

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP
CURSO DE PSICOLOGIA**

MARIA MÁRCIA SOARES

**O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE POR INTERMÉDIO DA
HIPNOSE**

**CAÇADOR
2016**

MARIA MÁRCIA SOARES

**O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE POR INTERMÉDIO DA
HIPNOSE**

Monografia apresentada na conclusão do curso de psicologia, oferecido pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP – Caçador – para obtenção do título de bacharel em Psicologia sob orientação da professora Especialista Débora Cunha de Almeida

**CAÇADOR
2016**

O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE POR INTERMÉDIO DA HIPNOSE

MARIA MÁRCIA SOARES

Este trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Bacharel em Psicologia

E aprovada na sua versão final em _____, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e Coordenação do Curso de Psicologia.

Ana Claudia Lawless
Coordenadora do Curso de Psicologia

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Esp. Débora Cunha de Almeida

Membro

Membro

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial às Professoras Ana Cláudia Lawless e Débora Cunha de Almeida, foram essenciais na execução desse projeto. A Maria Margareth Lessing Simoneto, ao Professor Dr. Ricelli Endrigo Rupel da Rocha, à Kátiuscia Marcon Romão Torezan. Meu coração agradece a especial participação de cada um.

*Em cada ser vivo,
há uma parte que quer se transformar nela mesma:
o girino, no sapo, a crisálida, na borboleta;
o ser humano fragmentado, num ser pleno.*

(Ellen Bass)

RESUMO

O objetivo geral do trabalho foi apresentar resultados, através de pesquisa, que comprovem a eficácia da hipnose no tratamento de depressão e ansiedade. A pesquisa foi realizada com doze (12) pacientes, depressivos e ansiosos, sem distinção de gênero e idade, o critério de escolha foi o uso de antidepressivo. Seis pacientes receberam o tratamento com hipnose pelo período de oito meses, e seis pacientes apenas responderam os testes. A mensuração quantitativa da eficácia da terapia pela hipnose, foi avaliada antes e depois de oito meses de tratamento, bem como no grupo controle, ao qual não foi aplicada a hipnose. Foram aplicados os seguintes testes: BDI-II – Inventário de Depressão de Beck, este teste representa uma avaliação da gravidade da depressão em pacientes adultos e adolescentes a partir dos 13 anos com diagnóstico psiquiátrico, outros testes são o Inventário de Ansiedade Beck – BAI, Escala de Desesperança Beck – BHS e Escala de Ideação Suicida Beck – BSI. O objetivo foi mensurar a ansiedade, a dimensão do pessimismo que é um constructo para a desesperança e o indicador psicométrico de risco de suicídio. (BECK, 2011). A escolha por esses dois tipos de doenças deveu-se à intensa demanda que as duas estão provocando nos consultórios médicos, sendo a depressão motivo de preocupação da OMS, além do que, essas doenças associam-se a outros tipos de doenças, como as psicossomáticas. A intenção foi oferecer mais uma possibilidade de tratamento, comprovadamente eficaz, como coadjuvante no tratamento de depressivos e ansiosos. Na análise estatística dos escores podemos observar que após oito (8) meses de tratamento de hipnose houve uma redução no quadro depressivo, ansiedade, desesperança dos pacientes ($p < 0,05$). Em relação à ideação suicida, somente dois pacientes apresentavam escores, devido a isso o sistema não calculou por não atingir a quantidade mínima, mesmo assim, após oito meses eles zeraram no teste BSI que verificava a ideação suicida. Após a pesquisa, comprovou-se o resultado esperado da hipótese, da validação da hipnose no tratamento coadjuvante de depressão e ansiedade.

Palavras-Chave: Hipnose, Depressão, Ansiedade.

ABSTRACT

The overall objective of the study was to present results through research, proving the effectiveness of hypnosis in the treatment of depression and anxiety. The research was carried out with twelve (12) depressive and anxious patients, without gender or age discrimination. The criterion of choice was the use of antidepressants. Six patients received treatment with hypnosis for a period of eight months, and six patients only answered the test. The quantitative measurement of the hypnosis therapy efficacy was assessed before and after eight months of treatment, as well as in the control group, to which hypnosis was not applied. The following tests were applied: BDI- II - Inventory Beck Depression, this test represents an assessment of the severity of depression in adults and adolescents from 13 years old on, with psychiatric diagnosis, other tests are the Beck Anxiety Inventory - BAI, Beck Hopelessness Scale - BHS and Beck Suicidal Ideation Scale - BSI. The goal was to measure the anxiety, the size of pessimism that is a construct for hopelessness and psychometric indicator of suicide risk. (BECK, 2011). The choice of these two types of diseases was due to their intense demand in doctors' offices, and the depression is of concern of OMS, besides, these diseases are associated with other diseases, such as psychosomatic ones. The intention was to offer one more possibility of treatment proven effective as an aid in the treatment of depressive and anxious patients. In the statistical analysis of the scores we can observe that after eight (8) months of hypnosis treatment there was a reduction in depressive symptoms, anxiety, and hopelessness of patients ($p < 0.05$). In relation to suicidal ideas, only two patients had scores, and because of that, the system did not calculate once it didn't reach the minimum amount. Anyway, after eight months they scored zero in BSI test that checked suicidal ideation. After the research, the result expected for the hypothesis was proved right, that is, hypnosis validation in treatment of depression and anxiety.

Key-words: Hypnosis, Depression, Anxiety.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caso 1.....	32
Gráfico 2 – Caso 2.....	35
Gráfico 3 – Caso 3.....	37
Gráfico 4 – Caso 4.....	39
Gráfico 5 – Caso 5.....	41
Gráfico 6 – Caso 6.....	43
Gráfico 7 – Caso 7.....	45
Gráfico 8 – Caso 8.....	47
Gráfico 9 – Caso 9.....	49
Gráfico 10 – Caso 10.....	50
Gráfico 11 – Caso 11.....	52
Gráfico 12 – Caso 12.....	54
Gráfico 13 – Grupo Controle Julho de 2015.....	55
Gráfico 14 – Grupo Controle Abril de 2016.....	56
Gráfico 15 – Pacientes que Fizeram Hipnose em Julho de 2015, Grupo Experimental.....	57
Gráfico 16 – Com a Testagem após Oito Meses, Grupo Experimental.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pacientes que Não Fizeram Hipnose, Grupo Controle.....	59
Tabela 2 – Pacientes que Fizeram Hipnose Oito Meses, Grupo Experimental.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 DESENVOLVIMENTO.....	15
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1.1 Hipnose.....	15
2.1.2 Depressão.....	18
2.1.3 Ansiedade.....	22
2.2 METODOLOGIA.....	27
2.3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS.....	29
2.3.1 Apresentação dos Casos.....	30
2.3.1.1 Caso 1.....	30
2.3.1.2 Caso 2.....	33
2.3.1.3 Caso 3.....	35
2.3.1.4 Caso 4.....	37
2.3.1.5 Caso 5.....	39
2.3.1.6 Caso 6.....	41
2.3.1.7 Caso 7.....	43
2.3.1.8 Caso 8.....	45
2.3.1.9 Caso 9.....	47
2.3.1.10 Caso 10.....	49
2.3.1.11 Caso 11.....	50
2.3.1.12 Caso 12.....	52
2.3.2 Análise dos Dados.....	54
3 CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS.....	62
ANEXOS.....	65

1 INTRODUÇÃO

Depressão e ansiedade são doenças que podem atingir qualquer pessoa, independente de classe social ou idade. “Depressão: uma crise global”, foi tema da Jornada Mundial de Saúde Mental, proposto pela Organização Mundial da Saúde - OMS, realizada em outubro de 2012, em Cabo Verde, para chamar a atenção sobre o assunto.

De acordo com a pesquisa publicada na revista científica PLOS Medicine, (2013), divulgada pelo site da BBC Brasil, a depressão é a segunda causa mais comum de invalidez em todo o mundo. A depressão destrói famílias, arruína carreiras profissionais e pessoais, bem como, envelhece as pessoas precocemente.

Para Santos et.al (2012), tanto a ansiedade como depressão são os sintomas mais frequentes associados à dor, e dentre as doenças psiquiátricas, a depressão é o principal fator de risco para a dor.

Muitos são os fatores identificados por psicólogos, médicos e pesquisadores causadores de ansiedade e depressão, como sabemos o estresse, as pressões externas e os conflitos emocionais internos deslançam a ansiedade. Em relação à depressão podemos destacar, dentre outros: doenças psicossomáticas, excessiva cobrança da sociedade para ser feliz e ter sucesso, problemas sociais e financeiros, stress, doenças neurológicas, perdas, influências culturais, conflitos familiares, doenças, variações hormonais, etc. Foi identificada, também, a base biológica da depressão, que se baseia na hipótese de uma deficiência na atividade dos neurotransmissores noradrenérgicos, dopaminérgicos e serotoninérgicos, Santos et.al (2012), mas que segundo o psicanalista Dunker (2015), isso são só hipóteses.

A hipnose aparece na literatura como uma alternativa para o tratamento de ansiedade e depressão, ao expandir a consciência ela difunde a confiança de que é possível mudar esses estados emocionais. Diante dessa possibilidade, pesquisou-se como a hipnose atua no tratamento coadjuvante da ansiedade e depressão.

Por meio da hipnose são acessados os conteúdos armazenados no funcionamento mental não consciente, que pode se tornar consciente utilizando diversas técnicas (FERREIRA, 2011). O sujeito hipnotizado pode ouvir, sentir e falar; mas tudo acontece em uma abertura especial e não na falta de consciência. (BAUER, 2013).

A mensuração quantitativa da eficácia da terapia pela hipnose, foi avaliada antes e depois de oito meses de tratamento, bem como no grupo controle, ao qual não foi aplicada a hipnose. Foram aplicados os seguintes testes: BDI-II – Inventário de Depressão de Beck, este teste representa uma avaliação da gravidade da depressão em pacientes adultos e adolescentes a partir dos 13 anos com diagnóstico psiquiátrico, outros testes são o Inventário de Ansiedade Beck – BAI, Escala de Desesperança Beck – BHS e Escala de Ideação Suicida Beck – BSI. O objetivo foi mensurar a ansiedade, a dimensão do pessimismo que é um constructo para a desesperança e o indicador psicométrico de risco de suicídio (BECK, 2011).

A pesquisa foi realizada com doze (12) pacientes, depressivos e ansiosos, sem distinção de gênero e idade, o critério de escolha foi o uso de antidepressivo. Seis pacientes receberam o tratamento com hipnose pelo período de oito meses, e seis pacientes apenas responderam os testes.

A escolha por esses dois tipos de doenças deveu-se à intensa demanda que as duas estão provocando nos consultórios médicos, sendo a depressão motivo de preocupação da OMS, além do que, essas doenças associam-se a outros tipos de problemas de saúde, como os males psicossomáticos. A intenção foi oferecer mais uma possibilidade de tratamento, comprovadamente eficaz, como coadjuvante no tratamento de depressivos e ansiosos.

Para realização deste trabalho foi elaborado inicialmente um projeto de pesquisa, submetido ao Comitê de Ética através da Plataforma Brasil, aprovado em 21/07/2015, sob o número CAAE 47421315.4.0000.5593, onde se pretendeu focar a atuação da hipnose no resultado do tratamento com pacientes ansiosos e depressivos.

A hipótese levantada foi: Pode a hipnose se transformar em tratamento coadjuvante de pacientes ansiosos e depressivos?

A hipnose sobreviveu a todas as controvérsias e lutas pela sua desmoralização, e uma das figuras mais importantes no restabelecimento da credibilidade dessa técnica terapêutica, foi o médico, psicólogo e hipnoterapeuta Milton Erickson.

A hipnose em ambiente terapêutico trabalhando a atenção concentrada, possibilita uma abertura maior para a sugestão, porque cria vínculos e transmite mensagens e emoções que permite o desenvolvimento de um processo de mudança, de acordo com Erickson apud Adler (2013).

O objetivo geral do trabalho foi apresentar resultados, através de pesquisa, que comprovem a eficácia da hipnose no tratamento de depressão e ansiedade. Sendo os objetivos específicos:

- definir conceitos de depressão, ansiedade e hipnose;
- aplicar o teste Inventário de Depressão BDI – escala Beck, inventário de ansiedade – Beck BAI, desesperança e suicídio – BHS e BSI;
- avaliar a depressão e ansiedade dos pacientes através de testes pré e pós-tratamento hipnoterápico, e grupo controle;

A metodologia empregada foi de Pesquisa Qualitativa, que tem como definição:

Não se preocupa com relação aos números, mas sim com relação ao aprofundamento e de como ela será compreendida pelas pessoas. Os pesquisadores que utilizam este método procuram explicar o porquê das coisas, explorando o que necessita ser feito sem identificar os valores que se reprimem a prova de dados, porque os dados analisados por este método não estão baseados em números (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2013, web).

A mensuração quantitativa da eficácia da terapia pela hipnose, foi avaliada antes e depois de oito meses de tratamento, bem como no grupo controle, ao qual não foi aplicada a hipnose.

Metodologia de Pesquisa Quantitativa:
Diferente da pesquisa qualitativa, este método busca por resultados que possam ser quantificados, pelo meio da coleta de dados sem instrumentos formais e estruturados de uma maneira mais organizada e intuitiva (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2013, web).

Neste caso também foi quantitativa, já que os resultados foram medidos em doze indivíduos (seis indivíduos foram submetidos à hipnose e seis indivíduos foram o grupo controle). Foram atendidos no seguinte endereço: Rua José Bonifácio, nº 1 sala 3. Vila Paraíso, Caçador/SC.

As limitações da pesquisa se referem à adesão ao tratamento e o medo comum da perda do autocontrole, em relação à suscetibilidade hipnótica.

A pesquisa foi realizada com doze (12) pacientes, depressivos e ansiosos, sem distinção de gênero e idade, o critério de escolha foi a utilização de antidepressivos.

Pesquisa de campo:
Este tipo de pesquisa vai muito além da observação dos fatos e fenômenos e faz uma coleta do que ocorre na realidade a ser pesquisada. Depois disso, elas serão analisadas e seus dados serão interpretados com base em uma fundamentação teórica sólida com o desígnio de elucidar o problema pesquisado (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013, web).

A pesquisa foi realizada em consultório, com sofá, música ambiente relaxante, meia luz. Avaliação de pacientes depressivos e ansiosos com a técnica de hipnose, uma vez por semana, com duração de uma hora.

Foram aplicados os testes: BDI-II – Inventário de Depressão de Beck, este teste representa uma avaliação da gravidade da depressão em pacientes adultos e adolescentes a partir dos 13 anos com diagnóstico psiquiátrico, outros testes são o Inventário de Ansiedade Beck – BAI, Escala de Desesperança Beck – BHS e Escala de Ideação Suicida Beck – BSI. O objetivo é mensurar a ansiedade, a dimensão do pessimismo que é um constructo para a desesperança e o indicador psicométrico de risco de suicídio (BECK, 2011).

Ao final, foram aplicados os testes novamente, tanto no grupo controle quanto no grupo que fez a hipnose, com o objetivo de observar os sintomas avaliados inicialmente, bem como, avaliação da técnica de hipnose nos tratamentos de depressivos e ansiosos.

2 DESENVOLVIMENTO

Está contemplado no desenvolvimento o referencial teórico sobre depressão, ansiedade e hipnose. A metodologia utilizada e a análise dos casos atendidos e o grupo controle com o objetivo de comparar resultados.

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Buscou-se no referencial teórico conceituar depressão, ansiedade e hipnose, bem como, contextualizar suas utilizações nas práticas psicológicas, mostrando suas causas, além de situá-las junto às Instituições Acadêmicas e Profissionais.

2.1.1 Hipnose

A hipnose é um procedimento que pode facilitar a terapia, é um estado de atenção concentrada.

O uso da hipnose como meio de tratamento é reconhecido na Inglaterra desde 1955 pela Associação Médica Britânica, nos Estados Unidos desde 1958, no Brasil o Conselho Federal de Medicina reconheceu em 1999, e o Conselho Federal de Psicologia em 2000 (FERREIRA, 2011).

De acordo com Ferreira (2008, p.3),

[...] a hipnose facilita o tratamento porque permite manter e focalizar a atenção do paciente em ideias e motivações, e a hipnose será otimamente efetiva quando o paciente estiver altamente motivado para superar um problema e o hipnoterapeuta estiver bem treinado na hipnose e nas considerações gerais relacionadas com o tratamento de determinado problema.

Para que a cura pela hipnose seja efetiva é preciso vencer primeiramente a desesperança e a sensação de incapacidade para modificação. As curas psicológicas, entre elas a hipnose, utilizam aspectos que são comuns em todas as culturas:

- a) O mito da cura, esclarece os sintomas e confiança para superá-los.
- b) O ritual da cura, especialista e paciente, acreditam e fazem para recuperar a doença, e na hipnose é importante para modificar a experiência subjetiva do paciente.
- c) O ambiente da cura, hora da consulta repleta de expectativa.
- d) O relacionamento da cura, que é o rapport. (FERREIRA, 2011, p. 147-148).

O uso da hipnose na psicoterapia é uma ferramenta para distrair e absorver a mente consciente e levar à mente inconsciente, (Bauer, 2013, p.101) “[...] por meio de meta/mensagens, sob a forma de sugestão (su, sub = por debaixo + gestione=gestão, administração), novas possibilidades de acessar os recursos internos de cada pessoa e ressignificar aquilo que hoje é visto como problema”.

Grande parte das doenças tratadas pela hipnose usa o tratamento sugestivo. A fraseologia sugestiva é individualizada e cuidadosamente elaborada para cada paciente, visando a um determinado fim. São textos repetidos várias vezes. Podem ser usadas sugestões de imagens e visualização, bem como dissociações (FERREIRA, 2011).

