



IMPORTÂNCIA DA HIPNOTERAPIA NO AJUSTAMENTO DIÁDICO E PERTURBAÇÕES DE HUMOR PÓS PANDEMIA

Importance of hipnoterapy in dyadic adjustment and mood disorders post-pandemic

NUNO CRAVO BARATA

Universidade Fernando Pessoa e Instituto Piaget, Portugal

KEYWORDS

Hypnotherapeutic intervention
Anxiety
Depression
Dyadic adjustment
COVID-19
Symptoms

ABSTRACT

The present study sought to evaluate the effect of the hypnotherapeutic intervention model in the treatment of symptoms leading to a diagnosis of anxiety and depression and to evaluate the dyadic adjustment in patients exposed to COVID-19. Therefore, this study is classified as a quantitative cross-sectional descriptive and correlational in order to acquire a better understanding of the importance of the hypnotherapeutic procedure in reducing symptoms related to anxiety and depression and the quality of dyadic adjustment. The results revealed the specific benefits of hypnosis in the reduction of symptomatology associated with mood disorders and in the quality of dyadic adjustment.

PALABRAS CLAVE

Intervenção hipnoterapêutica
Ansiedade
Depressão
Ajustamento diádico
COVID-19
Síntomas

RESUMEN

O presente estudo procurou avaliar o efeito do modelo de intervenção hipnoterapêutica no tratamento dos sintomas conducentes a um diagnóstico de ansiedade e depressão e avaliar o ajustamento diádico em pacientes expostos à COVID-19. Sendo assim, este estudo classifica-se como quantitativo transversal de carácter descritivo e correlacional com a finalidade de adquirir uma maior compreensão da importância do procedimento hipnoterapêutico na redução da sintomatologia relacionada com a ansiedade e depressão e com a qualidade do ajustamento diádico. Os resultados revelaram, os benefícios específicos da hipnose na redução da sintomatologia associada às perturbações do humor e na qualidade do ajuste diádico.

Recibido: 18/ 10 / 2022

Aceptado: 22/ 12 / 2022

1. Introdução

A doença COVID-19 provocou mudanças significativas em termos sociais e individuais com severas repercussões ao nível da saúde mental dos pacientes expostos à doença, pois promove alterações significativas ao nível da saúde mental e do bem-estar psicológico (Faro et al., 2020). Todas estas alterações podem, eventualmente, levar à presença de perturbações do humor, tais como a ansiedade e depressão, bem como, ao nível da relação diádica (Brooks et al., 2020; Rogers et al., 2020) e, conseqüentemente, aumento da taxa de incapacidade e mortalidade (Dutheil et al., 2020).

Segundo Lam (2009), as pessoas clinicamente recuperadas da SARS CoV 1 foram diagnosticadas com perturbação do stress pós traumático (PSPT) (54,5%), depressão (39%), dor (36,4%), perturbação do sono (32,5%) e perturbação obsessiva compulsiva (15,6%) aos 31 a 50 meses pós-infecção. Mais recentemente Nascimento e colaboradores (2020) que, ainda que sem evidência, o papel do próprio vírus e a resposta imunológica do hospedeiro à infeção poderão conduzir a alterações ao nível do sistema nervoso central humano e a alterações neuropsiquiátricas, tornando premente a necessidade do acompanhamento e documentação contínua dos sintomas relacionados com a infeção pelo SARS CoV 2/ COVID 19.

Neste sentido, alguns estudos evidenciam que, no atual contexto pandémico e conseqüente exposição à doença COVID-19, os pacientes em isolamento, internamento ou recuperados da doença estão mais vulneráveis a potenciais impactos emocionais (Lai et al., 2020; Zang et al., 2020). Mais se acrescenta, que os fatores que podem contribuir são os escassos dados científicos relacionados com as características do vírus e a forma de contágio, as próprias regras da quarentena, assim como a prevalência do medo e de incerteza na população (Dutheil et al., 2020; Röhr et al., 2020).

Assim sendo, desde um ponto de vista psicossocial será importante, que o paciente exposto à COVID-19 comunique questões relacionadas com a sua doença ao cônjuge ou par romântico, para além avaliar se existe evitação e negação na hora de falar da incapacidade promovida pela doença, partilhar atividades e promover passatempos em conjunto.

Assim, tendo em conta a reação dos familiares perante o processo de doença e ainda mais a fase específica dentro desse processo de reação conjugal, pode influenciar o modo como os doentes avaliam ou interpretam emocionalmente a sua condição de saúde *versus* doença. Neste sentido, os membros da família podem também afetar os resultados da doença, sendo que, a relação diádica ou ajuste diádico (AD), o suporte social (SS) se forem percebidos como positivos tendem a que o doente lidará melhor com a sua problemática como comprova o estudo de Revenson e colaboradores (1991), que salienta que a percepção de SS acessível, AD acessível fortalece a competência percebida o que deve parcialmente contribuir para a influência do SS no ajustamento psicológico. Parece assim evidente, que receber um suporte positivo útil do cônjuge está relacionado com menos sintomas depressivos e de ansiedade. Por conseguinte, verifica-se que a percepção de um menor apoio/suporte conjugal poderá estar diretamente relacionado com o aumento da ansiedade e depressão e, conseqüentemente, da mortalidade (Thong et al., 2006), o passo que os pacientes que reportaram uma maior percepção no apoio/suporte conjugal apresentavam uma menor taxa de ansiedade e depressão, o que levaria a uma redução da mortalidade (Christensen et al., 1994). Por outro lado constata-se, igualmente, que o isolamento social induz ansiedade e stress, com alterações no sistema imunológico (Steptoe et al., 2004), que se prolongadas, poderão promover uma maior prevalência de morbidade e mortalidade (House, 2001) o mesmo acontecendo com as perturbações do humor que também têm sido igualmente avaliadas, verificando-se em alguns estudos (Kimmel et al., 2000; Einwohner et al., 2004; Gençöz & Astan, 2006), que a depressão está significativamente associada com a taxa de mortalidade. A depressão também se encontra associada a níveis mais baixos de percepção do suporte conjugal e social (Gençöz & Astan, 2006).

