

MODELO CLÍNICO PARA INTEGRAÇÃO PSICOLÓGICA DA HIPNOSE

Carlos Lopes Pires ¹

Maria Ángeles Ludeña ²

Tópicos:

Resumo

No presente artigo, os autores apresentam e descrevem um MODELO orientador da inclusão de procedimentos hipnóticos na prática psicológica clínica, tendo por princípio geral básico que o/a profissional tem formação adequada no uso das terapias psicológicas e de técnicas hipnóticas. Trata-se, portanto, de uma proposta orientadora de protocolos clínicos, passo-a-passo. Primeiramente são apresentados os fundamentos teóricos deste Modelo e depois o Modelo, propriamente dito, na forma de uma “árvore de decisões” e, finalmente, dois casos clínicos com a exemplificação, passo-a-passo, da aplicação deste Modelo.

Palavras-chave: Psicologia Clínica, Hipnose, Protocolo Clínico, Integração.

Abstract

In the present article the authors introduce and describe a Model, which included guidelines for the inclusion of hypnotic procedures in clinical practice. It has as a general principle an appropriate professional training in the use of psychological therapies and hypnotic techniques. Hence, it is proposed, step by step, a guideline approach of clinical protocols. Firstly, the theoretical data of the discussed Model are introduced, and, consequently, argued in the shape of “decisions-trees”. Furthermore, two clinic cases are exposed in order to examine the application, step by step, of this Model.

Key-Words: Clinical Psychology, Hypnosis, Clinical Protocol, Integration.

¹ Professor da Faculdade de Psicologia e C. E. (Universidade de Coimbra). Psicólogo Clínico com Formação Avançada em Hipnose. Membro do *Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra*. A correspondência relativa a este artigo deve ser enviada para: cmpires@fpce.uc.pt

² Psicóloga com especialidade clínica pelo COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS (Espanha), com Formação Avançada em Hipnose. Exerce clínica privada em Valência (Espanha). Doutoranda da Faculdade de Psicologia e C. E. da Universidade de Coimbra. Membro do *Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra*

RÉSUMÉ

Dans cet article, les auteurs présentent et décrivent un modèle orientateur de l'inclusion des procédures hypnotiques dans la pratique clinique, tenant par principe général que les professionnels ont une formation adaptée pour l'utilisation des traitements psychologiques et des techniques hypnotiques. On présente, alors, une proposition d'orientation des protocoles cliniques, pas a pas. Tous d'abord, nous présentons les fondements théoriques de ce Modèle, et après celui-ci, le même Modèle dans un format "d'arbre de décisions" et pour terminer, deux cas cliniques avec l'exemplification, pas a pas de l'application de ce Modèle.

Mots-Clé: Psychologie Clinique, Hipnose, Protocol Clinique, Integracion.

INTRODUÇÃO:

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA PSICOLÓGICA E O USO DE HIPNOSE

Se considerarmos a relação da Psicologia com o domínio da Hipnose, poderemos chegar a quatro grandes constatações: 1. Nomeadamente nas últimas décadas, o interesse dos psicólogos ligados à investigação básica e aplicada, e dos psicólogos ligados à prática clínica, pela Hipnose, aumentou e de esse aumento resultou um melhor entendimento da área e também um esclarecimento mais profundo de um ponto de vista científico; 2. A investigação (incluindo a de natureza clínica) conduziu ao entendimento de que os fenómenos que fundamentam a Hipnose são do âmbito epistemológico da Psicologia; 3. Não obstante, continua a existir, paralelamente, um conjunto de instituições, escolas, abordagens, que desenvolvem formação e interesse pela área da Hipnose, como se esta constituísse um conjunto de fenómenos estranhos à Psicologia³ e, por isso, justificadores da existência de

