



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO PARA PORTUGUÊS DA ESCALA DE  
GRUPO DE SUSCEPTIBILIDADE HIPNÓTICA DE HARVARD:  
VERSÃO A**

Rita Isabel Lourenço Pontes

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSORA DOUTORA CLÁUDIA MARIA CONSTANTE FERREIRA CARVALHO

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

PROFESSORA DOUTORA CLÁUDIA MARIA CONSTANTE FERREIRA CARVALHO

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

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

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar quero agradecer à professora Cláudia Carvalho, que nos passou os seus conhecimentos abrindo-nos as portas para a viagem fascinante que é a hipnose, tendo sido incansável no seu apoio, companheirismo e cumplicidade. Obrigada por tudo! Ao Ricardo, à Vanda e ao Walter, companheiros desta batalha, que em nenhum momento me deixaram “cair”. O vosso apoio foi fundamental para este percurso, entre lágrimas e muitas gargalhadas, assim como a amizade e as boas memórias que ficaram! Obrigada amigos! Agradeço, também, a todos os voluntários que participaram neste estudo, sem os quais não teria sido possível.

Há pessoas que de uma maneira indirecta contribuíram para a realização deste trabalho. Um enorme obrigada.

À minha família e, principalmente, aos meus pais. Não há palavras suficientes para vos agradecer tudo o que fizeram por mim. Amo-vos muito.

Do fundo do coração um muito obrigada a todos.



## Resumo

Neste artigo apresentamos os resultados de uma contribuição inicial para o trabalho de tradução e adaptação para português da Escala de Grupo de Susceptibilidade Hipnótica de Harvard - Versão A (HGSHS:A) (Shor & Orne, 1962). Procedeu-se à tradução da versão original do instrumento, constituída por uma indução hipnótica seguida da apresentação de 12 sugestões hipnóticas, e a versão portuguesa resultante foi administrada a um total de 83 estudantes universitários de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 19 e os 33 anos. Foram feitas comparações entre esta amostra portuguesa e amostras de referência, que incluíram versões em inglês da HGSHS:A dos Estados Unidos da América, Austrália e Canadá, bem como as versões traduzidas da Coreia, Roménia, Itália, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Espanha e Alemanha. Os resultados mostram valores compatíveis com as amostras de referência na pontuação média, desvio padrão e percentagem média de passagem dos itens, além de um bom índice de fiabilidade de consistência interna (valor de Alpha Cronbach de 0,72). Uma pequena dimensão da amostra e desvios significativos no índice de passagem de três dos itens são fragilidades a considerar. Contudo, tratando-se de um contributo inicial, os resultados indicam que esta amostra da versão portuguesa da HGSHS:A apresenta condições para ser integrada no projecto de adaptação e validação da escala para a população portuguesa.

**Palavras-chave:** Escala, Grupo, Hipnose, Susceptibilidade hipnótica.

## Abstract

This article presents the results of a preliminary contribution to the work of translating and adapting, to Portuguese, the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility – Version A (HGSHS:A) (Shor & Orne, 1962). The original version of the instrument was translated, which contained a hypnotic induction followed by the presentation of 12 hypnotic suggestions. The resulting Portuguese version was administered to a total of 83 university students of both sexes aged between 19 and 33, inclusive. Comparisons have been made between this Portuguese sample and reference samples, including English versions of HGSHS:A from the United States of America, Australia and Canada in addition to translated versions from Korea, Romania, Italy, Sweden, Finland, Denmark, Spain and Germany. The results were compatible with the reference samples in terms of average score, standard

deviation and average item percentage, as well as a good internal consistency reliability index (Cronbach's alpha coefficient of 0.72). A small number of the sample and significant deviations in the index of the three of the items are weaknesses to be considered. However, being an initial trial, the results indicate that the Portuguese sample version of HGSHS:A has the conditions to integrate an adaptation and validation project of the scale for the Portuguese population.

**Key words:** Scale, Group, Hypnosis, Hypnotic susceptibility.

## Índice

1. Introdução	1
2. Metodologia	6
2.1 <i>Participantes</i>	6
2.2 <i>Instrumento</i>	6
2.3 <i>Procedimento</i>	7
3. Resultados	8
4. Discussão	12
5. Referências	15
6. Índice de Anexos	
6.1 Anexo A: Revisão da literatura	19
6.2 Anexo B: Caderno de respostas (HGSHS:A)	39
6.3 Anexo C: Consentimento informado	47
6.4 Anexo D: Outputs estatísticos	48

## **Lista de Quadros e Figuras**

Tabela 1: Descrição dos itens constituintes da HGSHS:A	7
Tabela 2: Tamanho da amostra, média das pontuações obtidas e desvio padrão para a amostra Portuguesa e as amostras de referência	8
Figura 1: Distribuição das pontuações totais da HGSHS:A na amostra Portuguesa	9
Figura 2: Média das pontuações totais por experiência de hipnose	10
Tabela 3: Índices de passagem por item (em percentagem) e pontuação média para a amostra Portuguesa e as amostras de referência	11
Tabela 4: Correlações item-total e fiabilidade total da escala para a amostra Portuguesa e amostras de referência	12

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos a hipnose tem sido objecto de extensa investigação científica. O enorme volume de estudos produzidos e publicados sobre hipnose e a natureza dos fenómenos hipnóticos gerou um interesse crescente pela sua aplicação prática nos campos da medicina e da psicologia. A investigação tem demonstrado a sua utilidade e eficácia quer enquanto coadjuvante de tratamentos médicos, quer como ferramenta terapêutica de grande valor quando combinada com intervenções cognitivo-comportamentais (British Psychological Society, 2001; Capafons, 2004; Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2006). A hipnose é também crescentemente usada na investigação como ferramenta cognitiva para explorar outros processos ou fenómenos psicológicos, como por exemplo a memória, a dor, ou o controlo motor voluntário, particularmente em associação com modernas técnicas de neuroimagem (Oakley, 2006).

A maioria das investigações modernas é desenhada com base nas diferenças individuais, sendo estas medidas a partir de escalas de responsividade hipnótica (Woody & Barnier, 2008). A pesquisa em hipnose tem aumentado consideravelmente não só em quantidade mas também em qualidade desde a introdução destas medidas estandardizadas de confiança (James Council, 1999), pelo que o seu desenvolvimento constitui certamente um marco significativo no estudo científico da hipnose. No campo da investigação experimental as escalas estandardizadas de hipnose são úteis para diferentes fins, tais como seleccionar sujeitos com determinado nível de responsividade hipnótica para testes posteriores, ou investigar a natureza, estabilidade e factores correlativos da capacidade hipnótica, ou ainda usar a responsividade (capacidade) hipnótica como variável dependente para investigar experimentalmente o papel desempenhado por diversas variáveis independentes. A sua utilidade abrange também o campo clínico, dado fornecerem informação acerca do grau de aptidão do cliente para beneficiar dos procedimentos hipnóticos (Fellows, 1988). Quando o trabalho clínico faz parte de um projecto de investigação, a medição da sugestibilidade hipnótica através de um instrumento fiável e estandardizado torna-se essencial para avaliar com segurança o papel desempenhado pela hipnose nas mudanças terapêuticas ocorridas (Piccione, Hilgard, & Zimbardo, 1999; Weitzenhoffer, 2002).

De forma geral uma escala de hipnotizabilidade ou susceptibilidade hipnótica consiste num certo número de sugestões que os sujeitos podem passar com sucesso ou falhar. As sugestões podem ser de produção motora (movimentos involuntários), inibições motoras (paralisias), produções cognitivas (alucinações) e inibições cognitivas (inibições sensoriais, amnésia). As sugestões podem ser precedidas por um ritual de indução hipnótica, normalmente instruções para relaxamento mental e muscular com a menção da palavra ‘hipnose’.

Os conceitos de ‘hipnotizabilidade’ e ‘susceptibilidade hipnótica’ estão historicamente relacionados com o de ‘sugestionabilidade’. Kihlstrom (2008) afirma que “a conexão entre hipnose e sugestão é tão forte que os dois domínios têm sido encadeados ao longo da moderna história do campo” (p. 26). A forte ligação entre ‘sugestionabilidade’ e ‘hipnotizabilidade’ está reflectida na definição convencional de hipnotizabilidade como um aumento na sugestionabilidade produzida pela hipnose (Bernheim, 1886/1897; Hilgard & Tart, 1966; Hull, 1933, citados em Kirsch, 1997; Hilgard, 1979). Na prática, a hipnotizabilidade ou susceptibilidade hipnótica é medida como sugestionabilidade hipnótica, ou sugestionabilidade após indução hipnótica (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962, citado em Kirsch, 1997). Estes termos são tradicionalmente considerados sinónimos (c.f. Piccione, Hilgard e Zimbardo, 1989). Contudo, muitos autores consideram actualmente que o método de determinar a hipnotizabilidade com base na resposta a sugestões após indução hipnótica implica confundir ‘hipnotizabilidade’ com ‘sugestionabilidade sem hipnose’ (Council, 1999; Kirsch, 1997; Kirsch e Braffman, 1999; Weitzenhoffer 2000, 2002). Estes são conceitos que, embora relacionados, importa distinguir. O facto de as actuais escalas de susceptibilidade hipnótica consistirem apenas num conjunto de sugestões de teste indica que elas serão uma medida válida de sugestionabilidade, isto é, ‘da capacidade para responder a sugestões com um efeito de sugestão’ (Weitzenhoffer, 2002, p. 211), mas não de hipnotizabilidade – ou seja, não nos podem dizer com certeza se um indivíduo está hipnotizado, uma vez que a hipnotizabilidade é apenas inferida e não directamente observável ou directamente medida. Weitzenhoffer (2000) argumenta ainda que, mesmo tendo já sido demonstrado que a indução hipnótica produz um aumento nos efeitos produzidos pela sugestão, nada nas escalas permite diferenciar que parte da responsividade aos testes poderá ser devida à sugestionabilidade hipnótica e que parte poderá ser devida à sugestionabilidade não hipnótica, vulgarmente referida como sugestionabilidade em estado de vigília (*waking suggestibility*).

Apesar de se manterem diferentes posições teóricas no que respeita à relação entre hipnotizabilidade e sugestionabilidade, mesmo autores que defendem que a condição hipnótica não se reduz à sugestionabilidade consideram que uma crescente compreensão da susceptibilidade hipnótica é importante para o estudo mais geral da personalidade humana e da psicologia clínica (Heap, Brown e Oakley, 2004).

As primeiras escalas estandardizadas e fiáveis de susceptibilidade hipnótica foram desenvolvidas na universidade de Stanford no final dos anos 50. São as Escalas de Stanford de Susceptibilidade Hipnótica, versões A e B (SHSS:A, B, Weitzenhoffer & Hilgard, 1959), que constituem formas paralelas e alternativas do mesmo instrumento de medida. A SHSS:A (tal como a sua versão alternativa) é uma escala de 12 itens ou sugestões para administração individual de acordo com um procedimento estandardizado, usa como indução hipnótica o fechamento dos olhos e toma aproximadamente uma hora para aplicação. As sugestões são de natureza motora e cognitiva, mas predominantemente motora. Alguns itens da SHSS:A permitem à pessoa responder a sugestões directas (e.g., abaixamento dos braços). Outros itens testam a perda ou inibição do controle motor (e.g. rigidez dos braços). Itens adicionais, de natureza cognitiva, incluem sugestão de alucinação, amnésia e sugestão pós-hipnótica. Na análise factorial da escala, o maior peso é representado pelos itens de inibição motora (Hilgard, 1965, citado em Hilgard, 1979). A SHSS:A é uma escala comportamental ou de desempenho hipnótico aberto, isto é, avalia a responsividade hipnótica usando os comportamentos observáveis dos sujeitos em resposta às sugestões dadas (por oposição a outras, chamadas escalas experienciais, que avaliam a experiência subjectiva dos sujeitos presumivelmente hipnotizados). A SHSS:A serviu como modelo e *standard* para a maioria das escalas usadas na moderna investigação científica. Recebeu maior escrutínio científico do que quaisquer outras e apresenta valores elevados de fiabilidade teste-reteste e de consistência interna (Piccione et al., 1989; Weitenhoffer, 2000). A SHSS:A é considerada uma escala de ‘finalidade geral’ ou de ‘amostras de trabalho’, apropriada para seleccionar sujeitos, uma vez que inclui uma série de sugestões simples e fáceis, e estima a responsividade hipnótica sob condições estandardizadas (Barnier & McConkey, 2004).

Os mesmos autores desenvolveram ainda a Escala de Stanford de Susceptibilidade Hipnótica, versão C (SHSS:C, Weitzenhoffer & Hilgard, 1962), onde introduziram um maior número de itens cognitivos como forma de ultrapassar a limitação das versões A e B na captação das diferenças entre os sujeitos mais susceptíveis. De facto, sendo bastante similar às

SHSS:A e B em termos de indução hipnótica e estrutura geral, com a inclusão de novos itens a SHSS:C avalia melhor a habilidade dos sujeitos para experimentar distorções de percepção e memória durante a hipnose. Difere ainda da SHSS:A ao apresentar itens por ordem crescente de dificuldade e complexidade, formando um índice de desempenho máximo. Por ser melhor que a SHSS:A na identificação de sujeitos com pontuações elevadas, a SHSS:C é considerada a escala de eleição quando se trata de medir a sugestibilidade hipnótica (Weitzenhoffer, 2002; Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2008). É frequentemente administrada após a prática com uma escala inicial, como a SHSS:A. Mais tarde foi desenvolvida uma adaptação da SHSS:C destinada a administração grupal, a Escala de Susceptibilidade Hipnótica de Waterloo-Santanford, versão C (WSGC, Bowers, 1993), cuja fiabilidade e validade foi já demonstrada (Bowers, 1993; Kirsch, Milling, & Burgess, 1998, citados em Carvalho et al., 2008). A grande vantagem da WSGC relativamente à versão individual é a economia de tempo e de recursos humanos, uma vez que a SHSS:C leva cerca de uma hora para administrar e exige examinadores com formação básica em hipnose. A HSGC foi recentemente traduzida e adaptada para Portugal (Carvalho et al., 2008).