No mesmo sentido, Rissick (2000) e Valentine (2003), aponta que a exposição a acontecimentos traumáticos, entenda-se como exposição à pandemia COVID-19, afeta o funcionamento interpessoal, o desempenho sexual, o funcionamento familiar, a capacidade de formar ou manter relações de amizade, a relação que as pessoas estabelecem consigo próprias a nível da autoestima, autoconfiança, confiança no seu próprio julgamento ou nas crenças dos outros sobre o próprio.

No sentido de se procurar minimizar os sinais e sintomas da ansiedade e depressão, bem como, a percepção de um menor AD são implementados vários modelos de intervenção psicoterapêutica, destacando-se o procedimento hipnoterapêutico que poderemos abordar simplesmente como hipnoterapia (Barata, 2021). Assim, na indução hipnótica, fase que antecede a implementação de sugestões hipnóticas, o terapeuta orienta os pacientes através de imagens calmas e relaxantes, com o intuito de ajudá-los a sentirem-se mais calmos e relaxados, distraídos dos estímulos adversos, logo mais disponíveis às sugestões terapêuticas (Barata, 2021; Lynn et al., 1993). Posteriormente surge a fase de implementação de sugestões, em que o Psicólogo dá sugestões ao paciente. Estas sugestões promovem no sujeito mudanças nas experiências sensoriais, cognitivas e fisiológicas (Green et al., 2005).

Nesta linha de pensamento, poderemos considerar o Psicólogo com um agente facilitador do processo (Udolf, 1995), preconizando-se que atitudes, crenças e expectativas sobre a capacidade de resposta pessoal são os principais

ingredientes para um tratamento eficaz com a hipnose (Barber *et al.*, 1974; Chaves, 1999; Lynn & Kirsch, 2006). Assentando nesta visão, importa ter a noção clara da ligação entre intervenções cognitivo-comportamentais com a hipnose para fins terapêuticos, que propõe ser absolutamente necessário introduzir e explicar aos pacientes o que é hipnose, bem como corrigir as crenças erradas sobre ela (Green, 2011).

Para Barata (2021) poderemos encontrar semelhanças ou complementos integrativos com a terapia cognitivo-comportamental (TCC), principalmente porque possuem similaridades metodológicas, seus pressupostos subjacentes são compatíveis e ambas oferecem técnicas complementares. Com a hipnose associada à TCC é possível potencializar as técnicas cognitivas e comportamentais, principalmente nos transtornos mentais nos quais a imagética é a matéria-prima da disfuncionalidade. Assim, assume-se a hipnoterapia como uma ferramenta ou mesmo modelo que visa proporcionar uma ajuda importante nesta fase promovendo esperança, motivação, sentimento de competência e criando uma perspectiva de futuro. Algumas metanálises mostram que associar a hipnose aos tratamentos psicológicos melhora a eficácia e a eficiência dos mesmos (Kirsch *et al.*, 1995; Smith *et al.*, 1980; Agostinho, 2012). Uma possível vantagem de utilizar o procedimento hipnoterapêutico é sem diminuir o próprio tratamento (Barata, 2021). Incidindo diretamente sobre a motivação e o sentimento de competência, acelera-se a mudança (Ludeña & Pires, 2009). O benefício do procedimento hipnoterapêutico pode estar em tornar os pacientes mais dispostos a cooperar sem que se sintam vulneráveis (Montgomery & Schnur, 2005). Ainda que em geral, o uso da hipnoterapia para o tratamento da depressão não seja habitualmente considerado, sabe-se que é uma ferramenta de grande valor terapêutico em conjunto com outras terapias estabelecidas (APA American Psychological Association, 1999; Yapko, 2001a).

Existe muita investigação que apoia o facto de que utilizar hipnose no tratamento de das perturbações de humor (PH) e AD contribui significativamente para os resultados positivos do tratamento direta e indiretamente (Crawford & Barabasz, 1993; Montgomery *et al.*, 2000; Schoenberger *et al.*, 1997; Yapko, 1992, 2001, 2006, 2008, 2009).

2. Objetivos

Perante o exposto, postula-se que este estudo procura demonstrar, avaliar como a pandemia COVID-19 promoveu alterações nas PH (ansiedade e depressão) e no AD em sujeitos que se encontram em Psicoterapia com recurso à Hipnoterapia. Procura-se verificar se este modelo de intervenção terá implicações diretas na diminuição ou não dos sintomas relacionados com a ansiedade, depressão e AD.

