTE CADERNO DE RESPOSTAS
SEM QUE O EXPERIMENTADOR
LHE DIGA PARA O FAZER**

ANEXO D

Actividades de Tempos Livres e Prática de Actividades Espirituais ou Religiosas

1. Enumere as 3 actividades de lazer que faz com mais frequência:

1^a _____ 2^a _____ 3^a _____

2. Pratica actualmente ou já praticou alguma actividade de meditação, mesmo que no âmbito de outras actividades (ex: yoga, tai-chi, chi-kung, etc.)?

Sim, já pratiquei mas agora não pratico. Pratiquei (nome da(s) actividade(s)):

_____ durante (período de tempo em que praticou ex: anos/ meses) _____
 _____ vezes por semana em sessões de _____ (tempo em minutos) e
 deixei de praticar há (meses/ anos) _____

Sim, actualmente pratico (nome da(s) actividade(s)):

_____ vezes por semana em sessões de _____ (tempo em minutos)

Não, não pratico nem nunca pratiquei a meditação ou quaisquer actividades que envolvessem esse tipo de prática

3. Despende algum tempo em práticas de meditação espiritual ou religiosa?

Sim, indique a tradição religiosa (ex: catolicismo, budismo) _____

Não

4. Por favor posicione-se no seguinte contínuo em termos de importância que as crenças espirituais/religiosas são ou não importantes para si e para a sua vida:

	1	2	3	4	5	6	7	8	
As crenças espirituais/religiosas têm pouco a ver como a minha filosofia de vida									As minhas crenças espirituais/religiosas fornecem-me as linhas mestras com as quais conduzo a minha vida

Por favor continue

ANEXO E

Consentimento Informado



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos a estudar as atitudes face à hipnose e a sugestionabilidade hipnótica em estudantes universitários. Vamos administrar um procedimento para avaliar a sugestionabilidade hipnótica, pelo que pedimos a sua colaboração. A hipnose é um procedimento acreditado pela APA e é usada cada vez mais pelos técnicos de saúde: por exemplo, pelos dentistas para aliviar a dor; pelos obstetras para tornar os nascimentos mais fáceis; pelos psiquiatras na redução da ansiedade. Por isso ao participar nesta experiência está a contribuir para o conhecimento científico, o que pode ser usado para ajudar outros seres humanos. Estamos aqui para tentar compreender melhor a hipnose.

É importante referir que a sua participação é completamente voluntária. Pode desistir do estudo a qualquer altura, sem que seja penalizado(a) de alguma maneira. Se não pretender fazer parte deste estudo pode desistir agora ou noutra altura qualquer.

Se decidir participar (e nós esperamos realmente que esteja interessado em participar visto precisarmos de um número elevado de participantes), a sua participação será completamente anónima, uma vez que lhe vai ser atribuído um código construído a partir das duas primeiras letras do seu nome, a primeira do seu apelido e dos dois últimos dígitos do seu telemóvel. Os dados que nos fornecerá, serão totalmente confidenciais e ficarão num local seguro onde só o experimentador e a Prof^a Doutora Cláudia Carvalho, a responsável por esta investigação terão acesso.

Não existe nenhum risco em participar deste estudo.

Se tiver necessidade de mais alguma informação adicional, por favor contacte-nos para os seguintes endereços de email:

hmdguerra@gmail.com (Hugo Guerra, aluno do 2º ano do 2º ciclo Mestrado em Psicologia da Saúde, ISPA)

soelisantos@hotmail.com (Soeli Santos, aluna do 2º ano do 2º ciclo Mestrado em Psicologia da Saúde, ISPA)

margarida.mesquita.guimaraes@hotmail.com (Margarida Guimarães, aluna do 2º ano do 2º ciclo Mestrado em Psicologia da Saúde, ISPA)

ou claudia.carvalho@ispa.pt (Prof^a Doutora Cláudia Carvalho, docente do ISPA, responsável pela investigação)

Muito obrigada pela sua colaboração

Data

Assinatura

Anexo F

Indicações Preliminares do Experimentador

Indicações preliminares do experimentador

Dentro de alguns minutos irei administrar um procedimento padronizado para medir a sua susceptibilidade à hipnose. No final deste procedimento padronizado irá relatar como foi a sua experiência no Caderno de Respostas que lhe foi distribuído. Não abra o caderno de respostas até que lhe seja dada uma indicação específica para o fazer. Na folha de rosto do Caderno de Respostas, existem espaços em branco para colocar o seu nome, morada, e outras informações gerais. Por favor preencha esta informação agora. De novo, por favor não abra o Caderno agora. Preencha apenas a folha de rosto, agora. (Permita um ou dois minutos para o sujeito preencher esta informação).

Falemos um pouco antes de começarmos. Quero que se sintam à vontade, e poderá ser útil se eu responder a algumas das vossas questões, uma vez que penso que esta é a primeira vez que experimentam a hipnose.

(O lançamento desta questão poderá ser útil para elucidar os participantes do grupo relativamente a algumas questões e à sua participação. As questões devem ser respondidas parafraseando os pontos apresentados abaixo.)

As pessoas que experimentam a hipnose pela primeira vez podem estar um pouco apreensivas porque não sabem como a experiência vai ser, ou porque têm uma noção distorcida acerca de como é. É perfeitamente natural estar curioso relativamente a uma nova experiência. A curiosidade vai ser satisfeita antes de começarmos, mas serão conseguidas melhores respostas se se permitirem a fazer parte do que se está a passar, e não tentar observar o processo em detalhe.

No entanto algumas pessoas têm a tendência para apaziguar a sua agitação face a uma nova experiência através de risos ou sussurros. Temos de pedir para que este tipo de respostas seja impedido durante o procedimento de modo a que a concentração dos outros elementos do grupo não seja perturbada.

De modo a permitir que fiquem mais à vontade vamos elucidar-vos acerca de alguns pontos. Em primeiro lugar, esta experiência, apesar de pouco usual, pode não parecer tão diferente de outras experiências mais comuns, ao contrário do que talvez estejam à espera. A hipnose é fundamentalmente uma questão relacionada com a

vontade de estar receptivo e responsivo a certas ideias, e deixar que estas ideias actuem sobre vós sem interferência. A estas ideias nós chamamos sugestões.

Em segundo lugar, não será pedido nada que o faça parecer estúpido, ou que seja embaraçoso. Estamos aqui com um objectivo científico sério.

Em terceiro, e último, lugar nós não estamos interessados em questões pessoais, como tal não lhe será perguntado nada pessoal nomeadamente acerca de quem é, o que faz, ou o que diz, durante o estado hipnótico.