A Escala de Grupo de Susceptibilidade Hipnótica de Harvard, Versão A (HGSHS:A), desenvolvida e validada por Shor & Orne (1962, 1963), constitui uma adaptação para utilização em grupo da SHSS:A. Foi desenvolvida para eliminar a necessidade de um examinador treinado dedicar uma hora para testar cada sujeito individualmente, e pode ser administrada a grupos de tamanho ilimitado. Foi cuidadosamente preparada para manter o mais possível as características da versão original sob condições de grupo. Apenas um item foi substituído, o da sugestão de balancear o corpo pela sugestão de descair a cabeça. A única alteração fundamental consistiu em dotar a escala de um sistema de auto-pontuação, em que o próprio sujeito avalia se a sua prestação correspondeu ou não aos comportamentos sugeridos, registando depois a sua avaliação num caderno de respostas. A HGSHS:A apresenta uma adequada fiabilidade de consistência interna, comparável com a SHSS:A, de acordo com valores relatados em diferentes estudos, citados em Angelini et al. (1999): 0,80 (Shor & Orne, 1963); 0,74 (Kirsch, Council, & Wickles, 1990) e 0,72 (Kumar, Marcano, & Pekala, 1996).

A HGSHS:A pode ser vista como um marco na investigação da hipnose. A sua grande vantagem face à versão individual (SHSS:A) é a de permitir aos investigadores o acesso a grandes amostras com uma significativa economia de tempo. A sua relação custo-eficácia torna-a provavelmente o instrumento mais usado na investigação da hipnose (Angelini,

Kumar & Chandler, 1999). Os seus dados normativos estão já disponíveis para um grande número de países (América, Austrália, Canadá, Dinamarca, Itália, Finlândia, Alemanha, Roménia, Espanha, Suécia e Coreia). É considerada um instrumento ideal para uma primeira familiarização dos sujeitos com a hipnose, mas também como determinação inicial da responsividade hipnótica enquanto fase prévia para uma classificação mais rigorosa através de métodos mais sensíveis, como a SHSS:C ou a correspondente versão grupal, a WSGC (Register e Kihlstrom, 1986, citado por Angelini et al, 1999). Kirsch e colaboradores (1990) e Weitzenhoffer (2000) referem também que a HGSHS:A é particularmente útil e frequentemente utilizada como instrumento de avaliação inicial para seleccionar uma grande amostra de sujeitos com níveis elevados e/ou baixos de hipnotizabilidade para participação em estudos, ou quando é necessário manter ao longo da investigação uma amostra de indivíduos com variados graus de sugestionabilidade, sendo então a escala usada como variável dependente.

Em Portugal a investigação experimental e clínica em hipnose encontrava-se particularmente dificultada, ou mesmo vedada, até à recente disponibilização da WSGC em Portugal (Carvalho et al., 2008). A adaptação desta escala para a população portuguesa apresenta um elevado valor para o desenvolvimento do estudo da hipnose em Portugal, tanto no domínio da investigação experimental como nos campos clínicos da saúde e da psicoterapia. Contudo, consideramos que ela não responde a todas as necessidades de investigação em hipnose, e que a HGSHS:A trará um valor acrescido pela sua complementaridade. Como já foi referido, A WSGC revela-se uma escala grupal particularmente adequada para identificar com maior segurança indivíduos com efectiva aptidão hipnótica (Weitzenhoffer, 2002), ou para captar diferenças entre os que obtêm pontuações elevadas em escalas menos sensíveis, como é o caso da HGSHS:A. Nesse sentido, será relevante introduzir também em Portugal a HGSHS:A, enquanto instrumento de medida válido e fiável que possa complementar o campo de utilização da WSGC nas situações de investigação em que lhe é reconhecida vantagem ou melhor adequação, relacionadas com a sua maior facilidade (tanto na administração por parte dos examinadores, como de resposta por parte dos sujeitos). Salienta-se a sua particular adequação para uma primeira familiarização com a hipnose ou determinação inicial da sugestionabilidade hipnótica para uma posterior classificação mais rigorosa através da WSGC, ou para selecção de grandes amostras de sujeitos.

O objectivo do nosso trabalho é iniciar o processo de tradução e adaptação para português da Escala de Grupo de Susceptibilidade Hipnótica de Harvard (HGSHS:A), o qual, a ser completado futuramente por outros investigadores, permitirá a sua posterior utilização por todos os que possam estar interessados em desenvolver o estudo científico da hipnose em Portugal.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 Participantes

A HGSHS:A foi administrada a 83 participantes voluntários, estudantes do ensino superior, 64 do sexo feminino (77,1%) e 19 do sexo masculino (22,9%), com idades compreendidas entre os 19 e os 33 anos ( $M= 22,9$ ;  $DP=2,7$ ).

Do total da amostra, 79,5% ( $n=66$ ) eram estudantes do curso de Psicologia, sendo os restantes dos cursos de Artes (9,6%), Direito, Publicidade e Marketing (cada um com 2,4%), Joalheria, Ciências da Comunicação, Engenharia Florestal, Animação Sociocultural e Engenharia Multimédia (cada um com 1,2%), todos estudantes na cidade de Lisboa.

### 2.2 Instrumento

A HGSHS:A é constituída por uma indução hipnótica standard seguida da apresentação de 12 sugestões que constituem os 12 itens (ver Tabela 1). As respostas dos participantes são avaliadas pelo examinador de acordo com o auto-registo efectuado pelos sujeitos no final da experiência hipnótica, num caderno de respostas (ver anexo B).

A pontuação das respostas seguiu o procedimento descrito por Shor e Orne (1962). Cada item pode ser pontuado como 1 ou 0. Os sujeitos recebem a pontuação de 1 se assinalaram a resposta A (indicando uma resposta observável à sugestão dada) e uma pontuação 0 se assinalaram a resposta B (indicando uma pequena ou ausente resposta comportamental). O item 12 (amnésia) foi pontuado de duas formas diferentes: (1) de acordo com a HGSHS:C original, em que é pontuado 1 se o sujeito recordou 3 ou menos dos 12 itens antes da sugestão de amnésia ser cancelada; (2) de acordo com o procedimento descrito por Kihlstrom e Register (1984), em que é pontuado 1 se o sujeito recordou 3 ou menos itens antes do cancelamento da sugestão e, adicionalmente, recordou 2 ou mais itens depois de lhe ser pedido que recordasse tudo.

Tabela 1

*Descrição dos itens constituintes da HGSHS:A*

Item	Descrição
1. Cabeça a pender	Sujeito imagina a cabeça a pender para a frente
2. Fechar os olhos	Sujeito deve fechar os olhos e sentir-se adormecido
3. Baixar a mão esquerda	Sujeito imagina o braço a tornar-se pesado e um peso a puxar a mão e o braço para baixo
4. Imobilização do braço direito	Sujeito deve ser incapaz de levantar o braço
5. Descruzar os dedos	Sujeito deve ser incapaz de separar os dedos e as mãos entrelaçados
6. Rigidez do braço esquerdo	Sujeito deve ser incapaz de dobrar o braço
7. Aproximação das mãos	Sujeito deve imaginar uma força que puxe as mãos uma contra a outra
8. Inibição comunicativa	Sujeito deve ser incapaz de acenar a cabeça indicando um 'não'
9. Experiência do mosquito	Sujeito deve ouvir e sentir um mosquito inexistente
10. Catalepsia ocular	Sujeito deve ser incapaz de abrir os olhos
11. Sugestão pós-hipnótica	Sujeito deve tocar no tornozelo alguns minutos após a sugestão ter sido dada
12. Amnésia	Sujeito não deve recordar mais do que três itens da escala, antes da remoção da sugestão

A versão original da escala foi traduzida para português pela equipa de investigadores envolvida nesta fase inicial do trabalho de tradução e adaptação da HGSHS:A, incluindo a autora do presente estudo, e em colaboração com a coordenadora do projecto. A administração da escala seguiu as instruções exactas da escala original.

### *2.3 Procedimento*

Os sujeitos foram convidados a participar numa investigação sobre hipnose experimental. O recrutamento foi feito através do método 'bola de neve'. Todos os sujeitos participaram de forma voluntária e não receberam qualquer tipo de contribuição. A escala foi administrada em grupos que variaram entre 2 e 12 sujeitos, tendo sido realizadas 14 sessões com uma média de 6 participantes por sessão, em salas de aula com luz ambiente normal. Em cada sessão o experimentador deu uma explicação sobre o procedimento que se ia seguir e respondeu a todas as dúvidas colocadas pelos participantes antes do preenchimento do consentimento informado (ver anexo C). Foi-lhes dito que todas as informações recolhidas eram anónimas e confidenciais e que se destinavam apenas a fins científicos. Foi-lhes ainda exposta a

possibilidade de desistirem a qualquer momento, devendo contudo evitar perturbar os outros participantes. Para facilitar a correspondência entre o caderno de respostas e o questionário, foi atribuído a cada participante um código de identificação constituído pelas primeiras duas letras do seu último nome e os dois últimos dígitos do seu número de telemóvel.

A escala de hipnose foi sempre apresentada em formato áudio, seguindo as instruções da escala original. No final os participantes preencheram o caderno de respostas da HGSHS:A. A duração total do procedimento foi de aproximadamente 75 minutos, dependendo do tempo da explicação inicial e do tempo levado pelos participantes a preencher o caderno de respostas. Os cadernos de respostas foram cotados por três juízes independentes. Nos raros casos em que existiu desacordo nas avaliações, a pontuação final foi obtida consensualmente após discussão.

Os dados recolhidos foram analisados através do programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 17.0.

### 3. RESULTADOS

#### *Distribuição das pontuações*

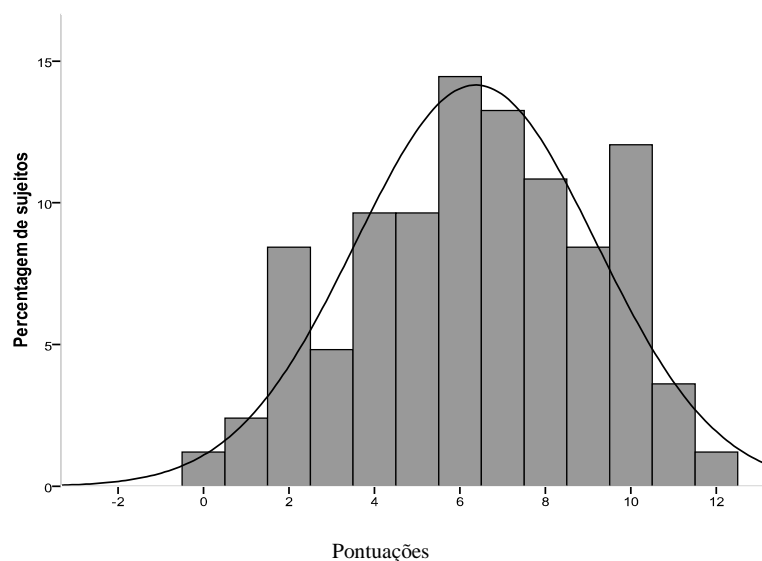
A pontuação média da amostra portuguesa é de 6,37 ( $DV= 2.80$ ). Situa-se dentro do intervalo das 11 amostras de referência, que vai desde o mínimo de 5,38 para a amostra canadiana até ao máximo de 7.64 para a amostra dinamarquesa. Contudo, obteve uma pontuação média inferior à maioria das restantes amostras, só acima das amostras canadiana, australiana e romena (ver Tabela 2).

Tabela 2

*Tamanho da amostra, média das pontuações obtidas e desvio padrão para a amostra portuguesa e as amostras de referência*

Itens	PRT	COR	ROM	ITA	SUE	FIN	DIN	ESP	ALE	CAN	AUS	USA
Tamanho da amostra ( <i>N</i> )	83	271	341	376	291	285	376	220	374	535	194	132
Média da amostra ( <i>M</i> )	6,37	6,95	6,24	6,41	6,77	7,26	7,64	7,13	6,50	5,38	5,45	7,39
Desvio padrão da amostra ( <i>DP</i> )	2,80	2,25	2,68	2,80	2,50	2,61	2,50	2,61	2,43	3,28	2,95	3,04

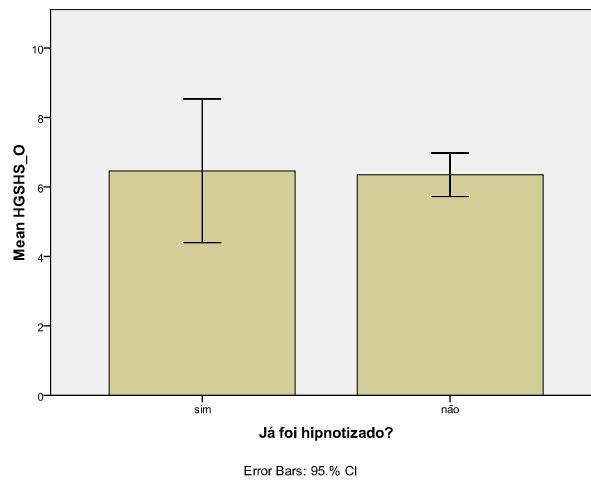
Nota. PRT = Portugal; COR = Coreia; ROM = Roménia; ITA = Itália; SUE = Suécia; FIN = Finlândia; DIN = Dinamarca; ESP = Espanha; ALE = Alemanha; CAN = Canadá; AUS = Austrália



**Figura 1. Distribuição das pontuações totais da HGSHS:A na amostra portuguesa**

A Figura 1 apresenta a distribuição das pontuações totais da amostra portuguesa. Observa-se que a amostra tende para uma distribuição normal, embora com dois desvios claros nas zonas de susceptibilidade baixa e elevada. Há uma percentagem de sujeitos superior ao normal com uma pontuação total de apenas 2 (baixa susceptibilidade), e também uma percentagem de sujeitos mais elevada do que o esperado que obteve uma pontuação de 10 (elevada susceptibilidade). Quando se agrupam as proporções de participantes nas categorias de susceptibilidade baixa (0-4), média (5-8) e elevada (9-12), obtém-se uma distribuição normalizada, com 26,5% de sujeitos categorizados no nível baixo de susceptibilidade, 48% no nível médio e 25,3 % no nível elevado.

Uma análise posterior dos dados da amostra revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nas pontuações totais, considerando um nível de significância de 5%. Os homens apresentaram uma pontuação média de 6,65% e as mulheres de 6,20. A significância da diferença entre os valores médios nos homens versus nas mulheres foi avaliada a partir do teste de diferenças de médias para amostras independentes ( $p = 0,312$ ). Este teste estatístico tem como pressupostos a normalidade das distribuições e a homogeneidade das variâncias dos grupos, que foram avaliados, respectivamente, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção Lilliefors ( $p_{\text{Masculino}} = 0,200$ ;  $p_{\text{Feminino}} = 0,200$ ) e com o teste de Levene ( $p = 0,790$ ).