Posto isto, coloca-se a seguinte questão científica: Até que ponto o Modelo de Intervenção Hipnoterapêutica poderá reduzir os sintomas relacionados com as PH e a qualidade do AD? Neste sentido, e subjacente à questão científica, coloca-se a seguinte hipótese (H) e as seguintes predições (P):

H₁: O modelo de intervenção hipnoterapêutica promove a redução de sintomas relacionados com as PH e na qualidade do AD junto de um grupo de pacientes expostos à pandemia COVID-19.

- P₁: Existem diferenças na percepção de PH e AD em sujeitos que estão em processo hipnoterapêutico antes e durante a pandemia COVID-19 (fator temporal).
- P₂: Existem diferenças na percepção de AD em sujeitos com níveis mais elevado de PH.

3. Método

3.1. Metodologia

O presente estudo procurou avaliar o efeito do modelo de intervenção hipnoterapêutica no tratamento dos sintomas condutores a um diagnóstico de ansiedade e depressão, bem como, avaliar o AD em pacientes expostos à doença COVID-19. Sendo assim, este estudo classifica-se como quantitativo transversal de carácter descritivo e correlacional com a finalidade de adquirir uma maior compreensão da importância do procedimento hipnoterapêutico na redução da sintomatologia relacionada com as PH e com a qualidade do AD.

3.2. Amostra

A amostra é constituída por 105 participantes com diagnóstico de PH. Destes, 65 encontravam-se afeetar hipnoterapia antes da pandemia COVID-19 ter iniciado e 40 iniciaram o processo hipnoterapêutico durante a pandemia COVID-19. Saliencia-se, desde já, que a amostra foi selecionada do acompanhamento hipnoterapêutico que já desenvolviam ou desenvolvem durante a pandemia COVID-19, pelo que é uma amostra não probabilística, sendo do tipo de amostragem por seleção racional, uma vez que, refere-se a amostras de conveniência (ou incidentais ou voluntárias) e levanta um problema fundamental que reside na impossibilidade de estimar os erros de amostragem, pelo que as inferências para a população ficam largamente prejudicadas. A variável independente do presente estudo é o modelo de intervenção hipnoterapêutica, operacionalizada através da constituição de dois grupos terapêuticos – G1 (2 meses antes da pandemia ter iniciado; que se realizou durante 8 meses perfazendo 16 sessões) e G2 (durante a pandemia; que se realizou durante 6 meses perfazendo 12 sessões), de frequência quinzenal, com a duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. As variáveis dependentes são a

ansiedade, a depressão e o AD, operacionalizadas através da avaliação pela Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e pela Dyadic Adjustment Scale (DAS), respetivamente.

3.3. Material

Para avaliar a presença de sintomas relacionados com a ansiedade e depressão, foi passado a cada um dos participantes, a Hospital Anxiety and Depression Scale (Snaith & Zigmond, 1983). É constituída por 14 itens, de escolha múltipla, divididos equitativamente por duas subescalas (Ansiedade e Depressão) com cotação (Snaith, & Zigmond, 1994), que conjuntamente produzem um resultado total. É uma escala de autoavaliação, frequentemente utilizada e desenvolvida para uso em contexto hospitalar. Segundo Zigmond e Snaith (1983), a escala demora, em média, cerca de 20 minutos a ser preenchida pelo doente, constituindo um instrumento de fácil administração, de fácil resposta e fiel para avaliação de ansiedade e depressão clinicamente significativa. A escala avalia o estado emocional ao longo da última semana, tendo sido desenvolvidas escalas de gravidade, com valores que variam de 0 a 3, para cada um dos itens das duas subescalas, em que os valores mais elevados indicam a presença de sintomas de ansiedade ou depressão com maior gravidade. Segundo Zigmond e Snaith (1983) os valores da HADS iguais ou inferiores a 7 não são considerados como sinal de perturbação; entre 7 e 10 são interpretados como casos em que pode existir dúvida; e os valores iguais ou superiores a 11 são considerados como implicando a presença de perturbação do humor clinicamente significativa (Zigmond & Snaith, 1983). Um resultado entre 8-10 para cada subescala é considerado borderline, e um resultado igual ou superior a 11 é indicador de presença de ansiedade ou depressão (Carrolet *et al.*, 1993).

Para avaliar o ajustamento diádico recorreu-se à Dyadic Adjustment Scale (DAS) de Spanier (1976, 1985). Esta escala foi pioneira por integrar todos os casais que coabitam, independentemente de serem ou não casados. A DAS é composta por 32 itens, que procuram avaliar o ajustamento conjugal utilizando escalas tipo Likert, sendo que, são usadas escalas de cinco, seis e até sete pontos. De uma forma geral, os pontos extremos das escalas significam «nunca» e «todo o tempo», respetivamente. Os itens 29 e 30 apresentam apenas duas opções, «sim» ou «não». De forma, a aumentar a fidedignidade da escala, alguns itens são afirmações positivas e outros são afirmações negativas. O total da escala pode variar de 0 a 151 e é obtido pela soma dos valores obtidos nas quatro escalas. Para Spanier (1976), os indivíduos que obtiverem 102 pontos ou menos devem ser classificados como na vivência de um relacionamento de sofrimento ou desajustado e os sujeitos que alcançarem 102 pontos ou mais estariam vivenciando um relacionamento sem sofrimento ou bem ajustado. A EAD procura medir as seguintes dimensões: (1) consenso diádico, que avalia a percepção do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas da relação (financeiras, lazer, religião, amizades, convencionalidade, filosofia de vida, negócios com parentes, metas, tempo gasto junto, tomadas de decisão, tarefas domésticas, tempo com lazer e decisões profissionais; (2) satisfação diádica, que mede a percepção das questões relativas à discussão do divórcio, à saída de casa após uma discussão, ao arrependimento com o casamento, às querelas, à implicância mútua, ao bem estar, à confiança no cônjuge, ao beijo no cônjuge, ao grau de felicidade e ao compromisso com o futuro relacionamento; (3) coesão diádica, que examina o senso de partilha emocional do casal, medindo a percepção relativa aos interesses mútuos externos, à estimulação de ideias, ao divertimento conjunto, à discussão tranquila e ao trabalho conjunto em projetos; (4) expressão diádica de afeto, que mede a percepção da concordância dos membros do casal sobre as demonstrações de afeto, as relações sexuais, a falta de amor e as recusas ao sexo (Spanier & Cole, 1975; Spanier & Thompson, 1987; Hernández, 2008).