Podem também questionar porque é que estamos a fazer esta experiência. A hipnose é usada cada vez mais pelos técnicos de saúde: por exemplo, pelos dentistas para aliviar a dor; pelos obstetras para tornar os nascimentos mais fáceis; pelos psiquiatras na redução da ansiedade. Se conseguirmos compreender os processos envolvidos, mais facilmente podemos conhecer a relação entre estas ideias e a acção, e mais acerca de como a personalidade está envolvida no processo. Por isso ao participarem nesta experiência estão a contribuir para o conhecimento científico que pode ser usado para ajudar outros seres humanos. Estamos aqui para tentar compreender melhor a hipnose. Provavelmente qualquer pessoa pode ser hipnotizada, mas algumas pessoas são mais prontamente hipnotizáveis do que outras, mesmo quando todas são muito colaborantes. Nós estamos a estudar essas diferenças entre as pessoas.

Têm mais alguma questão ou comentário que gostassem de fazer antes de começarmos? (Responder às questões parafraseando os pontos acima descritos.)

Por favor sente-se confortavelmente na sua cadeira. Retire do seu colo qualquer livro ou papel, e prepare-se para começarmos. Indivíduos que usem óculos devem continuar a usá-los. No entanto se estiver a usar lentes de contacto, será mais confortável se as tirar. (O experimentador deve também comunicar o seguinte, se o procedimento for gravado) Com o objectivo de ajudar a manter constante o procedimento geral, este foi gravado em formato áudio. Dentro de momentos iremos ligar o gravador.

Anexo G

Quadros de resultados retirados do *output* do programa de estatística SPSS

INDICE ANEXO G

Anexo G1.....	44
Anexo G2.....	45
Anexo G3.....	47
Anexo G4.....	48
Anexo G5.....	50
Anexo G6.....	51
Anexo G7.....	53
Anexo G8.....	54
Anexo G9.....	56

ANEXO G1 – Dados sociodemográficos por sexo e curso

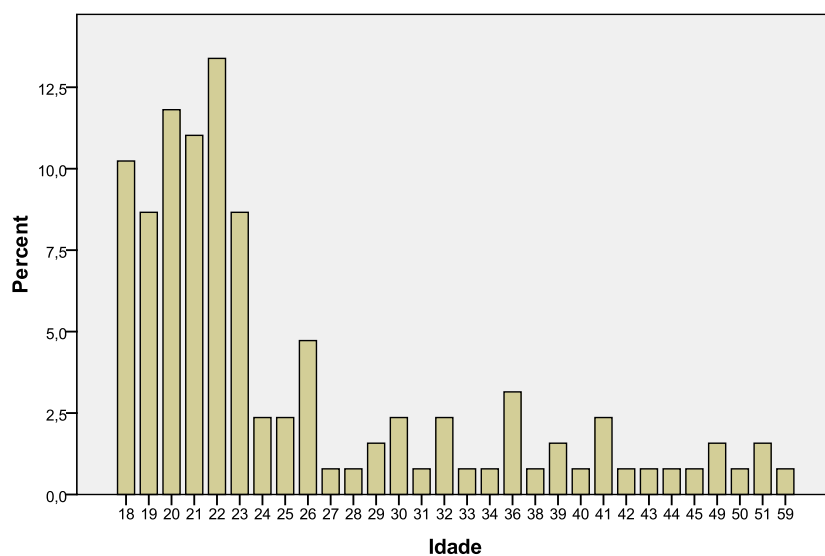
Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	33	26,0	26,0	26,0
	Feminino	94	74,0	74,0	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Curso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Psicologia	118	92,9	92,9	92,9
	Direito	2	1,6	1,6	94,5
	Medicina Veterinária	1	,8	,8	95,3
	Engenharia Informática	1	,8	,8	96,1
	RIS	4	3,1	3,1	99,2
	Engenharia Química	1	,8	,8	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Idade



ANEXO G2 – Outputs da escala ATH

Fiabilidade da escala ATH

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,773	,788	14

Média e Desvio Padrão da escala total e das sub-dimensões

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
POSITIVE_ATTITUDE	127	2,00	6,80	4,8142	1,02730	-,267	,215	-,336	,427
MENTAL_STAB	127	2,25	10,25	5,8799	1,02394	-,292	,215	3,078	,427
FEARLESSNESS	127	2,60	7,00	4,5213	1,00858	,370	,215	-,195	,427
TOTAL_ATH_MEAN	127	2,79	6,71	5,0141	,78582	-,142	,215	,065	,427
Valid N (listwise)	127								

T-test para a diferença de médias entre géneros na ATH

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
TOTAL_ATH_MEAN	Equal variances assumed	,917	,340	,064	125	,949	,01022	,15963	-,30571	,32616
	Equal variances not assumed			,062	53,110	,951	,01022	,16460	-,31990	,34035

ANEXO G3 – Outputs da escala HGSHS:A

Fiabilidade da escala HGSHS:A

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,643	,640	12

Média e Desvio Padrão

Report

TOTAL_O_K

Sexo	Mean	N	Std. Deviation
Masculino	5,52	33	2,717
Feminino	6,53	94	2,435
Total	6,27	127	2,540

T-test para a diferença de médias entre géneros na HGSHS:A

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
TOTAL_O_K	Equal variances assumed	,413	,522	-2,002	125	,047	-1,017	,508	-2,022	-,012
	Equal variances not assumed			-1,899	51,188	,063	-1,017	,536	-2,092	,058

**ANEXO G4 – Estatísticas descritivas ATH por categoria e valor total de
sugestionabilidade**

	CAT_SUG ESTION	Mean	Std. Deviation	N
POSITIVE_ATTITUDE	LOW	4,3944	1,02593	36
	MEDIUM	4,9221	1,00585	77
	HIGH	5,3000	,81807	14
	Total	4,8142	1,02730	127
MENTAL_STAB	LOW	5,8056	1,29575	36
	MEDIUM	5,8896	,94285	77
	HIGH	6,0179	,63899	14
	Total	5,8799	1,02394	127
FEARLESSNESS	LOW	4,0611	,95836	36
	MEDIUM	4,6649	,96215	77
	HIGH	4,9143	1,04870	14
	Total	4,5213	1,00858	127

	TOTAL_O _K	Mean	Std. Deviation	N
POSITIVE_ATITUDE	0	4,6000	,91652	3
	1	3,8000	.	1
	2	3,3000	,79750	6
	3	4,3778	,88569	9
	4	4,7882	,98100	17
	5	4,8545	,91691	11
	6	4,8667	,89578	12
	7	4,7500	1,26112	24
	8	5,0235	,76773	17
	9	5,2154	,98136	13
	10	5,3000	,81807	14
	Total	4,8142	1,02730	127
MENTAL_STAB	0	6,0833	,87797	3
	1	2,7500	.	1
	2	5,4583	,95416	6
	3	5,7222	1,17556	9
	4	6,1029	1,36376	17
	5	6,2273	,80199	11
	6	5,8750	,81534	12
	7	5,5104	1,17371	24
	8	6,1176	,73483	17
	9	6,0192	,80014	13
	10	6,0179	,63899	14
	Total	5,8799	1,02394	127
FEARLESSNESS	0	4,6667	,80829	3
	1	2,8000	.	1
	2	3,3000	,54772	6
	3	4,2444	1,03816	9
	4	4,2000	,93274	17
	5	4,6000	,98793	11
	6	4,6000	,60902	12
	7	4,4083	,98595	24
	8	4,9176	,91394	17
	9	4,9231	1,19593	13
	10	4,9143	1,04870	14
	Total	4,5213	1,00858	127