³ De certa forma é o que se preconiza no texto de Melikan & Carvalho, neste mesmo livro, quando se defende que o desenvolvimento da Psicoterapia tem mais a ver com a Hipnose do que com a Psicologia Científica, havendo implícita a ideia de que são áreas distintas, tanto do ponto de vista teórico, científico como, digamos, epistemológico. O nosso ponto de vista, como se depreende da leitura do presente Modelo, é que as duas primeiras (Hipnose e Psicoterapia) pertencem à terceira (Psicologia), sendo que o Copyright © Direitos reservados por Carlos Lopes Pires & Maria Angeles Ludeña

“hipnoterapia” e de “hipnoterapeutas”. A 4ª e última constatação é que, apesar da enorme quantidade de investigação e modelos ou abordagens tentando incluir as técnicas hipnóticas no contexto psicológico,⁴ ainda não foi desenvolvido um modelo clínico em que as técnicas hipnóticas sejam incluídas nos protocolos terapêuticos psicológicos, de uma forma lógica e natural. Isto é, por norma parte-se da hipnose para o distúrbio. É o caso das abordagens hipnóticas de Yapko (2006) relativamente à depressão. Aqueles que talvez mais se aproximaram de uma ideia integradora das técnicas hipnóticas serão os autores orientados por uma perspectiva *cognitivo-comportamental*. Mesmo assim, contudo, muito distante, como poderá constatar-se num dos livros mais significativos neste contexto: *THE CLINICAL USE OF HYPNOSIS IN COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (Chapman, 2006). Como se verá, o que nós propomos é algo muito diverso: partimos da Psicologia para o distúrbio, sendo que os procedimentos hipnóticos fazem parte da Psicologia, daí decorrendo uma série de implicações que tornam o nosso Modelo diferente das outras abordagens. É o que explicamos de seguida.

FUNDAMENTAÇÃO DO MODELO INTEGRADOR DA HIPNOSE: ASPECTOS GERAIS E CONCEPTUAIS

O Modelo que agora se apresenta não se baseia numa determinada perspectiva, por exemplo, cognitivo-comportamental. Tem por orientação, sobretudo, a integração dos procedimentos hipnóticos na intervenção psicológica, e esta é o seu único ponto de partida. Com efeito, se considerarmos os modelos, as abordagens, as perspectivas, o que seja, quanto ao uso de hipnose nos distúrbios psicológicos, poderemos concluir que partem da hipnose para os distúrbios, eventualmente mencionando modelos teóricos de intervenção hipnótica (por exemplo: cognitivo-comportamental, dinâmico, Ericksoniano, entre outros). O MODELO CLÍNICO DE INTEGRAÇÃO PSICOLÓGICA DA HIPNOSE parte justamente de uma posição diversa, ou mesmo inversa: a

séc. XIX não é propriamente um exemplo que possa servir actualmente, já que a chamada Psicologia Científica aparecera há muito pouco tempo, tendo muito pouco a ver com a Psicologia actual.

⁴ É o caso da chamada abordagem cognitivo-comportamental. Veja-se como exemplo, neste livro, o texto de Antonio Capafons.

Psicologia e as terapias psicológicas constituem o seu ponto de partida, sendo aqui que as técnicas hipnóticas se inserem e integram. O que neste Modelo se defende é o seu enquadramento clínico nas terapias validadas, ou nas não validadas quando é esse o contexto (ver FIGURA 1). De qualquer modo, o que se defende é a sua *integração* psicológica.

O que se entende por *integração*? Para o/a leitor/a interessado/a em desenvolver este conceito em profundidade, remetemos para Barlow & Durand (2008). É necessário compreender que este conceito não tem a ver com o conceito de *interacção*, que tem por base a ideia de relação entre duas variáveis distintas. Quando se fala em *integração*, por outro lado, considera-se que uma vez em acção as duas variáveis geram um novo fenómeno (uma terceira variável). Assim sendo, o que pretende significar-se com *integração psicológica da hipnose* é: 1º que esta última não é um domínio estranho/externo à Psicologia, mas justamente o contrário, como foi dito anteriormente; 2º que ao incluir-se na intervenção psicológica, isto é, numa determinada terapia psicológica, os procedimentos hipnóticos tornam-se, obviamente, uma parte indissociável dessa terapia, e o que daí resulta é diferente das duas, separadamente consideradas.