3.4. Procedimento

A seleção dos participantes foi feita procedendo primeiro à observação e entrevista com posterior análise da sintomatologia (através das consultas individuais), sendo selecionados os participantes com diagnóstico de ansiedade e depressão e em situação de união de facto ou casados. Antes de se proceder à aplicação dos instrumentos, foi dito aos participantes que todos os dados recolhidos seriam confidenciais. Deu-se a conhecer o objetivo do estudo e obteve-se o consentimento livre, escrito e esclarecido dos participantes. Desta forma, foi passado a cada um dos participantes, a HADS e AD com o intuito de avaliar a intensidade de sintomas relacionados com a ansiedade, depressão e AD em t1 (antes do início do processo hipnoterapêutico) e em t2 (depois do processo hipnoterapêutico). A intervenção foi realizada entre janeiro de 2021 e junho de 2021, sendo que, cada sessão teve a duração de 1 hora e 30 minutos. De modo a garantir a viabilidade e fiabilidade da intervenção, o terapeuta foi sempre o mesmo ao longo do processo terapêutico.

3.5. Análise estatística

Após a cotação da HADS e da DAS, procedeu-se à análise intra e intergrupo dos resultados obtidos pelos participantes e recorreu-se ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.0, para se fazer o tratamento estatístico dos dados, utilizando-se para o efeito:

- Análises descritivas (estudo das médias e desvios padrão nos dois grupos e nos dois momentos temporais).
- Análises diferenciais (teste t Student para amostras independentes (G1 vs G2 em t1 e em t2) e para

amostras emparelhadas (G1 t1 vs G1 t2; G2 t1 vs G2 t2), que permitem avaliar se há diferença significativa entre as médias de duas amostras e presença de uma variável quantitativa entre dois grupos independentes;

- Análises correlacionais entre duas variáveis dependentes (AD e PH).

Para ajustar as diferenças da linha de base entre os grupos, as alterações da avaliação pré e pós-teste foram analisadas calculando a diferença entre os dois momentos (t1 e t2). A suposição de normalidade das variáveis foi verificada para os dois grupos (G1 e G2) por meio do teste de Shapiro-Wilk. Considerou-se o nível de significância $p \leq ,05$ como indicativo da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois momentos de avaliação. Na comparação dos valores médios das variáveis em estudo foi utilizado o teste t Student para amostras emparelhadas.

Mais se acrescenta, que os participantes foram alocados aleatoriamente para os grupos (proporção de 1:1), com as diferentes etapas de randomização sendo realizadas de forma independente pelo investigador. A sequência de randomização foi gerada por computador e ocultada até a inscrição oficial do paciente, após consentir em participar e realizar a avaliação inicial. Devido às diferenças no procedimento, a ocultação dos pacientes para intervenção hipnoterapêutica versus intervenção cognitivo-comportamental.

4. Resultados

Os resultados da presente investigação, sustentado pelas médias, desvios-padrão e valores de significância obtidos a partir das diferenças entre os pacientes (teste t Student) que integram a intervenção hipnoterapêutica há mais tempo (G1) e menos tempo (G2), permitem constatar que os participantes do G1 apresentam em t1 um valor médio na HADS e DAS de 14,55 pontos ($\sigma = 1,10$) e 113,20 pontos ($\sigma = 1,32$) respectivamente, enquanto que nos participantes do G2, o valor médio na HADS e DAS é de 15,25 pontos ($\sigma = 1,55$) e 115,18 ($\sigma = 7,96$), respectivamente. Por conseguinte, deveremos ter em atenção que a HADS é codificada de modo que a valores mais elevados corresponde uma maior severidade da sintomatologia relacionada com a ansiedade e depressão e a DAS é codificada de modo que a valores mais elevados corresponde um maior ajuste diádico (Quadro 1).

Após a intervenção, num segundo momento de avaliação (t2), constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas observadas pela análise da sintomatologia relacionado com a ansiedade, depressão e ajuste diádico avaliado no final da intervenção. Os participantes que integram o G1, apresentaram valores mais baixos de sintomatologia relacionado com a ansiedade e depressão ($\bar{x} = 4,10$, $\sigma = 1,77$) e valores mais elevados de ajuste diádico ($\bar{x} = 121,10$, $\sigma = 13,22$), que equivale a ausência de sintomatologia ansiosa e depressiva e ajuste diádico mais forte, o mesmo acontecendo com os participantes do G2, que também apresentaram uma alteração significativa nos valores médios da HADS e DAS ($\bar{x} = 5,15$, $\sigma = 1,04$) ($\bar{x} = 124,20$, $\sigma = 9,89$) (Quadro 1). Assim sendo, as diferenças relacionadas com a presença de sintomatologia associada à ansiedade e depressão foram estatisticamente significativas, bem como, relativamente ao ajuste diádico.