ANEXO G5 - Gráfico com pontuação total de atitudes por nível de sugestionabilidade

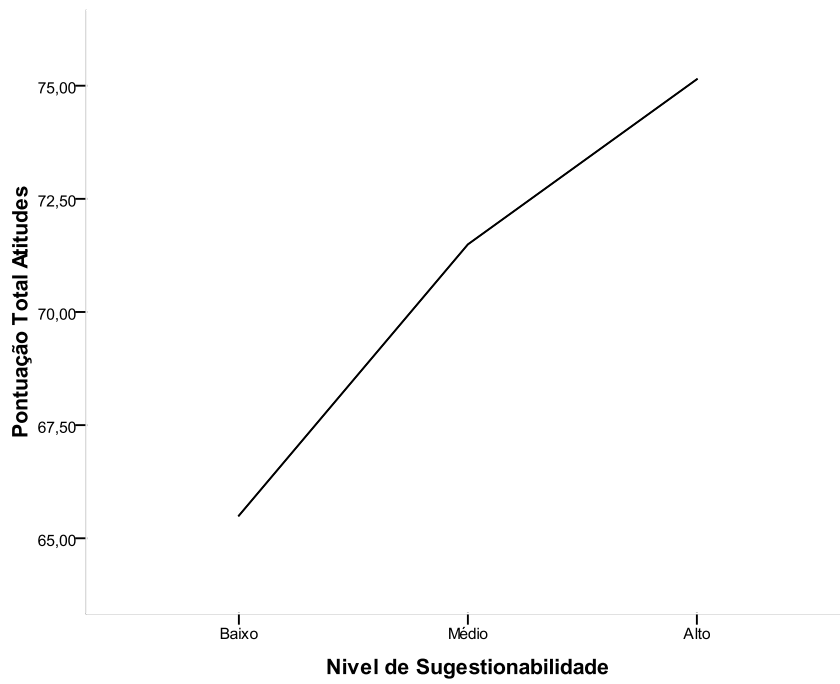
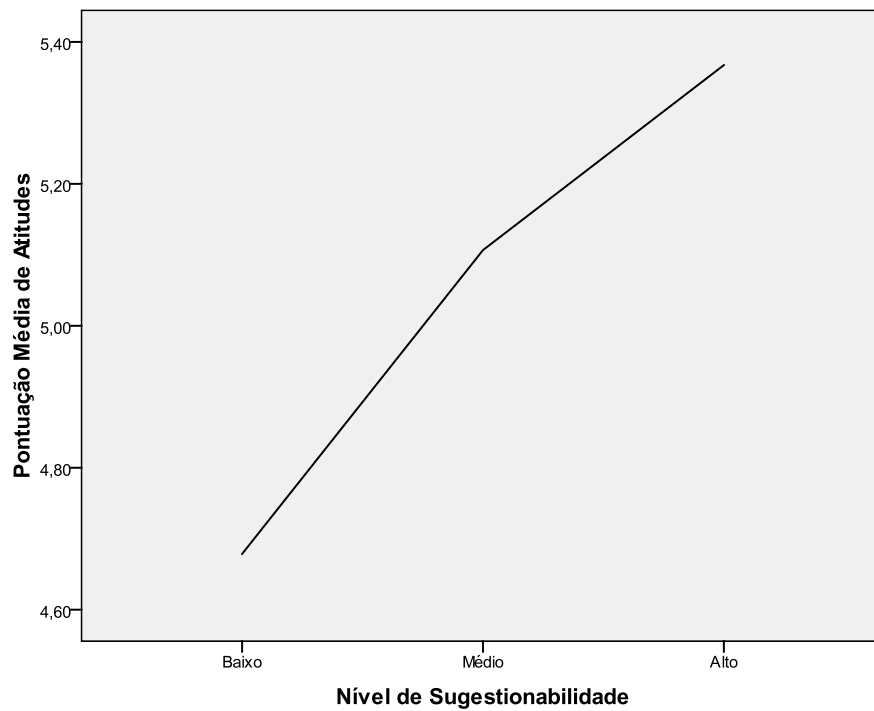


Gráfico com pontuação média de atitudes por nível de sugestionabilidade



ANEXO G6 - Teste múltiplo de diferença de médias para as três dimensões da escala

ATH

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	POSITIVE_ATITUDE	22,940 ^a	10	2,294	2,418	,012	,173	24,183	,928
	MENTAL_STAB	18,140 ^c	10	1,814	1,846	,060	,137	18,464	,824
	FEARLESSNESS	21,800 ^d	10	2,180	2,377	,013	,170	23,774	,923
Intercept	POSITIVE_ATITUDE	1236,674	1	1236,674	1303,718	,000	,918	1303,718	1,000
	MENTAL_STAB	1829,731	1	1829,731	1862,382	,000	,941	1862,382	1,000
	FEARLESSNESS	1081,370	1	1081,370	1179,246	,000	,910	1179,246	1,000
TOTAL_O_K	POSITIVE_ATITUDE	22,940	10	2,294	2,418	,012	,173	24,183	,928
	MENTAL_STAB	18,140	10	1,814	1,846	,060	,137	18,464	,824
	FEARLESSNESS	21,800	10	2,180	2,377	,013	,170	23,774	,923
Error	POSITIVE_ATITUDE	110,035	116	,949					
	MENTAL_STAB	113,966	116	,982					
	FEARLESSNESS	106,372	116	,917					
Total	POSITIVE_ATITUDE	3076,360	127						
	MENTAL_STAB	4522,938	127						
	FEARLESSNESS	2724,280	127						
Corrected Total	POSITIVE_ATITUDE	132,974	126						
	MENTAL_STAB	132,106	126						
	FEARLESSNESS	128,173	126						

a. R Squared = ,173 (Adjusted R Squared = ,101)

b. Computed using alpha = ,05

c. R Squared = ,137 (Adjusted R Squared = ,063)

d. R Squared = ,170 (Adjusted R Squared = ,099)

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Intercept	Pillai's Trace	,959	881,660 ^a	3,000	114,000	,000	,959	2644,980	1,000
	Wilks'	,041	881,660 ^a	3,000	114,000	,000	,959	2644,980	1,000
	Lambda								
	Hotelling's Trace	23,202	881,660 ^a	3,000	114,000	,000	,959	2644,980	1,000
	Roy's Largest Root	23,202	881,660 ^a	3,000	114,000	,000	,959	2644,980	1,000
TOTAL_O_K	Pillai's Trace	,367	1,615	30,000	348,000	,024	,122	48,462	,989
	Wilks'	,667	1,652	30,000	335,289	,019	,126	48,413	,989
	Lambda								
	Hotelling's Trace	,449	1,686	30,000	338,000	,016	,130	50,567	,992
	Roy's Largest Root	,293	3,394 ^c	10,000	116,000	,001	,226	33,937	,988

a. Exact statistic

b. Computed using alpha = ,05

c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

d. Design: Intercept + TOTAL_O_K

ANEXO G7 - Estatísticas descritivas Experiência em Hipnose

Já foi hipnotizado?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	6	4,7	4,7	4,7
	não	121	95,3	95,3	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