**Figura 2. Média das pontuações totais por experiência de hipnose**

Constatou-se ainda que, do total de indivíduos entrevistados, apenas 18% ( $n=15$ ) afirma já ter sido hipnotizado, contra uma maioria de 82% ( $n= 68$ ) que nunca tinha passado por uma experiência de hipnose (Figura 2). Verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas nas pontuações totais entre as condições ‘com e sem experiência prévia em hipnose’, ao nível de significância de 5%. Conforme se pode observar na figura 2, os indivíduos que afirmam já terem sido hipnotizados apresentam uma pontuação média na escala de 6,47 ( $DP=3,74$ ), enquanto os indivíduos que afirmam nunca terem sido hipnotizados apresentam um valor médio de 6,35 ( $DP=2,58$ ). A significância da diferença entre as pontuações médias por experiência de hipnose foi avaliada a partir do teste de diferenças de médias para amostras independentes ( $p = 0,912$ ). Este teste estatístico tem como pressupostos a normalidade das distribuições e a homogeneidade das variâncias dos grupos, que foram avaliados, respectivamente, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção Lilliefors ( $p_{Sim} = 0,054$ ;  $p_{Não} = 0,200$ ) e com o teste de Levene ( $p = 0,010$ ).

#### *Dificuldade dos itens*

A Tabela 3 mostra a percentagem de participantes que passou com sucesso cada item da escala. A percentagem média portuguesa (53,2%) foi em geral semelhante ao das amostras de referência, embora se situe no grupo das que apresentam valores médios inferiores.

Tabela 3

*Índices de passagem por item (em percentagem) e pontuação média para a amostra portuguesa e as amostras de referência*

Itens	PRT N=83	COR N=271	ROM N=340	ITA N=376	SUE N=291	FIN N=285	DIN N=376	ESP N=220	ALE N=374	CAN N=535	AUS N=194	USA N=132
1. Cabeça a pender	51	73	68	70	70	84	86	73	73	65	61	86
2. Fechar os olhos	64	64	60	62	76	86	48	64	73	63	57	74
3. Baixar a mão esquerda	69	60	59	56	66	89	75	60	83	66	71	89
4. Imobilização do braço direito	52	64	56	55	61	43	72	58	52	47	36	48
5. Descruzar os dedos	72	71	58	60	74	66	76	67	57	50	53	67
6. Rigidez do braço esquerdo	60	72	59	63	65	53	75	69	52	47	41	57
7. Aproximação das mãos	72	78	61	64	64	78	78	79	74	64	71	86
8. Inibição comunicativa	49	54	52	48	56	56	73	74	49	43	42	50
9. Experiência do mosquito	11	19	34	28	14	28	38	29	47	36	25	56
10. Catalepsia ocular	35	72	52	40	51	52	61	59	47	36	38	56
11. Sugestão pós-hipnótica	45	14	35	35	15	37	11	29	31	25	17	36
12. Amnésia	58	54	30	56	65	53	71	52	36	19	33	48
Média das Percentagens por item	53,2	57,9	52,1	53,1	56,4	60,4	63,6	59,4	56,2	44,8	45,0	61,3

É de realçar que Portugal apresenta pontuações mais baixas no item 1 (cabeça a pender), item 9 (alucinação - experiência do mosquito) e item 10 (catalepsia ocular). Em contrapartida, o item 11 (sugestão pós-hipnótica) teve na amostra portuguesa o índice de passagem mais elevado comparado com as amostras de referência. Relativamente ao item 10, embora o índice de passagem na amostra portuguesa (35%) seja inferior ao das restantes amostras, o desvio não é em geral muito elevado, apresentando-se mesmo bastante próximo das amostras canadiana (36%), australiana (38%) e italiana (40%).

### *Fiabilidade*

A Tabela 4 mostra as correlações entre cada um dos 12 itens e a pontuação total menos a contribuição desse item, bem como o coeficiente de fiabilidade Alpha de Cronbach para o total da escala, em conjunto com as amostras de referência.

Tabela 4

*Correlações item-total e fiabilidade total da escala para a amostra portuguesa e amostras de referência*

Itens	PRT N=83	COR N=271	ROM N=340	ITA N=376	SUE N=291	FIN N=285	DIN N=376	ESP N=220	ALE N=374	CAN N=535	AUS N=194	USA N=132
1.Cabeça a pender	0,47	0,28	0,30	0,29	0,36	0,20	0,17	0,30	0,21	0,44	0,39	0,34
2.Fechar os olhos	0,39	0,14	0,25	0,24	0,30	0,19	0,16	0,27	0,06	0,51	0,39	0,30
3.Baixar a mão esquerda	0,28	0,13	0,47	0,19	0,20	0,08	0,24	0,09	0,25	0,44	0,25	0,48
4.Imobilização do braço direito	0,50	0,38	0,56	0,29	0,34	0,48	0,45	0,38	0,33	0,53	0,36	0,66
5.Descruzar os dedos	0,42	0,41	0,48	0,43	0,43	0,54	0,55	0,52	0,42	0,71	0,59	0,86
6.Rigidez do braço esquerdo	0,40	0,48	0,57	0,35	0,42	0,41	0,44	0,51	0,42	0,70	0,55	0,89
7.Aproximação das mãos	0,49	0,18	0,57	0,34	0,34	0,25	0,29	0,22	0,18	0,60	0,42	0,44
8. Inibição comunicativa	0,50	0,49	0,55	0,38	0,45	0,40	0,44	0,40	0,38	0,65	0,51	0,78
9.Experiência do mosquito	0,07	0,15	0,47	0,19	0,14	0,33	0,35	0,31	0,23	0,53	0,34	0,48
10.Catalepsia ocular	0,45	0,48	0,68	0,50	0,45	0,46	0,50	0,46	0,47	0,75	0,53	0,74
11. Sugestão pós-hipnótica	0,21	0,22	0,26	0,30	0,07	0,27	0,19	0,11	0,14	0,47	0,18	0,46
12. Amnésia	0,03	0,17	0,38	0,23	0,06	0,28	0,18	0,18	0,09	0,65	0,18	0,39
Total da Escala (Alpha de Cronbach)	0,72	0,62	0,71	0,70	0,66	0,71	0,70	0,68	0,62	0,84	0,76	0,80

O coeficiente Alpha de Cronbach foi de 0,72 na amostra portuguesa, revelando um índice de fiabilidade (consistência interna) semelhante ao das amostras de referência. Os itens 9 (alucinação - experiência do mosquito) e 12 (amnésia) apresentam contudo correlações baixas quando comparados com as dos restantes países.

Calculou-se a correlação entre as posições na amostra portuguesa e nas amostras de referência (coeficiente de Pearson). Encontraram-se correlações estatisticamente significativas para as amostras da Coreia (0,63), Itália (0,81) Suécia (0,79), Finlândia (0,72), Espanha (0,66) e Austrália (0,69).

#### 4. DISCUSSÃO

No que se refere às características gerais da escala, os resultados obtidos com a versão portuguesa da HGSHS:A na amostra apresentada são congruentes com os outros estudos de

referência. A média e o desvio padrão do total da amostra encontram-se dentro do intervalo dos valores da média e desvio padrão relatados nas amostras de referência.

Quanto à distribuição das pontuações, a falta de dados para as escalas de referência impede uma avaliação comparativa, mas considera-se que a amostra portuguesa apresenta um desempenho adequado na distribuição das pontuações pelas categorias de susceptibilidade baixa, média e elevada, uma vez que revela uma distribuição normal a este nível de agregação.

Na amostra Portuguesa que apresentamos não se encontraram diferenças significativas na sugestionabilidade à hipnose entre homens e mulheres. No conjunto das amostras de referência, a comparação da sugestionabilidade entre homens e mulheres apresentou diferenças significativas nas amostras sueca, italiana e dinamarquesa (c.f. Bergman, Trender, & Kallio., 2003) revelando uma sugestionabilidade mais elevada nas mulheres que nos homens. Ocasionalmente surgem referências semelhantes na literatura sobre hipnose, mas de forma geral os estudos indicam que homens e mulheres são considerados igualmente sugestionáveis no que respeita à hipnose (ver por exemplo Hilgard, 1979).

Em termos de dificuldade dos itens, a amostra portuguesa revelou um valor médio comparável ao das amostras de referência, e um padrão globalmente semelhante, com excepção dos itens 1 (cabeça a pender), 9 (experiência do mosquito) e 11 (sugestão pós hipnótica).

O baixo índice de passagem no item 1 poderá relacionar-se com o facto de a esmagadora maioria dos participantes não ter qualquer experiência prévia de hipnose. Tratando-se do item inicial, numa experiência também ela nova, misteriosa e facilmente mistificada como ameaçadora, é possível que muitos sujeitos tenham reagido com particular resistência a esta primeira sugestão. Além disso, o facto de no caderno de respostas as opções referirem uma medida exacta para o pender da cabeça (5 centímetros ou mais), pode ter induzido os sujeitos a um rigorismo excessivo na auto-pontuação. Sendo difícil avaliar se a cabeça pendeu, no mínimo, exactamente 5 centímetros (a não ser para os sujeitos que sentiram a cabeça descair fracamente para o peito), sobretudo porque na sugestão não é indicado que a cabeça irá pender pelo menos esses 5 centímetros, a resposta mais segura será um não. Neste sentido, será talvez de considerar a opção de reformular ligeiramente a descrição da tarefa, para ‘aproximadamente 5 centímetros’.

A baixa percentagem de passagem no item 9 (experiência do mosquito) é partilhada com as amostras sueca e coreana, apenas ligeiramente mais altas, embora os investigadores não avancem com uma explicação para o facto. Pensamos que é de considerar como hipótese explicativa a fácil discrepância, na sugestão de alucinação, entre a resposta comportamental e a experiência subjectiva. A questão no caderno de respostas exige como resposta comportamental um qualquer gesto observável de repulsa ou afastamento, que pode não ocorrer mesmo que a sensação de ouvir um mosquito seja 'real' para o sujeito.

Por outro lado, no item 11 (sugestão pós-hipnótica) a amostra portuguesa apresenta o índice de passagem mais elevado relativamente às amostras de referência. Tal pode ter-se ficado a dever a um factor de contexto grupal. A observação de sujeitos a fazer o gesto pedido (tocar o tornozelo) pode ter induzido noutros um comportamento similar, que em contexto individual não teria surgido. Este é um dos factores reconhecidos como potencialmente contaminadores numa aplicação em grupo, e que se refere à possibilidade de a interacção social entre os participantes aumentar ou diminuir a complacência comportamental, distorcendo os resultados (Angelini et al., 1999).

Convém ainda notar que a amostra portuguesa apresenta uma dimensão pequena, com prováveis implicações no desempenho da escala, podendo explicar alguns dos desvios notados e uma menor robustez nos coeficientes de correlação com algumas das amostras de referência. Para maior segurança na avaliação das qualidades psicométricas da versão portuguesa da HGSHS:A torna-se necessário alargar a amostra para uma dimensão comparável à das amostras de referência.

Apesar das diferenças acima mencionadas a amostra portuguesa revelou uma boa fiabilidade de consistência interna, tal como indicado pelo coeficiente Alpha de Cronbach de 0,72, valor comparável aos relatados em diferentes estudos para a HGSHS:A: 0,80, 0,74 e 0,72 (respectivamente em Shor & Orne, 1963; Kirsch, Council & Wickles, 1990; Kumar, Marcano & Pekala, 1996; citados em Angelini et al., 1999).

É portanto clara a consistência interna da versão portuguesa da escala, sendo assim viável como ferramenta para o início e continuação do trabalho de adaptação e validação da HGSHS:A para a população portuguesa, e de forma mais geral para o estudo científico da hipnose em Portugal.

## 5. REFERÊNCIAS

- Angelini, J.F., Kumar, V.K., & Chandler, L. (1999). The Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility and related instruments: individual and group administrations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47 (3), 236-250.
- Bailly, J.S. (1784/2002). Secret report of mesmerism or animal magnetism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50 (4), 364-368.
- Bailly, D'Arcet, De Bory, J.H., Franklin, B., Guilhotin, Lavoisier, Leroy, Majault, & Sallin (1784/2002). Report of the commissioners charged by the King with the examination of animal magnetism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50 (4), 364-368.
- Barnier, A.J., & Nash, M.R. (2008). Introduction: a roadmap for explanation, a working definition. In: M. Nash, A. Barnier (Eds.), *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, research and practice* (pp. 1-18). New York: Oxford University Press. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=UfvUOTmnL14C&dq>
- Bergman, M., Trenter, E., & Kallio, S. (2003). Swedish norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (4), 348-356.
- Binet, A., & Féré, C. (1892/2003). *Animal Magnetism*. Kessinger Publishing. Disponível em: <http://books.google.com/books?id=-u5QzmGkmgkC&hl=pt->
- British Psychological Society. (2001). *The Nature of Hypnosis: A report prepared by a working party at the request of the Professional Affairs Board of the British Psychological Society*.

- Bongartz, W. (1985). German norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(2), 131-139.
- Bowers, K.S. (1993). The Waterloo-Stanford Scale C (WSGC) scale of hypnotic susceptibility: Normative and comparative data. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41(1), 35-46.
- Capafons, A. (2004). Hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, 1-2.
- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., & Leal, I. (2006). Apresentação da versão portuguesa de uma escala de avaliação de susceptibilidade hipnótica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 3-11.
- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., & Leal, I. (2008). Portuguese norms for the Waterloo-Stanford Group C (WSGC) Scale of Hypnotic Susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 295-305.
- Council, J.R. (1999). Measures of hypnotic responding. In: I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena Buela, S. Amigó (Eds.), *Clinical Hypnosis and Self-Regulation Therapy: A cognitive-behavioural perspective* (pp. 119-141). Washington DC: American Psychological Association.
- Council, J.R. (2002). A historical overview of hypnotizability assessment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44 (3/4), 199-208.
- Crabtree, A. (1988). *Animal magnetism, early hypnotism and psychical research, 1766-1925: An annotated bibliography*. Disponível em: <http://esalenctr.org/display/animag.cfm>
- David, O. (2006). Hypnosis as a tool in research: Experimental psychopathology. *Contemporary Hypnosis*, 23(1), 3-4.