Os resultados observados a partir do teste t Students sugeriram a existência de diferenças estatisticamente significativas em t2 e revelaram a existência de uma relação entre as variáveis observadas. Assim, verificou-se que os participantes de ambos os grupos (G1 e G2) não se distinguem nos dois momentos temporais (t1 e t2) quanto a sintomas ansiosos e depressivos [$t_{104} = 1,65$; $p = ,11$], o mesmo já não se passou depois de se implementar a intervenção (t2). De facto, verificamos que os participantes que iniciaram hipnoterapia antes da pandemia (G1) apresentam, em t2, valores médios de ansiedade e depressão significativamente inferiores aos apresentados pelos participantes que iniciaram hipnoterapia durante a pandemia [$t_{104} = -4,04$; $p = ,00$]. Relativamente ao ajuste diádico, verificou-se que os participantes de ambos os grupos (G1 e G2) não se distinguem nos dois momentos temporais (t1 e t2).

Mais se acrescenta, que os resultados permitem demonstrar uma importante associação entre ambos os grupos de intervenção (G1 e G2) a redução de sintomatologia associada à ansiedade e depressão. Neste sentido e de forma a dispormo de resultados mais esclarecedores, analisamos a HADS em relação aos grupos terapêuticos. Quando procedemos à análise comparada daquilo que se passa em cada um dos grupos (G1 e G2) ao longo do tempo (de t1 para t2), observamos que existe uma redução significativa dos sintomas relacionados com à ansiedade e depressão, junto daqueles que foram submetidos à intervenção hipnoterapêutica iniciada antes da pandemia [$t_{103} = -50,36$; $p = ,00$] e também junto dos participantes que foram alvo de intervenção hipnoterapêutica durante a pandemia [$t_{103} = -18,99$; $p = ,00$], sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Relativamente ao ajuste diádico, observamos uma melhoria da relação diádica em ambos os grupos G1 e G2 [$t_{103} = -32,89$; $p = ,00$] [$t_{103} = -3,99$; $p = ,00$], respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Valores obtidos na escala HADS e DAS em dois momentos temporais (t_1 e t_2) nos dois grupos de intervenção (G_1 e G_2): G_1 : Grupo de intervenção iniciado antes da pandemia; G_2 : Grupo de intervenção iniciado durante a pandemia; \bar{x} : Média; σ : Desvio-padrão.

Momento de Avaliação (HADS e DAS) versus Intervenção Terapêutica (G_1 e G_2)	$\bar{x} \pm \sigma$ (HADS)	$\bar{x} \pm \sigma$ (HADS)	$\bar{x} \pm \sigma$ (DAS)	$\bar{x} \pm \sigma$ (DAS)
	t_1	t_2	t_1	t_2
G_1	14,55 \pm 1,10	4,60 \pm 1,77	113,20 \pm 15,32	121,10 \pm 13,22
G_2	15,25 \pm 1,55	5,05 \pm 1,04	115,18 \pm 7,96	124,20 \pm 9,89

O Quadro 2 representa as correlações entre o AD e a sintomatologia psicológica, sendo que, as mesmas são negativas e de uma forma geral estatisticamente significativas com exceção para a correlação entre a Subescala Expressão de Afeto (EAD Exp.) e a Subescala Ansiedade. Poderemos verificar, igualmente, que a maiores valores de percepção de AD corresponde menor sintomatologia psicológica e vice-versa.

Tabela 2. Valores obtidos da correlação entre AD e PH. EAD Cons.: Escala de Ajuste Diádico Consenso; EAD Sat.: Escala de Ajuste Diádico Satisfação; EAD Coes.: Escala de Ajuste Diádico Coesão; EAD Exp.: Escala de Ajuste Diádico Expressão de Afeto; EAD Tot.: Escala de Ajuste Diádico Total; ** correlação significativa a $p < .01$; * correlação significativa a $p < .05$; NS – Não significativo

EAD	Subescala Ansiedade	Subescala Depressão	Humor Negativo
	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson
	-,298	-,319	-,372
EAD Cons.	Sig. ,001**	Sig. ,000**	Sig. ,000**
	N 105	N 105	N 105
	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson
	-,435	-,522	-,513
EAD. Sat.	Sig. ,000**	Sig. ,000**	Sig. ,000**
	N 105	N 105	N 105
	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson
	-,225	-,278	-,271
EAD Coes.	Sig. ,012*	Sig. ,002**	Sig. ,002**
	N 105	N 105	N 105
	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson
	-,125	-,239	-,193
EAD. Exp.	Sig. ,165	Sig. ,007**	Sig. ,031*
	N 105	N 105	N 105
	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson	Correlação de Pearson
	-,431	-,548	-,524
EAD Tot.	Sig. ,000**	Sig. ,000**	Sig. ,000**
	N 105	N 105	N 105

Discussão

Este estudo relata um ensaio piloto randomizado controlado com o objetivo de avaliar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia de uma intervenção hipnoterapêutica entre pessoas com diagnóstico de ansiedade e depressão e avaliação da qualidade do ajuste diádico. Os resultados revelaram, os benefícios específicos da hipnose na redução da sintomatologia associada às perturbações do humor e melhoria da qualidade do ajuste diádico.