TV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	1	,8	,8	,8
	sim	102	80,3	80,3	81,1
	não	24	18,9	18,9	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

LIVRO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	1	,8	,8	,8
	sim	28	22,0	22,0	22,8
	não	98	77,2	77,2	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

PESSOA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	1	,8	,8	,8
	sim	42	33,1	33,1	33,9
	não	84	66,1	66,1	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

ANEXO G8 - T-test para a diferença de médias entre géneros para *Experiência de Hipnose para Prática de Atividades de Meditação* e para *Prática de Meditação Espiritual ou Religiosa* – Pontuação Total de Sugestionabilidade

Experiência em Hipnose

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
TOTAL_ O_K	Equal variances assumed	,363	,548	,887	125	,377	,944	1,063	-1,161	3,048
	Equal variances not assumed			1,045	5,734	,338	,944	,903	-1,291	3,178

Prática de Atividades de Meditação

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
TOTAL_ O_K	Equal variances assumed	,140	,709	-,429	97	,669	-,321	,748	-1,806	1,163
	Equal variances not assumed			-,422	15,669	,679	-,321	,761	-1,937	1,295

Prática de Meditação Espiritual ou Religiosa

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
TOTAL_ O_K	1,998	,160	,556	123	,579	,304	,547	-,778	1,386
			,611	51,016	,544	,304	,497	-,694	1,303

ANEXO G9 - T-test para a diferença de médias entre géneros para *Experiência de Hipnose para Prática de Actividades de Meditação e para Prática de Meditação Espiritual ou Religiosa* – Pontuação Total de Atitudes

Experiência em Hipnose

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
TOTAL_ATH	1,039	,310	2,353	125	,020	10,63912	4,52064	1,69221	19,58603
			3,580	6,337	,011	10,63912	2,97220	3,45909	17,81915

Prática de Actividades de Meditação

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
TOTAL_ATH	6,047	,016	2,056	97	,042	6,84973	3,33185	,23692	13,46254
			1,474	13,486	,163	6,84973	4,64567	-3,14997	16,84943

Prática de Meditação Espiritual ou Religiosa

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
TOTAL_ATH	Equal variances assumed	,064	,801	-,738	123	,462	-1,73859	2,35590	-6,40194	2,92477
	Equal variances not assumed			-,721	42,383	,475	-1,73859	2,41206	-6,60502	3,12785

ANEXO H

REVISÃO DE LITERATURA

O Conceito de Hipnose

A palavra hipnose tem várias formas de ser interpretada. Desde o século XIX que a hipnose é considerada como uma actividade ao serviço das pessoas, mais concretamente, ao serviço da medicina e posteriormente da psicologia. O início do estudo da hipnose levantou diversas questões e, desde os primeiros tempos, ele tem sido realizado levantando perspectivas diferentes. Anton Mesmer (1733-1815), usualmente reconhecido como o pai do hipnotismo, falou do magnetismo animal, de fluidos universais no corpo saudável, da magnetização de objectos inanimados como a madeira, o metal e a água, sobre a importância de tocar o corpo ("passes") com o objectivo de magnetizar o paciente, da influência dos planetas no homem, e de muitos outros fenómenos estranhos (Almeida-Melikian & Carvalho, 2008). Mesmer acreditava que era necessária a produção de uma crise para que se conseguisse alcançar a "cura". O seu método passava por juntar um grupo de pacientes numa sala e realizar com eles um procedimento magnético. O elemento central da sala de tratamento de Mesmer era o *baquet*. Este engenho, considerado como o foco do fluido magnético, consistia numa enorme vasilha de madeira de carvalho cheia de limalha de ferro, água e vidro em pó. Esta vasilha tinha várias barras de ferro salientes através das quais o paciente podia obter um "fluxo magnético", normalmente dirigido às áreas doloridas. Mesmer criava um ambiente de grande confiança, estabelecendo uma boa relação com os seus pacientes permitindo-lhes, desse modo, que "baixassem as suas defesas", para que a descarga emocional pudesse ocorrer. Ele também deve ter-se apercebido de que os estados emocionais são "contagiosos" e que um certo grau de expectativa é necessário Hawkins (2001). Boring (1990) referiu que a história da hipnose no seu início três curtos períodos de grande interesse, separados por longos períodos durante os quais um fio condutor se manteve devido aos trabalhos já desenvolvidos. O autor faz referência: á década de 1780, onde Mesmer teve grande êxito em Paris e, posteriormente, foi desacreditado. Durante meio século o mesmerismo foi propriedade de alguns discípulos e de muitos charlatões; na década de 1840 o mesmerismo voltou a surgir, mas dentro da medicina e da nova teoria do hipnotismo; e em 1850 diminuiu o interesse porque o valor terapêutico do hipnotismo não estava devidamente esclarecido.

Outros autores, como Custodio di Faria (1819), que constatou que a susceptibilidade hipnótica não depende dum poder especial do hipnotizador, mas quase totalmente da capacidade natural do paciente. James Braid (1843) começou por dizer

que a indução hipnótica produzia uma condição única no sistema nervoso, que estava de algum modo ligada a certas curas por sugestão. Braid (1846, 1855) diria mais tarde que na hipnose estariam implicados menos os aspectos fisiológicos mas mais os psicológicos, demonstrando que os fenómenos observados são produto da imaginação do paciente, fortemente influenciado pelas sugestões do terapeuta, apresentadas deliberada ou acidentalmente (Almeida-Melikian & Carvalho, 2008). Braid foi um cirurgião escocês e foi quem começou por utilizar o termo ‘hipnotismo’, de origem grega e que significa ‘sono’, designando-se como ‘sono artificialmente induzido’. Apercebendo-se mais tarde que os estados hipnóticos de catalepsia, de analgesia, de anestesia e de amnésia podiam ser induzidas sem sono, ele tentou substituir o nome ‘monodeism’, mas o termo hipnose foi o que persistiu (Gezundhajt, 2007).