Ferreira (2011, p. 58), diz que as respostas de um paciente à hipnose podem variar com: “a) tipo de experiência sugerida; b) o modo como é transmitida a sugestão; c) o que o paciente espera acontecer; d) as condições do paciente no momento e as variações das expectativas; e) a memória do paciente em relação ao tipo de experiência solicitada e f) a intensidade do rapport”.

A suscetibilidade hipnótica é a capacidade de uma pessoa tornar-se hipnotizada e ter as experiências e os comportamentos “característicos” de uma pessoa hipnotizada, tais como: cor da pele, umidade da pele, respiração, movimentos discretos nas pálpebras, nas extremidades, sorrisos, sons, que ocorrem quando o paciente apresenta receptividade às informações transmitidas (FERREIRA, 2011).

Para Bauer (2013), a hipnose é um estado de atenção focalizada, uma absorção: a mente consciente focaliza a atenção em alguma coisa especial (percepção, pensamentos, imagens, estórias, amor) e há uma dissociação da mente inconsciente (automatismos). A hipnose pode ser induzida ou autoinduzida, você não perde a consciência.

A hipnose em si não faz mal algum. O que faz mal é a manipulação inescrupulosa por certos profissionais e a credulidade de certos pacientes (BAUER, 2013).

A hipnose pode ser induzida via relaxamento, mas nem toda hipnose é relaxamento. Um atleta correndo ou nadando pode estar em transe e não está em relaxamento. O paciente quando está vivenciando um trauma está em hipnose e não está relaxado (BAUER, 2013).

Estar em transe não é ficar inconsciente. Pelo contrário, é ficar atento, com uma atenção especial. Isto, muitas vezes, pode significar prestar atenção em tudo o que o hipnotizador diz, e não “apagar”. O sujeito hipnotizado pode ouvir, sentir e falar; mas tudo acontece em uma abertura especial e não na falta de consciência (BAUER, 2013).

A hipnose é uma excelente ferramenta que abre os caminhos e podemos usá-la para: abrir o princípio do prazer, visualizar e experienciar situações benéficas ao sujeito, modificar símbolos vinculados a afetos dolorosos, criar uma nova realidade mais compatível como mundo do sujeito de hoje e criar saídas naturais aos conflitos internos (BAUER, 2013).

A hipnose está presente no imaginário popular, com a figura do hipnotizador que consegue obter resultados extraordinários com quem se submete aos métodos, remetendo a magia, fraude, ou uso de processos psicológicos desconhecidos (NEUBERN, 2009, p.9).

De acordo com Cordás (2002), Mesmer evidenciou a possibilidade de que recursos psicológicos de sugestão pudessem ser úteis no tratamento de doenças.

Foi com Mesmer (1734/1815), médico austríaco do século XVIII, que o transe catártico, fluídos magnéticos, imposição de mãos foram popularizados (NEUBERN, 2009).

A psicanálise, a psicoterapia de estados alterados de consciência, e os diversos aspectos de teorias terapêuticas comunicacionais, emergiram do estudo da hipnose, quer de sua aceitação, quer de sua crítica ou mesmo de sua rejeição. (NEUBERN, 2009).

Coube a Milton Erikson, médico, psicólogo e hipnoterapeuta internacionalmente conhecido, resgatar de forma original e criativa as possibilidades do olhar hipnótico terapêutico constituindo, sua obra, em uma legítima quebra de paradigma dentro da psicoterapia e do pensar psicológico (NEUBERN, 2009).

De acordo com Ferreira (2011), os medicamentos são importantes, mas são incapazes de ensinar aos pacientes as habilidades para resolver problemas e maneiras de relacionamento para superação da depressão e ansiedade.

A hipnose pode permitir mudanças de grande legitimidade terapêutica sem que, no entanto, se preste a profundas explicações a seu respeito. Stengers apud Neubern (2009). Neubern (2009) afirma também, que é possível lidar com a mente e transformá-la, sem contudo, conhecê-la segundo as exigências científicas.

Por meio da hipnose são acessados os conteúdos armazenados no funcionamento mental não consciente, que pode se tornar consciente utilizando diversas técnicas (FERREIRA, 2011).

Segundo Adler (2013), a hipnose não é um tipo de terapia, é um procedimento que pode ser usado para facilitar a terapia. Erickson (apud Adler, 2013, p.15), o estado de transe ativa os níveis mais profundos de aprendizagem inconsciente. Erickson apud Adler (2013, p.15) falou isso em 1941:

O estado hipnótico é essencialmente um fenômeno psicológico, que não tem relação com o sono fisiológico, e depende completamente da total cooperação entre o hipnotizador e o sujeito.

Não há unanimidade entre os autores sobre o conceito de hipnose. Para Ferreira (2008, p.1), “a hipnose é uma técnica sofisticada de comunicar ideias num estado mais receptivo e comumente representa um processo evocativo no qual estimulamos associações internas, memórias e recursos do paciente.”

O comitê executivo da Divisão 30 da Associação Americana de Psicologia aprovou oficialmente a hipnose em 1993, e publicou em 1994 a seguinte definição: hipnose é um procedimento no qual o profissional de saúde ou pesquisador sugere que um cliente, paciente ou sujeito experimente mudanças em sensações, percepções, pensamentos ou comportamento. O contexto hipnótico é geralmente estabelecido por um procedimento de indução. Ainda que haja muitas diferentes induções hipnóticas, a maioria inclui sugestões para relaxamento, calma e bem-estar. Instruções para imaginar ou pensar sobre agradáveis experiências também são incluídas nas induções hipnóticas (FERREIRA, 2008, p.1).

O conceito de hipnose para Bauer (2013, p.17) é: “estado alternativo de consciência ampliada, onde o sujeito permanece acordado todo o tempo, experimentando sensações, sentimentos, talvez tendo imagens, regressões, anestesia, analgesias e outros fenômenos hipnóticos enquanto está neste estado.”

No entendimento de Bauer (2013, p.38), os fenômenos hipnóticos são: “*rapport*, catalepsia, dissociação, analgesia, anestesia, regressão de idade, progressão de idade, distorção do tempo, alucinações positivas/negativas, amnésia, hipermnésia, atividade ideossensória/ideomotora e sugestão pós-hipnótica.”

2.1.2 Depressão

A depressão é uma doença que debilita, o seu caminho é progressivo e violento e a psicoterapia desempenha papel central no tratamento.

A depressão, originalmente melancolia, descrita por Hipócrates e baseada na teoria dos quatro humores: bile, fleugma, sangue e bile negra, de acordo com o estudo histórico levantado por Cordás (2002) a pessoa tem aversão à comida, falta de ânimo, insônia, irritabilidade e inquietação, medo ou tristeza prolongados.

Areteus da Capadócia, que viveu em Alexandria no primeiro século d.C. apud Cordás (2002), diferencia melancolia causada biologicamente de outra ocasionada por reação depressiva psicologicamente determinada.

Maimonides, filósofo e médico, nascido na Espanha em 1135 apud Cordás (2002), precursor de visões psicossomáticas e cognitivas, discute com seus pacientes a respeito da inutilidade de permanecer reverberando seus pensamentos pessimistas e sugere exercícios para se pensar em acontecimentos agradáveis e prazerosos.

O termo depressão começa a aparecer mais intensamente nos dicionários médicos a partir de 1860 Cordás (2002). O primeiro antidepressivo aparece em 1957 apresentado pelo psiquiatra Roland Kuhn, no Congresso Internacional de Psiquiatria, em Zurich, com o nome genérico de imipramina (CORDÁS, 2002).

A depressão está classificada no DSM 5 (2014), da seguinte forma: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

Quem sofre de ansiedade crônica torna-se suscetível a alterações bruscas de humor e depressão (GERZON, 2001). Mas segundo, Spielberger (1966) apud Pessotti (1978), diz que os estados de ansiedade são caracterizados por sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de apreensão e tensão, acompanhados ou associados à ativação do sistema nervoso autônomo.

Ainda que a depressão (ou melancolia) seja reconhecida como uma síndrome clínica há mais de dois mil anos, até hoje não foi encontrada uma explicação plenamente satisfatória de suas características intrigantes e paradoxais (BECK, 2009).

Psicoterapia e medicação ajudam a melhorar a depressão, as duas combinadas funcionam melhor do que cada uma separadamente. Para Kramer (2007, p.74), “a depressão causa dor profunda e comprometimento das funções. É

uma síndrome – caracterizada por um grupo confiável de incapacidades, como tristeza, anormalidades de sono e apetite, problemas de memória e concentração.”

A depressão é reconhecida por todos no campo da saúde mental e segundo Kline apud Beck (2009), tem causado mais sofrimento humano do que qualquer outra das doenças que afetam a humanidade.

A depressão, segundo Beck (2009, p.15) pode hoje ser definida em termos dos seguintes atributos:

Alteração específica no humor: tristeza, solidão, apatia.
Autoconceito negativo associado a autorrecriações e autoacusações.
Desejos regressivos e autopunitivos: desejos de fugir, esconder-se ou morrer.
Alterações vegetativas: anorexia, insônia, perda da libido.
Alteração no nível de atividade: retardo psicomotor ou agitação.

Para Amen (2000), o tom emocional do cérebro é oferecido pelo sistema límbico profundo, quando essa área está superativa ela está ligada à depressão e à negatividade, e quando o sistema está menos ativo o estado mental é mais positivo e esperançoso. O Dr. Amen utiliza um sistema em 3-D, exame com a sigla de SPECT, que é realizado pelo ramo da medicina chamado de medicina nuclear, que mostram quais partes do cérebro são ativadas quando nós rimos, cantamos, choramos, visualizamos ou realizamos outras funções. Os estudos da medicina nuclear medem o funcionamento fisiológico do corpo e podem ser usados para diagnosticar um grande número de doenças. Amen (2000, p.56), “a depressão é provocada por um déficit de certos elementos neuroquímicos e neurotransmissores, especialmente a norepinefrina e a serotonina.

Em 1999, o *Jornal Biological Psychiatry*, publicou uma pesquisa da Dra. Grazyna Rajkowska, onde a patologista identificou um déficit de glias nas células nervosas responsáveis por humor, principalmente na região do córtex pré-frontal. As áreas afetadas eram também aquelas em que as células se comunicam pela norepinefrina e pela serotonina, mensageiros químicos que regulam o humor. (KRAMER, 2007). A Dra. Rajkowska observou que a depressão assemelha-se a uma doença de vulnerabilidade. “Se as células nervosas desprotegidas fossem atacadas por qualquer dos muitos estressores que podem afetar o cérebro, esses neurônios perderiam a capacidade de resistir à agressão ou de iniciar um reparo” (KRAMER, 2007, p.80).

Diante dessa análise, Kramer (2007, p.81), sugere que “A depressão assemelha-se à falta de armadura em um mundo hostil.”

Numa visão psicanalítica da depressão, Deloya (2001), afirma que o nascimento do afeto depressivo, bem como da instalação da sensibilidade depressiva, nasce do sentimento de ter perdido o objeto ou aspectos dele, e a resignação diante da perda não é capaz de restaurar o objeto dentro de si.

Na concepção de Guariente (2000), a manutenção e permanência dos mecanismos de defesa mais primitivos, das angústias indecifráveis e dos intensos conflitos internos, surgem os sintomas e sinais físicos, psicológicos e sociais da depressão.

A classificação da depressão em três formas foi elaborada por Nuber (2006), sendo elas: depressão somatogênica – dificuldade de encontrar uma causa real; depressão endógeno-psicótica – causas biológicas e depressão psicorreiativa neurótica – pode ser provocada por um acontecimento extremamente perturbador e único.

Cada vez mais pesquisadores associam a inibição do crescimento neural pelos hormônios do estresse à depressão. Em pacientes com depressão crônica, o hipocampo e o córtex pré-frontal, o centro do raciocínio, encontra-se fisicamente retraído (HOLDEN apud LIPTON, 2007).

Uma equipe formada pelos doutores, Brian M. Andrus, Mary J. Kwasny, Junhee Seok, Xuan Cai e Joyce Ho. da Universidade Northwestern, Estados Unidos, desenvolveram um exame de sangue capaz de diagnosticar depressão. O teste, através do exame de sangue, detecta a doença ao medir 9 marcadores genéticos associados à presença da condição. Além disso, segundo os especialistas, o método pode, no futuro, ajudar os médicos a descobrir quais pessoas têm maior predisposição à depressão e se determinado tratamento será eficaz para o seu paciente (VEJA, 2014, web).

“A relação entre estresse e depressão é particularmente íntima: o estresse pode desencadear a depressão e (fisiologicamente, pela expressão hormonal) a depressão atua como estressor crônico” (KRAMER, 2007, p.161).

Os sintomas e traços que caracterizam a depressão segundo Kramer (2007, p.167), são:

Hipersensibilidade às adversidades, vulnerabilidade em face do estresse, isolamento de contatos íntimos, envelhecimento prematuro, lentidão na recuperação, curso de deterioração, cronicidade de enfraquecimento,

resistência fracassada – essas expressões podem ser aplicadas de igual modo aos depressivos e a seus neurônios.

Bongiorno (2007, p.229), no seu artigo sobre o tratamento médico complementar e alternativo para a depressão, como colaborador do Livro *Biologia da Depressão*, define a depressão como “uma doença multifatorial, regida por um sistema complexo, modulado por aspectos comportamentais, alimentares, psicológicos, espirituais, nutricionais e fisiológicos”.

2.1.3 Ansiedade

Estamos vivendo na era da ansiedade. Nos últimos anos a palavra ansiedade saiu dos limites da psicologia e caminhou para as áreas política, econômica e social.

Pelo menos três fatores, segundo Bourne e Garano (2008, p.9), estão contribuindo para o aumento da ansiedade: “o ritmo da vida moderna, a ausência generalizada de consenso sobre os valores e padrões que norteiam nossa vida e o nível de alienação social promovido pela sociedade pós-industrial”.

Parafrazeando Charles Dickens, (Gerzon, 2001, p.284), “este é o melhor e o pior dos tempos. As contradições e confusões de nossa época criam uma sensação de incerteza e ansiedade que difunde-se por todos os níveis da sociedade”.

Ana Beatriz em *Mentes Ansiosas* (2011, p. 28), diferencia entre ser ansioso e estar ansioso. Ser ansioso “é possuir sensação de tensão, apreensão e inquietação. Estar ansioso é tudo isso acompanhado por manifestações orgânicas tais como: palpitações (taquicardia), suor intenso, tonturas, náuseas, etc”.

Alfred Adler apud Gerzon (2001, p.49), escreveu que “só os seres humanos são conscientes do fato de que a morte faz parte do seu destino, e basta esta consciência para dar à humanidade um sentimento de ser terrivelmente subjugada pela Natureza.”

Ao falar sobre ansiedade, Gerzon (2001, p.49) diz:

[...] a consciência da própria morte é a passagem da Ansiedade Natural para a Ansiedade Sagrada. Enquanto a Ansiedade Tóxica combate fantasmas do passado e a Ansiedade Natural enfrenta os desafios do presente, a Ansiedade Sagrada defronta o futuro desconhecido e incerto das questões mais importantes da vida”.

O médico árabe Ishaq Ibn Imran, que tem sua obra traduzida por Constantinus por volta de 1070, sobre *Melancholia* apud Cordás (2002), descreve a

doença ressaltando o mutismo, a imobilidade, distúrbios do sono, anorexia, agitação, desânimo, choro, risco de suicídio, e ainda, que os melancólicos temem situações que de fato não são ameaçadoras, correspondendo aos modernos conceitos de ansiedade.

No século XVIII, o médico escocês William Cullen, foi quem pela primeira vez empregou o termo neurose para mais de 700 condições médicas, que iam de artrite á epilepsia e aos quadros ansiosos (CORDÁS, 2002).

Freud apud Hetem e Graeff (2012, p.20), descreve:

A ansiedade pode, subitamente, irromper pela consciência sem proceder de um encadeamento de ideias, provocando um ataque de ansiedade. Um ataque de ansiedade desse tipo pode consistir apenas no sentimento de ansiedade, sem nenhuma ideia associada, ou então acompanhado da interpretação que estiver mais à mão, tais como ideias de extinção da vida, ou de uma pancada, ou de uma ameaça de loucura; ou ainda, alguma espécie de parestesia (similar à aura histérica) pode vir acompanhada ao sentimento de ansiedade, ou, finalmente, o sentimento de ansiedade pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais – como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora e a atividade glandular.

Em 1993, a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) integra uma nova concepção clínica da ansiedade às categorias oficialmente reconhecidas pela comunidade médica internacional através da criação de diagnósticos como os de agorafobia com ataque de pânico, agorafobia sem ataque de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada (PEREIRA, 2012).

No DSM-V (2014) o transtorno de ansiedade inclui transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura.

Os transtornos de ansiedade estão organizados no DSM-V (2014), segundo os estágios de desenvolvimento, sendo eles: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade devido há outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado e transtorno de ansiedade não especificado.

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana (APA), são vários os transtornos de ansiedade, e a principal característica é a esquiva, ou seja, a pessoa

evita determinadas situações nas quais a ansiedade se torna exagerada e apareça (SILVA, 2011). O medo patológico pode se manifestar de diversas formas, tais como:

- súbitos ataques de pânico, que podem evoluir para o transtorno do pânico.
 - fobia social ou timidez patológica, na qual as pessoas percebem ameaças potenciais em situações sociais e em exposição em público.
 - medos diversos ou fobias simples, cuja ameaça provém de estímulos bem específicos (animais, lugares fechados, chuvas, avião, etc).
 - transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), quando vivemos experiências traumáticas significativas (sequestros, perdas de entes queridos, acidentes, etc)
 - transtorno de ansiedade generalizada (TAG), que se caracteriza por um estado permanente de ansiedade, sem qualquer associação direta com situações ou objetos específicos.
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), no qual a mente é invadida por pensamentos intrusivos e sempre de conteúdo ruim (obsessões), que desencadeiam rituais repetitivos e exaustivos (compulsões), na tentativa de exorcizar tais ideias.
- Todos eles têm em comum a presença de sintomas físicos (taquicardia, sudorese, tontura, cólica, náusea, falta de ar) e sintomas psíquicos (inquietação, irritabilidade, sobressalto, insegurança, insônia, dificuldade de concentração, sensação de estranheza) (SILVA, 2001, p. 29).