Por conseguinte, presente estudo demonstrou que antes do início de qualquer tipo de intervenção terapêutica, os participantes de ambos os grupos apresentam índices de ansiedade e depressão, sendo que o grupo alvo de intervenção hipnoterapêutica antes do início da pandemia (G_1) apresenta um valor médio de ansiedade e

depressão de 14,55, enquanto que no grupo alvo de intervenção iniciada durante a pandemia (G_2) apresenta um valor médio de índice de ansiedade e depressão de 15,25 sem, contudo, se distinguirem entre si. Este aspeto talvez se deva ao nível de comprometimento imposto pela presença de sintomatologia associada. Assim, as limitações impostas pela pandemia introduzem, em ambos os grupos, G_1 e G_2 , impactos significativos sobre a sintomatologia relacionada com as perturbações do humor. Após as respetivas intervenções terapêuticas, constatamos que as médias amostrais dos valores obtidos na HADS nos dois grupos divergem ligeiramente, apresentando valores médios 4,60 e 5,05 para o G_1 e G_2 , respetivamente, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Perante estes resultados, e com base no objetivo proposto neste estudo empírico, confirma-se que existem diferenças significativas entre os participantes sujeitos a terapia com recurso à hipnoterapia e participantes sujeitos a terapia cognitivo-comportamental, o que vai de encontro com outros estudos efetuados (ShIPLEY & Fazio, 1973; Shaw, 1977; Dobson, 1989; Crawford & Barabasz, 1993; Montgomery *et al.*, 2000; Schoenberger *et al.*, 1997; Yapko, 1992, 2001, 2006, 2008, 2009).

Numa avaliação intragrupal verifica-se que no grupo alvo de intervenção hipnoterapêutica pós-pandemia há diferenças significativas, entre os momentos temporais (t_1 e t_2), assistindo-se a uma redução significativa da sintomatologia de ansiedade e depressão apresentado pelos participantes (14,55 e 4,46, respetivamente). Estes resultados vão de encontro a diversos estudos que também verificaram valores pós-tratamento significativamente mais baixos em medições da síndrome do stress pós-traumático do que haviam evidenciado no pré-tratamento (Smith *et al.*, 1980; Crawford & Barabasz, 1993; Kirsch *et al.*, 1995; Schoenberger *et al.*, 1997; Montgomery *et al.*, 2000; Yapko 1992, 2001, 2006, 2008, 2009; Agostinho, 2012). No grupo alvo de intervenção hipnoterapêutica durante a pandemia e numa perspetiva intragrupal, verifica-se que também existem diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos avaliativos (t_1 e t_2), relativa à sintomatologia relacionado com o stress pós-traumático apresentada pelos participantes (15,25 e 5,05, respetivamente) dando-se encontro aos estudos de Shipley e Fazio (1973), Shaw (1977) e Dobson (1989).

De acordo com os resultados já citados, confirma-se a pertinência de uma intervenção hipnoterapêutica em sujeitos com ansiedade e depressão, sendo que, neste estudo, registou-se uma melhoria na sintomatologia associada às perturbações do humor, o que vem no sentido do encontrado por diversos autores (Smith *et al.*, 1980; Crawford & Barabasz, 1993; Kirsch *et al.*, 1995; Schoenberger *et al.*, 1997; Montgomery *et al.*, 2000; Yapko 1992, 2001, 2006, 2008, 2009; Agostinho, 2012).

Pode-se afirmar que melhoria da sintomatologia relacionado com as perturbações do humor em ambos os grupos deveu-se à identificação e conseqüente modificação dos processos e padrões cognitivos disfuncionais. Este tipo de terapia permitiu focar não só nos aspetos cognitivos, mas também nas relações recíprocas entre o afeto, o comportamento e a cognição, produzindo uma mudança nestas três áreas. As alterações observáveis, permitiu, aos participantes, consciencializarem-se sobre o fluxo de pensamento e o desfile de imagens que influem nos seus sentimentos e nos seus comportamentos. Ambos os modelos de intervenção permitem a identificação das situações que disparam os pensamentos automáticos negativos e descobrir os laços entre a cognição e a emoção. Permitiu, igualmente, identificar certos momentos do dia que são particularmente problemáticos (Lynn, 2006).

Em relação ao ajuste diádico, observou-se um fortalecimento da relação do casal ao longo do processo terapêutico em ambos os grupos sendo este aspeto relacionado, eventualmente, com a situação de um ajuste diádico acessível e forte fator para a competência percebida o que deve parcialmente contribuir para a influência no ajustamento psicológico. Mais se observa, que receber um suporte positivo e útil do cônjuge está relacionado com menos sintomas depressivos e de ansiedade (Revenson *et al.*, 1991). Por conseguinte, verifica-se que a percepção de um menor apoio/suporte conjugal poderá estar diretamente relacionado com o aumento da ansiedade e depressão e, conseqüentemente, da mortalidade (Thong *et al.*, 2006), ao passo que os pacientes que reportaram uma maior percepção no apoio/suporte conjugal apresentavam uma menor taxa de ansiedade e depressão (Linn & Jensen *et al.*, 1994).