Charcot, Freud e Breuer começaram por explorar os lados psicopatológico e psicológico da hipnose para abrir o caminho da utilização da hipnose no campo da psicoterapia (Mende, 2009). Charcot e os seus colegas apoiaram-se nos trabalhos de James Braid (1795-1860) e defenderam a hipnose como sendo um fenómeno fisiopatológico, descrevendo-a como uma série de estados neuro-fisiológicos sucessivos com sintomas característicos associados – desde redução da frequência cardíaca até anestesia cutânea (Charcot, 1882; Ellenberger, 1970; Forrest, 1999; Gauld, 1992, cit. Almeida-Melikian & Carvalho, 2008). Ainda que Braid encarasse a hipnose como um fenómeno inerente à experiência humana normal, Charcot encarava-a como sendo um sintoma de neuropatologia (Spanos e Chavez, 1991, cit. Council, 2002). Charcot trabalhava no Hospital de Salpêtrière (na altura o maior asilo mental feminino de Paris) quando nos anos setenta do século XIX começou a estudar um grupo misto de pacientes que partilhavam a mesma unidade hospitalar. A maioria das pacientes aí internadas sofria de uma variedade de condições clínicas diagnosticadas à época como epilepsia, histeria ou ambas (histero-epilepsia), demonstrando estas últimas sintomas histéricos que imitavam os ataques epilépticos das primeiras (Boring, 1950; Webster, 1995 cit. in Almeida-Melikian, A. & Carvalho, C. 2008). Charcot começou também a estudar a hipnose e a utilizar esta prática para demonstrar como se podiam induzir condições que mimetizavam lesões orgânicas como paralisias e anestésias em pacientes diagnosticados como histéricos (Almeida-Melikian, A. & Carvalho, C. 2008). Estas demonstrações de Charcot tornaram-se mais tarde alvo de oposições, contudo numa primeira fase tiveram uma grande influência sobre Freud e Breuer visto mais tarde usarem a hipnose como

uma ferramenta para tratar a histeria (Gezundhajt, 2007). Freud usou a hipnose para ajudar recaídas neuróticas, reprimidas por situações traumáticas, mas também usou um método usado por Breuer em 1881, o método catártico, no seu famoso caso de Ana O. para tratar os seus pacientes, Mais tarde começou a sentir-se frustrado pela sua própria dificuldade em induzir o transe hipnótico e pelo facto de não conseguir hipnotizar toda a gente (Gezundhajt, 2007).

A teoria em hipnose defendida pela Escola de Nancy foi a que se tornou mais conhecida e Auguste Ambroise Liébeault (1823-1904) foi o seu grande impulsor. Segundo esta perspectiva, os fenómenos subjacentes à hipnose não se relacionavam com uma patologia mental. Pelo contrário, a teoria defendia que os fenómenos hipnóticos poderiam ser produzidos em indivíduos normais e o que caracterizaria a hipnose era a especial facilidade que o sujeito hipnotizado tinha de transformar ideias em sensações (efeito ideo-sensorial) ou acções (efeito ideo-motor). Tal era conseguido através de sugestões. Assim, de acordo com a Escola de Nancy, a hipnose e os fenómenos hipnóticos podiam ser explicados como sendo o resultado da sugestão (Forrest, 1999; Gauld, 1992, cit. Almeida-Melikian & Carvalho, 2008).

Numa publicação de Braid em 1852, o autor acaba por complementar a sua explicação para os fenómenos hipnóticos, que antes assentavam apenas em factores fisiológicos, com uma explicação que passou a contemplar factores psicológicos (Robertson, 2009). Braid refere a possibilidade de em alguns indivíduos que participaram em experiências electro-biológicas, as ideias e as sugestões de terceiros poderiam provocar alterações na acção física e produzir os efeitos esperados, inclusive no estado de alerta. Braid chega inclusive a considerar a sugestão como sendo essencial para a prática da hipnose, utilizando vários métodos que a contemplam (Robertson, 2009).

Desde os tempos de Mesmer, teóricos e praticantes reconhecem que a hipnose envolve uma considerável variabilidade individual. Dentro do indivíduo, podem-se manifestar diferentes níveis de hipnose durante uma sessão, e entre os indivíduos, diferentes níveis de responsividade podem ser observados (Council, 2002). Bernheim (1984) argumentava que a hipnose era resultado da sugestão e insistia que pessoas normais podiam ser hipnotizadas. Bernheim introduziu o conceito de graus de hipnose: um sujeito poderia ser leve, moderada, ou profundamente hipnotizado, tendo criado uma escala de nove graus de hipnose.

Pavlov (1923) sugere que a hipnose, como o sono, é um produto de uma inibição cortical. Equipados com o que na época era a mais recente tecnologia em exames neurológicos, o eletroencefalograma, os investigadores colocam a si mesmos a hipótese de que, se a hipnose partilha características do sono, então ela deverá existir sob processos neurofisiológicos semelhantes. Estes mesmos cientistas aplicaram entusiasticamente os seus eléctrodos e acabaram por não chegar às conclusões que previamente esperavam (Kileen, 2003). A partir de 1990, tem no entanto existido algum progresso nesta área e isso acontece porque a investigação se tornou mais focada em estudar o cérebro quando os sujeitos respondem a sugestões hipnóticas e não tanto quando esta condição não se verifica e também porque os próprios métodos de imagem do cérebro se tornaram mais precisos (Kileen, 2003).

Desde então a hipnose teve diferentes interpretações e diferentes definições até aos dias de hoje. Actualmente os debates acendem-se dentro do círculo de investigadores. Muitas das vezes as definições não são assumidas com base no trabalho empírico, elas são-no apenas por mera convenção. Dito assim, e em última análise, nós poderíamos decidir como definir o termo hipnose da forma que quiséssemos (Kirsch, 1997). A linguagem da hipnose contém em si um nível grande de ambiguidade que pode facilmente levar as pessoas a mal entendidos quando debatem entre si este tema (Weitzenhoffer, 2002). Council (1999) afirmou que muitos termos são utilizados para designar as diferenças individuais na resposta às sugestões hipnóticas. Por exemplo hipnotizabilidade, sugestionabilidade hipnótica, resposta hipnótica, susceptibilidade hipnótica e profundidade hipnótica, e que podem referir-se ao mesmo conceito. Contudo, o mesmo autor acreditou que alguns destes conceitos estão mais relacionados aos atributos internos de uma pessoa do que ao comportamento. Alguns conceitos, como a susceptibilidade, conota um factor de personalidade subjacente que predispõe a pessoa a responder a processos hipnóticos. Outros, como a profundidade hipnótica, indicam que o desempenho do comportamento hipnótico é devido a um estado alterado da consciência. No entanto, a resposta hipnótica parece estritamente relacionada aos comportamentos específicos e às experiências que podem ser observadas e medidas em indivíduos hipnóticos. Council (1999) realça que a resposta hipnótica é a avaliação do que o indivíduo está a fazer, ao invés do que o indivíduo é. Vê a resposta hipnótica como a acção, em vez de acontecimentos.

A ideia de que a hipnose consiste num estado alterado da consciência que permite às pessoas atingirem experiências invulgares e fazerem coisas que elas normalmente não fariam, é um forte mito cultural que influencia a nossa imaginação. A teoria da neodissociação começa por assumir que a hipnose não é uma mera resposta a uma sugestão mas antes uma divisão da consciência. Tanto seria assim que os sujeitos hipnotizados não estão conscientes de percepções e memórias, que em estado normal de vigília, estariam (Hilgard's 1977, 1986 cit. Kihlstrom, 1998). Spanos & Chaves (1991) e Kirsch & Braffman (2001), relatam-nos que não foram encontradas evidências de que os sujeitos em situação de hipnose têm comportamentos, experiências e formas de processamento de informação diferentes dos sujeitos em contextos não-hipnótico e que, por isso, não se trata de um estado alterado de consciência.