Augusto Cury (2013, p.51), denomina ansiedade vital como saudável, quando “gerada pela solidão da consciência virtual, movimenta todo o processo de construção do psiquismo, sejam pensamentos, ideias, personagens, ambientes, desejos, aspirações”. Torna-se ansiedade doentia quando:

Contraí o prazer de viver, a criatividade, a generosidade, a afetividade, a capacidade de pensar antes de reagir, a habilidade de se reinventar, o raciocínio multifocal, entre outros. Um dos mecanismos psíquicos que mais transformam essa ansiedade vital numa ansiedade asfixiante é a hiperconstrução de pensamentos. Quem tem uma mente agitada, quem é uma máquina de se informar e de pensar, ultrapassou os limites saudáveis da movimentação psíquica e desenvolverá a Síndrome do Pensamento Acelerado – SPA.

De acordo com a Teoria da Síndrome do Pensamento Acelerado – SPA, de Augusto Cury (2013), que é fator gerador de ansiedade, pode ser gerenciada utilizando-se algumas habilidades: 1) capacitar o Eu para ser autor da própria história – intervir no sistema sensorial; 2) ser livre para pensar, mas não escravo dos pensamentos – livre na mente, libertar a imaginação, inovar; 3) gerenciar o sofrimento antecipatório – criticar os pensamentos que bloqueiam a inteligência; 4) fazer a higiene mental através da técnica do DCD (duvidar, criticar, decidir), a dúvida é o princípio da sabedoria; 5) reciclar as falsas crenças – elas tem o poder de transformar a irrealidade em verdade absoluta; 6) não ser uma máquina de trabalhar – destrói a saúde emocional; 7) não ser uma máquina de informações - não é a

quantidade de dados que propicia uma melhor criatividade ou eficiência intelectual; 8) não ser um traidor da qualidade de vida – isto é, trair o sono, fins de semana, férias, relaxamento, trair o diálogo com as pessoas que são importantes para nós. Enfim, para Cury (2013, p.147), “o diálogo é fundamental não apenas para aliviar a SPA – Síndrome do Pensamento Acelerado, mas também para alicerçar as relações e dar sabor à existência”.

Para Pereira (2012), o avanço do controle sintomatológico da ansiedade tem sido substancial devido ao progresso da psicofarmacologia e ao desenvolvimento de técnicas psicoterapêuticas.

Ansiedade pode ser tecnicamente conceituada como um estado emocional vivenciado com a qualidade subjetiva do medo ou emoção a ele relacionada, desagradável, dirigido para o futuro, desproporcional a uma ameaça reconhecível, com desconforto subjetivo e manifestações somáticas, este é o conceito de ansiedade para Aubrey Lewis apud Hetem; Graeff (2012).

Os sinais e sintomas somáticos observados em estados ansiosos por Gentil (2012, p.31) são:

Aumento do tônus autonômico, alterações respiratórias, cardiovasculares, elevação da pressão arterial, vasoconstrição periférica, palidez, sudorese, extremidades frias e úmidas, digestivas, aumento do peristaltismo, cólicas, diarreia ou constipação, contraturas musculares, cefaleia, dores tensionais, cenestésias, parestesias, tontura, sensação de flutuação, entre outros.

Segundo Gentil (2012), no capítulo que trata sobre conceitos, do livro Transtornos de Ansiedade de Hetem, L.A. e Graeff, F.G., as relações entre transtornos de ansiedade de depressão são próximas e objeto de estudo e controvérsia conceitual há décadas, havendo propostas de que sejam independentes, associadas ou partes de um continuum indivisível, isto porque muitos sintomas depressivos subsindrômicos podem se desenvolver a partir de quadros ansiosos.

Após 20 anos de pesquisa experimental, Clark e Beck (2010), afirmam que os transtornos de ansiedade são caracterizados por um viés atencional seletivo automático pré-consciente para informação emocionalmente ameaçadora.

Estudos de Clark e Beck (2010), sobre a manutenção da ansiedade em pacientes clínicos e não clínicos, são os processos secundários. Indivíduos não clínicos têm um entendimento mais equilibrado de suas capacidades pessoais e

recursos de enfrentamento enquanto indivíduos clínicos tendem a se focalizar em suas fraquezas e deficiências.

A preocupação patológica nos transtornos de ansiedade em indivíduos clínicos é menos controlável, mais persistente e mais focalizada na ameaça imediata da situação. A preocupação nos transtornos de ansiedade parece intensificar a ansiedade, no entanto em indivíduos não clínicos pode motivar a tomar uma atitude construtiva (CLARK E BECK, 2010).

Diferente de Nuber (2006), Gerzon (2001), divide a ansiedade em tipos e conceitos diferentes, são eles: ansiedade tóxica - que gera um comportamento dependente, crítico, abusivo ou violento; ansiedade natural – tem sua função protetora e ansiedade sagrada – quando confrontamos a realidade da morte e as questões que se relacionam aos nossos valores e crenças básicos.

A chave para uma vida feliz e livre da ansiedade, Bourne e Garano (2008, p.64), implica em “perceber que você é o principal responsável pela forma como se sente e isto lhe dá poder, uma vez que assume essa responsabilidade por completo”.

De acordo com Bourne e Garano (2008) são as interpretações que nossos pensamentos dão aos nossos sentimentos que geram a ansiedade, os pensamentos distorcidos são assim por eles classificados (p.78):

Filtro: você está preso a um esquema mental que se concentra em coisas do seu ambiente que o amedrontam. Para vencer esses filtros, você terá de, deliberadamente, mudar o foco.

Generalização excessiva: é o exagero, a tendência de pegar um botão e costurar a roupa no botão, e não o contrário.

Pensamento maniqueísta: a chave é parar de fazer julgamentos tudo-ou-nada.

Leitura mental: acredite no que lhe dizem ou não crie nenhuma hipótese até que alguma evidência real venha à tona. Trate todos os seus julgamentos sobre as pessoas como hipóteses a serem testadas e checadas com perguntas diretas a elas.

Maximização: pare de usar palavras como terrível, horrível, repulsivo ou horrendo. Tente dizer para si mesmo frases como: eu consigo lidar com isso.

Personalização: quando você percebe que está se comparando aos outros, lembre-se de que todos têm pontos fortes e fracos. Não tire conclusões a não ser que você tenha certeza de que há evidências e provas racionais.

Deveres: reexamine e questione qualquer regra ou expectativa pessoal que inclua as palavras: devo, tenho obrigação de, tenho de, é imprescindível. Regras e expectativas flexíveis não usam essas palavras.

De acordo com a Dra. Susan M. Lark (1996, p. 15), que escreveu o livro *Ansiedade e Stress*, direcionado para as mulheres, a reação fisiológica da

ansiedade e do stress são as mesmas, não importando qual o “fator estressante inicial perigo físico, distúrbio psicológico ou ameaça imaginária, o gatilho químico para a ansiedade pode variar imensamente”, isto é, o desequilíbrio químico que desencadeia a ansiedade relacionada com a tensão pré-menstrual é, diferente do desequilíbrio químico provocado pelo hipertireoidismo, ou da ansiedade na menopausa.

2.2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização deste trabalho foi buscar na pesquisa quantiquantitativa, as respostas para a hipótese formulada, bem como para os objetivos propostos. Como poderá ser observado adiante, na definição de conceitos, a pesquisa qualitativa, propiciou a análise subjetiva das pessoas envolvidas, e na pesquisa quantitativa os testes de Beck confirmaram os resultados.

A mensuração quantitativa da eficácia da terapia pela hipnose, foi avaliada antes e depois de oito meses de tratamento, bem como no grupo controle, ao qual não foi aplicada a hipnose. Foram aplicados os seguintes testes: BDI-II – Inventário de Depressão de Beck, este teste representa uma avaliação da gravidade da depressão em pacientes adultos e adolescentes a partir dos 13 anos com diagnóstico psiquiátrico, outros testes são o Inventário de Ansiedade Beck – BAI, Escala de Desesperança Beck – BHS e Escala de Ideação Suicida Beck – BSI. O objetivo foi mensurar a ansiedade, a dimensão do pessimismo que é um constructo para a desesperança e o indicador psicométrico de risco de suicídio (BECK, 2011).

A pesquisa foi realizada com doze (12) pacientes, depressivos e ansiosos, sem distinção de gênero e idade, o critério de escolha foi o uso de antidepressivo. Seis pacientes receberam o tratamento com hipnose pelo período de oito meses, e seis pacientes apenas responderam os testes.

A escolha por esses dois tipos de doenças deveu-se à intensa demanda que as duas estão provocando nos consultórios médicos, sendo a depressão motivo de preocupação da OMS, além do que, essas doenças associam-se a outros tipos de doenças, como as psicossomáticas. A intenção foi oferecer mais uma possibilidade de tratamento, comprovadamente eficaz, como coadjuvante no tratamento de depressivos e ansiosos.

Para realização deste trabalho foi elaborado inicialmente um projeto de pesquisa, submetido ao Comitê de Ética através da Plataforma Brasil, aprovado em 21/07/2015, sob o número CAAE 47421315.4.0000.5593, onde se pretendeu focar a atuação da hipnose no resultado do tratamento com pacientes ansiosos e depressivos.

A hipótese e os objetivos constam na introdução do trabalho.

A metodologia empregada foi de Pesquisa Qualitativa, que tem como definição:

Não se preocupa com relação aos números, mas sim com relação ao aprofundamento e de como ela será compreendida pelas pessoas. Os pesquisadores que utilizam este método procuram explicar o porquê das coisas, explorando o que necessita ser feito sem identificar os valores que se reprimem a prova de dados, porque os dados analisados por este método não estão baseados em números (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2013, web).

A mensuração quantitativa da eficácia da terapia pela hipnose, foi avaliada antes e depois de oito meses de tratamento, bem como no grupo controle, ao qual não foi aplicada a hipnose.

Metodologia de Pesquisa Quantitativa:

Diferente da pesquisa qualitativa, este método busca por resultados que possam ser quantificados, pelo meio da coleta de dados sem instrumentos formais e estruturados de uma maneira mais organizada e intuitiva (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2013, web).

Neste caso também foi quantitativa, já que os resultados foram medidos em doze indivíduos (seis indivíduos foram submetidos à hipnose e seis indivíduos foram o grupo controle). Foram atendidos no seguinte endereço: Rua José Bonifácio, nº 1 sala 3. Vila Paraíso, Caçador/SC.

As limitações da pesquisa se referem à adesão ao tratamento e o medo comum da perda do autocontrole, em relação à suscetibilidade hipnótica.

A pesquisa foi realizada com doze (12) pacientes, depressivos e ansiosos, sem distinção de gênero e idade, o critério de escolha foi a utilização de antidepressivos.

Pesquisa de campo:

Este tipo de pesquisa vai muito além da observação dos fatos e fenômenos e faz uma coleta do que ocorre na realidade a ser pesquisada. Depois disso, elas serão analisadas e seus dados serão interpretados com base em uma fundamentação teórica sólida com o desígnio de elucidar o problema pesquisado (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013, web).

A pesquisa foi realizada em consultório, com sofá, música ambiente relaxante, meia luz. Avaliação de pacientes depressivos e ansiosos com a técnica de hipnose, uma vez por semana, com duração de uma hora.

Foram aplicados os testes: BDI-II – Inventário de Depressão de Beck, este teste representa uma avaliação da gravidade da depressão em pacientes adultos e adolescentes a partir dos 13 anos com diagnóstico psiquiátrico, outros testes são o Inventário de Ansiedade Beck – BAI, Escala de Desesperança Beck – BHS e Escala de Ideação Suicida Beck – BSI. O objetivo é mensurar a ansiedade, a dimensão do pessimismo que é um constructo para a desesperança e o indicador psicométrico de risco de suicídio (BECK, 2011).

Ao final, foram aplicados os testes novamente, tanto no grupo controle quanto no grupo que fez a hipnose, com o objetivo de observar os sintomas avaliados inicialmente, bem como, avaliação da técnica de hipnose nos tratamentos de depressivos e ansiosos. Foi utilizado, também, para análise, o teste T Estatístico para comparar os resultados do antes e depois, sendo o valor de $p = < 0,05$, demonstrando a eficácia da intervenção com a hipnose. Esta análise permite dizer com 95% de confiança, que houve diferença positiva com a aplicação da hipnose.

Após oito meses de tratamento, de agosto de 2015 a abril de 2016, utilizando a técnica da hipnose, com encontros semanais, onde se pretendeu demonstrar como a hipnose pode contribuir no resultado do tratamento com pacientes ansiosos e depressivos e após reavaliação dos testes, chegou-se aos seguintes resultados.

2.3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

Para mensuração dos resultados foram utilizadas as Escalas de Beck, que são quatro medidas escalares: BDI, BAI, BHS e BSI.

O BDI – Inventário de Depressão Beck, é um instrumento para medida da intensidade da depressão. Foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, para uso com pacientes psiquiátricos, após muitos estudos passou a ser utilizado amplamente, tanto na área clínica como na de pesquisa. Os itens foram selecionados com base em observações e relatos de sintomas e atitudes mais frequentes em pacientes psiquiátricos com transtornos depressivos (CUNHA, 2011).

O BAI – Inventário de Ansiedade Beck, é uma escala de autorrelato que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. A mensuração da ansiedade é reconhecida como uma das emoções humanas básicas, é importante sua análise tendo em vista ser uma das principais dificuldades do ser humano. De acordo com Cunha (2011), existe uma relação substancial entre ansiedade e depressão.

O BHS – Escala de Desesperança Beck, que segundo Cunha (2011), o constructo desesperança surgiu nos anos sessenta, na literatura psicanalítica, como um tema central de depressão, inclusive como um elemento-chave para o comportamento suicida. O BHS permite avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto.

O BSI – Escala de Ideação Suicida Beck, este instrumento também foi criado para investigar a ideação suicida em pacientes psiquiátricos. Após muitos estudos os cinco primeiros itens são utilizados com o caráter de triagem das atitudes do paciente quanto a viver ou morrer. Os dois últimos itens, não incluídos no escore final, de caráter informativo, fornecem importantes subsídios sobre o paciente quanto ao número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer (CUNHA, 2011).

De acordo com Cunha (2011), muitos trabalhos têm demonstrado as relações entre desesperança (BHS), depressão (BDI) e potencial suicida (BSI).

A aplicação dos testes teve início em agosto de 2015. Os dados referentes às medicações foram extraídos do Site MedicinaNET.

Para análise estatística. Inicialmente foi realizada a estatística descritiva de média e desvio padrão (Dp). Para comparar os efeitos do tratamento de hipnose foi utilizado o Teste “T” de Students para amostras pareadas. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

2.3.1 Apresentação dos Casos

2.3.1.1 Caso 1

Caso 1: solteira, 25 anos, escolaridade: superior completo, ocupação: assistente administrativo. Medicação: Velija 30mg, um comprimido ao dia, há dois anos.

Teste aplicado em julho de 2015.

BDI: 13 – o inventário de depressão se encontra no nível leve.

BAI: 32 – o inventário de ansiedade se encontra no nível grave

BHS: 4 – a escala de desesperança se encontra no nível mínimo.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

Em seu relato sente muito medo, aperto no peito, ansiedade, angústia, dificuldade de respirar, dor de cabeça, inquietação, sensação de cansaço, náuseas, mudança de apetite, possessiva, insegura, ideias de culpa, dificuldade de concentração, perda do apetite sexual.

Velija é indicado para o tratamento da depressão e também de: transtorno depressivo maior; dor neuropática periférica diabética; fibromialgia em pacientes com ou sem transtorno depressivo maior; estados de dor crônica associados à dor lombar crônica; estados de dor crônica associados à dor devido à osteoartrite de joelho (doença articular degenerativa); transtorno de ansiedade generalizada.

Teste aplicado em abril de 2016.