6. Conclusão

Pode-se concluir com o presente estudo que: (1) Houve uma melhoria significativa na sintomatologia relacionada com as perturbações do humor nos participantes submetidos a cada um dos grupos analisados (G_1 e G_2). (2) Em ambos os grupos, o pós-tratamento apresenta valores de sintomatologia ansiosa e depressiva mais baixos. (3) A análise dos dados permitiu verificar a existência de uma redução significativa dos sintomas ansiosos e depressivos em ambos os grupos que foram alvo de intervenção; (4) A presença de um bom ajuste diádico poderá ter tido um contributo deveras significativo no superar da adversidade e na presença de sintomatologia associada às perturbações do humor; (5) O procedimento hipnoterapêutico, assume-se como uma ferramenta interventiva a ser integrada no procedimento de intervenção psicológica na perturbações do humor.

Em suma, pode-se afirmar que a pandemia COVID-19 promoverá, no momento atual ou a breve prazo, um elevado nível de stress na população em geral, aumentando, exponencialmente alteração do foro mental, principalmente, em pessoas com antecedentes de perturbação mental prévia.

Resulta como fundamental, analisar de forma pormenorizada a preocupação massiva face à pandemia em

associação com sintomatologia prévia de ansiedade e depressão. Aliado a esta situação, temos a presença do distanciamento físico, que exponencia o significado de doença e a tendência para a solidão, isolamento e comportamentos danosos ao próprio indivíduo.

A presente investigação tem as suas limitações, uma vez que os resultados observados não são representativos da população portuguesa dado o tamanho reduzido da amostra. Esta situação pode levar à introdução de enviesamentos nos resultados obtidos ou apresentar sobrevalorização dos mesmos. Outra limitação, prende-se com a natureza transversal do estudo, conquanto tenhamos efetuado duas medições que permitiram avaliar em dois momentos distintos a sintomatologia relacionada com o stress pós-traumático, que poderá inibir a elaboração de afirmações relacionadas com a direccionalidade e causalidade. Por conseguinte, seria importante realizar estudos de característica longitudinal, que possibilitariam a inferência de relação de causalidade entre as variáveis estudadas.

Considerando as perturbações do humor, o ajuste diádico e os critérios de inclusão para participação, o principal desafio na implementação de um procedimento interventivo seria o recrutamento de uma amostra grande o suficiente para garantir poder estatístico. Nesse caso, implementar um teste multicêntrico pode ser uma solução potencial na replicação e majoração do presente estudo. No entanto, os tamanhos de efeito significativos obtidos indicam a eficácia do tratamento e não podem ser descartados como uma direção de pesquisa promissora.

RETRACTED ARTICLE

Referencias

Agostinho, M. (2012). *A inclusão da hipnose clínica no tratamento por exposição prolongada da perturbação de stress pós-traumático*. Dissertação candidatura a grau de Doutor Psicologia Clínica Universidade de Coimbra.

Alladin, A., & Aibhai, A. (2007). Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Empirical Investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 121-136. <https://doi.org/10.1080/00207140601177897>

APA (2005). *New Definition: Hypnosis. The Division 30 Definition and Description of Hypnosis*. http://www.apa.org/divisions/div30/define_hypnosis.html

Barata, N. C. (2021). Avaliação da Eficácia de um Modelo de Intervenção Hipnoterapêutica no Tratamento dos Sintomas Depressivos. En G. Buéla-Casal (Ed.), *Avances en Psicología Clínica: Investigación y Práctica* (pp. 677-692). Dykinson.

Brown, D. C., & Hammond, D. C. (2007). Evidence-Based Clinical Hypnosis for Obstetrics Labor and Delivery, and Preterm Labor. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 365-371. <https://doi.org/10.1080/00207140701338654>

Chaves, J. (1999). Applying hypnosis in pain management: Implications of alternative methods and perspectives. En *Clinical hypnosis and self-regulation* (pp. 227-247). American Psychological Association.

Crawford, H., & Barabasz, A. (1993). Phobias and intense fears: Facilitating their treatment with hypnosis. En J. Rhue, S. Lynn, & I. Kirsch (Edits.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 311-338). American Psychological Association.

Dobson, K. S. (1989). A Meta-Analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.414>

Dutheil, F., Mondillon, L., & Navel, V. (2020). PTSD as the second tsunami of the SARS Cov 2 pandemic. *Psychol Med*. 1-2. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001336>

Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). Hypnotic for the Management of Chronic Pain. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287. <https://doi.org/10.1080/00207140701338621>

Faro, A., Bahiano, M., Nakano, T., Reis, C., Silva, B. F., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estud. Psicol.*, 37, 1-14. <https://doi.org/10.1190/SciELOPreprints.146>

Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Psychosomatic Disorders: Meta-analytical Evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 251-174. <https://doi.org/10.1080/00207140701338596>

Graci, G. M., & Hardie, J. C. (2007). Evidence-based hypnotherapy for the management of sleep disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 288-302. <https://doi.org/10.1080/00207140701338662>

Green, J.P., & Lynn, S.J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 195-223. <https://doi.org/10.1080/00207140008410048>

Green, J.P., Barabasz, A.F., Barret, D., & Montgomery, G.H. (2005). Forging Ahead: the 2003 APA Division Definition of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 156-176. <https://doi.org/10.1080/00207140008410048>

Kane, P., & Reinecke, M. A. (2006). Cognitive Behavior Therapy and the Utility of Hypnosis as an Adjunct to Treatment. In P. A. Chapman (Ed.), *The Clinical Use of Hypnosis in Cognitive Behavior Therapy: A Practitioner's Cookbook* (pp. 45-69). Springer Publishing Company.