Outros autores desenvolveram teorias alternativas para compreender e explicar os fenómenos hipnóticos. Dos nomes mais importantes desta orientação que se agrupa em torno da designação de teorias sóciocognitivas destacam-se Theodore R. Sarbin (1911-2005), Theodore X. Barber (1927-2005) e Nicholas Spanos (1942-1994) (Almeida-Melikian & Carvalho, 2008). A posição sócio-cognitiva explica os comportamentos em hipnose como o resultado de uma complexa matriz de influências envolvendo desde as expectativas dos participantes, às suas atitudes e crenças em relação à hipnose, bem como as suas interpretações das sugestões e de outros aspectos do contexto hipnótico (Lynn, Kirsch, & Hallquist, 2008, cit. Almeida-Melikian & Carvalho, 2008).

Praticamente desde que a hipnose se tornou um fenómeno discutido de forma mais activa, têm existido várias tentativas para a explicar também com base em relações sociais de diversos graus. No entanto, é de notar que a teoria social perde muitas vezes em prol de outras explicações como a teoria do estado alterado de consciência (no caso dos teóricos do 'estado') ou a teoria que assume a hipnose como um fenómeno essencialmente cognitivo. (Radtke & Stam, 2008)

Em vez de uma indiferenciada, unidimensional hipnose, nós devemos pensar em termos de três hipnoses: a hipnose da dos indivíduos propensos à fantasia, que envolve essencialmente o mesmo estado de consciência que existe na absorção, numa fantasia realística; a hipnose de indivíduos com propensão à amnésia, que tem características semelhantes ao estado do sono seguido por um episódio amnésico; por fim a hipnose que tem a mentalização apropriada que não envolve estados de consciência particulares

ou invulgares, caracterizado por um ‘relaxamento mental’, ‘deixar-se ir’ e ‘ir com a corrente’ (Barber, 1999).

A amnésia e a regressão de idade para invocar memórias passadas é um dos mitos que percorre a temática da hipnose. A amnésia pós-hipnótica não acontece a não ser que ela tenha sido especificamente sugerida ao sujeito. O contexto social em que a hipnose ocorre pode tornar o indivíduo bastante vulnerável às distorções nas memórias invocadas. Por causa destes riscos colocarem seriamente em risco a possibilidade de se conseguirem informações úteis, os investigadores forense e os praticantes de clínica devem evitar a hipnose como uma técnica de recollecção de memórias (Kilhstrom, 2003).

A hipnose tem o potencial de ser utilizada em vários contextos na sociedade. É um campo de estudo fértil e interdisciplinar e uma técnica que já demonstrou ser eficaz e eficiente numa diversidade de estudos relacionados com a psicologia clínica e da saúde (Capafons, 2005). A hipnose pode ser utilizada com intuito de reduzir o stress emocional relacionado com os vários procedimentos médicos. Schnur et al. (2008) e Montgomery et al. (2002) *cit.* Schnur (2008) chegam a conclusões semelhantes nas suas investigações, ou seja, que a hipnose pode melhorar as experiências das pessoas relativamente a procedimentos médicos.

Carvalho (2010), em entrevista com Kirsch, traz-nos a afirmação deste de que a hipnose clínica consiste numa situação em que uma pessoa, um hipnotizador ou um terapeuta, faz sugestões de mudanças específicas na experiência de um sujeito ou paciente. Estas sugestões poderão ser por exemplo, a sugestão de que vai sentir menos dor, ou menos ansiedade numa situação particular. Trata-se de uma ferramenta terapêutica que pode ser usada em conjunto com qualquer terapia em que o terapeuta tenha competência.

A Sugestionabilidade

A hipnose é um tema que pode suscitar ambiguidades na forma como as pessoas interpretam o significado do conceito. A sugestionabilidade e a hipnotizabilidade são conceitos diferentes que suscitam um aceso debate na comunidade científica que estuda a temática. A sugestão existe na vida quotidiana das pessoas e existem também diferentes níveis de sugestionabilidade. Mende (2009), realizando um trabalho para se aperceber do estado da arte, conclui que os trabalhos de investigação mais recentes em

hipnose, provaram que as sugestões também funcionam antes e até mesmo sem hipnose. Mesmo que o fenómeno da sugestão exista por si mesmo, a hipnose é a única técnica terapêutica que usa as sugestões de forma intencional e sistemática.

Quase todos os tipos de sugestões existem para nos fazer crer que o mundo é, ou pode ser, diferente daquilo que ele é na realidade. Nesse sentido, a sugestão pode ser ilusória ou enganadora (Kirsch, 1999). Encontramos na literatura vários tipos de sugestionabilidade. O efeito placebo, por exemplo, funciona a partir da sugestão que determinado medicamento vai ter o efeito desejado porque detém determinadas propriedades físicas quando afinal estas não existem na realidade. Outro tipo de sugestionabilidade, a sensorial, funciona a partir das experiências subjectivas que os sujeitos têm quando existe uma sugestão de que uma alteração física está a acontecer proveniente do ambiente exterior (Gheorghiu, Koch & Hübner, 1994, *cit.* Kirsch, 1999). As sugestões a experiências de percepção incluem as potencialidades dos nossos sentidos, o olfacto, a audição, o paladar, o tacto ou a visão (Heap, M., Alden, P, Brown, R.J., Naish, P., Oakley, D.A., Wagstaff, G., Walker, L.G. 2001). A sugestionabilidade de memória refere-se a uma resposta que é dada a partir de uma sugestão relativa a uma determinada memória. Neste caso, as pessoas têm tendência a responder a novas informações, mesmo que estas não tenham sido reais. (Mazzoni, in press, *cit.* Kirsch, 1999). A sugestionabilidade interrogativa é uma tendência que leva os indivíduos a responderem-se a perguntas afirmativas quando questionados sobre um evento que presenciaram ou testemunharam (Gudjonsson, 1989, *cit.* Kirsch, 1999). A sugestão para as experiências complexas inclui a invocação de uma situação passada ou a ida para determinada experiência futura. Existem ainda as sugestões amnésicas, para todas ou apenas algumas situações presentes na sessão hipnótica e as sugestões que apelam à distorção do tempo, ou seja, sugerir que o tempo acelera ou se torna mais lento). Quando existe uma sugestão sem que tenha sido dada uma indução prévia, ela é apelidada de sugestão de imaginação ou não hipnótica (Kirsch, 1997). A sugestão ideomotora refere-se a um simples movimento automático que ocorre em determinada parte do corpo, seja o levantar de um braço ou a catalepsia ocular (Heap, M., Alden, P, Brown, R.J., Naish, P., Oakley, D.A., Wagstaff, G., Walker, L.G. 2001). É possível definir a sugestionabilidade hipnótica como sendo a “sugestionabilidade não-hipnótica aumentada pela prontidão para a responder e modificada pelas alterações nas expectativas e na motivação produzidas pelo contexto hipnótico” (Kirsch e Braffman,

2001). Weitzenhoffer (1980) e Kirsch (1997) questionam-se quanto ao constructo que está muitas vezes a ser medido em investigações que procuram saber mais sobre hipnotizabilidade. Os autores afirmam que, em termos práticos, a hipnotizabilidade tem sido medida como sendo a sugestionabilidade hipnótica, ou seja, como sendo a sugestionabilidade após uma dada indução hipnótica.