BDI: 0 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 0 – o inventário de ansiedade se encontra no nível mínimo

BHS: 0 – a escala de desesperança se encontra no nível mínimo.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

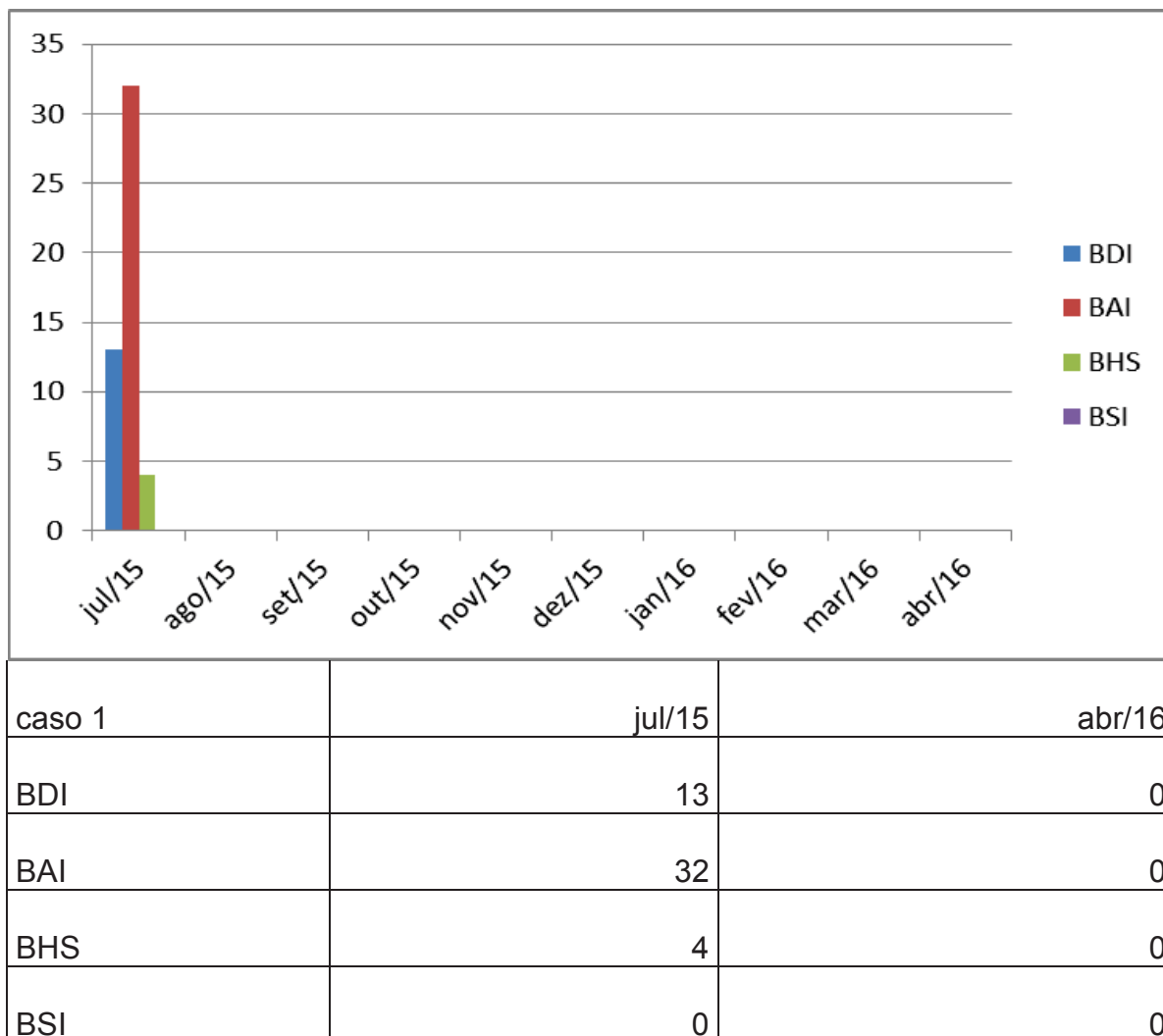
O caso 1 que estava num nível grave de ansiedade, que segundo Clark e Beck (2010), são indivíduos com dificuldade de enfrentamento, que focalizam-se em suas fraquezas e deficiências, que não se percebem como principais responsáveis pela forma como se sentem, de acordo com Bourne e Garano (2008), focalizou-se a hipnose no aumento da autoestima, na confiança e tranquilidade para conduzir as dificuldades. Foi feita regressão, bem como comandos para eliminar a insônia, tendo em vista a importância de uma noite bem dormida na redução do stress e ansiedade.

Após oito meses de tratamento, o caso 1 fez o seguinte relato: de uma maneira geral está se sentindo muito bem, não tem mais dores no peito, controla bem a ansiedade, aprendeu a controlar, aprendeu a relaxar, a respirar, o sono melhorou, se sente mais segura nas conversas, a crítica aos pensamentos propiciou melhor sensação interna e melhorou os sentimentos. Houve uma mudança muito grande na vida. Mesmo sendo demitida sentiu-se capaz e confiante para mudar de profissão. Fez vários cursos, abriu o próprio negócio. No mesmo período que foi demitida, terminou relação com namorado, por ter pego uma traição. Após três

meses aceitou as explicações do namorado, colocou suas condições para reatar, o que os levou ao casamento. Se sente mais livre para expressar sentimentos, ajudar a família. Aprendeu a usar a linguagem assertiva e com isso consegue se expressar melhor, tendo mais sucesso nos relacionamentos. Se sente mais calma na condução das questões do dia-a-dia. Sentiu o crescimento de sua autoestima. Pretende no retorno ao médico eliminar a medicação. Se sente mais amadurecida, com nova visão de vida.

Em conversa telefônica no mês de maio, a paciente relatou que foi ao ginecologista e solicitou a ele continuar usando a medicação, no seu mínimo, que ficou em 10mg.

Gráfico1 - Caso 1



Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.2 Caso 2

Caso 2: 46 anos, amigada, escolaridade: nenhuma. Ocupação: camareira. Medicação: clonazepan, 15 gts, amitriptilina 50 mg, há dois anos.

Teste aplicado em julho de 2015.

BDI: 37 – o inventário de depressão se encontra no nível grave.

BAI: 15 – o inventário de ansiedade se encontra no nível leve.

BHS: 14 – a escala de desesperança se encontra no nível grave.

BSI: 23 – a escala de ideação suicida está no nível grave.

De acordo com seu relato, sente muita solidão, ansiedade e vontade de chorar. Mora sozinha, tem uma filha casada e um filho presidiário. Seu desespero é maior quando vai visitar o filho no presídio.

O Clonazepam está indicado isoladamente ou como adjuvante no tratamento das crises epiléticas mioclônicas, acinéticas, ausências típicas (petit mal), ausências atípicas (síndrome de Lennox-Gastaut). Em crises epiléticas clônicas (grande mal), parciais simples, parciais complexas e tônico-clônico generalizadas secundárias, clonazepam está indicado como tratamento de terceira linha. Transtornos de ansiedade: como ansiolítico em geral, distúrbio do pânico com ou sem agorafobia, fobia social, transtornos do humor; transtorno afetivo bipolar: tratamento da mania; depressão maior: como adjuvante de antidepressivos (depressão ansiosa e na fase inicial de tratamento); emprego em síndromes psicóticas; tratamento da acatisia, tratamento da síndrome das pernas inquietas, tratamento da vertigem e sintomas relacionados à perturbação do equilíbrio, como náuseas, vômitos, pré-síncope ou síncope, quedas, zumbidos, hipoacusia, hipersensibilidade a sons, hiperacusia, plenitude aural, distúrbio da atenção auditiva, diplacusia e outros, tratamento da síndrome da boca ardente.

O cloridrato de amitriptilina é recomendado para o tratamento de depressão e enurese noturna, quando a patologia orgânica foi excluída. (Site MedicinaNET)

A paciente abandonou o tratamento em outubro de 2015, em novembro de 2015 foram refeitos os testes, e as escalas estão abaixo descritas:

BDI: 10 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 2 – o inventário de ansiedade se encontra no nível mínimo.

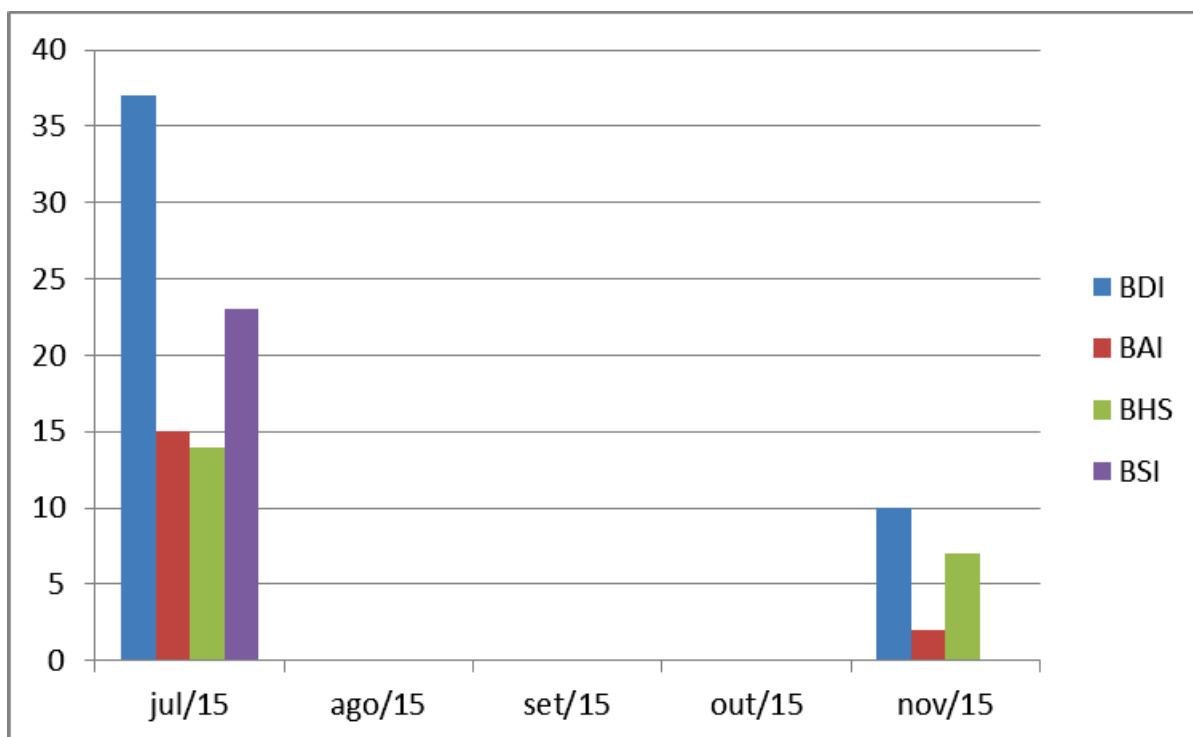
BHS: 7 a escala de desesperança se encontra no nível leve

BSI: 0 - não há ideação suicida

No caso 2 a depressão estava no nível grave, a desesperança num nível grave e a ideação suicida também. Para Kramer (2007), a depressão causa dor profunda e comprometimento das funções. Para Amem (2000) o tom emocional do cérebro é oferecido pelo sistema límbico, quando está superativa ela está ligada à depressão. O que se verificou com essa paciente foi dificuldade de entendimento cognitivo, tendo em vista que só sabia desenhar seu nome, no entanto, inicialmente estava mais receptiva ao tratamento, o que mudou após alguns meses. Mas mesmo assim, conseguiu-se uma melhora significativa com a hipnose, focando na autoestima, no controle dos pensamentos, na mudança dos pensamentos e na liberação dos músculos. Foram elaborados comandos para liberação de culpa e redução da ansiedade. No início a paciente não conseguia relaxar, após ter experimentado o toque na cabeça ela conseguiu se permitir relaxar, com isso verificou-se uma melhora na resposta ao tratamento.

A paciente com um sentimento de melhora, faltou e abandonou o tratamento, por compreender esta melhora subjetiva como cura. A paciente encontrou um namorado e esse envolvimento amoroso a fez sentir-se amada, amparada, melhorando muito sua autoestima. Constatou-se, conforme gráfico abaixo, que houve uma significativa redução dos sintomas, avaliados pela escala de Beck, mais evidentes no BDI e no BSI.

Gráfico 2 - Caso 2



caso 2	jul/15	nov/15
BDI	37	10
BAI	15	2
BHS	14	7
BSI	23	0

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.3 Caso 3

Caso 3: 54 anos, casada, escolaridade: segundo grau, ocupação: auxiliar de dentista. Medicação: citalopram, 20mg, fim de tarde, há oito anos, pressat, 2,5mg, de manhã, omeprazol 20mg, sinvastatina 20mg, neblock, 5mg, fim de tarde.

Teste aplicado em julho de 2015.

BDI: 25 – o inventário de depressão se encontra no nível moderado.

BAI: 26 – o inventário de ansiedade se encontra no nível moderado.

BHS: 10 – a escala de desesperança se encontra no nível moderado.

BSI: 16 – há uma existência de ideação suicida.

Relato da paciente: dores na coluna, insônia, tristeza, desânimo. Há pouco tempo houve ruptura do filho com a família. Tem dois filhos, uma mulher e um

homem, ambos formados em odontologia. O filho é casado e tem uma filha de 3 anos. Houve uma briga familiar e o filho não se comunica mais com os pais e não permite que a família se relacione com a neta. Trata hipertensão, colesterol, estômago.

Citalopram, indicado para: indicado para o tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da depressão; de transtornos do pânico com ou sem agorafobia e em transtornos obsessivo compulsivo.

Teste aplicado em abril de 2016.

BDI: 0 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 3 – o inventário de ansiedade se encontra no nível mínimo.

BHS: 0 – a escala de desesperança se encontra no nível mínimo.

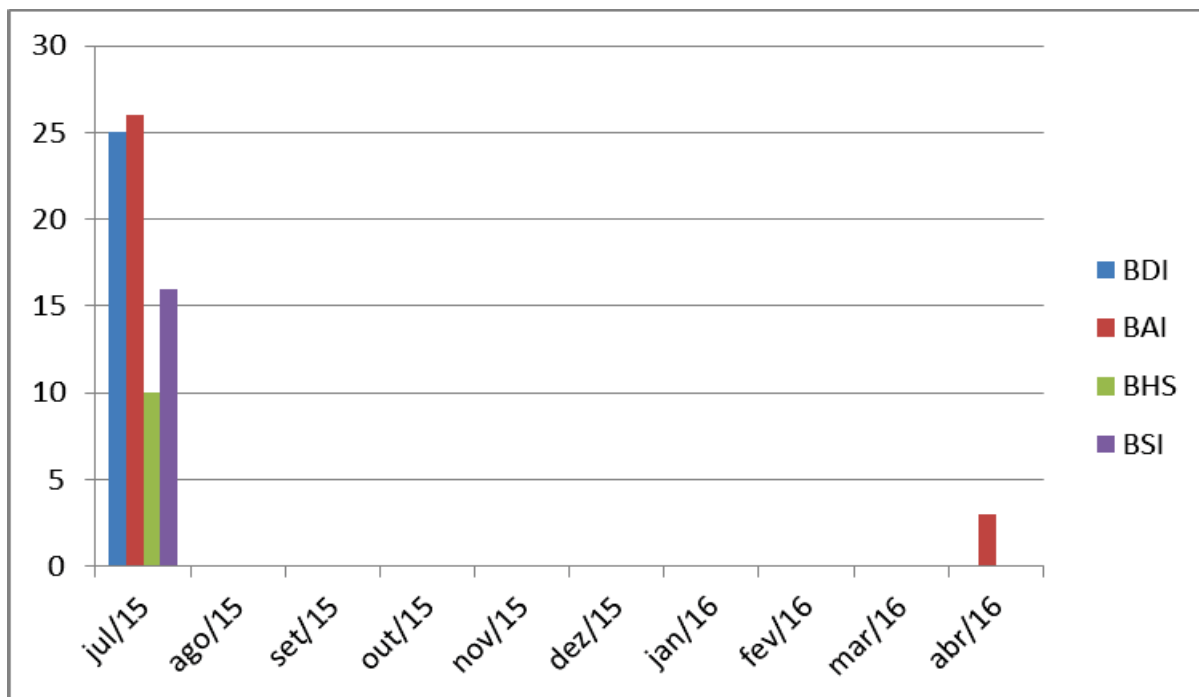
BSI: 0 – não há ideação suicida.

No caso 3 todos os testes de depressão, ansiedade e desesperança estavam no nível moderado, havia, no entanto, a existência de uma ideação suicida. O que se verificou foi uma acentuada melhora. Para Kramer (2007) a relação entre estresse e depressão é particularmente íntima, a depressão atua como um estressor crônico. Para Bongiorno (2007), a depressão é uma doença multifatorial, muitos aspectos do ser humano estão envolvidos. Cury (2013), conceitua ansiedade doentia quando esta contrai o prazer de viver, e é formada pela hiperconstrução de pensamentos. A hipnose neste caso foi focada inicialmente na autoestima, na insônia, na liberação dos músculos. Posteriormente trabalhou-se novos objetivos, novas visões, novas perspectivas.

Após oito meses de tratamento, o caso 3 sente menos ansiedade, se sente mais equilibrada ao tomar decisões, não tem mais vontade de morrer, consegue ter um controle maior sobre suas atitudes, sobre suas emoções, sente que seu sono melhorou significativamente, observou que seu comportamento tornou o relacionamento com as pessoas mais adequado, consegue encarar os problemas, se sente outra pessoa. Aprendeu a respirar e reduzir o nervosismo, mais bem humorada. Questionando e criticando os pensamentos melhorou muito.

Os dados constantes no gráfico demonstram como o tratamento baseado na hipnose, associada à medicação, foi eficaz. Os escores da Escala de Beck reduziram significativamente, propiciando à paciente uma melhor qualidade de vida.

Gráfico 3 - Caso 3



caso 3	jul/15	abr/16
BDI	25	0
BAI	26	3
BHS	10	0
BSI	16	0

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.4 Caso 4

Caso 4: 35 anos, solteira, escolaridade: superior completo, ocupação: gerente. Medicação: exodus 10mg uma vez por dia.

Teste aplicado em julho de 2015.

BDI: 19 - o inventário de depressão se encontra no nível leve.

BAI: 18 – o inventário de ansiedade se encontra no nível leve.

BHS: 6 – a escala de desesperança se encontra no nível leve.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

Em seu relato disse que é muito nervosa, ansiosa e compulsiva por doces e compras. Se sentia muito insatisfeita com a vida em Caçador, havia um grande conflito com o pai, separado da mãe, no terceiro casamento. Neste momento o pai estava se relacionando com uma filha de um pedreiro que trabalha para ele, que tem

15 anos, e que está grávida. A filha não consegue entender tamanha insensatez do pai.

Exodus, indicado para: tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da depressão; tratamento do transtorno do pânico, com ou sem agorafobia; tratamento do transtorno de ansiedade generalizada; tratamento do transtorno de ansiedade social (fobia social); tratamento do transtorno obsessivo compulsivo.

Em dezembro de 2015 a paciente abandonou o tratamento. Retornou em fevereiro para refazer os testes e os resultados estão abaixo descritos:

BDI: 0 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 0 – o inventário de ansiedade se encontra no nível mínimo.

BHS: 0 – a escala de desesperança se encontra no nível mínimo.