- David, D., Montgomery G., & Holdevici, I. (2003). Romanian norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 66-76.
- De Pascalis, V., Russo, P. & Marucci, F. S. (2000). Italian norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (4), 44-55.
- Fellows, B.J. (1988). The use of hypnotic susceptibility scales. In: M. Heap (Eds.), *Hypnosis: current clinical, experimental and forensic practices*. London, New York, Sydney: Croom Helm. Disponível em:  
[http://books.google.pt/books?id=d6sOAAAAQAAJ&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.pt/books?id=d6sOAAAAQAAJ&source=gbs_navlinks_s)
- Forrest, D. (2002). Mesmer. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 295-308.
- Gezundhajt, H. (2007). An evolution of the historical origins of hypnotism prior to the twentieth century: between spirituality and subconscious. *Contemporary Hypnosis*, 24(4), 178-194.
- Gravitz, M. A. (1991). Early theories of hypnosis: A clinical perspective. In: S.J. Lynn, J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*. New York: Guilford Press.
- Heap, M., Brown, R.J., & Oakley, D.A. (2004). High hypnotizability: Key issues. In: M. Heap, R.J. Brown, D.A. Oakley (Eds.), *The highly hypnotizable person* (pp. 5-29). Disponível em:  
[http://books.google.pt/books?id=j88ADD7-VEC&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.pt/books?id=j88ADD7-VEC&source=gbs_navlinks_s)
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.

- Hilgard, E.R. (1979). *A Saga of hypnosis: Two decades of the Stanford laboratory of hypnosis research (1957-1979)*. Disponível em: <http://www.ijceh.com/pdf/hilgard-saga.pdf>
- Kallio, S.P.I., & Ihamuotila, M.J. (1999) Finnish norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 66-76.
- Kihlstrom, J.F. (2008). The domain of hypnosis, revisited. In: In: M. Nash, A. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice* (pp. 21-52). New York: Oxford University Press. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=UfvUOTmnL4C&dq>
- Kirsch, I. (1997). Suggestibility or hypnosis: what our scales really measure? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(3), 212-225.
- Kirsch, I., & Braffman, W. (1999). Correlates of hypnotizability: the first empirical study. *Contemporary Hypnosis*, 16(4), 224-230.
- Kirsch, I., Council, J., & Wickless, C. (1990). Subjective scoring for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(2), 125-138.
- Lamas, J. R., Del Valle-Inclan, F., Blanco, M. J. (1989). Spanish norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(3), 264-273.
- Laurence, J. R., Perry, C. (1982). Montréal norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. . *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30(2), 167-176.

- Melikian, A.A., & Carvalho, C. (2008). *As ligações históricas entre hipnose, a psicoterapia e a psicologia*. In press.
- Neuberg, M.S. (2002). Milton Erickson e o Cavalo de Tróia: a terapia não convencional no cenário de crise dos paradigmas em psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 363-372.
- Neuberg, M.S. (2006). Hipnose e psicologia clínica: retomando a história não contada. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 346-354.
- Neuberg, M.S. (2007). Sobre a condenação do magnetismo animal: revisitando a história da psicologia. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 23(3), 347-356.
- Neuberg, M.S. (2008). Reflexões sobre o magnetismo animal: contribuições para a revisão da história da psicologia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 439-448.
- Piccione, C., Hilgard, E.R., & Zimbardo, P.G. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 289-295.
- Piesbergen, C., & Peter, B. (2006). An investigation of the factor structure of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A (HGSHS:A). *Contemporary Hypnosis*, 23(2), 59-71.
- Pyun, Y. D. & Kim, Y. J., (2009). Norms for the Korean version of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57 (1), 117-126.
- Sheehan, P. W., McConkey, K. M., (1979). Australian norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(3), 294-304.

Shor, R.E., & Orne, E.C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A*. 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, 39-47.

Weitzenhoffer, A.M. (2000). *The practice of hypnotism (second edition)*. New York: John Wiley & Sons. Disponível em: [http://books.google.pt/books?id=oeE64K1\\_SRUC&dq](http://books.google.pt/books?id=oeE64K1_SRUC&dq)

Weitzenhoffer, A.M. (2002). Scales, scales and mores scales. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(3/4), 209-219.

Weitzenhoffer, A.M., & Hilgard, E.R. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Forms A and B*. Palo Alto (CA): Consulting Psychology Press.

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

Woody, E.Z., & Barnier, A.J. (2008). Hypnosis scales for the twenty-first century. What do we need and how should we use them? In: M. Nash, A. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice* (pp. 255-282). New York: Oxford University Press. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=UfvUOTmnLI4C&dq>

Zachariae, R., Sommerlund, B., Molay, F. (1996). Danish norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(2), Apr, 1996. pp. 140-152.

**6.1 ANEXO A**  
**REVISÃO DA LITERATURA**

Ao longo da última metade do séc. XX a hipnose tem sido objecto de extensa investigação científica (Gravitz, 1991), e detém actualmente um estatuto de validade e relevância, quer enquanto tema de estudo científico, quer no domínio da aplicação prática enquanto técnica terapêutica ou coadjuvante em áreas como a psicoterapia e a medicina (Capafons, 2004; Gezundhajt, 2007; British Psychological Society, 2001). Mas também é verdade que a hipnose ainda se encontra nos dias de hoje envolvida em mitos, preconceitos, controvérsias, dúvidas e especulação. Diversos motivos terão contribuído para tal, entre os quais se conta a herança de um longo passado marcado por superstições e exoterismo (Gezundhat, 2007); mas também a sua utilização para fins lúdicos, como os espectáculos de hipnose e os filmes de grande difusão (Melikian & Carvalho, 2008), ao veicularem uma ideia de hipnose associada à magia, ao ilusionismo e ao controle incondicional dos sujeitos hipnotizados; e ainda, como refere Neubern (2002, 2007, 2008), o facto de a hipnose, ao remeter para noções como influência, subjectividade e complexidade, colidir com a racionalidade que caracteriza o paradigma do conhecimento científico ainda dominante, suportado em noções como a objectividade, a predição, o controle e o isomorfismo. Deste cenário decorre com clareza a necessidade de prosseguir com o estudo científico da hipnose, tal como refere a British Psychological Society (2001): “É importante que questões e controvérsias teóricas e práticas que emergem do estudo e aplicação da hipnose sejam investigadas, explicadas e compreendidas por parte dos principais e relevantes disciplinas científicas” (p. 2).

Forrest (2002) dá conta do longo percurso pré-científico da hipnose quando refere: “O comentário de Ebbinghaus de que a psicologia tem um longo passado mas uma curta história, aplica-se com particular força à hipnose.” (p. 295). Para este autor a história da hipnose começa convencionalmente no séc. XVIII com Mesmer e o magnetismo animal, pelo que todo o período anterior se pode considerar uma espécie de pré-história da hipnose. Por outro lado, Gezundhajt (2007) organiza a história da hipnose em três grandes fases, a que correspondem diferentes correntes de pensamento, sendo que a primeira fase, anterior a Mesmer, está intimamente ligada à religião e aos rituais, compreende uma série de práticas curativas, espirituais e mágicas e abrange a antiguidade e a época medieval.

Surgem provas da utilização de práticas ou experiências hipnóticas no Antigo Egipto, na Grécia, e mesmo em livros sagrados como a Bíblia e o Talmude dos Hebreus. Por todo o mundo e em diferentes culturas, pessoas com autoridade religiosa, espiritual ou mágica

utilizavam práticas ritualistas, com a ajuda de instrumentos de percussão, dança, canto, fogo ou drogas, para induzir estados de transe que podem ser considerados formas de hipnose (Gezundhajt, 2007). Na Europa da Idade Média, o cristianismo rejeitou totalmente os estados de transe enquanto práticas religiosas, sendo considerados estados satânicos que exigiam a prática do exorcismo por parte dos ministros da igreja para expulsar os espíritos demoníacos. Apesar disso houve várias figuras da época, entre físicos, matemáticos, alquimistas e mágicos, que se dedicaram, na teoria ou na prática, a fenómenos precursores do magnetismo e da hipnose (Gezundhajt, 2007). Entre estas figuras destaca-se a do físico suíço Paracelsus (1493-1541), o primeiro de muitos homens cultos do séc. XVI e XVII a atribuir ao homem o poder de exercer nos seus pares uma acção análoga à do magneto e a usar os magnetos para tratamento das doenças, acreditando que o corpo humano tinha propriedades magnéticas, que existe uma força, a que chamou de “magnetismo simpático”, através da qual os astros influenciam os homens na saúde e na doença, e que o magnetismo das pessoas saudáveis pode atrair o magnetismo das pessoas doentes (Binet & Féré, 1892/2003; Gezundhajt, 2007). A sua relevância prende-se com o facto de, dois séculos mais tarde, o magnetismo vir a desempenhar um papel fundamental na história da hipnose.

É no séc. XVIII que se inicia uma nova fase na história da hipnose - a chamada era científica (Gezundhajt, 2007), ou o verdadeiro início da história da hipnose (Forrester, 2002) - com o contributo do médico austríaco Franz Anton Mesmer (1734-1815), concretizado na sua teoria do magnetismo animal, que ele reivindica de científica, e numa prática terapêutica baseada numa perspectiva de indutor/induzido revolucionária para a época que lhe valeu, segundo alguns autores, o estatuto histórico de primeiro ‘psicoterapeuta’ (Lockert 2001, citado em Gezundhajt, 2007). As primeiras ideias que mais tarde deram origem à teoria do magnetismo animal encontram-se na tese que Mesmer escreveu para o seu doutoramento em medicina na Universidade de Viena, *Dissertatio physico-medica de planetarium influxu*, de 1766. Nesta dissertação Mesmer defende que um efeito gravitacional dos astros poderá manifestar-se no corpo humano, à semelhança do efeito gravitacional do sol e da lua nas marés e na atmosfera, e introduz o conceito de “gravitação animal” para se referir a uma força que considerava ser a causa da gravitação universal e o fundamento de todas as propriedades corporais, e que acreditava afectar profundamente os organismos, particularmente os humanos, sendo responsável pela saúde mas também pelas doenças. (Crabtree, 1988; Forrester, 2002; Gravit 1991). Conforme salientam alguns autores, nota-se já neste trabalho

de Mesmer alguma influência de Paracelsus e seus seguidores no estudo do magnetismo, ao recuperar a ideia do então chamado princípio universal do mundo (Crabtree, 1988), embora Mesmer tenha explicitamente assumido um total distanciamento do que ele chamou as “superstições dos astrólogos” e procurado posicionar-se num contexto mais científico, invocando a importância de autores como Newton com a gravitação, Kepler com o movimento planetário, e Richard Mead com a teoria das marés atmosféricas e seu efeito periódico no funcionamento do organismo (Forrester, 2002).

Após 5 anos de prática médica convencional, o interesse de Mesmer em forças invisíveis encontra finalmente expressão na sua prática médica quando experimenta a utilização de magnetos para curar doenças, muito por influência do Padre Maximilian Hell (1720-1792), que na altura dava aulas de astronomia na universidade e acreditava na medicina magnética. Após uma primeira utilização que considerou bem sucedida numa doente nervosa, e na sequência de diversas experiências para tentar compreender a natureza da gravitação animal, Mesmer decide rever a sua teoria, mantendo a ideia central de uma força universal que é o fundamento da saúde e da doença, mas mudando a designação desta força para “magnetismo animal” (“animal” significando “animada”), por considerar que ela possui muitas das características associadas ao magnetismo mineral, e defendendo que as doenças são causadas por uma distribuição desequilibrada deste fluido. Concluiu ainda que os magnetos minerais não eram os únicos a conduzir o magnetismo animal, e que qualquer coisa em que ele tocasse poderia conduzir o fluido magnético, fosse papel, madeira, pedras, vidro, água, vegetais, ou mesmo seres humanos e outros animais, afirmando mesmo que se podia armazenar o fluido magnético em garrafas tal como se pode armazenar fluido eléctrico (Crabtree, 1988; Forrester, 2002; Gezundhajt, 2007). Mesmer abandona a utilização dos magnetos por volta de 1776; o fluido magnético passa então a ser essencialmente comunicado de Mesmer aos pacientes através do toque ou dos “passes magnéticos” (movimentos enérgicos das mãos para dirigir o fluido magnético às partes doentes do corpo do paciente); o operador era assim concebido como uma fonte de força magnética que interagia com o próprio magnetismo dos pacientes para o redistribuir de forma equilibrada, um procedimento que, segundo Forrester (2002), indica pela primeira vez na prática de Mesmer um certo grau de reciprocidade no processo curativo, e que virá a tornar-se mais explícito junto de alguns dos seus pupilos.