Ao tema da sugestão é dada atenção não só pelos que utilizam a hipnose mas também por múltiplos investigadores e praticantes de outras disciplinas. São também elucidativos, os estudos que fora do âmbito da hipnose, propõem que a sugestão tenha uma vasta influência sobre o comportamento. Por exemplo, é de consenso geral o facto de que a pesquisa em distorção da memória demonstra que as sugestões pós-recordação podem contaminar o que uma pessoa recorda em relação a um determinado evento passado (Raz, 2007).

O conceito de sugestionabilidade não tem na literatura o mesmo significado que o de hipnotizabilidade. Conceptualmente, este último, refere-se às diferenças individuais na sugestionabilidade como função da indução hipnótica (Weitzenhoffer, (1980) *cit.* Kirsch & Braffman, 1999). O nível de hipnotizabilidade será assim o resultado da resposta à sugestão. Se o queremos medir, temos que controlar a sugestão não hipnótica Kirsch & Braffman (1999). Apesar das várias disputas semânticas, a hipnose é um fenómeno da sugestionabilidade, partindo do princípio de que o fenómeno hipnótico acontece assim que o sujeito responde a sugestões de tipo hipnótico (Raz, 2007). Resultados práticos têm sido obtidos e sustentam esta ideia. As diferenças individuais na hipnotizabilidade podem ser um predictor útil do efeito existente em adicionar uma indução hipnótica a uma sugestão específica, como pode ser, por exemplo, o caso de uma sugestão analgésica (Milling, Coursen, Shores & Waszkiewicz, 2010).

O nível de sugestionabilidade pode, além de estar presente de forma diferente consoante os indivíduos, diferir quando verificamos as diferenças entre nas idades das pessoas. Morgan & Hilgard (1973), *cit.* Page & Green, (2007), referem-nos que quem pratica a hipnose com uma frequência regular, sabe que as crianças são geralmente mais sugestionáveis que os adultos. A sugestionabilidade hipnótica atinge o seu auge entre os 9 e os 12 anos e decresce gradualmente após essa idade, de forma bastante acentuada depois dos 36 anos de idade. Outros estudos assinalam-nos descobertas semelhantes (Barber & Calverley, 1963; London & Cooper, 1969, *cit.* Page & Green, 2007). Estes estudos mais antigos, sugerem que as crianças entre os 8 e os 13 anos de idade podem

ser especialmente afeitos à responsividade a sugestões hipnóticas. Os mesmos autores acrescentam que, Vanderberg (2002), argumenta que as crianças mais jovens (com idades entre os 3 e os 7), como mecanismos de controlo cognitivo limitado, e com tendência para procurar direcção em figuras de autoridade, podem muito bem responder a sugestões hipnóticas de uma forma qualitativamente distinta daquela que verificamos em crianças mais velhas e adultos.

A sugestionabilidade poderá ser manipulada com a adição de outras técnicas. A resposta de muitos sujeitos que resistem mais a uma resposta à sugestão, pode ser aumentada por meios de técnicas de aprendizagem cognitivo-comportamentais (Gorassini e Spanos, 1999, cit. Kirsch e Braffman, 1999). A hipnotizabilidade pode ser compreendida e trabalhada, nomeadamente na forma como podemos modificar o comportamento hipnótico, partindo de uma perspectiva social-cognitiva comportamental e identificando questões importantes como as atitudes, as expectativas e as crenças dos indivíduos com mais propensão para serem hipnotizados (Chaves, 2000).

Instrumentos de mensuração da sugestionabilidade

A hipnose começou a ser abordada para tratar doenças do foro psicológico, como a histeria, desde o século XIX. Posteriormente, especialmente a partir do século XX, têm sido ensaiadas várias escalas escalas standardizadas, com o objectivo de medir as respostas às sugestões durante um procedimento hipnótico, utilizando o auto-relato para obter uma pontuação total que expressa o grau no qual o sujeito experiencia as sugestões (Carvalho & Simplício, 2010). Escalas como a The White Scale (White, 1930), Davis and Husband Scale (Davis & Husband, 1931), a Barry, McKinnon & Murray Scale (1931), a Friedlander-Sarbin Scale (1938), a The LeCron & Bordeaux (1949) e a Eysenck & Furneaux's (1945).

Hull (1933) cit. Weitzenhoffer, (1980) terá sido o primeiro investigador cujo estudo permitiu compreender a relação entre as duas variáveis acima referidas que se sabem estar subjacentes ao comportamento hipnótico. No seu estudo, Hull mediu a sugestionabilidade pré e pós-hipnótica e verificou que, de facto, houve um aumento dos seus valores de uma fase para a outra. Não obstante a sua amostra ser relativamente pequena, os resultados foram suficientes para que o investigador aceitasse a definição de hipnose de Bernheim que defende como sendo um estado de hipersugestionabilidade.

Para a hipnose ocorrer, um contexto social que seja reconhecido por todos os participantes como ‘uma situação hipnótica’ tem que ser criado. Todos os participantes terão que partilhar um entendimento semelhante do que é a hipnose, como é produzida que resultados podem ser expectáveis. Assumindo este entendimento partilhado e vontade de participar, o sujeito baseia-se nas capacidades, habilidades e conhecimentos que usa noutras situações, para literalmente, criar as experiências subjectivas invocadas pelas sugestões (Spanos, 1996). A observação de comportamentos relacionados com a hipnose, sob condições normalizadas, permite o desenvolvimento de uma verdadeira medida de hipnotizabilidade.

As escalas procuram auxiliar o trabalho de investigação realizado à volta da definição de termos como a hipnotizabilidade, a susceptibilidade e a sugestionabilidade. Como exemplos temos a Hypnotic Induction Profile (Spiegel & Spiegel, 1978), a Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale (CURSS; Spanos et al., 1983) a Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility, I and II (Weitzenhoffer & Hilgard, 1963) e a Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (Shor & Orne, 1962).