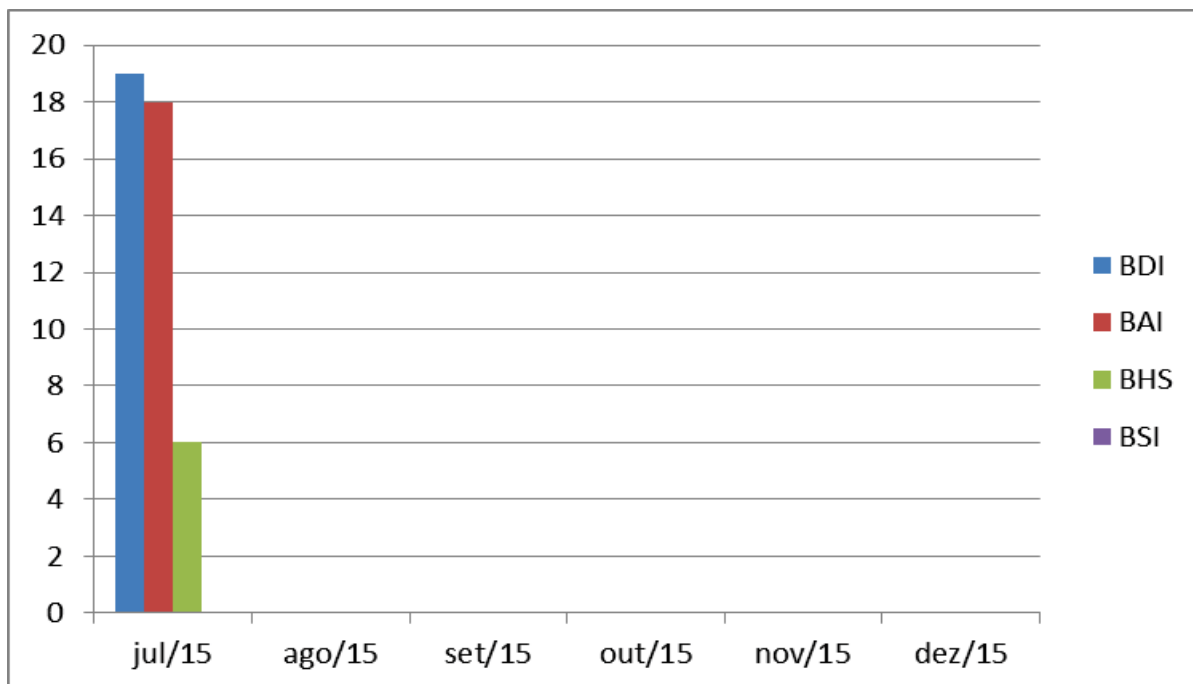
BSI: 0 não existe ideação suicida.

No caso 4, todos os escores de todos os testes, BDI, BAI e BHS se encontravam no nível leve, não havia ideação suicida. Lamentavelmente a paciente abandonou o tratamento em dezembro de 2015, e refez os testes em fevereiro de 2016. Com o uso da hipnose foi possível reformular os sentimentos em relação ao pai, reduzindo as brigas, fortaleceu-se a autoestima, reduziu-se a ansiedade. A paciente deixou de tomar refrigerantes, principalmente coca cola e diminuiu o consumo de doces. A paciente em quase toda sessão pedia para mudar o horário que havia sido estabelecido na sessão anterior, sempre com uma justificativa.

Pelo menos três fatores, segundo Bourne e Garano (2008, p.9), estão contribuindo para o aumento da ansiedade: “o ritmo da vida moderna, a ausência generalizada de consenso sobre os valores e padrões que norteiam nossa vida e o nível de alienação social promovido pela sociedade pós-industrial”.

A hipnose é uma excelente ferramenta que abre os caminhos e podemos usá-la para: abrir o princípio do prazer, visualizar e experienciar situações benéficas ao sujeito, modificar símbolos vinculados a afetos dolorosos, criar uma nova realidade mais compatível como mundo do sujeito de hoje e criar saídas naturais aos conflitos internos (BAUER, 2013).

Segundo relato do caso 4, no momento está envolvida com a doença da mãe que mora em Curitiba, e está tomando as providências para retornar com a empresa para Curitiba, assim poderá trabalhar e cuidar da mãe. Estava falante e bem humorada. O que se verificou na conversa, foi que mesmo diante de problemas, estava otimista na condução de suas decisões.

Gráfico 4 - Caso 4

caso 4	jul/15	fev/15
BDI	19	0
BAI	18	0
BHS	6	0
BSI	0	0

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.5 Caso 5

Caso 5: casada, 41 anos, escolaridade: ensino médio, ocupação: confeitadeira. Medicação: carbolitium, 3 comprimidos de 300mg, três vezes ao dia, usa há cinco anos, e paroxetina 20mg.

Teste aplicado em julho de 2015.

BDI: 7 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 7 – o inventário de ansiedade se encontra no nível mínimo.

BHS: 0 – a escala de desesperança está no nível mínimo.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

Em seu relato sente que está bem, um pouco ansiosa e insegura. Mas disse que não pode ficar sem a medicação. Quando tentou ficou muito mal. Disse que há aproximadamente dez anos foi internada porque seus pensamentos não eram

coerentes. Disse que ouviu a médica falar em bipolar, mas não teve nenhuma informação mais detalhada sobre sua doença. Foi tratada por uma médica de Videira. Parou de tomar a medicação e há quatro anos ficou profundamente depressiva. Agora está em tratamento com Dr. M. H. e continua não sabendo exatamente o que tem, o médico informou que não tem certeza do diagnóstico devido não ter tido crise nesse período que esta tratando com ele. Após um mês de tratamento o médico retirou a paroxetina.

O carbololítium é indicado no tratamento de episódios maníacos nos transtornos bipolares; no tratamento de manutenção de indivíduos com transtorno bipolar, diminuindo a frequência dos episódios maníacos e a intensidade destes quadros; na profilaxia da mania recorrente; prevenção da fase depressiva e tratamento de hiperatividade psicomotora.

Em abril de 2016 os testes foram reaplicados, obtendo os seguintes escores:

BDI: 4 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 1– o inventário de ansiedade se encontra no nível mínimo.

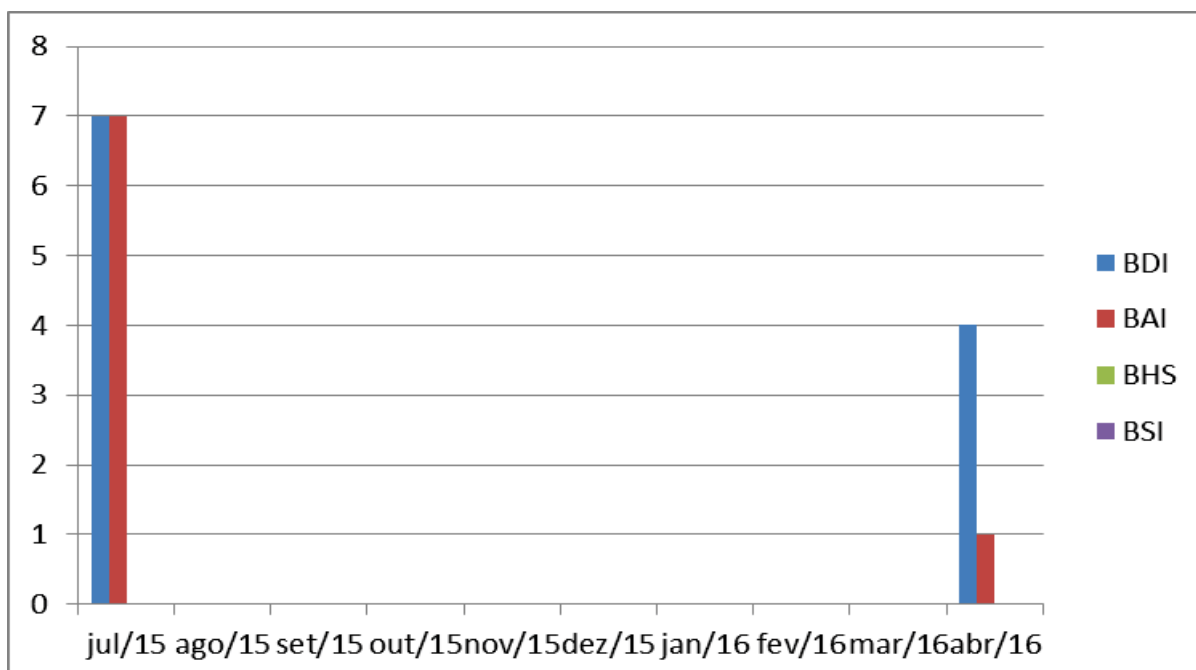
BHS: 0 – a escala de desesperança está no nível mínimo.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

O caso 5 apresentou os testes no nível mínimo. A hipnose foi focalizada na redução da ansiedade, perspectiva de novos objetivos, autoestima, domínio dos pensamentos, depressão. Esta paciente é muito mais introspectiva do que expansiva.

Ao término de oito meses de tratamento, o caso 5 relatou como se sente. Mais segura, mais confiante, o sono melhorou, consegue questionar e criticar os pensamentos, se sente menos ansiosa, consegue pensar melhor para tomar decisões. Se sente menos culpada pelos acontecimentos. Reduziu a aceleração dos pensamentos. Aprendeu a respirar e isso a deixa mais tranquila. Mais determinada na condução profissional. Se sente mais forte em relação às críticas. Uma paciente mais introspectiva, fortaleceu sua segurança na tomada de decisões, e acatar críticas. O toque na cabeça ao aplicar a hipnose, propiciou à paciente uma entrega maior à técnica, embora os resultados na testagem demonstrem pouca alteração, no relato da paciente, observou-se uma significativa melhora. A paciente foi fazer mais cursos para aprimorar sua atuação, observou-se que estava conseguindo separar seus sentimentos dos sentimentos de sua filha única. Conseguiu conduzir melhor suas emoções com a separação da filha, já que está foi fazer faculdade em Curitiba.

Gráfico 5 - Caso 5



caso 5	jul/15	abr/16
BDI	7	4
BAI	7	1
BHS	0	0
BSI	0	0

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.6 Caso 6

Caso 6: 42 anos, casada, escolaridade: segundo grau, ocupação: manicure. Medicação: escitalopram, 10mg, uma vez ao dia, usa há um ano.

Teste aplicado em julho de 2015.

BDI: 9 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 14 - o inventário de ansiedade se encontra no nível leve.

BHS: 2 – a escala de desesperança se encontra no nível mínimo.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

No seu relato disse sentir um pouco de desânimo e que gostaria de conseguir viver sem remédios. Seu problema de saúde ficou mais grave após o suicídio do seu irmão, muito sentimento de culpa, muitas dores de cabeça, um grave bruxismo, dorme mal.

Escitalopram, indicado para: tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da depressão; tratamento do transtorno do pânico, com ou sem

agorafobia; tratamento do transtorno de ansiedade generalizada; tratamento do transtorno de ansiedade social; tratamento do transtorno obsessivo compulsivo.

Resultado dos testes em abril de 2016.

BDI: 0 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 3 - o inventário de ansiedade se encontra no nível mínimo.

BHS: 1 – a escala de desesperança se encontra no nível mínimo.

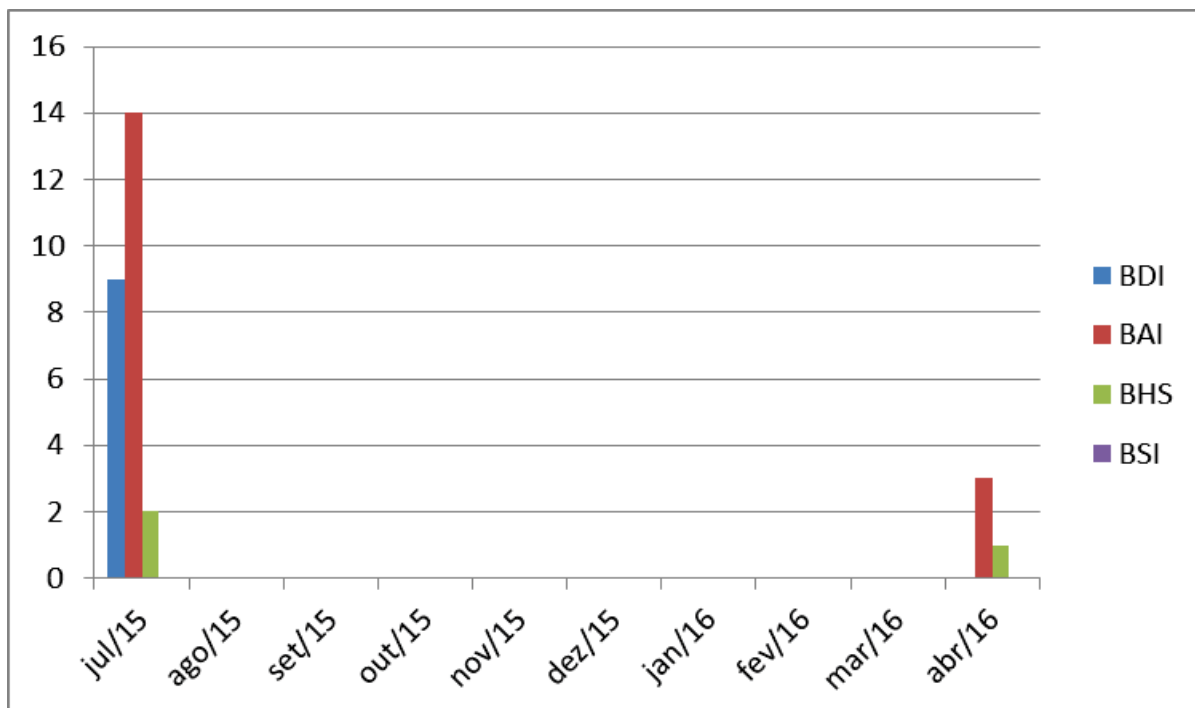
BSI: 0 – não existe ideação suicida.

O caso 6 apresentou os testes BDI e BHS no nível mínimo e BAI no nível leve. Sem ideação suicida. No score da paciente do BHS em julho de 2015, ela havia assinalado o item 13 (quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora), e o item 14 (as coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero). Quando foi refeito o teste em abril de 2016, a paciente continuou assinalando o item 14. O enfoque na hipnose deu-se na autoestima, depressão, redução do stress, foi realizada uma regressão ao período do suicídio do irmão, velório e enterro. Houve uma redução significativa do bruxismo e da insônia.

A hipnose pode permitir mudanças de grande legitimidade terapêutica sem que, no entanto, se preste a profundas explicações a seu respeito. Stengers apud Neubern (2009). Neubern (2009) afirma também, que é possível lidar com a mente e transformá-la, sem contudo, conhecê-la segundo as exigências científicas.

Por meio da hipnose são acessados os conteúdos armazenados no funcionamento mental não consciente, que pode se tornar consciente utilizando diversas técnicas (FERREIRA, 2011).

Relato do caso 6 após oito meses de tratamento. Se sente mais leve, observa sua respiração, aprendeu a se perceber melhor, consegue controlar seus impulsos, aprendeu a controlar seus pensamentos, aprendeu a se organizar, sente que a vida flui melhor. Tinha um bruxismo forte e agora não mais. As dores de cabeça constantes melhoraram, aprendeu a eliminar a dor. Aprendeu a relaxar, aprendeu a falar de forma assertiva com as pessoas e a dizer não. Aprendeu a reduzir áreas que geravam stress. Aprendeu a conhecer melhor seu corpo, o funcionamento do corpo e dos pensamentos, agora questiona e critica seus pensamentos. Outra mudança que percebeu é que agora dorme muito melhor.

Gráfico 6 - Caso 6

caso 6	jul/15	abr/16
BDI	9	0
BAI	14	3
BHS	2	1
BSI	0	0

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

Grupo Controle:

2.3.1.7 Caso 7

Caso 7: estudante, 21 anos, solteiro. Medicação: pondera – 25mg, ao meio dia, torval 500mg, à noite, usa há três anos.

Teste aplicado em julho de 2015.

BDI: 3 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 5 – o inventário de ansiedade se encontra no nível leve.

BHS: 3 - a escala de desesperança se encontra no nível leve.

BSI: 2 – tentou o suicídio uma vez.

Sua queixa é a ansiedade. Em seu relato disse que tentou o suicídio porque estava com muitos problemas familiares graves, decepções, tudo ao mesmo tempo, um período onde nada de bom acontecia em sua vida.

Pondera, (cloridrato de paroxetina) é indicado para o tratamento dos transtornos depressivos maiores leves, moderados e graves e acompanhados ou não por ansiedade, também, indicado para o tratamento dos sintomas do transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico com ou sem agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de estresse pós-traumático.

Torval, indicado para epilepsia.