Concretizando, o MODELO CLÍNICO DE INTEGRAÇÃO PSICOLÓGICA DA HIPNOSE (MCIPH) tem por base diversos pressupostos de acção e orientação teórica que sustentam a integração das técnicas hipnóticas. Em concreto, estes são os pressupostos do presente Modelo:

- a) As técnicas hipnóticas baseiam-se em fenómenos psicológicos e são, portanto, técnicas ou procedimentos psicológicos. Isto é, não têm uma existência, do ponto de vista epistemológico fora da Psicologia: pertencem à Psicologia. Claro que isto quer dizer que não existe nenhum motivo científico/epistemológico ou prático (intervenção) para que não façam parte do conjunto de competências dos psicólogos profissionais.
- b) A Psicologia (clínica) dispõe actualmente de um conjunto vasto de procedimentos terapêuticos que estão validados empiricamente, e estes procedimentos, ou técnicas, sustentam-se em fundamentos teóricos, mas são essencialmente *processos para mudar* o comportamento, as emoções, o estilo

de pensamento (entre outras dimensões ou componentes psicológicas) dos *pacientes*.

- c) O psicólogo clínico profissional utiliza esses procedimentos, ou terapias, em função de uma avaliação psicológica ou de um diagnóstico.
- d) A natureza humana é especialmente complexa, nem todos os *casos* se encaixam em categorias de diagnóstico, e acontece com alguma frequência um *caso* encaixar em diversas categorias, em simultâneo, ou mesmo não encaixar em qualquer categoria.
- e) As terapias empiricamente sustentadas/validadas (TES), por conseguinte, também não são susceptíveis de abarcar toda a realidade clínica humana, e exigem frequentemente alterações e adequações a essa diversidade.
- f) Há casos em que nem tão pouco existe evidência para a eficácia de alguma terapia.
- g) Por estas duas razões, o profissional tem de ser criativo e, embora partindo do corpo teórico/empírico da Psicologia, planear intervenções que possam ajudar na resolução dos problemas com que se defronta.
- h) As técnicas hipnóticas constituem um conjunto possível de procedimentos a integrar neste contexto.

Olhando para a FIGURA 1 poderemos compreender como se processa tal integração, nas suas diversas e possíveis variantes. O ponto 2 descreve em pormenor o Modelo geral (FIGURA 1). Para tal compreensão ser mais concreta, fazemos de seguida, no ponto 5, a exemplificação com dois casos: um caso de diagnóstico claro e indicação terapêutica igualmente clara, e um outro que não se enquadra em nenhuma destas características.

Inserir Figura 1

O MODELO CLÍNICO DE INTEGRAÇÃO PSICOLÓGICA DA HIPNOSE

Do ponto de vista conceptual, o MODELO CLÍNICO DE INTEGRAÇÃO PSICOLÓGICA DA HIPNOSE (MIPH) acentua uma perspectiva auto-regulatória de hipnose, sempre que possível orientada para a auto-hipnose. Para além disso, baseia-se totalmente num discurso teórico e educativo (ponto de vista do paciente) a partir da Psicologia, considerando-se as técnicas hipnóticas um dos diversos recursos psicológicos a poderem ser usados no exercício clínico Profissional dos/as psicólogos/as (ponto de vista do/a terapeuta). De igual modo, este Modelo baseia-se no conjunto de terapias psicológicas empiricamente sustentadas (TES). Isto quer dizer que quem usa procedimentos hipnóticos, neste contexto, terá de ser psicólogo/a com formação nas TES, a que depois associa formação em técnicas hipnóticas. E não o inverso: formação avançada em técnicas hipnóticas e formação rudimentar ou básica em terapias psicológicas.

Chamamos “clínico” a este Modelo porque pretendemos acentuar que não se trata de uma abordagem empiricamente estudada, e, por outro lado, pretende adequar e orientar a actividade clínica, que é uma actividade, também, muito mais necessariamente criativa do que simplesmente de “aplicação” de procedimentos validados empiricamente.