Não conseguindo obter reconhecimento junto da Faculdade de Medicina de Viena, Mesmer abandona esta cidade em 1778 e fixa-se em Paris, onde rapidamente ganhou elevada reputação - não só porque a sua teoria do magnetismo animal encaixava bem no espírito científico e laico do final do Iluminismo (dada a analogia com as forças invisíveis que na altura estavam em franca divulgação, como a gravidade de Newton, a electricidade de Franklin, ou hidrogénio descoberto por Cavendish), mas também pelo seu forte carisma (Gezundhajt, 2007) e ainda porque inúmeras pessoas de diversos estratos sociais testemunharam ter sido curadas pelo magnetismo animal (Crabtree, 1988). Contudo, apesar de repetidos esforços junto da Academia das Ciências e da Real Sociedade de Medicina de Paris para fazer valer a sua teoria e a sua cura magnética como uma boa alternativa aos electrochoques, Mesmer nunca conseguiu obter reconhecimento por parte das autoridades médicas. Em 1779 publica a sua teoria do magnetismo animal sob a forma de ‘Vinte e sete Proposições’, tendo sido criticada por plagiar magnetizadores anteriores, cujas doutrinas renascentistas eram reconhecidas como não científicas - uma ligação que Mesmer refuta, considerando-se um cientista mecânico, seguidor intelectual de Newton e Mead, e merecedor de reconhecimento pelo enorme contributo que tinha dado à ciência (Forrester, 2002; Neuberg 2007, 2008). Em 1782, em conjunto com o banqueiro Gilhaume Korman e advogado e livre-pensador Nicholas Bergasse, Mesmer funda a Sociedade da Harmonia Universal, uma espécie de sociedade secreta que era ao mesmo tempo clínica e estabelecimento de ensino, onde os discípulos apreendiam e treinavam os seus métodos e recebiam uma certificação mediante o pagamento de uma elevada quantia em dinheiro (Crabtree, 1988; Forrest, 2002; Gezundhajt, 2007). Tratava e proclamava a cura de doentes com todo o tipo de sintomas; continuava a defender a importância do toque e dos passes magnéticos com o fim de magnetizar o paciente; induzia crises violentas (caracterizadas por convulsões) que considerava serem essenciais à cura, e cujos sinais viriam mais tarde a ser assimilados aos de um severo ataque de histeria (Binet & Féré, 1992/2003). Nas sessões de tratamento de grupo, concebidas para dar vazão à enorme afluência de clientes, Mesmer utilizava um instrumento que já usava em Viena mas que só em Paris desenvolveu mais plenamente, o designado *baquet*. Este consistia numa espécie de tina ou barril de madeira cheio de garrafas de água previamente ‘magnetizadas’ pelas mãos de Mesmer, imersas em mais água magnetizada contendo habitualmente pedras e limalha de ferro; desta tina saíam barras flexíveis de ferro através das quais o paciente captava o fluxo magnético; uma corda rodeava o corpo dos pacientes sentados à volta da tina,

mantendo-os ligados uns aos outros, através da qual o fluido magnético supostamente circulava através do grupo (Bailly et al., 1784/2002a; Forrester, 2002). O ambiente da sessão tinha uma forte componente de encenação teatral, mas que Mesmer justificava como forma de elevar ao máximo o poder curativo do fluido magnético - a sala estava também decorada com espelhos porque estes supostamente concentravam e reflectiam os fluidos invisíveis, e havia ainda uma harmónica de vidro onde se tocavam melodias, de acordo com o princípio de que o som era também um bom condutor do magnetismo (Bailly et al., 1784/2002a; Crabtree, 1988). O silêncio era norma nestas sessões; não havia injunções verbais e, tal como referem Sherlock e Sausurre (1976, citado em Gezundhajt, 2007), ao inibir o diálogo verbal Mesmer forçava os seus pacientes a uma regressão profunda, onde apenas o diálogo somático era permitido.

Em 1784, o rei de França Luís XVI nomeou duas comissões para investigar o magnetismo animal, na sequência das crescentes polémicas que o tema desencadeava, e sob pressão das comunidades médicas, alarmadas com a enorme popularidade das clínicas de Mesmer (Crabtree, 1988; Neuberg 2007, 2008). A primeira comissão era constituída por membros da Faculdade de Medicina de Paris e da Real Academia das Ciências, e incluía alguns dos mais ilustres cientistas do país, como os químicos Jean d'Arcet e Antoine Lavoisier, o físico Joseph-Ignace Guillotin, o astrónomo Jean Sylvain Bailly, escolhido como redactor, e o então embaixador americano Benjamim Franklin (reconhecido pelas suas descobertas sobre electricidade), que presidiu à comissão. A segunda comissão era composta por médicos da Real Sociedade de Medicina, onde se incluía o botânico Laurent de Jussieu. As investigações foram levadas a cabo com a oposição de Mesmer e sem a sua cooperação; o resultado da pesquisa surgiu de uma apreciação à prática de Charles Deslon, um médico ex-discípulo de Mesmer que já anteriormente tinha procurado defender junto da comunidade médica a validade e eficácia do magnetismo animal. Ambas as comissões, com base em experiências que seguiram o método científico na procura de provas reais e objectivas, decidiram pela inexistência do suposto fluido magnético (uma vez que não encontraram qualquer evidência que confirmasse a sua existência) e atribuíram os efeitos curativos ao toque, à imitação e sobretudo à imaginação dos pacientes. Além disso, a primeira comissão (num relatório secreto dirigido apenas ao rei) considerou a prática do magnetismo animal potencialmente perigosa em termos morais, alertando para a suspeita da existência de elementos sexuais na relação entre magnetizador e pacientes magnetizadas, e para a facilidade

com que um médico sem escrúpulos se poderia aproveitar da fragilidade das pacientes e pervertê-las sexualmente (Bailly e outros, 1784/2002b; Neuberg, 2008). É de notar contudo que Jussieu, um membro da segunda comissão, se revelou insatisfeito com a metodologia utilizada e desenvolveu um estudo paralelo, fundamentado na observação de campo, acabando por redigir um relatório independente onde, apesar de descartar a teoria do magnetismo animal e aceitar a acção de agentes como a imaginação, o toque e a imitação, constatou também a presença de um agente desconhecido que designou como “calor animal”, e recomendou investigação posterior (Crabtree, 1988; Neuberg, 2007). A publicação dos relatórios desencadeou uma acesa polémica entre apoiantes e críticos de Mesmer, mas o poder disciplinador que a ciência passou a ter (ocupando um espaço anteriormente assumido pela igreja) impôs a condenação do magnetismo animal, remetendo-o para o campo da irracionalidade e do charlatanismo. Tal como refere Neuberg (2007, 2008), numa perspectiva epistemológica os pressupostos nucleares do magnetismo animal entravam em choque com a racionalidade científica dominante (o facto de não conseguir efectivar o princípio isomórfico, que implicava a separação sujeito-objecto, colocava-o sob suspeita de simulação ou fraude); a sua condenação traduziu pois os ideais científicos da época, que passavam pela necessidade de rejeitar qualquer doutrina ou prática que ameaçasse o “projecto moderno de ciência”. Mesmer acabou por se retirar definitivamente de Paris, vivendo supostamente na Alemanha em relativa reclusão, mas o magnetismo animal haveria de ter um profundo impacto na medicina, psicologia e investigação psíquica ou parapsicologia (Crabtree, 1988).

Apesar da sua condenação e do declínio de Mesmer após 1790, o magnetismo animal (também chamado de “mesmerismo”) continuou a ser intensamente praticado, expandiu-se e desenvolveu-se, não só em França como noutros países. Para este florescimento, e ainda para uma evolução do magnetismo animal num sentido mais psicológico, contribuiu em grande parte o trabalho do Marquês de Puységur (1751-1825), um dos discípulos mais entusiastas de Mesmer e que desenvolveu a sua prática do magnetismo animal na província, onde residia, depois de a aprender em Paris. Puységur descobriu que algumas pessoas, após serem magnetizadas (em vez de manifestarem as crises violentas típicas do método de Mesmer), entravam num estado de relaxamento profundo, uma espécie de sono durante o qual, apesar de aparentemente adormecidas, continuavam capazes de responder a perguntas e transmitir informações. Designou este estado, primeiro de “sono magnético” e mais tarde de “sonambulismo magnético” ou “sonambulismo artificial”, pelas semelhanças que encontrou

com o sonambulismo natural. Puységur também constatou que durante este estado os pacientes eram muito sugestionáveis às indicações e propostas do magnetizador, e que se tornavam mais perceptivos, podendo aparentemente diagnosticar a sua própria doença e a de outros, e mesmo prescrever remédios eficazes. Observou ainda que, após acordar, o paciente não recordava nada do que tinha acontecido durante o sono magnético, mas que mantinha uma memória contínua de estado de sono para estado de sono (Crabtree, 1988). Do seu importante trabalho prático e teórico resultaram diversos contributos, que marcaram o redireccionamento do magnetismo animal num sentido mais psicológico e mais próximo da psicoterapia e hipnose modernas. Descarta a necessidade das convulsões violentas no processo de cura e enfatiza a importância da relação ou vínculo entre terapeuta e paciente. Considera a intenção e atenção ao alívio do paciente, por parte do magnetizador, além da sua neutralidade e paciência, como componentes essenciais no processo de cura (Crabtree, 1988; Gezundhajt, 2007). Deu conta de uma consciência dupla ou dividida nos seres humanos, com duas cadeias distintas de memória, abrindo caminho a uma nova linha de investigação que terá levado, nos finais do séc. XIX, aos conceitos de “subsciente” (Pierre Janet) e de “inconsciente” (Freud). Desenvolve uma teoria das perturbações mentais, considerando que estas se devem a um “sonambulismo desordenado”, isto é, que a pessoa perturbada tinha ficado presa numa relação magnética com alguém importante, e que a cura passava por substituir a relação perturbada por uma relação saudável com o magnetizador – uma teoria psicoterapêutica que, pela ênfase na dinâmica terapêutica entre magnetizador e paciente, se mostra muito próxima dos modernos conceitos de transferência e contra-transferência desenvolvidos por Freud (Crabtree, 1988). Embora Puységur não negasse a existência do fluido magnético, nunca considerou relevante a questão da sua existência ou não (contrariamente a Mesmer), dando apenas importância ao processo de cura e aos resultados.

A abordagem mais psicológica de Puységur foi adoptada e desenvolvida por vários investigadores, dando origem a uma nova formulação teórica do fenómeno do magnetismo animal. José Custódio Faria (1746-1819), conhecido como Abade Faria, foi o primeiro a sugerir esta nova formulação e com isso a abrir a primeira brecha na teoria do fluido magnético, ao alegar que a verdadeira causa do fenómeno do magnetismo animal era psicológica (Crabtree, 1988). No seu famoso livro *De la Cause du Sommeil Lucide*, publicado em 1819, Faria designa o sonambulismo artificial de “sono lúcido”, considera-o um fenómeno natural (que ocorre naturalmente na espécie humana), afirma que não há qualquer agente

externo envolvido - seja o fluido magnético de Mesmer, ou o poder do magnetizador defendido por Puységur - e que em vez disso, para produzir este estado de transe, o operador faz uso da sugestão (Crabtree, 1988; Gezundhajt, 2007). Além de enfatizar o poder da sugestão, Faria demonstrou também o poder da auto-sugestão. As suas técnicas para induzir o sono lúcido, baseadas em sugestões, continuam a ser usadas pelos actuais hipnotizadores (Gezundhajt, 2007), e as sugestões para mudanças benéficas, dadas ao paciente durante o sono, são consideradas por Gravit (1991) precursoras das actuais sugestões pós-hipnóticas. É reconhecido como o fundador do movimento “imagionista” (por oposição aos “espiritualistas”, movimento que também se inspirou no trabalho de Puységur mas que seguiu uma via mística), do qual Alexandre Bertrand (1795-1831) também fez parte, entre outros (Crabtree, 1988; Gezundhajt, 2007). Paralelamente à corrente psicológica, a corrente médica do magnetismo animal continuou a desenvolver-se. Para além das tradicionais curas médicas, o magnetismo passou também a ser usado como anestesia em intervenções cirúrgicas. Destacam-se os médicos John Elliotson (1791-1868), que usou bastante este método no Hospital Universitário de Londres, e James Esdaille (1808-1859), que na Índia realizou com sucesso dezenas de operações com anestesia mesmérica em meados da década de 1840. Apesar de prometedora, esta nova utilização teve uma vida curta, sendo o seu declínio marcado pela introdução do clorofórmio como analgésico, em Inglaterra, em 1847 (Crabtree, 1988; Gezundhajt, 2007).

O fim definitivo da era do magnetismo e o nascimento da moderna hipnose dá-se com o médico britânico James Braid (1795-1860), que em 1842 cunhou o termo “hipnotismo” (significando “sono artificialmente produzido”) em substituição de “magnetismo animal”, pretendendo assim acabar definitivamente com a noção de um agente físico imponderável na produção do fenómeno do sonambulismo, ao mesmo tempo que propunha uma explicação alternativa com um carácter mais científico para a época (Crabtree, 1988; Melikian & Carvalho, 2008; Gezundhajt, 2007). Na sua obra clássica *Neurypnology, or the Rationale or Nervous Sleep*, publicada em 1843, Braid descreve o hipnotismo como um estado psicofisiológico que não necessita de qualquer operador ou agente especial, e pode mesmo ser auto-induzido através de técnicas simples como a fixação do olhar, o relaxamento do corpo e a concentração da atenção (Crabtree, 1988; Melikian & Carvalho, 2008). Deu também ênfase ao papel da sugestão, tanto na produção como nos efeitos curativos do estado hipnótico, denotando uma influência do trabalho do Abade Faria. Inseriu a hipnose no campo da

medicina moderna, considerando-a um poderoso complemento para a cura e defendendo o seu uso exclusivo por médicos. (Crabtree, 1988; Gezundhajt, 2007). Apesar do magnetismo animal na sua forma tradicional se manter ainda por mais 60 anos, a perspectiva de Braid acabou por dominar, e a sua terminologia tornou-se a nomenclatura aceite (Crabtree, 1988).

Por volta de 1860 as ideias de Braid foram introduzidas em França, levando uma nova geração de médicos, treinados na observação psicológica, a envolver-se no estudo do fenómeno hipnótico e conduzindo a novos desenvolvimentos na sua conceptualização. Duas abordagens distintas da hipnose acabariam por se definir e rivalizar durante as últimas décadas do séc. XIX em França. Uma delas, conhecida como a Escola de Nancy, prosseguiu e desenvolveu a teoria da sugestão para explicar a hipnose (tanto a sua indução como os seus efeitos terapêuticos), e teve como fundadores e principais representantes Auguste Ambroise Liébeault (1823-1904) e Hippolyte Bernheim (1840-1919). Foi Liébeault (um simples médico de província) quem deu o primeiro e grande contributo para as ideias defendidas pela Escola de Nancy, pelas quais viria a ser considerado o pai da hipnose moderna e o fundador da sugestão terapêutica. Em 1860 passou a usar o hipnotismo para tratar doenças de alguns dos seus pacientes com grande sucesso, usando uma técnica baseada na sugestão verbal. Ao mesmo tempo dedica-se, por sua conta, a observar e a estudar o fenómeno, de onde resulta uma conceptualização própria da hipnose. Revelando uma aproximação às ideias do Abade Faria, acreditava que o estado hipnótico era provocado apenas pela sugestão verbal (e não por qualquer acção física ou fluido magnético), e que os seus efeitos curativos se deviam ao poder da sugestão. Tornou-se um mestre a hipnotizar pacientes e estimou que 95% das pessoas eram hipnotizáveis. O seu trabalho (que incluiu a publicação das suas ideias em livro) foi inicialmente criticado pela comunidade científica, mas acabou por ser notado e reconhecido por Bernheim, um prestigiado médico e professor da Faculdade de Nancy, e é na sequência desse reconhecimento que os dois iniciam a Escola de Hipnotismo de Nancy (Crabtree, 1988; Gezundhajt, 2007). Bernheim (tal como toda a comunidade científica da altura) tinha como grande referência a teoria de Charcot - segundo a qual o hipnotismo era um “apêndice da histeria” - mas a sua própria aplicação da técnica de Liébeault fá-lo rapidamente concluir que se trata afinal de um estado psicológico próprio, intimamente ligado à sugestão. No seu livro *De la Suggestion dans l'État Hypnotique et dans l'État de Veille*, de 1884, descreve 9 etapas do sono hipnótico (Liébeault considerava apenas 6), apresenta uma definição de hipnotismo – “a indução de uma condição psicológica peculiar, a qual aumenta a sugestionabilidade à

sugestão” – e discorre também acerca dos fenômenos associados ao estado hipnótico, que incluíam os movimentos automáticos, a obediência automática, alucinações sugeridas durante o sono hipnótico e alucinações pós-hipnóticas (Crabtree, 1988).