Em maio de 2016 os testes foram refeitos e os escores foram os seguintes:

BDI: 0 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

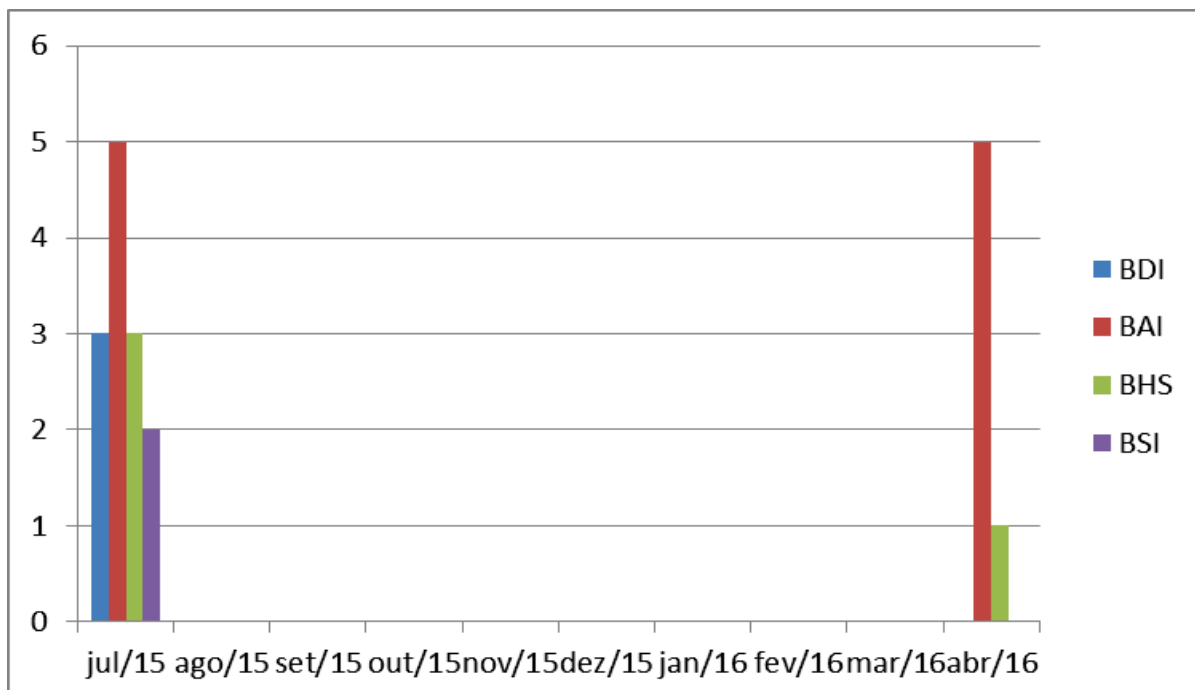
BAI: 5 – o inventário de ansiedade se encontra no nível leve.

BHS: 1 - a escala de desesperança se encontra no nível leve.

BSI: 0 – as respostas 4 e 5 foram zero

O paciente continua com a mesma medicação, os escores na escala de Beck, no BAI continua igual à de oito meses atrás. Houve uma melhora na escala de BDI, BHS e BSI. O paciente agora está em relacionamento afetivo e os problemas familiares graves estão sendo superados gradualmente.

Gráfico 7 - Caso 7



caso 7	jul/15	abr/16
BDI	3	0
BAI	5	5
BHS	3	1
BSI	2	0

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.8 Caso 8

Caso 8: assistente administrativo e estudante, 25 anos, mãe de uma menina de 1 ano, casada. Medicação: scitalax – 10mg, frontal – 0,5mg, zetron – 150mg. – usa há quatro meses.

Teste aplicado em julho de 2015

BDI: 16 – o inventário de depressão se encontra no nível leve.

BAI: 12 – o inventário de ansiedade se encontra no nível leve.

BHS: 1- a escala de desesperança se encontra no nível leve.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

Em seu relato alega apenas problemas pessoais, em momento alguém desejou detalhar sobre a sua depressão.

O Scitalax é indicado para: tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da depressão; tratamento do transtorno do pânico, com ou sem agorafobia;

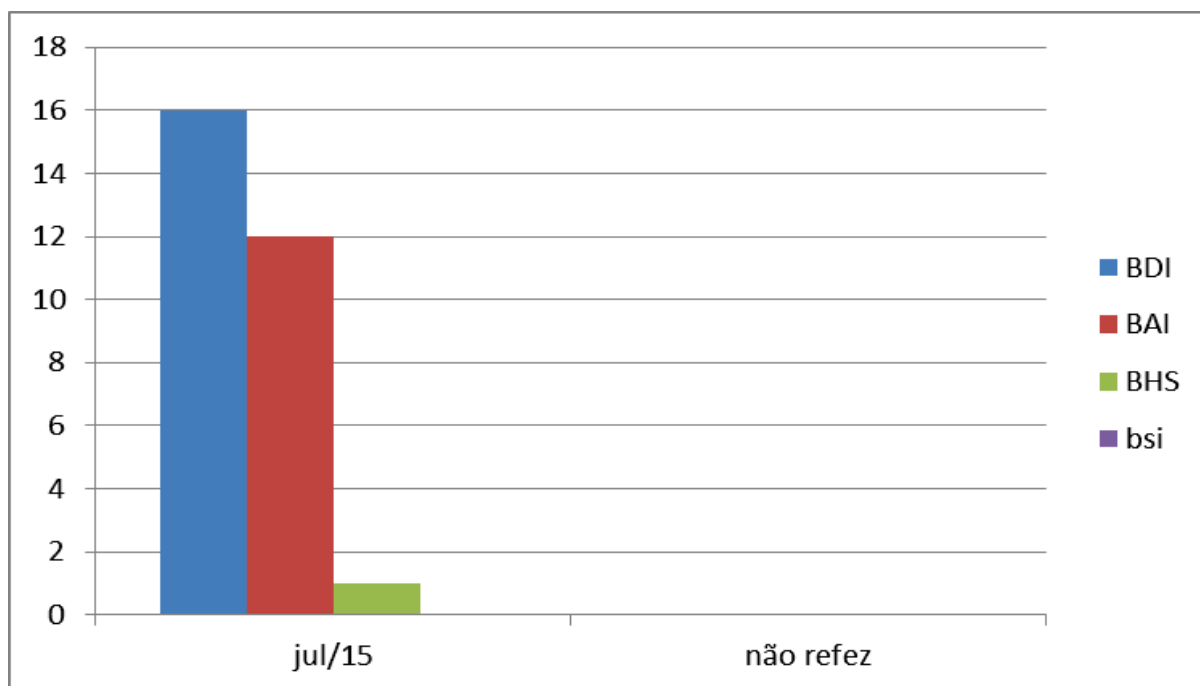
tratamento do transtorno de ansiedade generalizada; tratamento do transtorno de ansiedade social; tratamento do transtorno obsessivo compulsivo.

Frontal (alprazolam) é indicado no tratamento de transtornos de ansiedade. Os sintomas de ansiedade podem variavelmente incluir: ansiedade, tensão, medo, apreensão, inquietude, dificuldades de concentração, irritabilidade, insônia e/ou hiperatividade neurovegetativa, resultando em manifestações somáticas variadas. Também é indicado no tratamento dos transtornos de ansiedade associados com outras manifestações, como a abstinência ao álcool, no tratamento do transtorno do pânico, com ou sem agorafobia, cuja principal característica é a crise de pânico não esperada, um ataque súbito de apreensão intensa, medo ou terror.

Zetron é indicado no tratamento de doenças depressivas ou na prevenção de recaídas e recorrências de episódios depressivos após resposta inicial satisfatória. A bupropiona também é usada para ajudar a parar de fumar. Entretanto, as informações desta bula são específicas para pacientes em tratamento de depressão. Dosagens e outras instruções são diferentes para pacientes em tratamento para deixar de fumar.

A paciente controle, não fez os testes apesar de ter sido procurada por cinco vezes, mesmo tendo sido esclarecida início da pesquisa sobre a importância e comprometimento de sua participação.

Gráfico 8 - Caso 8



caso 8	jul/15	não refez
BDI	16	
BAI	12	
BHS	1	
BSI	0	

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.9 Caso 9

Caso 9: casada, vendedora, 52 anos, mãe de duas filhas já formadas, com curso superior completo. Medicação: frisiuim – 10mg, à noite e assert – 50mg pela manhã.

Teste aplicado em julho de 2015

BDI: 22 – o inventário de depressão se encontra no nível moderado.

BAI: 26 – o inventário de ansiedade se encontra no nível moderado.

BHS: 5- a escala de desesperança se encontra no nível leve.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

Em seu relato sente muito cansaço e tristeza. As duas filhas foram operadas dos seios para retirada de tumor. Na época que fizemos os testes seu pai estava internado na UTI, vindo a falecer posteriormente.

Fisium é ansiolítico e sedativo. Assert (cloridrato de sertralina) é um inibidor potente e específico da recaptação de serotonina (5-HT) neuronal e está indicado para o tratamento de sintomas de depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com ou sem história de mania. Está indicado também para o tratamento de transtorno obsessivo compulsivo em pacientes adultos e pediátricos, transtorno do pânico e transtorno do estresse pós-traumático, fobia social e no tratamento dos sintomas da síndrome da tensão pré-menstrual, e/ou transtorno disfórico pré-menstrual.

Resultado dos testes em abril de 2016

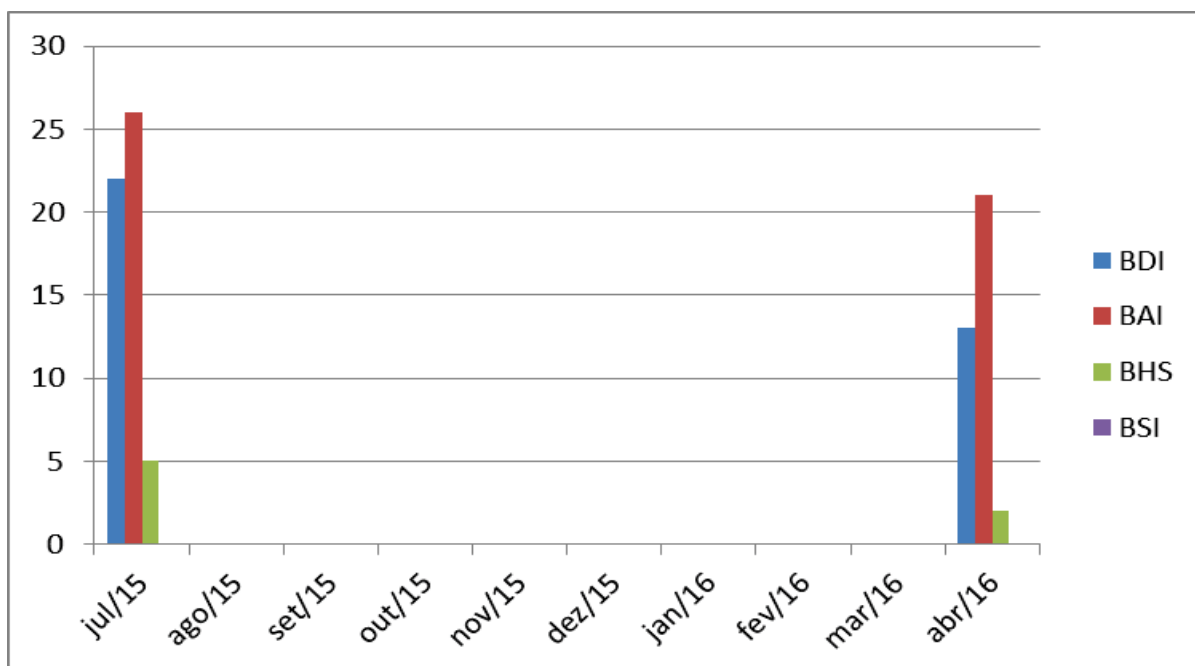
BDI: 13 – o inventário de depressão se encontra no nível leve.

BAI: 21 – o inventário de ansiedade se encontra no nível moderado.

BHS: 2- a escala de desesperança se encontra no nível mínimo.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

A paciente continua com a mesma medicação. Os resultados da escala de Beck não tiveram mudanças significativas, mesmo porque a paciente estava em elaboração de luto.

Gráfico 9 - caso 9

caso 9	jul/15	abr/16
BDI	22	13
BAI	26	21
BHS	5	2

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.10 Caso 10

Caso 10: casado, dois filhos, supervisor mecânico industrial, 47 anos, ensino médio completo. Medicação: pondera – 20mg pela manhã.

Teste aplicado em julho de 2015.

BDI: 13 – o inventário de depressão se encontra no nível leve.

BAI: 10 – o inventário de ansiedade se encontra no nível mínimo.

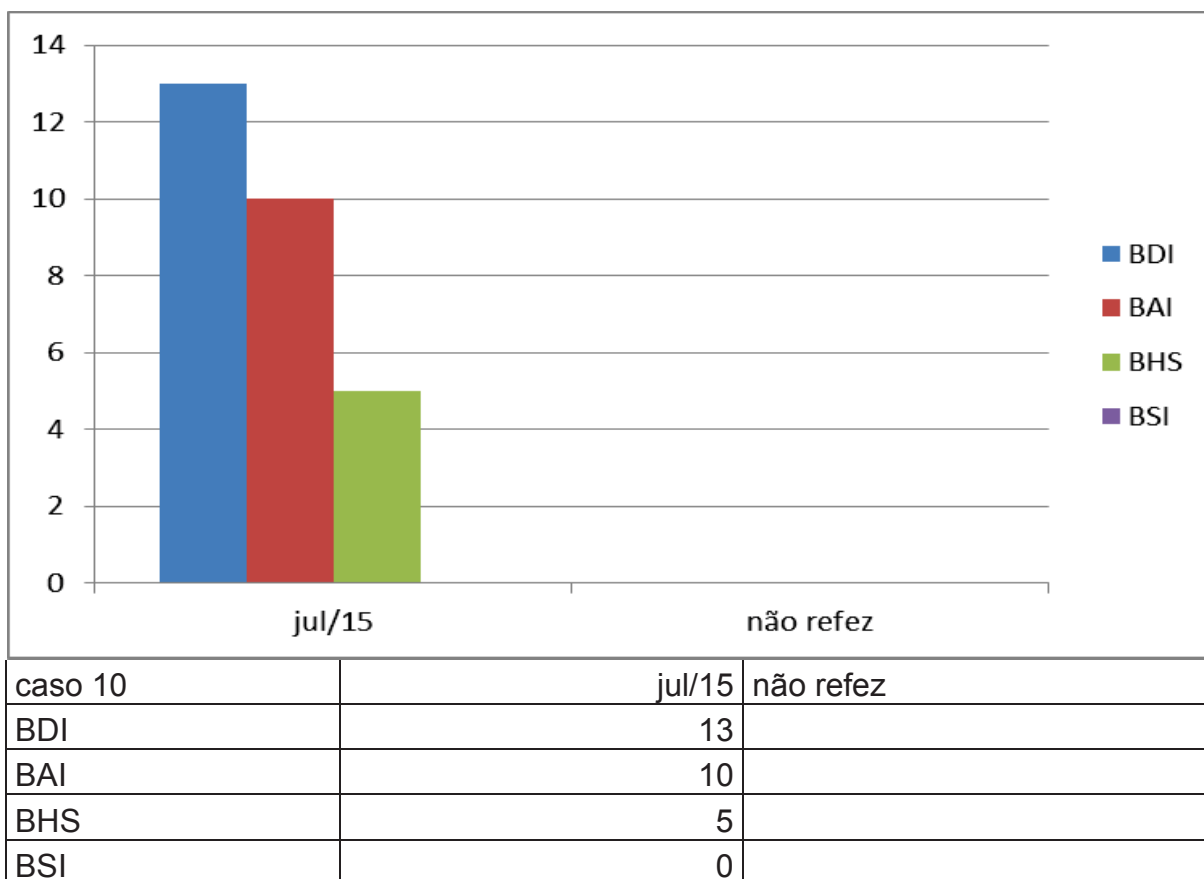
BHS: 5- a escala de desesperança se encontra no nível leve.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

Queixa é stress.

Pondera (cloridrato de paroxetina) é indicado para o tratamento dos transtornos depressivos maiores leves, moderados e graves e acompanhados ou não por ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico com ou sem agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de estresse pós-traumático.

O paciente controle, não refez os testes.

Gráfico 10 - Caso 10

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.11 Caso 11

Caso 11: casada, 34 anos, gerente, superior completo, um filho de 2 anos.

Medicação: bupropiona – 150mg, sertralina – 25mg.

Teste aplicado em julho de 2015

BDI: 11 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 11 – o inventário de ansiedade se encontra no nível leve.

BHS: 1- a escala de desesperança se encontra no nível mínimo.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

Queixa principal, fadiga e stress.

O cloridrato de bupropiona vendido comercialmente como Zyban, é um medicamento antidepressivo que serve para combater a depressão e para deixar de fumar.

O cloridrato de sertralina é indicado no tratamento de sintomas de depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com

ou sem história de mania. Após uma resposta satisfatória, a continuidade do tratamento com cloridrato de sertralina é eficaz tanto na prevenção de recaída dos sintomas do episódio inicial de depressão, assim como na recorrência de outros episódios depressivos. O medicamento também é indicado para o tratamento das seguintes patologias: transtorno obsessivo compulsivo; transtorno do pânico, acompanhado ou não de agorafobia; transtorno obsessivo compulsivo em pacientes pediátricos; transtorno do estresse pós-traumático, síndrome da tensão pré-menstrual e/ou transtorno disfórico pré-menstrual; fobia social.