Consideremos agora a FIGURA 1. O primeiro ponto considerado diz respeito à avaliação/diagnóstico. É este momento que determina os momentos seguintes e, naturalmente, a natureza da abordagem que vai fazer-se. Quanto a procedimentos hipnóticos, estes não têm sentido fora deste contexto.

Deste primeiro momento resultam duas perguntas: trata-se de um caso para o qual, em função da avaliação/diagnóstico existe um procedimento terapêutico estabelecido como indicado? A outra pergunta: trata-se de alguém cuja natureza da sua perturbação possa ser considerada difícil e/ou urgente? No caso de se tratar de uma caso considerado difícil ou urgente remetemos o/a leitor/a para uma outra abordagem recentemente desenvolvida por pelo primeiro autor (Pires, 2008; Pires, Mendoza & Capafons, *no prelo*).

Resulta, assim, que da primeira pergunta podemos ter duas alternativas distintas: a) existe um diagnóstico claro para o qual há indicação terapêutica

igualmente clara; b) não existe esse claro diagnóstico e/ou não há indicações terapêuticas empiricamente sustentadas. Naturalmente que a realidade humana é muito complexa e que as categorias de diagnóstico são uma enorme simplificação. Todavia, funcionam bem com muitos casos e constituem uma boa referência na orientação clínica. Por outro lado, temos situações em que uma mesma pessoa pode ter um distúrbio partilhando características de diversos distúrbios, ou que nem tão pouco se enquadra numa categoria de diagnóstico propriamente dita. Também pode acontecer ter um diagnóstico claro, mas não haver actualmente para essa perturbação uma terapia psicológica sustentadamente eficaz. Nesta hipótese, o psicólogo procede a uma teorização sobre o caso, constrói, digamos uma teoria que lhe permita compreender esse caso de modo a poder, de seguida, formular um plano de intervenção. Neste plano de intervenção irá recorrer, possivelmente, a procedimentos terapêuticos já existentes, mas que poderá adequar de uma maneira mais ou menos criativa ao caso presente. Daqui decorre uma nova pergunta: a hipnose poderá beneficiar o paciente? Se a resposta for sim procede-se como ilustramos no diagrama, isto é, acaba por haver integração de algum procedimento hipnótico na intervenção psicológica.

Por outro lado, o facto de a pessoa ter características sintomáticas que a enquadram numa determinada categoria de diagnóstico, para a qual há uma terapia psicológica empiricamente sustentada, não implica, obrigatoriamente, que seja possível implementar esta última. Por exemplo, uma pessoa com transtorno de pânico pode simplesmente recusar exposição interoceptiva ao verificar que lhe provoca muito mal-estar ou mesmo quase pânico.

Em que circunstância poderão procedimentos hipnóticos ser incluídos nestas duas alternativas? No caso de não ser possível iniciar a TES a hipnose poderá ser integrada na abordagem psicológica em vários momentos, de que damos alguns exemplos.⁵ Considere-se alguém deprimido, extremamente desanimado e que não está em condições de iniciar a terapia propriamente dita. Poderão considerar-se várias possibilidades, utilizando hipnose: evocar emoções positivas, desencadear expectativas positivas quanto ao tratamento e ao seu esforço. No caso de haver por

⁵ Para mais detalhes ver o artigo, neste número, de Ludeña & Pires.

parte da pessoa apatia, uma boa opção será o uso de hipnose desperta-activa. Considere-se um caso de distúrbio de pânico com agorafobia. A dificuldade em fazer exposição interoceptiva poderá ser ultrapassada com uso de um procedimento hipnótico dirigido ao incremento da coragem ou realizar essa exposição em hipnose. O mesmo pode ser dito para a exposição ao vivo.