Kirsch, I. (1992). Hypnotic Enhancement of Cognitive-Behavioral Weight Loss Treatments Another Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 517-519. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.517>

Kirsch, I., & Lynn, S. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50, 846-858. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.10.846>

Kirsch, I., & Lynn, S. (1998). Social-cognitive alternatives to dissociation theories of Hypnotic involuntariness. *Review of General Psychology*, 2(1), 66-80. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.1.66>

Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapienstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioural psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.214>

Lain, M. H. (2009). Mental Morbidities and Chronic Fatigue in Severe Acute Respiratory Syndrome Survivors. *Arch Intern Med.*, 169, 2142. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.384>

Ludeña, M., & Pires, C. (2009). A inclusão da hipnose nas terapias psicológicas. In F. e. Saúde, & C. e. E. Santos (Ed.), *Hipnosis Clínica* (pp. 181-217). Psicossoma.

Lynn, S., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. American Psychological Association.

- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., & Patterson D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: the state of the evidence and a look to the future. *Int J Clin Exp Hypn.*, 48, 239-259. <https://doi.org/10.1080/00207140008410050>
- Lynn, S. J., Rhue, J. W., & Kirsch, I. (1993). *Handbook of Clinical Hypnosis*. American Psychological Association.
- Mengin A., Allé M. C., Rolling J., Ligier F., Schroder C., & Lalanne L. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encephale*, 46, S43-S52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>
- Milling, L. S., Shores, J. S., Coursen, E. L., Menario, D. J., & Farris, C. D. (2007). Response Expectancies, Treatment Credibility, and Hypnotic Suggestibility: Mediator and Moderator Effects in hypnotic and Cognitive-Behavioral Pain Interventions. *The Society Behavioral Medicine*, 33(2), 167-178. <https://doi.org/10.1037/a0017392>
- Montgomery, G., & Schnur, J. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 111-123. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808902>
- Montgomery, G., DuHamel, K., & Redd, W. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia. How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 144-149. <https://doi.org/10.1080/00207140008410045>
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., Gonçalves, M., Nobre, A. (2020). Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura COVID-19. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(2), 67-76. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.06.i2.146>
- Nash, M.R., & Barnier, A.J. (Eds.). (2008). *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research and Practice*. Oxford University Press.
- Pinnel, C., M., & Covino, N., (2000). Empirical Findings on the use of Hypnosis in Medicine: A Critical Review. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 170-194. <https://doi.org/10.1080/00207140008410047>
- Pires, C., & Ludeña, M. (2009). Modelo Clínico para Integração Psicológica da Hipnose. En *Hipnose Clínica. Fundamentos e Aplicações em Psicologia e Saúde* (pp. 219-241). Psicossoma.
- Pires, C., Ludeña, M., Agostinho, M., & Costa, P. (2011). Modelo Clínico de integración psicológica de la hipnosis: aspectos conceptuales, investigacionales y clínicos. In *IX Congreso Nacional de Psicología Clínica* (págs. 186-190). Granada: AEPC Asociación Española de Psicología Conductual.
- Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science Medicine*, 33(7), 807-813.
- Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A., & Rieder-Heller, S. G. (2020). Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review. *PsychiatrPrax.*, 47, 79-89.
- Schoenberger, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural Psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 154-169. <https://doi.org/10.1080/00207140008410046>
- Schoenberger, N., Kirsch, I., Gearan, J., Montgomery, G., & Pastyrnak, S. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Schnur, J.B., & Montgomery, G. (2004). Eficacia y Aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 111-123.
- Shaw, B. F. (1977). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 543-551. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.45.4.543>
- Shipley, C. R., & Frazier, A. (1973). Pilot study of a treatment for psychological depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 372-376. <https://doi.org/10.1037/h0035168>
- Smith, M., Glass, G., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Solloway, K. (2005). Can clinical hypnosis prevent stress-related immune deficiency? *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5, 44-55. <https://doi.org/10.1176/ps.32.11.807-a>
- Stewart, J. A. (2005). Hypnosis in Contemporary Medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(4), 511-524. <https://doi.org/10.4065/80.4.511>
- Uddo, R. (2005). *Handbook of Hypnosis for Professionals*, Second Edition. Jason.
- Wachtel, G. F., David, D., Kirsch, I., & Lynn, S. J. (2010). The cognitive-behavioral model of hypnotherapy. In S. J. Lynn, J. W. Rhue, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 179-208). American Psychological Association. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1chs5qj.11>
- Yapko, M. (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change*. Mazel.
- Yapko, M. (2001). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Routledge.
- Yapko, M. (Ed.). (2006). *Hypnosis and treating depression: Applications in clinical practice*. Routledge.
- Yapko, M. (2008). Hypnotic approaches to treating depression. En M. Nash & A. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis: Theory, research, and practice* (pp. 549-567). University Press.

Yapko, M. (2009). *Depression is contagious: How the most common mood disorder is spreading around the world and how to stop it*. The Free Press.

Zigmond, A., & Snaith, R. (1993). The Hospital Anxiety a Depression Scale. *Acta Scandinavica*, 67, 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

RETRACTED ARTICLE