A Escola de Salpêtrière, liderada por Jean-Marie Charcot (1825-1893), representou uma outra abordagem teórica da hipnose que se desenvolveu paralelamente e em conflito com a Escola de Nancy, muito porque se baseou num modelo mais organizativo do hipnotismo. Charcot foi um dos mais respeitados neurologistas do séc. XIX, tendo-se interessado particularmente pelo estudo da histeria enquanto condição neurológica. Em 1878 começa a fazer experiências com hipnotismo usando como sujeitos mulheres histéricas, suas pacientes no Hospital de Salpêtrière em Paris, a partir das quais desenvolve as suas próprias ideias acerca da natureza da hipnose, que apresentou à Academia de Ciências francesa. Descreveu três fases distintas do hipnotismo (letargia, catalepsia e sonambulismo), acreditando surgirem numa sucessão regular e estarem sempre presentes na indução hipnótica. Considerava o hipnotismo como uma condição organicamente determinada (e não o resultado da sugestão) e como um fenómeno patológico – uma neurose artificialmente criada muito semelhante à histeria – que não podia ser usado para fins terapêuticos (Crabtree, 1988; Gezundhajt, 2007). Retrospectivamente, pode questionar-se a validade científica do protocolo experimental de Charcot, não só pelo seu método de indução próximo de Braid ou mesmo de Mesmer, mais físico e “violento” que a técnica das sugestões verbais (provocava fisicamente amnésia e convulsões esfregando a cabeça, usando magnetos e pratos metálicos), como também, segundo Marks (1947, citado em Gezundhajt, 2007), porque as suas conclusões se basearam numa amostra restrita de três pacientes. Na altura a perspectiva de Charcot influenciou consideravelmente os investigadores psicológicos e tornou-se a doutrina central da Escola de Salpêtrière (Crabtree, 1988).

A competição entre a Escola de Salpêtrière e a Escola de Nancy resultou em estudos experimentais sobre hipnotismo, sugestão e histeria que se viriam a revelar de grande valor (Crabtree, 1988). Entre os trabalhos mais importantes conta-se o de Pierre Janet (1859-1947), que sendo embora associado de Charcot, não era aderente da sua escola e procurou posicionar-se de forma independente relativamente às duas escolas então rivais. Janet focou o seu trabalho na histeria e nos automatismos psicológicos associados a essa patologia. As suas observações levaram-no a desenvolver a noção de “subsciente”, designando uma área de actividade mental onde se originam as alterações emocionais (Crabtree, 1998). Considerava

os sintomas histéricos como o resultado das crenças do subconsciente. Estudou particularmente o fenómeno da personalidade múltipla, a que chamou “existências psicológicas simultâneas”, considerando-a uma forma especial de histeria em que os sintomas histéricos tinham sido dissociados da consciência e esquecidos, convertendo-se em ideias fixas. Usava o sonambulismo de forma terapêutica, com o objectivo de substituir a personalidade histérica por outra saudável (Crabtree, 1988; Gezundhajt, 2007). Os estudos de Janet nesta área (e de outros, como Alfred Binet e Eugène Azan) contribuíram muito para a compreensão, quer das perturbações histéricas, quer da natureza da consciência hipnótica no indivíduo normal; além disso, os conhecimentos revelados sobre o subconsciente tiveram implicações no desenvolvimento de métodos terapêuticos das perturbações emocionais (Crabtree, 1988), como é o caso da psicanálise de Freud.

Sigmund Freud (1856-1939) foi um dos últimos personagens famosos dos finais do séc. XIX a trabalhar com a hipnose para fins terapêuticos, e um dos grandes responsáveis pelo seu declínio, na sequência da sua criação do modelo psicanalítico. Freud vem de Viena (onde exercia como médico) para Salpêtrière em 1885 para estudar com Charcot, onde se interessa pela psicopatologia da histeria e tem o seu primeiro contacto com a hipnose. Em 1889 viajou para Nancy, onde estudou com Liébeault e Bernheim. Após o regresso a Viena, e em colaboração com Josef Breuer (1842-1925), usou a hipnose no tratamento da histeria para facilitar a recuperação de memórias traumáticas. Aplicou o método catártico já usado por Breuer em 1881, que se limitava basicamente a comandos directos e autoritários para a recordação dos traumas passados e para a remissão dos sintomas, considerado pouco eficaz pelos actuais psicoterapeutas (Gravitz, 1991; Gezundhajt, 2007). Poucos anos mais tarde (em 1905) Freud abandonou a hipnose e desaconselhou a sua prática, argumentando que limitava a autonomia psicológica do paciente (criava uma dependência emocional do paciente face ao terapeuta que fragilizava ou anulava as suas defesas), que não era eficaz a penetrar as memórias reprimidas, as quais tendiam a ser mascaradas pelo processo de indução de catarse, e que não promovia uma verdadeira cura, provocando apenas o desaparecimento temporário dos sintomas (Gezundhajt, 2007). Neuberger (2006, 2008) defende que a principal razão de Freud para o abandono da hipnose a favor do seu próprio método psicanalítico se prendeu com problemas epistemológicos de ajustamento ao paradigma da racionalidade científica, isto é, à dificuldade em distinguir, na hipnose, os dados confiáveis da realidade - os únicos com validade científica - dos possíveis artefactos produzidos pelos pacientes na sua ânsia de

agradar aos médicos. O impacto do abandono e da denúncia da hipnose por Freud transformou-se num forte obstáculo ao reconhecimento e desenvolvimento futuro da hipnose a nível clínico e epistemológico (Gezundhajt, 2007; Neuberg, 2006, 2008). A partir daí a hipnose entra num período de ostracismo, ressurgindo apenas na Primeira Guerra Mundial como alternativa aos anestésicos para cirurgias e alívio das dores em soldados feridos, e também para uso psicoterapêutico (Gravitz, 1991).

Nas décadas de 1940 e 50 nos Estados Unidos, o trabalho de Hull deu um contributo significativo para o desenvolvimento da investigação em hipnose. A publicação do seu livro *Hypnosis and Suggestibility* (Hull, 1933/1968, citado em Almeida-Melikian & Carvalho, 2008), e a elevada reputação do autor no seio do movimento neo-comportamentalista facilitaram-lhe a divulgação da hipnose no meio científico americano, ajudando à sobrevivência da hipnose como prática clínica e como objecto de estudo científico. Na segunda metade do séc. XX assiste-se a um crescente interesse pelo estudo da hipnose por parte de médicos e psicólogos. De entre eles destaca-se Milton Erickson (1901-1980), um psicoterapeuta americano que se revelou um dos nomes mais influentes e decisivos no desenvolvimento da hipnose clínica do séc. XX. Erickson revolucionou de certa forma a concepção e a utilização clínica da hipnose. Com ele as sugestões passaram a ser menos rígidas, mais permissivas e flexíveis, e a hipnose assumiu um carácter mais naturalista (Almeida-Melikian & Carvalho, 2008). Considerava que os estados de transe são fenómenos normais e naturais no quotidiano das pessoas, como acontece quando se fica absorvido na leitura de um livro ou no sonhar acordado. Defendeu que se devia aproveitar esta capacidade natural para ajudar terapeuticamente as pessoas, e que a hipnose, neste contexto, seria o procedimento terapêutico mais indicado. A prática de Erickson criou escola, e sensibilizou muitos clínicos para a importância de ajustar as intervenções terapêuticas às idiossincrasias de cada paciente. A criação em 1957 da American Society of Clinical Hypnosis (ASCH) constitui um dos vários contributos de Erickson e o que mais visivelmente representa a importância do seu trabalho no desenvolvimento da hipnose (Almeida-Melikian, 2008; Rossi, 1982; Zeig & Geary, 2001, citados em Almeida-Melikian & Carvalho, 2008)

No campo académico, Ernest H. Hilgard (1904-2001) destaca-se como um dos nomes mais importantes no desenvolvimento da investigação em hipnose do séc. XX. Na década de 50 Hilgard desenvolveu um programa intensivo de investigação em hipnose na Universidade de Stanford. Um dos grandes contributos de Hilgard, em estrita colaboração com André M.

Weitzenhoffer (1921-2005), foi a criação das primeiras escalas estandardizadas e válidas de susceptibilidade hipnótica, as chamadas Escalas de Stanford, de que se falará mais adiante. Hilgard desenvolveu ainda a chamada teoria neo-dissociativa da hipnose, baseada no modelo cognitivo contemporâneo que postula a existência de um número de subsistemas específicos de processamento da informação governados por um mecanismo supervisor, ou sistema executivo, envolvido no controle da sua activação. A teoria neo-dissociativa de Hilgard assume que durante a hipnose ocorre uma dissociação temporária entre o ego executivo e os outros subsistemas cognitivos do sujeito, pelo que estes são activados directamente pelas sugestões do hipnotizador. Segundo a teoria, esta diminuição do controle executivo é responsável pela impressão subjectiva de involuntariedade e automatismo que caracteriza as respostas hipnóticas (Hilgard, 1974, citado em Almeida-Melikian & Carvalho, 2008; Lynn & Kirsch, 2004). Outros autores desenvolveram paralelamente teorias alternativas no que respeita à conceptualização dos fenómenos hipnóticos, e que cabem dentro do que se designa por corrente sócio-cognitiva. De entre os autores mais importantes do modelo sócio-cognitivo destacam-se Theodore R. Sarbin (1911-2005), Theodore X. Barber (1927-2005) e Nicholas Spanos (1942-1994). A orientação sócio-cognitiva explica os comportamentos em situação de hipnose como sendo devidos à combinação de múltiplos factores derivados da psicologia normal cognitiva, comportamental e social, tais como as expectativas, atitudes e crenças dos sujeitos face à hipnose, as suas interpretações das sugestões e de outros aspectos do contexto hipnótico (Lynn, Kirsch, & Hallquist, 2008, citado em Almeida-Melikian & Carvalho, 2008). Estas duas correntes rivalizam na conceptualização da hipnose como tendo ou não inerente um estado alterado de consciência, que no meio académico é vulgarmente designado como o debate estado versus não-estado. Os dois modelos continuam a ter actualmente os seus defensores, mas alguns autores defendem a utilidade de ultrapassar esta divisão teórica e adoptar uma abordagem mais construtiva, no sentido de integrar os aspectos válidos das diferentes teorias da hipnose actualmente em confronto (Kihlstrom, 2008, citado em Almeida-Melikian & Carvalho, 2008).

### **Sugestionabilidade e susceptibilidade hipnótica**

O desenvolvimento de medidas estandardizadas e fiáveis de responsividade hipnótica, a partir da segunda metade do século XX, constitui certamente um marco significativo no

estudo científico da hipnose. De facto, a maioria das investigações modernas são desenhadas com base nas diferenças individuais, sendo estas medidas a partir de escalas de responsividade hipnótica (Woody & Barnier, 2008). James Council (1999) considera que a pesquisa em hipnose tem aumentado consideravelmente não só em quantidade mas também em qualidade desde a introdução destas medidas estandardizadas de confiança. Há mesmo autores, como Ken Bowers, que vêem as escalas de hipnose estandardizadas como o alicerce seguro e portanto necessário para a construção de todo o edifício da hipnose científica (Bowers, 1982, citado em Woody & Barnier, 2008). No campo da investigação experimental as escalas estandardizadas de hipnose são úteis para diferentes fins, tais como seleccionar sujeitos com determinado nível de responsividade hipnótica para testes posteriores, ou investigar a natureza, estabilidade e factores correlativos da capacidade hipnótica, ou ainda usar a responsividade (capacidade) hipnótica como variável dependente para investigar experimentalmente o papel desempenhado por diversas variáveis independentes. A sua utilidade abrange também o campo clínico, dado fornecerem informação acerca do grau de aptidão do cliente para beneficiar dos procedimentos hipnóticos (Fellows, 1988). Quando o trabalho clínico faz parte de um projecto de investigação, a medição da sugestibilidade hipnótica através de um instrumento fiável e estandardizado torna-se essencial para avaliar com segurança o papel desempenhado pela hipnose nas mudanças terapêuticas ocorridas (Piccione, Hilgard & Zimbardo, 1999; Weitzenhoffer, 2002).

De forma geral uma escala de hipnotizabilidade ou susceptibilidade hipnótica consiste num certo número de sugestões que os sujeitos podem passar com sucesso ou falhar. As sugestões podem ser de produção motora (movimentos involuntários), inibições motoras (paralisias), produções cognitivas (alucinações) e inibições cognitivas (inibições sensoriais, amnésia). As sugestões podem ser precedidas por um ritual de indução hipnótica, normalmente instruções para relaxamento mental e muscular com a menção da palavra 'hipnose'.

Desde muito cedo na história da hipnose foi reconhecido haver diferenças individuais significativas na capacidade de resposta a procedimentos hipnóticos, variando desde os que parecem ser total ou quase totalmente resistentes à hipnose aos que surgem como altamente receptivos (E.R. Hilgard, 1979; Council, 2002). Além disso, também num mesmo indivíduo pareciam manifestar-se diferentes níveis de hipnose durante a sessão, o que levou à noção de

que a hipnose ocorria em diferentes fases, a que correspondiam diferentes níveis de profundidade do estado hipnótico (Council, 2002). Como consequência, conceitos como ‘profundidade hipnótica’, ‘hipnotizabilidade’ e ‘susceptibilidade hipnótica’ influenciaram fortemente a teoria, a prática e a medição da hipnose ao longo da sua história (Edmonston 1986, citado em Council, 2002), e são largamente referidos na literatura sobre hipnose do séc. XX (associados aos instrumentos para a sua medição), muitas vezes como tendo um significado idêntico (Weitzenhoffer, 2000). Contudo, nos últimos anos assistiu-se a um esforço de clarificação teórica e operativa destes conceitos, e apesar de se manterem ambiguidades e discordâncias significativas, actualmente tende-se a diferenciar claramente o conceito de ‘profundidade hipnótica’ – representando o grau de envolvimento hipnótico do sujeito a um dado momento (Hilgard, 1979) – dos conceitos de ‘hipnotizabilidade’, e ‘susceptibilidade hipnótica’, estes comumente usados como sinónimos e significando a ‘aptidão’ para desenvolver o estado de hipnose (Hilgard, 1979) ou, como prefere Weitzenhoffer (2000, 2002), a ‘capacidade’ para entrar num estado de hipnose, ou para desenvolver os efeitos geralmente considerados hipnóticos - independentemente da profundidade presumivelmente atingida. Neste sentido, já é de forma geral reconhecido que as chamadas escalas estandardizadas de susceptibilidade hipnótica medem ou pretendem medir a hipnotizabilidade, mas não a profundidade hipnótica. Um reconhecimento partilhado não só por autores que consideram a profundidade hipnótica apenas como hipotética (tal como Weitzenhoffer, 2000, 2002), mas também por aqueles que não a põe em causa (como Barnier & Nash, 2008), ou mesmo que desenvolveram escalas específicas para a sua medição (como Hilgard, 1979).