Na alternativa de se poder iniciar uma TES (MOMENTO 3) a questão quanto à introdução de procedimentos hipnóticos terá a ver com possíveis benefícios que daí poderão resultar (MOMENTO 4). Colocamos alguns exemplos mais relevantes (remetemos o leitor/a para a nota 3): acelerar o próprio tratamento, estabilização emocional, introduzir algum elemento específico da TES que se considere útil (por exemplo, antes de iniciar uma fase de exposição exteroceptiva, apresentá-la em hipnose um pouco como se faz em imaginação guiada).

Estes são os passos (ou momentos) que nos parecem mais relevantes. Para uma compreensão mais concreta, digamos, da sua implementação, vamos descrever dois casos clínicos: um que se enquadra numa categoria de diagnóstico para a qual existe uma TES estabelecida, e outro que não se enquadra numa categoria de diagnóstico e, por conseguinte, para o qual não há TES estabelecida. Fazemos, ao mesmo tempo, a descrição destes casos nas Figuras 2 e 3. Começamos pelo primeiro.

CASOS EXEMPLIFICATIVOS DE APLICAÇÃO DO MIPH

CASO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA.

Na FIGURA 2 pode observar-se um exemplo de aplicação do Modelo geral (Figura 1). Assim, num primeiro MOMENTO fazemos a avaliação/diagnóstico, procurando enquadrar as características sintomatológicas do caso. Neste exemplo, trata-se de alguém diagnosticado com uma PERTURBAÇÃO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA (MOMENTO 2A). Segue-se a pergunta sobre se esta perturbação está estudada quanto ao seu tratamento psicológico empiricamente sustentado. A resposta é afirmativa (MOMENTO 3A) e identificamos o Protocolo de Craske & Barlow (2007). A questão seguinte é se, apesar disso, existem condições para implementar esse tratamento. A resposta é simultaneamente SIM e NÃO... Sim na medida em que podemos iniciar as primeiras

três fases, mas quando chegamos à fase de exposição, que é imprescindível, o paciente recusa (MOMENTO 4).

Inserir Figura 2

É para tentarmos resolver este significativo obstáculo que fazemos a pergunta (MOMENTO 5): *Poderá a hipnose ajudar a ultrapassar esta dificuldade?* Naturalmente que para uma resposta positiva, primeiro é necessário conceptualizar o benefício preciso de que, eventualmente, resultará o uso de um procedimento hipnótico e, depois, se a pessoa em questão responderá favoravelmente a esse procedimento. Neste caso, considerou-se possível o uso de hipnose em três aspectos terapêuticos distintos: implementar coragem para enfrentar as dificuldades emocionais da exposição exteroceptiva, realização de exposição exteroceptiva em auto-hipnose desperta, realização da exposição interoceptiva em auto-hipnose desperta activa (MOMENTO 6). Como a resposta do paciente foi adequada, foi possível realizar a quarta componente do Protocolo terapêutico e, deste modo, terminar de modo eficiente o tratamento (MOMENTO 7).

CASO SEM TES ESTABELECIDA

Mulher de 37 anos, divorciada, com um filho. Vem à consulta manifestando que desde há dois anos, quando se deu a sua separação, se tem sentido angustiada, com sentimentos de tristeza. No início estes sentimentos ocorriam, ocasionalmente, mas recentemente começaram a aumentar, sentindo-se invadida por uma grande solidão. A falta de controlo sobre as suas emoções gera-lhe irritabilidade, daí resultando problemas interpessoais. A intensificação deste estado terá por raiz uma nova relação sentimental, também a terminar, e pela qual sente uma grande dependência emocional, que não consegue cortar, realizando condutas impróprias, contrárias aos seus valores e convicções, o que por sua vez aumenta a sua angústia e mal-estar consigo mesma. Apresenta múltiplas obsessões.