Em maio de 2016 os testes foram refeitos, estando seus escores abaixo relacionados:

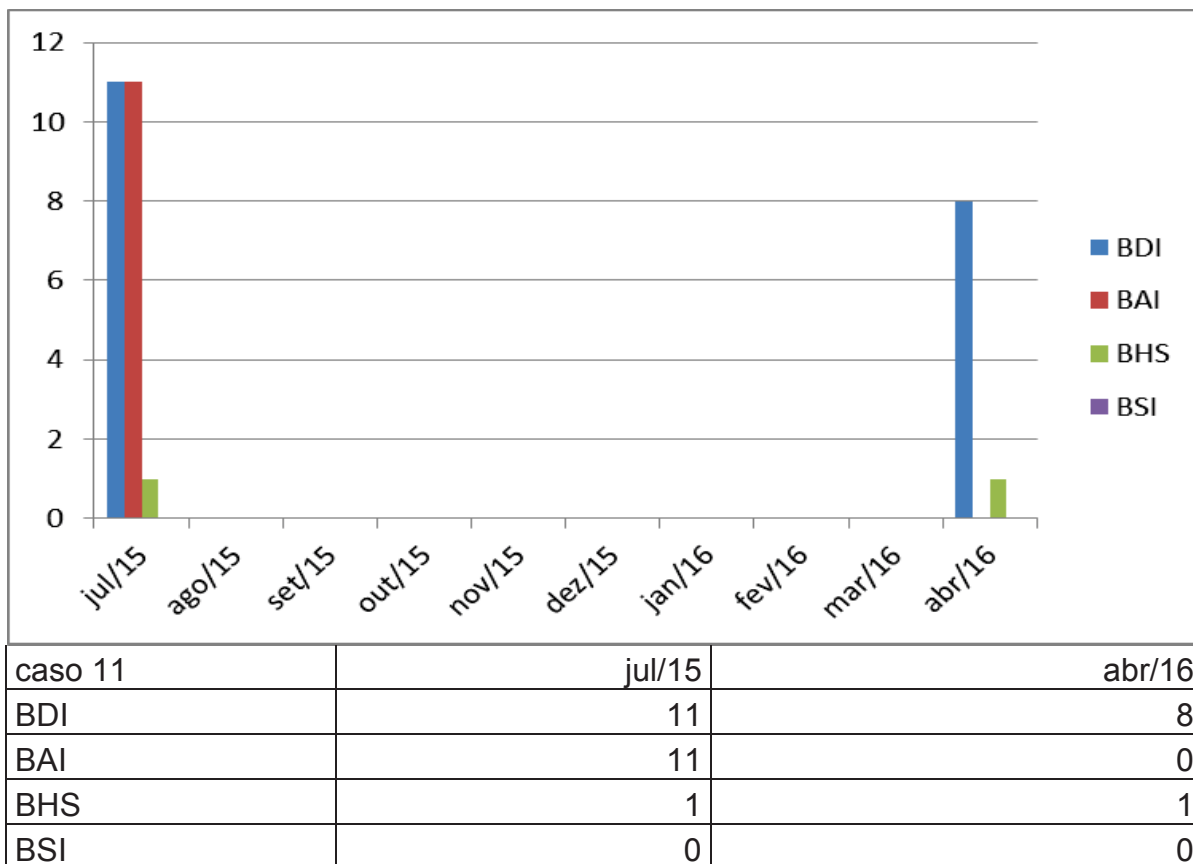
BDI: 08 – o inventário de depressão se encontra no nível mínimo.

BAI: 0 – o inventário de ansiedade se encontra no nível mínimo.

BHS: 1- a escala de desesperança se encontra no nível mínimo.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

A paciente continua com a mesma medicação, enfatizando que quando foi realizada a primeira testagem, a paciente estava iniciando a medicação.

Gráfico 11 - Caso 11

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.1.12 Caso 12

Caso 12: separada, 43 anos, três filhos. Ocupação: camareira. Escolaridade: ensino médio. Medicação: sertralina, nortriptilina, clonasepam.

Teste aplicado em julho de 2015.

BDI: 20 – o inventário de depressão se encontra no nível moderado.

BAI: 26 – o inventário de ansiedade se encontra no nível moderado.

BHS: 8- a escala de desesperança se encontra no nível leve.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

Em seu relato sente muita tristeza, se pudesse ficaria sozinha, vontade de chorar.

O cloridrato de sertralina é indicado no tratamento de sintomas de depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com ou sem história de mania. Após uma resposta satisfatória, a continuidade do tratamento com cloridrato de sertralina é eficaz tanto na prevenção de recaída dos

sintomas do episódio inicial de depressão, assim como na recorrência de outros episódios depressivos. O medicamento também é indicado para o tratamento das seguintes patologias: transtorno obsessivo compulsivo; transtorno do pânico, acompanhado ou não de agorafobia; transtorno obsessivo compulsivo em pacientes pediátricos; transtorno do estresse pós-traumático, síndrome da tensão pré-menstrual e/ou transtorno disfórico pré-menstrual; fobia social.

O cloridrato de nortriptilina é indicado para alívio dos sintomas de depressão. Depressões endógenas são mais prováveis de serem aliviadas do que outros estados depressivos.

O Clonazepam está indicado isoladamente ou como adjuvante no tratamento das crises epiléticas mioclônicas, acinéticas, ausências típicas (petit mal), ausências atípicas (síndrome de Lennox-Gastaut). Em crises epiléticas clônicas (grande mal), parciais simples, parciais complexas e tônico-clônico generalizadas secundárias, transtornos de ansiedade: distúrbio do pânico com ou sem agorafobia, fobia social, transtornos do humor, transtorno afetivo bipolar, tratamento da mania, depressão maior, síndromes psicóticas, tratamento da acatisia, tratamento da síndrome das pernas inquietas, tratamento da vertigem e sintomas relacionados à perturbação do equilíbrio, como náuseas, vômitos, pré-síncope ou síncope, quedas, zumbidos, hipoacusia, hipersensibilidade a sons, hiperacusia, plenitude aural, distúrbio da atenção auditiva, diplacusia e outro, tratamento da síndrome da boca ardente.

Em maio de 2016 os testes foram refeitos, sendo os escores os seguintes:

BDI: 25 – o inventário de depressão se encontra no nível moderado.

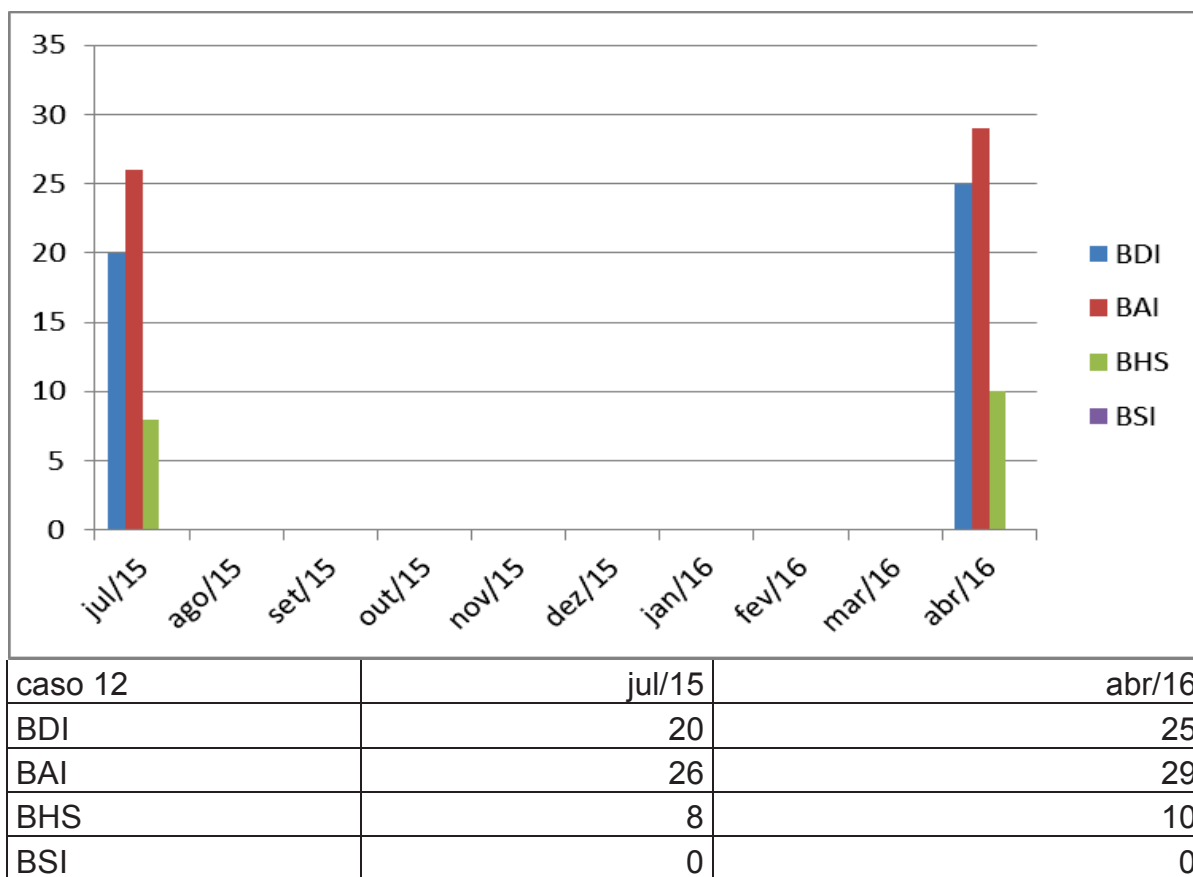
BAI: 29 – o inventário de ansiedade se encontra no nível moderado.

BHS: 10- a escala de desesperança se encontra no nível moderado.

BSI: 0 – não existe ideação suicida.

A paciente apresentou aumento em todas as escalas, e continua com a mesma medicação.

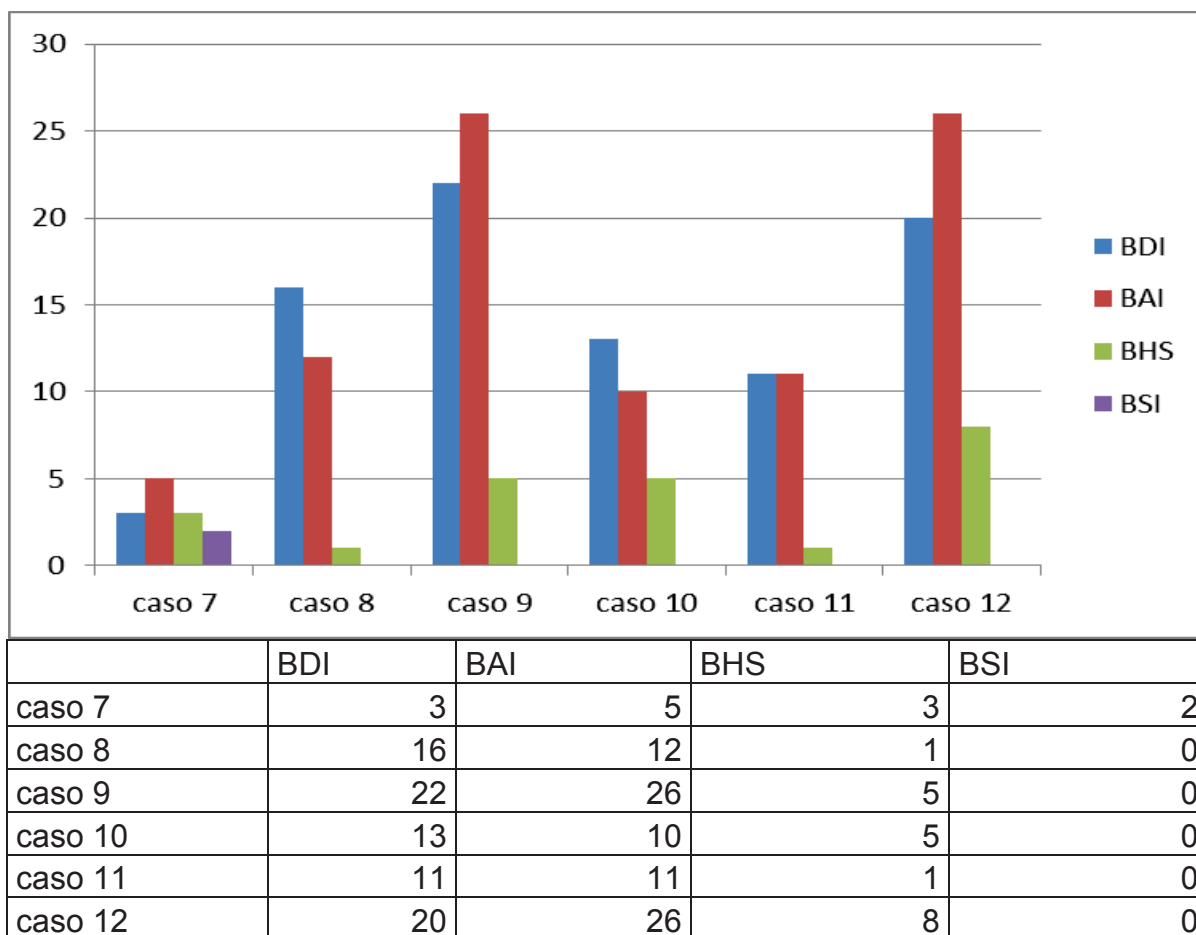
Gráfico 12 - Caso 12



Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

2.3.2 Análise dos Dados

Retomando a hipótese da pesquisa, que seria verificar se a hipnose poderia ser usada no tratamento coadjuvante de depressivos e ansiosos, verificou-se pelos resultados dos testes aplicados e pelos depoimentos apresentados que sim. A técnica da hipnose comprovou-se eficaz, principalmente naqueles pacientes que estavam altamente motivados para superar seus problemas.

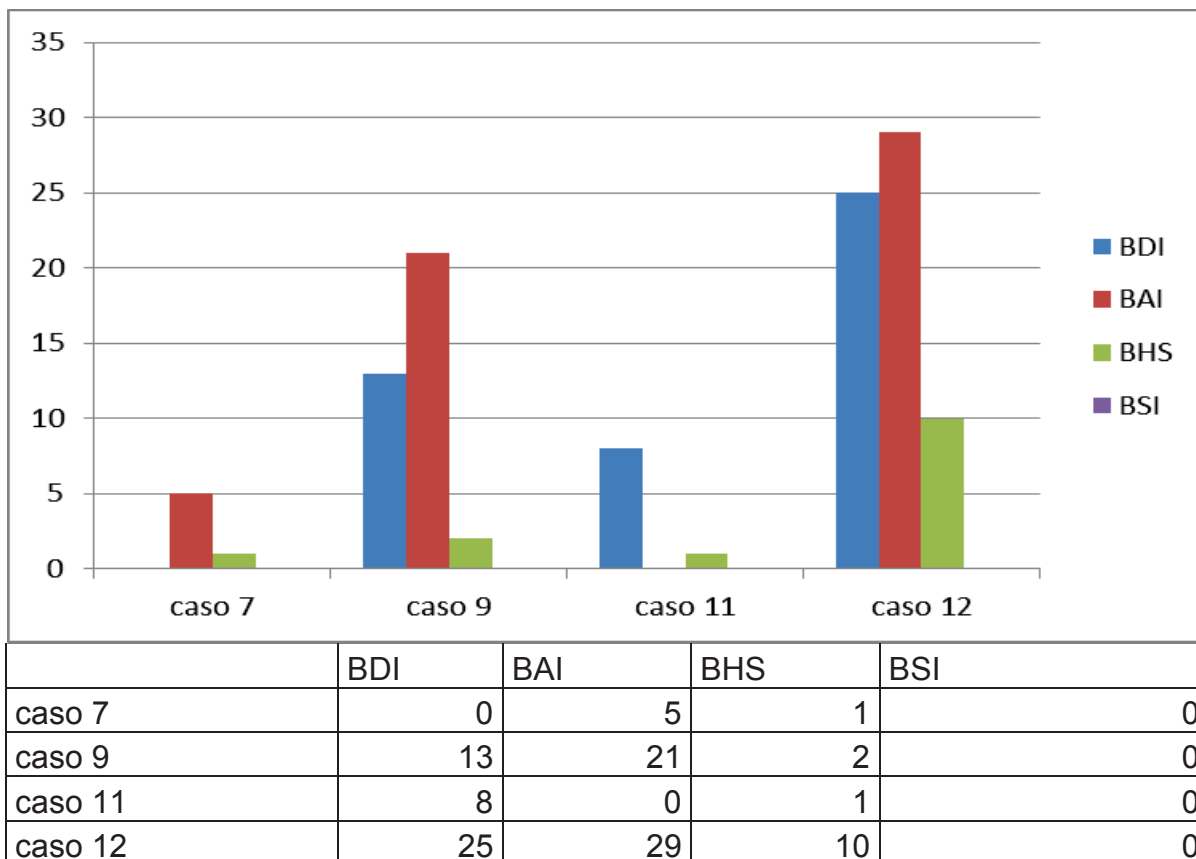
Gráfico 13 - Grupo Controle Julho de 2015

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

Pode-se observar pelo gráfico que o inventário de ansiedade (BAI), e o inventário de depressão (BDI), estão com as escalas muito próximas, sendo seguida pela escala de desesperança (BHS). No grupo controle um único paciente pontuou na escala de ideação suicida (BSI).

O que pode ser destacado durante a entrevista para aplicação dos testes é que as pessoas estavam ansiosas, mãos trêmulas, mãos suadas, respondiam e justificavam-se na escolha das respostas, sempre se desculpando.

Importante destacar que todos os pacientes estavam medicados e permaneceram medicados.

Gráfico 14 - Grupo Controle Abril de 2016

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

O que se observa no grupo controle é que no caso 7 houve redução da depressão, de 7 para 0, a ansiedade permaneceu igual, escore 5, a desesperança de 3 passou para um, e a ideação suicida ficou em zero. No caso 8 não houve possibilidade de comparação. Caso 9 a depressão de 22 foi para 13, a ansiedade de 26 foi para 21, a desesperança de 5 foi para 2, não havia ideação suicida. O caso 10 também não foi possível fazer análise comparativa. Caso 11 depressão de 11 foi para 8, ansiedade de 11 foi para zero, desesperança permaneceu com o escore 1, não havia ideação suicida. Caso 12 houve um acréscimo no escore de depressão, de 20 foi para 25, na ansiedade de 26 foi para 29, na desesperança de 8 foi para 10.