A nível académico um dos nomes mais importantes para o desenvolvimento da investigação em hipnose foi Ernest Hilgard (1904-2001). Em 1957, Ernest Hilgard e Andre Weitzenhoffer (1921-2005) e outros colegas da Universidade de Stanford começaram a investigação sobre a hipnose tornando-a num dos centros mais importantes para a investigação de hipnose do mundo (Council, 1999). Como resultado desta investigação Hilgard (1904-2001) criou juntamente com Weitzenhoffer (1921-2005), a *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form A e B* (SHSS: A e B, Weitzenhoffer & Hilgard, 1959) que posteriormente, originou a SHSS: C (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962) considerada o “*gold standard*” para a avaliação da sugestionabilidade hipnótica (Almeida-Melikian & Carvalho, 2008). Embora a SHSS: A e B não sejam amplamente utilizadas, actualmente, são descritas em detalhes por causa da *Stanford Hypnotic Scale, Form C* (SHSS: C) e da *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A* (HGSHS: A) que derivam delas e contêm muitos dos seus itens (Council, 1999). Esta última pretendeu acrescentar à Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, forma A (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959) a possibilidade de se administrar num grupo de sujeitos, poupando-se assim tempo e recursos na utilização individual da escala.

As escalas Stanford tornaram-se muito úteis e preteridas na investigação em hipnose, surgindo outras extensões destas desenvolvidas para aplicação em grupo. A Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A; Shor & Orne, 1962) derivou da SHSS:A e a Waterloo-Stanford Group Scale of Hypnotic Susceptibility (WSGSHS; Bowers, 1993, 1998) que derivou da SHSS:C. Também para medir as habilidadee dos sujeitos mais hipnotizáveis, Weitzenhoffer and Hilgard (1967), desenvolvem a *Stanford Profile Scales of Hypnotic Ability, Forms I and II* (SPS:I & II). Em contraste com outras escalas Stanford, o objectivo das escalas Stanford de Perfil não é obter uma pontuação global total mas sim gerar um perfil de habilidades hipnóticas. Outros exemplos de instrumentos de medida válidos são a Waterloo-Stanford Group C (Bowers, K. 1993) e o Hypnotic Induction Profile (Spiegel & Spiegel, 2004).

A construção da Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility: Form A (HGSHS:A) Shor and Orne's (1962), uma versão da Weitzenhoffer and Hilgard's (1959) Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form A (SHSS:A) pode ser vista como um marco em investigação sobre hipnose. Register e Kihlstrom (1986) descrevem esta escala como um instrumento ideal para o propósito do seu uso: como uma introdução à hipnose para principiantes e como um prelúdio de um maior rigor na classificação da hipnotizabilidade. Existem poucas dúvidas de que a Harvard Scale é o instrumento mais usado em investigação sobre hipnose, provavelmente devido à sua relativa facilidade em administração em grupo e na sua respectiva cotação. Um dos resultados mais visíveis no sucesso do desenvolvimento da HGSHS:A foi de que tanto a SHSS:A como a SHSS:B deixaram de ser usadas com tanta frequência, pelo menos por investigadores de laboratório (Perry, Nadon, and Button, 1992).

Referências

Almeida-Melikian, A. & Carvalho, C. (2008); As ligações históricas entre a hipnose, a psicoterapia e a psicologia. Versão escrita de uma comunicação oral apresentada no 11º Congresso da European Society of Hypnosis (ESH) em Viena.

Angelini, F.J., Kumar, V.K., Chandler, L.(2009). Harvard group scale of hypnotic susceptibility and related instruments: Individual and Group Administrations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol. 47, No. 3, July 236-250.

Braffman, W., & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability an empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 578-587.

Braffman, W. & Kirsch, I. (2001). Reaction time as a predictor of imaginative suggestibility and hypnotizability. *Contemporary Hypnosis*, 18(3): 107-119.

Capafons, A., Alarcón, A., Cabañas, S., Espejo, B. (2003); Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la Escala de Creencias y Actitudes hacia la hipnosis-cliente. *Psicothema*. Vol. 15, nº1, pp. 143-147.

Carvalho, C. (2008). Adherence to health-related behaviors: Effectiveness of implementation intentions and posthypnotic suggestion in college students. Dissertação de Doutoramento apresentada ao ISPA/Universidade Nova de Lisboa.

Council, J. (1999). Hypnosis and response expectancies. In: I. Kirsch (Eds.), *American Psychology Association*, pp. 383-401.

Council, J. (2002). A Historical overview of hypnotizability assessment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44 (3-4), 199-208.

Gezundhajt, H. (2007). An evolution of the historical origins of hypnotism prior of the twentieth century: between spiritual and subconscious. *Contemporary Hypnosis*, 24, (4), 178-194.

Gfeller, Jeffrey D., Lynn, Steven J., Pribble, W. Eric (1987); Enhancing hypnotic susceptibility: Interpersonal and rapport factors. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 52(3), 586-595.

Hawkins, P.J. (2001). *Introdução à Hipnose Clínica: um guia para profissionais*. Coimbra, Quarteto.

Heap, M., Alden, P., Brown, R.J., Naish, P., Oakley, D.A., Wagstaff, G., Walker, L.G. (2001); *The nature of Hypnosis*. *British Psychological Society*.

Kihlstrom, J. F. (1998). Hypnosis and the psychological unconscious. In H. J. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2, pp. 467-477). San Diego: Academic Press.

Kihlstrom, J.F. (2003). Hypnosis and memory. In J.F. Byrne (Ed.), *Learning and memory*, 2nd ed. (pp. 240-242). Farmington Hills, Mi.: Macmillan Reference.

Kirsch, I. & Braffman (1999). Correlates of Hypnotizability: The First Empirical Study. *Contemporary Hypnosis* Vol. 16, No. 4, pp. 224–230.

Mende, M. (2009); Hypnosis: state of the art and the perspectives for the twenty-first century. *Contemp. Hypnosis* 26(3): 179–184.

Milling, L.S., Coursen, E.L., Shores, J.S. & Waszkiewicz, J.A. (2010); The Predictive Utility of Hypnotizability: The Change in Suggestibility Produced by Hypnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 78, No. 1, 126–130.

Page, R.A. & Green, J.P. (2007); An Update on Age, Hypnotic Suggestibility, and Gender: A Brief Report. *American Journal of Clinical Hypnosis* 49:4.

Perry, C, Nadon, R., & Button, I. (1992). The measurement of hypnoticability. In E. Fromm & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 459-490). New York: Guilford Press.

Raz, A. (2007). Suggestibility and Hypnotizability: Mind the Gap. *American Journal of Clinical Hypnosis* January 49:3.

Robertson, D. (2009). *The Discovery of Hypnosis: The Complete Writings of James Braid, the Father of Hypnotherapy*. National Council for Hypnotherapy Ltd: Warwickshire.

Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C., Montgomery, G.H. (2008); Hypnosis to Manage Distress Related to Medical Procedures: A Meta-Analysis. *Contemporary Hypnosis*. August 21;(3-4): 114-128.

Weitzenhoffer, A. M. (1980). Hypnotic Susceptibility Revisited. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(3): 130-146.

Weitzenhoffer, A.M. (2002). Scales, scales and more scales. *American Journal of Clinical Hypnosis*. January/April 44:3/4.

Woody & Barnier (2008). Hypnosis scales for the XXI century. what do we need and how should we use them. Chapter 10, 255-281.