Os conceitos de ‘hipnotizabilidade’ e ‘susceptibilidade hipnótica’ estão historicamente relacionados com o de ‘sugestionabilidade’. A proposta teórica de Bernheim (1884, citado em Crabtree, 1988) de que todos os efeitos hipnóticos são o resultado de sugestões tornou-se uma perspectiva globalmente aceite pela comunidade científica, tal como Kihlstrom (2008) confirma quando escreve que “a conexão entre hipnose e sugestão é tão forte que os dois domínios têm sido encadeados ao longo da moderna história do campo’ (p. 26). A forte ligação entre ‘sugestionabilidade’ e ‘hipnotizabilidade’ está reflectida na definição convencional de hipnotizabilidade como um aumento na sugestionabilidade produzida pela hipnose (Bernheim, 1886/1897; Hilgard & Tart, 1966; Hull, 1933, citados em Kirsch, 1997; Hilgard, 1979). Na prática, a hipnotizabilidade ou susceptibilidade hipnótica é medida como

sugestionabilidade hipnótica, ou sugestionabilidade após indução hipnótica (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962, citado em Kirsch, 1997). Estes termos são tradicionalmente considerados sinónimos, tal como é assumido por Piccione, Hilgard e Zimbardo (1989) quando escrevem:

“Os testes que visam medir a hipnotizabilidade avaliam o que tem sido variavelmente chamado de sugestionabilidade, susceptibilidade, ou responsividade hipnótica. Todos estes termos descritivos podem ser considerados sinónimos da capacidade ou habilidade medida de uma pessoa para produzir comportamentos e experiências que cabem dentro do complexo domínio da hipnose” (p. 289)

Contudo, muitos autores consideram actualmente que o método de determinar a hipnotizabilidade com base na resposta a sugestões após indução hipnótica implica confundir ‘hipnotizabilidade’ com ‘sugestionabilidade sem hipnose’ (Council, 1999; Kirsch, 1997; Kirsch e Braffman, 1999; Weitzenhoffer 2000, 2002). Estes são conceitos que, embora relacionados, importa distinguir. O próprio Hilgard (1979), embora mantenha a sua posição tradicional acerca da validade das escalas na medição da hipnotizabilidade, reconhece a importância de fazer esta distinção, ao assumir que, embora a ‘condição hipnótica’ possa ser descrita como ‘sugestionabilidade acrescida’, as pessoas também respondem a sugestões sem uma indução hipnótica formal, um efeito aliás aproveitado na própria indução hipnótica ao utilizar a resposta à sugestão como meio de indução. Para Hilgard (1979), a legitimidade de medir a hipnotizabilidade através das actuais escalas de susceptibilidade hipnótica suporta-se na crença de que a sugestionabilidade sem indução hipnótica se deve também à aptidão hipnótica. Contudo, para os autores acima citados e outros, o facto de as actuais escalas de susceptibilidade hipnótica consistirem apenas num conjunto de sugestões de teste indica que elas serão uma medida válida de sugestionabilidade, isto é, ‘da capacidade para responder a sugestões com um efeito de sugestão’ (Weitzenhoffer, 2002, p. 211), mas não de hipnotizabilidade – ou seja, não nos podem dizer com certeza se um indivíduo está hipnotizado, uma vez que a hipnotizabilidade é apenas inferida e não directamente observável ou directamente medida. Weitzenhoffer (2000) argumenta ainda que, mesmo tendo já sido demonstrado que a indução hipnótica produz um aumento nos efeitos produzidos pela sugestão (o que obriga desde logo a distinguir entre responsividade à sugestão com e sem hipnose), nada nas escalas permite diferenciar que parte da responsividade aos testes poderá ser devida à sugestionabilidade hipnótica e que parte poderá ser devida à sugestionabilidade

não hipnótica, vulgarmente referida como sugestionabilidade em estado de vigília (waking suggestibility).

Apesar de se manterem diferentes posições teóricas no que respeita à relação entre hipnotizabilidade e sugestionabilidade, mesmo autores que defendem que a condição hipnótica não se reduz à sugestionabilidade consideram estes estudos relevantes para o avanço no estudo científico da hipnose. Heap, Brown e Oakley (2004) referem que uma crescente compreensão da susceptibilidade hipnótica é importante para o estudo mais geral da personalidade humana e da psicologia clínica. Weitzenhoffer (2002) alerta para o facto de a sugestionabilidade ser o único aspecto intimamente ligado à hipnose que tem sido objectivamente medido de forma quantitativa, e que o nome das escalas (usando o termo 'susceptibilidade hipnótica' como sinónimo de 'hipnotizabilidade') introduz uma fonte de confusão passível de ter originado conclusões erróneas em investigações acerca do estado da hipnose. Consideramos que estas clarificações e precauções devem ser ponderadas sempre que estão em causa situações de utilização experimental das chamadas escalas estandardizadas de susceptibilidade hipnótica.

As primeiras escalas estandardizadas e fiáveis de susceptibilidade hipnótica foram desenvolvidas na universidade de Stanford no final dos anos 50. São as Escalas de Stanford de Susceptibilidade Hipnótica, versões A e B (SHSS:A, B, Weitzenhoffer & Hilgard, 1959), que constituem formas paralelas e alternativas do mesmo instrumento de medida. A SHSS:A (tal como a sua versão alternativa) é uma escala de 12 itens ou sugestões para administração individual de acordo com um procedimento estandardizado, usa como indução hipnótica o fechamento dos olhos e toma aproximadamente uma hora para aplicação. As sugestões são de natureza motora e cognitiva, mas predominantemente motora. Alguns itens da SHSS:A permitem à pessoa responder a sugestões directas (e.g., abaixamento dos braços). Outros itens testam a perda ou inibição do controle motor (e.g. rigidez dos braços). Itens adicionais, de natureza cognitiva, incluem sugestão de alucinação, amnésia e sugestão pós-hipnótica. Na análise factorial da escala, o maior peso é representado pelos itens de inibição motora (Hilgard, 1965, citado em Hilgard, 1979). A SHSS:A é uma escala comportamental ou de desempenho hipnótico aberto, isto é, avalia a responsividade hipnótica usando os comportamentos observáveis dos sujeitos em resposta às sugestões dadas (por oposição a outras, chamadas escalas experienciais, que avaliam a experiência subjectiva dos sujeitos presumivelmente hipnotizados). A SHSS:A serviu como modelo e *standard* para a maioria

das escalas usadas na moderna investigação científica. Recebeu maior escrutínio científico do que quaisquer outras e apresenta valores elevados de fiabilidade teste-reteste e de consistência interna (Piccione et al., 1989; Weitzenhoffer, 2000). A SHSS:A é considerada uma escala de ‘finalidade geral’ ou de ‘amostras de trabalho’, apropriada para seleccionar sujeitos, uma vez que inclui uma série de sugestões simples e fáceis, e estima a responsividade hipnótica sob condições estandardizadas (Barnier & McConkey, 2004).

Os mesmos autores desenvolveram ainda a Escala de Stanford de Susceptibilidade Hipnótica, versão C (SHSS:C, Weitzenhoffer & Hilgard, 1962), onde introduziram um maior número de itens cognitivos como forma de ultrapassar a limitação das versões A e B na captação das diferenças entre os sujeitos mais susceptíveis. De facto, sendo bastante similar às SHSS:A e B em termos de indução hipnótica e estrutura geral, com a inclusão de novos itens a SHSS:C avalia melhor a habilidade dos sujeitos para experimentar distorções de percepção e memória durante a hipnose. Difere ainda da SHSS:A ao apresentar itens por ordem crescente de dificuldade e complexidade, formando um índice de desempenho máximo. Por ser melhor que a SHSS:A na identificação de sujeitos com pontuações elevadas, a SHSS:C é considerada a escala de eleição quando se trata de medir a sugestionabilidade hipnótica (Weitzenhoffer, 2002; Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2008). É frequentemente administrada após a prática com uma escala inicial, como a SHSS:A. Mais tarde foi desenvolvida uma adaptação da SHSS:C destinada a administração grupal, a Escala de Susceptibilidade Hipnótica de Waterloo-Santford, versão C (WSGC, Bowers, 1993), cuja fiabilidade e validade foi já demonstrada (Bowers, 1993; Kirsch, Milling, & Burgess, 1998, citados em Carvalho et al., 2008). A grande vantagem da WSGC relativamente à versão individual é a economia de tempo e de recursos humanos, uma vez que a SHSS:C leva cerca de uma hora para administrar e exige examinadores com formação básica em hipnose. A HSGC foi recentemente traduzida e adaptada para Portugal (Carvalho et al., 2008).

### **Escala de Grupo de Susceptibilidade Hipnótica de Harvard, Versão A**

A Escala de Grupo de Susceptibilidade Hipnótica de Harvard, Versão A (HGSHS:A), desenvolvida e validada por Shor & Orne (1962, 1963), constitui uma adaptação para utilização em grupo da SHSS:A. Foi desenvolvida para eliminar a necessidade de um examinador treinado dedicar uma hora para testar cada sujeito individualmente, e pode ser

administrada a grupos de tamanho ilimitado. Foi cuidadosamente preparada para manter o mais possível as características da versão original sob condições de grupo. Apenas um item foi substituído, o da sugestão de balancear o corpo pela sugestão de descair a cabeça. A única alteração fundamental consistiu em dotar a escala de um sistema de auto-pontuação, em que o próprio sujeito avalia se a sua prestação correspondeu ou não aos comportamentos sugeridos, registando depois a sua avaliação num caderno de respostas. A HGSHS:A apresenta uma adequada fiabilidade de consistência interna, comparável com a SHSS:A, de acordo com valores relatados em diferentes estudos, citados em Angelini et al. (1999): 0,80 (Shor & Orne, 1963); 0,74 (Kirsch, Council, & Wickles, 1990) e 0,72 (Kumar, Marcano, & Pekala, 1996).

A HGSHS:A pode ser vista como um marco na investigação da hipnose. A sua grande vantagem face à versão individual (SHSS:A) é a de permitir aos investigadores o acesso a grandes amostras com uma significativa economia de tempo. A sua relação custo-eficácia torna-a provavelmente o instrumento mais usado na investigação da hipnose (Angelini, Kumar & Chandler, 1999). Os seus dados normativos estão já disponíveis para um grande número de países (América, Austrália, Canadá, Dinamarca, Itália, Finlândia, Alemanha, Roménia, Espanha, Suécia e Coreia). É considerada um instrumento ideal para uma primeira familiarização dos sujeitos com a hipnose, mas também como determinação inicial da responsividade hipnótica enquanto fase prévia para uma classificação mais rigorosa através de métodos mais sensíveis, como a SHSS:C ou a correspondente versão grupal, a WSGC (Register e Kihlstrom, 1986, citado por Angelini et al, 1999). Kirsch e colaboradores (1990) e Weitzenhoffer (2000) referem também que a HGSHS:A é particularmente útil e frequentemente utilizada como instrumento de avaliação inicial para seleccionar uma grande amostra de sujeitos com níveis elevados e/ou baixos de hipnotizabilidade para participação em estudos, ou quando é necessário manter ao longo da investigação uma amostra de indivíduos com variados graus de sugestionabilidade, sendo então a escala usada como variável dependente.

Em Portugal a investigação experimental e clínica em hipnose encontrava-se particularmente dificultada, ou mesmo vedada, até à recente disponibilização da WSGC em Portugal (Carvalho et al., 2008). A adaptação desta escala para a população portuguesa apresenta um elevado valor para o desenvolvimento do estudo da hipnose em Portugal, tanto no domínio da investigação experimental como nos campos clínicos da saúde e da psicoterapia. Contudo, consideramos que ela não responde a todas as necessidades de

investigação em hipnose, e que a HGSHS:A trará um valor acrescido pela sua complementaridade. Como já foi referido, A WSGC revela-se uma escala grupal particularmente adequada para identificar com maior segurança indivíduos com efectiva aptidão hipnótica (Weitzenhoffer, 2002), ou para captar diferenças entre os que obtêm pontuações elevadas em escalas menos sensíveis, como é o caso da HGSHS:A. Nesse sentido, será relevante introduzir também em Portugal a HGSHS:A, enquanto instrumento de medida válido e fiável que possa complementar o campo de utilização da WSGC nas situações de investigação em que lhe é reconhecida vantagem ou melhor adequação, relacionadas com a sua maior facilidade (tanto na administração por parte dos examinadores, como de resposta por parte dos sujeitos). Salienta-se a sua particular adequação para uma primeira familiarização com a hipnose ou determinação inicial da sugestionabilidade hipnótica para uma posterior classificação mais rigorosa através da WSGC, ou para selecção de grandes amostras de sujeitos.

O objectivo do nosso trabalho é iniciar o processo de tradução e adaptação para português da HGSHS:A, o qual, a ser completado futuramente por outros investigadores, permitirá a sua posterior utilização por todos os que possam estar interessados em desenvolver o estudo científico da hipnose em Portugal.