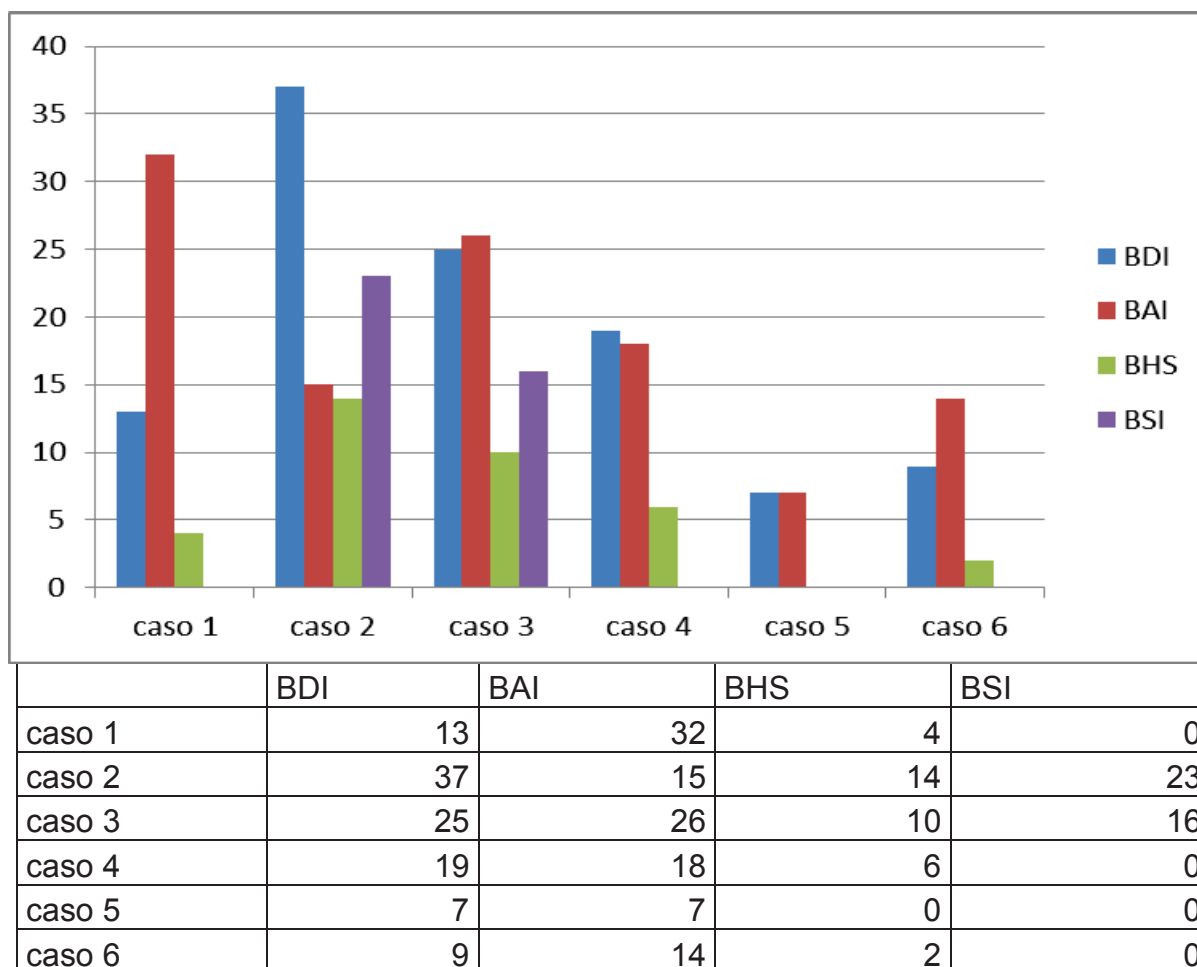
Na análise estatística dos escores podemos observar na Tabela 1, grupo controle, que os percentuais continuaram elevados após oito meses.

A tabela 2 apresenta os efeitos do tratamento de hipnose sobre a depressão (BDI), ansiedade (BAI), desesperança (BHS) e ideação suicida (BSI) nos pacientes.

Após 8 meses de tratamento de hipnose houve uma redução no quadro depressivo, ansiedade, desesperança dos pacientes ($p < 0,05$). Em relação a ideação

suicida, somente dois pacientes apresentavam escores, devido a isso o sistema não calculou por não atingir a quantidade mínima, no entanto, os escores zeraram ao final do tratamento.

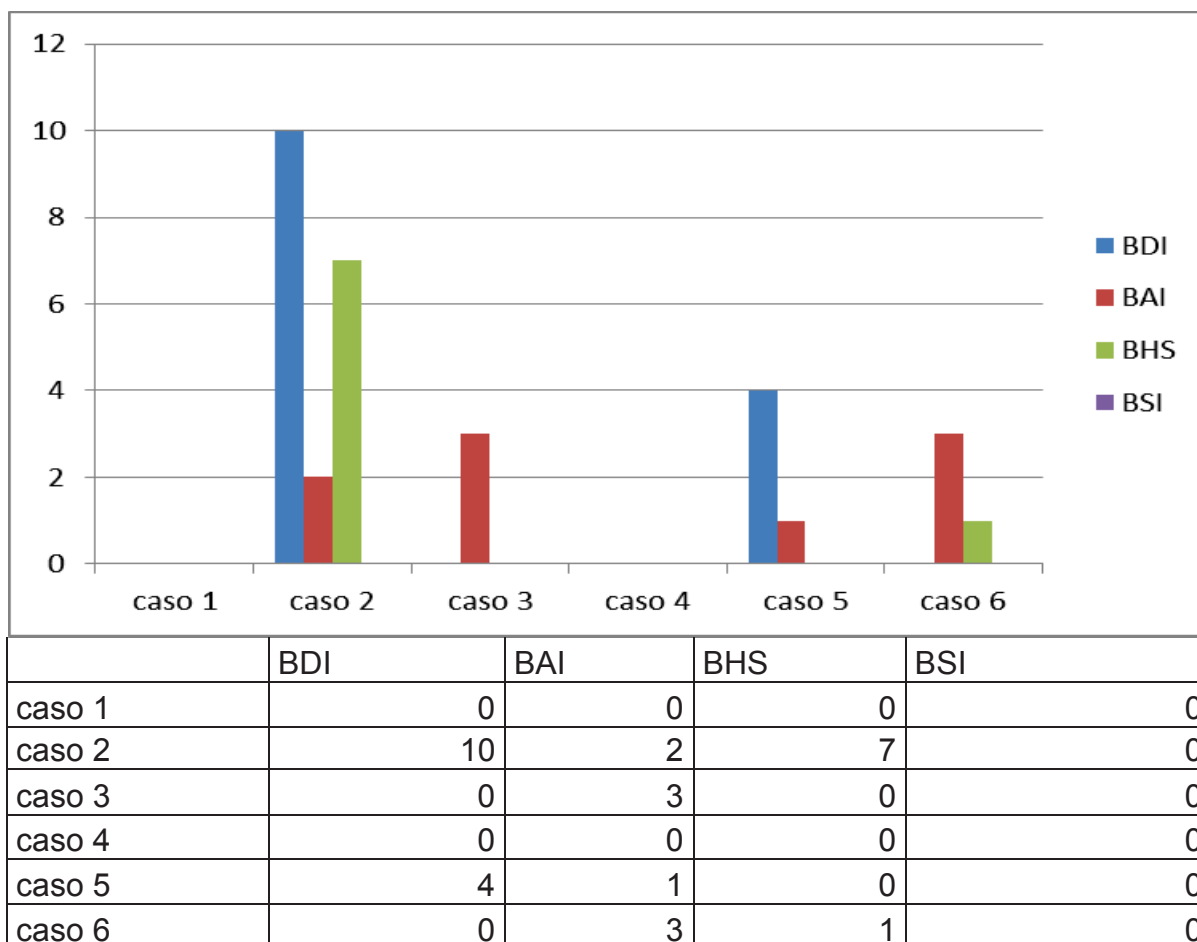
Gráfico 15 - Pacientes que Fizeram Hipnose em Julho de 2015, Grupo Experimental



Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

Ao observar-se o gráfico com as Escalas de Beck constata-se escores elevados no inventário de depressão (BDI), inventário de ansiedade (BAI), seguido pela escala de desesperança (BHS) escala de ideação suicida (BSI). Todos os pacientes estavam medicados e havia muito sofrimento em seus relatos pessoais. O caso 2 e caso 3 apresentavam ideação suicida. O caso 1 apresentou grave escore para ansiedade.

Gráfico 16 - Com a Testagem após Oito Meses, Grupo Experimental



Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

Neste gráfico observa-se uma significativa melhora nos resultados das Escalas de Beck. O caso 1 zerou, sendo que havia apresentado o maior índice de ansiedade no início do tratamento. O caso 2 mesmo tendo abandonado o tratamento, o escore do BDI de 37 passou para 10, a ansiedade de 15 passou para 2, a desesperança de 14 passou para 7 e a ideação suicida de 23 foi para zero. O caso 3 na questão da depressão de de 25 foi para zero, a ansiedade de 26 foi para 3, a desesperança de 10 foi para zero, e a ideação suicida de 16 foi para zero. O caso 4 zerou todos os escores após o reteste. O caso 5, a depressão de 7 foi para 4, a ansiedade de 7 foi para 1, os outros índices zeraram. O caso 6 a depressão de 9 foi para zero, a ansiedade de 14 foi para 3, a desesperança de 2 foi para 1, e não havia ideação suicida.

Tabela 1 - Pacientes que Não Fizeram Hipnose - Grupo Controle

	Antes	Depois	Valor p
BDI	14,0±8,7	11,5±10,4	0,44
BAI	17,0±10,6	13,7±13,5	0,36
BHS	4,2±2,9	3,5±4,3	0,54
BSI	2,0±0,0	0,0±0,0	-

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

Tabela 2 - Pacientes que Fizeram Hipnose Oito Meses - Grupo Experimental

	Antes	Depois	Valor p
BDI	18,3±11,2	2,3±4,0	0,008
BAI	18,6±8,9	1,5±1,3	0,006
BHS	6,0±5,2	1,3±2,8	0,02
BSI	19,5±4,5	0,0±0,0	-

Fonte: MMS, 2016, CAAE 47421315.4.0000.5593

Os dados estatísticos comprovam analiticamente o que subjetivamente havia sido observado. A hipnose se comprova uma eficaz ferramenta no tratamento coadjuvante para depressão e ansiedade. Importante enfatizar que na técnica da hipnose se acrescentou o toque das mãos nos hemisférios direito e esquerdo do cérebro enquanto se procedia o envio de comandos positivos. Esta técnica propiciou um maior relaxamento dos pacientes, oferecendo situação adequada para o envio das mensagens.

De acordo com os autores Bourne e Garano (2008) são as interpretações que nossos pensamentos dão aos nossos sentimentos que geram a ansiedade. Para Santos et.al (2012), tanto a ansiedade como depressão são os sintomas mais frequentes associados à dor, e dentre as doenças psiquiátricas, a depressão é o principal fator de risco para a dor.

Na análise estatística, verifica-se que o inventário de depressão (BDI), no grupo experimental, estava em julho de 2015 - 18,3, e no grupo controle estava 14,8. Após oito meses o (BDI) no grupo experimental passou para 2,3, e no grupo controle ficou em 11,5. O inventário de ansiedade (BAI), no grupo experimental, estava em julho de 2015 - 18,6, e no grupo controle estava 17,0. Após oito meses o (BAI) no grupo experimental passou para 1,5 e no grupo controle ficou em 13,7. A escala de desesperança (BHS) estava em julho de 2015, no grupo experimental em 6,0 e no grupo controle estava em 4,2. Após oito meses, o (BHS) estava no grupo experimental com 1,3, e no grupo controle com 3,5. O inventário de ideação suicida (BSI), estava em julho de 2015 no grupo experimental com 19,5, e no grupo controle

com 2,0. Após oito meses o (BSI) no grupo experimental ficou com zero, e no grupo controle também zerou.

Ao analisar qualitativamente o que os números comprovaram, observou-se no comportamento dos pacientes que os discursos ficaram mais leves, menos agressivos, menos contundentes. Percebeu-se uma aceitação realística da vida, sem vitimização, sem culpa. Houve um aprendizado muito grande em relação ao questionamento dos pensamentos, com isso suas vidas saíram do automático, sentiram-se mais fortes e atuantes, mais seguros.

Comprovadamente a qualidade de vida dessas pessoas melhorou significativamente. Os relatos comprovam o bem-estar instalado em suas mentes.

3 CONCLUSÃO

Este trabalho de pesquisa comprova a qualidade da ferramenta chamada hipnose, no tratamento coadjuvante para depressivos e ansiosos.

Os dados confirmam que a hipnose, mesmo diante do ceticismo e preconceitos, ainda existentes no século XXI, é muito eficaz quando utilizada com seriedade e profissionalismo.

A análise estatística não deixa dúvidas sobre a qualidade da ferramenta hipnose no tratamento de depressivos e ansiosos. Dos seis casos tratados todos ficaram abaixo do índice mínimo ($p < 0,05$), demonstrando que o tratamento surtiu efeito.

Esta pesquisa foi extremamente gratificante, na medida em que ao atuar como hipnóloga, foi oportunizado verificar e comprovar com dados estatísticos o que o comportamento subjetivo apresentava.

A aceitação para participar do projeto foi positiva, o esboço inicial era outro, as tratativas haviam sido iniciadas em fevereiro de 2015, mas mesmo diante de algumas dificuldades, conseguiu-se chegar a um resultado.

O caminhar foi desafiante para se chegar até esse momento, mas à medida que se tabulavam os resultados das escalas no teste final, houve um sentimento de satisfação muito grande, um sentimento de que valeu a pena todo o esforço, toda a raiva, todas as emoções vividas. Em muitos momentos a dúvida aparecia e a desconfiança se instalava.

Emocionante foi cada abraço apertado, chorado, alegre, feliz e extremamente agradecido pelo resultado que se estava vivenciando.

Com segurança, pode-se afirmar, ao sugerir a hipnose como tratamento coadjuvante para depressão e ansiedade, que o resultado é altamente positivo e eficaz. Heuristicamente a hipnose faz parte de uma ferramenta de cura que ultrapassou os pré-conceitos e se manteve fiel ao objeto de trabalho, inconsciente ou subconsciente, que correspondem à sua técnica.

REFERÊNCIAS

ADLER, Stephen Paul. **Hipnose Ericksoniana**. Estratégias para a comunicação efetiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2013.

AMEN, Daniel G. **Transforme seu cérebro, transforme sua vida**. São Paulo: Mercuryo, 2000.

BAUER, Sofia. **Manual de hipnoterapia Ericksoniana**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2013.

BBC BRASIL (notícias 6 de novembro de 2013). **Depressão segunda maior causa global de invalidez**. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/11/131106_depressao_invalidez_estudo_rw>. Acesso em 26 ago. 2016.

BECK, Aaron, T. ALFORD, Brad A. **Depressão, causas e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BONGIORNO, Peter B.; LICINIO, Julio; WONG, Ma-Li et al. **Biologia da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BOURNE, Edmund, GARANO, Lorna. **Acabe com a ansiedade antes que ela acabe com você**. São Paulo: Editora Gente, 2008.

CURY, Augusto. **Ansiedade, como enfrentar o mal do século**. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

_____ ; BECK, Aaron, STEER, Robert; BROWN Gregory. **Manual do inventário de depressão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011

_____ ; BECK, Aaron, CLARK, David; A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CORDÁS, Athanássios Táki, **Depressão, da bile negra aos neurotransmissores, uma introdução histórica**. São Paulo: Editora Lemos, 2002.

CUNHA, Jurema Alcides. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DELOYA, Daniel. **Depressão**. Clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DSM 5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. (Artigo) **A estimulação profunda do cérebro como tratamento para a depressão**. Publicado na folha de São Paulo, 02/12/2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2015/12/1713897-1->

estimulacao-profunda-do-cerebro-como-tratamento-para-a-depressao.shtml>. Acesso em 25 ago. 2016.

FERREIRA, Marlus Vinicius. **Hipnose na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2011.

FERREIRA, M.V. Costa. **Tratamento coadjuvante pela hipnose**. São Paulo: Atheneu, 2008.

GERZON, ROBERT. **Encontrando a serenidade na era da ansiedade**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

GUARIENTE, Júlio César Arroyo. **Depressão, dos sintomas ao tratamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

HETEM, Luiz Alberto B.; GRAEFF, Frederico Guilherme; PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Transtornos de ansiedade – Mudanças no conceito de ansiedade**. São Paulo: Atheneu, 2012.

_____; GENTIL, Valentim; GENTIL Maria de Lourdes Felix. **Transtornos de ansiedade - os conceitos de ansiedade e a angústia em psiquiatria e psicanálise**. São Paulo: Atheneu, 2012.

KRAMER, Peter D. **Enfrente a depressão**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2007.

LARK, Susan M. **Ansiedade e stress**. São Paulo: Editora Cultrix, 1996.

LICINIO, Julio; WONG, Ma-Li; BONGIORNO, Peter B. et al. **Biologia da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LIPTON, Bruce H. **A biologia da crença**. São Paulo: Butterfly, 2007.

NEUBERN, Maurício S. **Psicologia, hipnose e subjetividade – Revisitando a história**. Belo Horizonte: Diamante, 2009.

_____. **Hipnose e psicologia clínica: retomando a história não contada**. Disponível em:<www.scielo.br/prc>. Acesso em 25 ago. 2016.

_____. **Psicologia, hipnose e subjetividade, revisitando a história**. Belo Horizonte: Diamante, 2009.

NUBER, Ursula. **Depressão. A doença malcompreendida**. 12. ed. São Paulo: Editora Pensamento, 2006.

PESSOTTI, Isaias. **Ansiedade**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária. 1978.

PORTAL EDUCAÇÃO - Cursos Online: Mais de 1000 cursos online com certificado. Disponível

em:< <http://www.portaleducacao.com.br/pedagogia/artigos/50264/metodologia-cientifica-tipos-de-pesquisa#ixzz3W3yyYb6n>. 2013>. Acesso em 18 ago. 2016.

SANTOS, Danyella de Melo; FIGUEIRÓ, João Augusto Bertuol; FRÁGUAS JÚNIOR, Renério. **Depressão e dor**. São Paulo: Atheneu, 2012.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes ansiosas**. Rio de Janeiro: Editora Fontanar, 2011.

VEJA. **Translational psychiatry**. 16/09/2014. Disponível em:<<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/cientistas-criam-exame-de-sangue-para-diagnosticar-depressao/>>. Acesso em 10 abr. 2016.

ANEXOS