Seguindo a FIGURA 1 do nosso Modelo, começamos pela avaliação psicológica (MOMENTO 1). Baseados na entrevista clínica e nos resultados obtidos com as provas psicométricas, concluímos que não existe um diagnóstico determinado (MOMENTO 2), mas Copyright © Direitos reservados por Carlos Lopes Pires & Maria Angeles Ludeña

uma série de áreas em que é necessário intervir para que a paciente estabilize emocionalmente, aumente a confiança e segurança em si e retome o controlo de sua vida, assim como a melhoria das suas relações interpessoais. Assim, centrando-nos neste caso particular, estabelecemos uma *teoria* e formulamos um plano de intervenção (MOMENTO 3).

Estabelecemos, então, as seguintes áreas de intervenção: auto-estima, sentimentos de culpa, dependência emocional, sentimentos de solidão, aceitação, tédio, habilidades sociais.

Inserir Figura 3

Com estes objectivos vamos questionando o possível uso de procedimentos hipnóticos, integrados em terapias estabelecidas, que eventualmente poderão ser utilizadas no caso presente. O contributo específico da hipnose poderá ser o de permitir trabalhar os aspectos identificados como problemáticos (as áreas de intervenção): terapia cognitiva, auto-controlo, treino de competências sociais, etc.). Como explicamos no outro texto desta Secção (Ludeña & Pires), os procedimentos hipnóticos poderão ser úteis não apenas na implementação no tratamento propriamente dito, mas também para possibilitar uma maior brevidade desse mesmo tratamento (MOMENTO 4).

Neste caso, em concreto, a hipnose foi muito útil para aumentar as expectativas da paciente para superar as suas dificuldades, aumentar o seu auto-controlo, perceber-se a si mesma com mais agrado, enfortalecimento do eu, coragem para fazer frente às situações que evita, reinterpretação de situações passadas, assim como, em geral, para suscitar emoções positivas (MOMENTO 5). Ensinámos à paciente auto-hipnose desperta para que vá praticando em simultâneo ao desenvolvimento dos diversos aspectos da intervenção (MOMENTO 6).

Desde o início da terapia, que se registaram progressos que a própria paciente foi percebendo como inesperados, facto que aumentou ainda mais a sua motivação e confiança no tratamento.

Apesar de se ter tratado de uma terapia breve, a paciente superou os seus problemas. Passaram dois anos e continua bem.

CONCLUSÕES

O objectivo fundamental deste Modelo, é o permitir a existência de mais uma *ferramenta* prática no reportório profissional dos/as psicólogos/as, de modo a possam usar procedimentos hipnóticos, quando se justifique, e sempre integrados nas terapias psicológicas. Acreditamos tratar-se da primeira vez que um tal Modelo é apresentado, e acreditamos que futuramente iremos desenvolver mais alguns aspectos, específicos, que esta abordagem suscita. Para além de se tratar de uma abordagem protocolada, permite colocar os procedimentos hipnóticos de um modo, quanto a nós correcto: despida da aura extraordinária que muitas vezes se atribui à hipnose e, por outro lado, centrando as técnicas hipnóticas como adjuvantes das terapias psicológica, e não como terapias em si mesmas.

Bibliografía

Badios, A. (2008). Terapia Cognitiva de Beck. In F. Labrador (Coordinador) *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.

Barlow, D. & Durand, M. (2008). *Abnormal Psychology*. New York: Brooks Cole.

Carrasco, I. & Espinar, I. (2008). Terapia racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva. In F. Labrador (Coordinador) *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.

Chapman, R. (2006). *The Clinical Use of Hypnosis in Cognitive Behavior Therapy*. New York: Springer.

Craske, M. & Barlow, D. (2007). *Mastery of your Anxiety and Panic: Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.

Pires, C. L. (2008, Abril). *El uso de la hipnosis en casos difíciles y/o urgentes*. Workshop na Faculdade de Psicologia da Universidade de Valência, Espanha.

Pires, C. L., Mendoza, E. & Capafons, A. (No prelo) Applications of Waking Hypnosis to Difficult Cases and Emergencies. In *Hypnosis: Theories, Research and Applications*. New York: NewScience.

Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. València: ACDE Psicología

Yapko, M. (2006). *Hypnosis and Treating Depression: Applications in Clinical Practice*. New York: Routledge