## REFERÊNCIAS

- Angelini, J.F., Kumar, V.K., & Chandler, L. (1999). The Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility and related instruments: individual and group administrations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47 (3), 236-250.
- Bailly, J.S. (1784/2002). Secret report of mesmerism or animal magnetism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50 (4), 364-368.
- Bailly, D'Arcet, De Bory, J.H., Franklin, B., Guilhotin, Lavoisier, Leroy, Majault, & Sallin (1784/2002). Report of the commissioners charged by the King with the examination of animal magnetism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50 (4), 364-368.
- Barnier, A.J., & Nash, M.R. (2008). Introduction: a roadmap for explanation, a working definition. In: M. Nash, A. Barnier (Eds.), *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, research and practice* (pp. 1-18). New York: Oxford University Press. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=UfvUOTmnL14C&dq>
- Binet, A., & Féré, C. (1892/2003). *Animal Magnetism*. Kessinger Publishing. Disponível em: <http://books.google.com/books?id=-u5QzmGkmgkC&hl=pt->
- British Psychological Society. (2001). *The Nature of Hypnosis: A report prepared by a working party at the request of the Professional Affairs Board of the British Psychological Society*.
- Bowers, K.S. (1993). The Waterloo-Stanford Scale C (WSGC) scale of hypnotic susceptibility: Normative and comparative data. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41(1), 35-46.
- Capafons, A. (2004). Hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, 1-2.

- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., & Leal, I. (2006). Apresentação da versão portuguesa de uma escala de avaliação de susceptibilidade hipnótica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 3-11.
- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., & Leal, I. (2008). Portuguese norms for the Waterloo-Stanford Group C (WSGC) Scale of Hypnotic Susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 295-305.
- Council, J.R. (1999). Measures of hypnotic responding. In: I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena Buela, S. Amigó (Eds.), *Clinical Hypnosis and Self-Regulation Therapy: A cognitive-behavioural perspective* (pp. 119-141). Washington DC: American Psychological Association.
- Council, J.R. (2002). A historical overview of hypnotizability assessment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44 (3/4), 199-208.
- Crabtree, A. (1988). *Animal magnetism, early hypnotism and psychical research, 1766-1925: An annotated bibliography*. Disponível em: <http://esalenctr.org/display/animag.cfm>
- Fellows, B.J. (1988). The use of hypnotic susceptibility scales. In: M. Heap (Eds.), *Hypnosis: current clinical, experimental and forensic practices*. London, New York, Sydney: Croom Helm. Disponível em: [http://books.google.pt/books?id=d6sOAAAAQAAJ&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.pt/books?id=d6sOAAAAQAAJ&source=gbs_navlinks_s)
- Forrest, D. (2002). Mesmer. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 295-308.
- Gezundhajt, H. (2007). An evolution of the historical origins of hypnotism prior to the twentieth century: between spirituality and subconscious. *Contemporary Hypnosis*, 24(4), 178-194.

- Gravitz, M. A. (1991). Early theories of hypnosis: A clinical perspective. In: S.J. Lynn, J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*. New York: Guilford Press.
- Heap, M., Brown, R.J., & Oakley, D.A. (2004). High hypnotizability: Key issues. In: M. Heap, R.J. Brown, D.A. Oakley (Eds.), *The highly hypnotizable person* (pp. 5-29). Disponível em:  
[http://books.google.pt/books?id=j88ADD7\\_-VEC&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.pt/books?id=j88ADD7_-VEC&source=gbs_navlinks_s)
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E.R. (1979). *A Saga of hypnosis: Two decades of the Stanford laboratory of hypnosis research (1957-1979)*. Disponível em: <http://www.ijceh.com/pdf/hilgard-saga.pdf>
- Kihlstrom, J.F. (2008). The domain of hypnosis, revisited. In: In: M. Nash, A. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice* (pp. 21-52). New York: Oxford University Press. Disponível em:  
<http://books.google.pt/books?id=UfvUOTmnL14C&dq>
- Kirsch, I. (1997). Suggestibility or hypnosis: what our scales really measure? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(3), 212-225.
- Kirsch, I., & Braffman, W. (1999). Correlates of hypnotizability: the first empirical study. *Contemporary Hypnosis*, 16(4), 224-230.
- Kirsch, I., Council, J., & Wickless, C. (1990). Subjective scoring for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(2), 125-138.
- Melikian, A., & Carvalho, C. (2008). *As ligações históricas entre hipnose, a psicoterapia e a psicologia*. In press.

- Neuberg, M.S. (2002). Milton Erickson e o Cavalo de Tróia: a terapia não convencional no cenário de crise dos paradigmas em psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 363-372.
- Neuberg, M.S. (2006). Hipnose e psicologia clínica: retomando a história não contada. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 346-354.
- Neuberg, M.S. (2007). Sobre a condenação do magnetismo animal: revisitando a história da psicologia. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 23(3), 347-356.
- Neuberg, M.S. (2008). Reflexões sobre o magnetismo animal: contribuições para a revisão da história da psicologia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 439-448.
- Piccione, C., Hilgard, E.R., & Zimbardo, P.G. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 289-295.
- Piesbergen, C., & Peter, B. (2006). An investigation of the factor structure of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A (HGSHS:A). *Contemporary Hypnosis*, 23(2), 59-71.
- Shor, R.E., & Orne, E.C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Shor, R.E., & Orne, E.C. (1963). Norms of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11, 39-47.
- Weitzenhoffer, A.M. (2000). *The practice of hypnotism (second edition)*. New York: John Wiley & Sons. Disponível em: [http://books.google.pt/books?id=oeE64K1\\_SRUC&dq](http://books.google.pt/books?id=oeE64K1_SRUC&dq)

Weitzenhoffer, A.M. (2002). Scales, scales and mores scales. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(3/4), 209-219.

Weitzenhoffer, A.M., & Hilgard, E.R. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Forms A and B*. Palo Alto (CA): Consulting Psychology Press.

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

Woody, E.Z., & Barnier, A.J. (2008). Hypnosis scales for the twenty-first century. What do we need and how should we use them? In: M. Nash, A. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice* (pp. 255-282). New York: Oxford University Press. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=UfvUOTmnLi4C&dq>

## **6.2 ANEXO B**

Caderno de Respostas  
da Escala de Grupo de Susceptibilidade Hipnótica de Harvard: Versão A (HGSHS:A)

CADERNO DE RESPOSTAS (HGSHS:A)  
© 1962 by Harvard University by Shor & Orne

Código \_\_\_\_\_ Pontuação \_\_\_\_\_

**ESCALA DE GRUPO DE SUSCEPTIBILIDADE HIPNÓTICA DE HARVARD**

**HGSHS:A**  
Tradução Portuguesa  
(Carvalho & Pontes, 2009)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

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**

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 VIRE A PÁGINA  
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 VOLTE ÀS PÁGINAS ANTERIORES**

### **Auto-Avaliação das respostas comportamentais**

Por favor complete as restantes 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.

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.

Por favor responda a *todas* as questões

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**POR FAVOR NÃO VOLTE ÀS PÁGINAS ANTERIORES**

## I- HGSHS:A-O

### **1. CABEÇA A PENDER**

Primeiramente foi-lhe dito 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.

### **2. 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.

### **3. 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.

### **4. 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.

## **5. 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.

## **6. 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.

## **7. 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.

## **8. 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 aceno 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”.

### **9. 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 enxotar. 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.

**POR FAVOR NÃO VOLTE ÀS PÁGINAS ANTERIORES**

**6.3 ANEXO C**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## 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 Associação Americana de Psicologia, o Colégio Oficial de Psicólogos (Espanha) e muitas outras organizações de profissionais da psicologia, sendo 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 e pelos psicólogos como coadjuvante de terapias cognitivo-comportamentais. 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 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 Professora 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:

[ritapontes@hotmail.com](mailto:ritapontes@hotmail.com) (Licenciada Rita Pontes, aluna do 2º ano do 2º ciclo MIP, ISPA)  
[robalo.vanda@gmail.com](mailto:robalo.vanda@gmail.com) (Licenciada Vanda Robalo, aluna do 2º ano do 2º ciclo MIP, ISPA)  
ou [claudia.carvalho@ispa.pt](mailto:claudia.carvalho@ispa.pt) (Profª Doutora Cláudia Carvalho, docente do ISPA, responsável pela investigação)

Muito obrigada pela sua colaboração

Data-----Assinatura

**6.4 ANEXO D**  
**OUTPUTS ESTADÍSTICOS**

## *Estatística Descritiva*

### SEXO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	19	22,9	22,9	22,9
Feminino	64	77,1	77,1	100,0
Total	83	100,0	100,0	

### IDADE

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Idade	83	19	33	22,94	2,684	7,204
Valid N (listwise)	83					

### CURSO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Psicologia	66	79,5	79,5	79,5
Joalheria	1	1,2	1,2	80,7
Artes	8	9,6	9,6	90,4
Engenharia florestal	1	1,2	1,2	91,6
Animação Socio-cultural	1	1,2	1,2	92,8
Ciências da comunicação	1	1,2	1,2	94,0
Direito	2	2,4	2,4	96,4
Engenharia Multimédia	1	1,2	1,2	97,6
Publicidade e Marketing	2	2,4	2,4	100,0
Total	83	100,0	100,0	

### ANO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,0	6,0	6,0
2	9	10,8	10,8	16,9
3	20	24,1	24,1	41,0
4	29	34,9	34,9	75,9
5	20	24,1	24,1	100,0
Total	83	100,0	100,0	

**Teste de diferenças de médias relativamente ao género na variável sugestionabilidade objectiva**

**Tests of Normality**

Sexo		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HGSHS_O	Masculino	,157	19	,200*	,916	19	,094
	Feminino	,083	64	,200*	,977	64	,277

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
HGSHS_O	Based on Mean	,072	1	81	,790
	Based on Median	,062	1	81	,804
	Based on Median and with adjusted df	,062	1	80,888	,804
	Based on trimmed mean	,092	1	81	,763

**Group Statistics**

Sexo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
HGSHS_O	Masculino	19	6,95	2,798	,642
	Feminino	64	6,20	2,801	,350

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
HGSHS_O	Equal variances assumed	,072	,790	1,017	81	,312	,744	,732	-,712	2,200
	Equal variances not assumed			1,018	29,556	,317	,744	,731	-,750	2,239

**Teste de diferenças de médias relativamente à experiência em hipnose na variável sugestibilidade objectiva**

**Tests of Normality**

Já foi hipnotizado?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HGSHS_O sim	,218	15	,054	,885	15	,057
HGSHS_O não	,093	68	,200*	,974	68	,173

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
HGSHS_O	Based on Mean	6,890	1	81	,010
	Based on Median	4,470	1	81	,038
	Based on Median and with adjusted df	4,470	1	67,186	,038
	Based on trimmed mean	6,772	1	81	,011

**Group Statistics**

Já foi hipnotizado?		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
HGSHS_O	sim	15	6,47	3,739	,965
	não	68	6,35	2,584	,313

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
HGSHS_O	Equal variances assumed	6,890	,010	,141	81	,888	,114	,804	-1,486	1,713
	Equal variances not assumed			,112	17,067	,912	,114	1,015	-2,027	2,255

### *Distribuição de Frequências da sugestibilidade objectiva*

#### **1. Cabeça a pender**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	41	49,4	49,4	49,4
1	42	50,6	50,6	100,0
Total	83	100,0	100,0	

#### **2. Fechar os olhos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	30	36,1	36,1	36,1
1	53	63,9	63,9	100,0
Total	83	100,0	100,0	

#### **3. Baixar a mão esquerda**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	26	31,3	31,3	31,3
1	57	68,7	68,7	100,0
Total	83	100,0	100,0	

#### **4. Imobilização do braço direito**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	40	48,2	48,2	48,2
1	43	51,8	51,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	

#### **5. Descruzar os dedos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	23	27,7	27,7	27,7
1	60	72,3	72,3	100,0
Total	83	100,0	100,0	

**6. Rigidez do braço esquerdo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	33	39,8	39,8	39,8
	1	50	60,2	60,2	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**7. Aproximação das mãos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	23	27,7	27,7	27,7
	1	60	72,3	72,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**8. Inibição comunicativa**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	42	50,6	50,6	50,6
	1	41	49,4	49,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**9. Experiência do mosquito**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	74	89,2	89,2	89,2
	1	9	10,8	10,8	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**10. Catalepsia ocular**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	54	65,1	65,1	65,1
	1	29	34,9	34,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**11. Sugestão pós-hipnótica (tocar no tornozelo esquerdo)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	46	55,4	55,4	55,4
	1	37	44,6	44,6	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**12. Amnésia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	35	42,2	42,2	42,2
1	48	57,8	57,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	

*Estatística descritiva da Escala sugestibilidade objectiva*

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
HGSHS_O	83	0	12	6,37	2,801	7,847
Valid N (listwise)	83					

*Distribuição agregada das pontuações de sugestibilidade objectiva*

Baixa 0-4  
Média 5-8  
Alta 9-12

**NívelHGSHS\_O**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baixa	22	26,5	26,5	26,5
Média	40	48,2	48,2	74,7
Alta	21	25,3	25,3	100,0
Total	83	100,0	100,0	

*Fiabilidade da Escala sugestibilidade Objectiva*

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,718	12

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
OBJECT_1	5,87	6,409	,465	,683
OBJECT_2	5,73	6,636	,392	,694
OBJECT_3	5,69	6,949	,276	,710
OBJECT_4	5,86	6,320	,504	,677
OBJECT_5	5,65	6,669	,419	,691
OBJECT_6	5,77	6,593	,400	,693
OBJECT_7	5,65	6,523	,487	,682
OBJECT_8	5,88	6,327	,501	,678
OBJECT_9	6,27	7,636	,065	,728
OBJECT_10	6,02	6,512	,451	,686
OBJECT_11	5,93	7,043	,208	,720
OBJECT_12	5,80	7,531	,025	,744

*Correlação entre amostra portuguesa e amostras de referência*

Correlations		PRT
COR	Pearson Correlation	,632*
	Sig. (2-tailed)	,027
	N	12
ROM	Pearson Correlation	,545
	Sig. (2-tailed)	,067
	N	12
ITA	Pearson Correlation	,808**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	12
SUE	Pearson Correlation	,786**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	12
FIN	Pearson Correlation	,718**
	Sig. (2-tailed)	,009
	N	12
DIN	Pearson Correlation	,510
	Sig. (2-tailed)	,090
	N	12
ESP	Pearson Correlation	,663*
	Sig. (2-tailed)	,019
	N	12
ALEM	Pearson Correlation	,510
	Sig. (2-tailed)	,090
	N	12
CAN	Pearson Correlation	,505
	Sig. (2-tailed)	,094
	N	12
AUS	Pearson Correlation	,688*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	12
USA	Pearson Correlation	,475
	Sig. (2-tailed)	,119
	N	12

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).