

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

**Aplicação da Hipnose Clínica no Tratamento das Perturbações do
Comportamento Alimentar**

Uma Revisão da Literatura

Clínica Universitária de Psiquiatria

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Discente: Inês Filipa Salsa Guerra

Orientador: Professor Doutor Mário Simões

Ano Letivo: 2015/2016

Resumo

As Perturbações do Comportamento Alimentar são patologias psiquiátricas que causam uma significativa perturbação do funcionamento do indivíduo e que cursam com aumento risco de desenvolvimento de patologia orgânica. Uma das abordagens psicoterapêuticas mais utilizadas no seu tratamento é a terapia cognitivo-comportamental, havendo, no entanto, uma percentagem significativa de insucessos terapêuticos. Esta relativa ineficácia aliada ao facto de serem patologias de difícil tratamento justifica a procura de novas estratégias terapêuticas para as Perturbações do Comportamento Alimentar.

Este artigo de revisão da literatura foca-se na aplicação da hipnose clínica ao tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar, particularmente da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, explorando os motivos pelos quais esta pode ser uma estratégia psicoterapêutica importante, bem como as evidências de eficácia da mesma.

Abstract

The Eating Disorders are psychiatric diseases causing an important functional impairment of the patient and motivate an increased risk of developing organic disease. One of the most widely used psychotherapeutic approaches to the Eating Disorders is cognitive behavioural therapy, which has a significant percentage of therapeutic inefficacy though. Given this relative inefficacy, as well as the fact of Eating Disorders having a difficult treatment it is important to search for effective alternative therapeutic approaches to these diseases.

This literature review focuses on the application of clinical hypnosis to Eating Disorders treatment, mainly concerning anorexia nervosa and bulimia nervosa and explores the reasons why this may be a valuable therapeutic approach along with the evidences of its efficacy.

Índice

Abreviaturas	3
Introdução.....	4
Perturbações do Comportamento Alimentar e sua Terapêutica	5
Hipnose Clínica - Breve Abordagem.....	6
Aplicação da Hipnose Clínica ao Tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar.....	7
A Eficácia	10
Conclusões.....	14
Agradecimentos	15
Bibliografia.....	16

Abreviaturas

PCA - Perturbações do Comportamento Alimentar

AN - Anorexia Nervosa

BN - Bulimia Nervosa

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

EMC - Estado Modificado de Consciência

Introdução

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são patologias em que o consumo alimentar ou a absorção de nutrientes estão perturbados, e que se associam a uma disrupção significativa do funcionamento do indivíduo, bem como a sérios riscos de desenvolvimento de patologia orgânica (Hudson *et al*, 2007; DSM-V). De entre as PCA contempladas no DSM-V (pica, perturbação de ruminação, perturbação de ingestão restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa, perturbação de ingestão compulsiva e outros não especificados), aquelas em que este artigo se foca são, sobretudo a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN).

As PCA são patologias de difícil tratamento, associando-se a baixos níveis de *insight* e ao surgimento de comorbilidades (Halmi *et al*, 2002; Hay *et al*, 2012). Na sua terapêutica, ainda que uma das abordagens mais utilizadas seja a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), existe uma percentagem significativa de ineficácia na mesma (Pugh, 2015; Coman *et al*, 1995). Estes dois factos justificam a necessidade de procura de estratégias terapêuticas alternativas.

A possibilidade de utilizar a hipnose clínica como estratégia terapêutica no tratamento das PCA tem vindo a ser estudada ao longo dos anos, tendo-se verificado que os sujeitos com PCA parecem ter níveis de hipnotizabilidade e capacidade dissociativa, características necessárias para a experiência hipnótica, superiores relativamente a controlos saudáveis e a outros com patologia ansiosa e do humor (Hutchinson-Phillips *et al*, 2007; La Mela *et al*, 2010; Demitrack *et al*, 1990; Waller *et al*, 2001). Adicionalmente, os mecanismos previamente referidos parecem desempenhar um papel na psicopatologia das PCA e na sua perpetuação (Kilhstrom *et al*; 1979; Hilgard, 1973).

Havendo necessidade de encontrar novas estratégias terapêuticas com boa eficácia, tendo a hipnoterapia a sua principal indicação na patologia psiquiátrica (Simões, 2010) e atendendo ao facto de as PCA e a hipnose clínica partilharem, possivelmente, mecanismos semelhantes de dissociação, explora-se neste artigo a pertinência e eficácia desta estratégia terapêutica para as PCA.

Perturbações do Comportamento Alimentar e sua Terapêutica

A Anorexia Nervosa (AN) é uma patologia psiquiátrica com uma prevalência de 0,9% no sexo feminino e 0,3% no sexo masculino (Bouça, 2014), mais comum no sexo feminino do que no sexo masculino (10:1), que tende a iniciar-se na adolescência ou na idade adulta precoce (DSM-V). Caracteriza-se por uma restrição do consumo alimentar que conduz a um peso corporal inadequado, por um medo intenso em aumentar o peso corporal e, ainda, por uma distorção da percepção do seu peso e/ou imagem corporal, a qual tem uma importância excessiva e patológica na percepção que o indivíduo tem de si mesmo e da sua autoestima (DSM-V). De acordo com o padrão alimentar, consideram-se dois tipos - AN restritiva (sem episódios de *binge eating* ou de comportamentos purgativos) e AN bulímica/purgativa (com ocorrência significativa de episódios de *binge eating* e purgativos) (DSM-V).

Quanto à Bulimia Nervosa (BN), é uma patologia com uma prevalência de 1,5% (Bouça, 2014), igualmente com incidência superior no sexo feminino relativamente ao masculino (10:1), surgindo habitualmente também na adolescência ou idade adulta precoce (DSM-V). As principais características que definem esta patologia são episódios recorrentes de *binge eating* (consumo alimentar exagerado em intervalo de tempo inferior a duas horas, associado a perda de controlo), recurso a comportamentos purgativos com o intuito de prevenir o aumento de peso (vômito auto-induzido, uso de laxantes, prática de jejum ou de exercício físico excessivo) e percepção de si mesmo e auto-estima excessivamente influenciadas pela imagem e/ou peso corporal (DSM-V).

Uma das abordagens mais utilizadas, e que parece estar melhor estudada e ser mais eficaz no tratamento das PCA é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Esta abordagem foca-se maioritariamente nos pensamentos disfuncionais e nas crenças relacionadas com a imagem corporal - forma e peso - e o seu controlo (Fairburn *et al*, 1993), assim como nos fatores que eventualmente contribuem para a perpetuação da patologia - necessidade de autocontrolo extremo (Fairburn *et al*, 1999), desregulação afetiva (Berg *et al*, 2013) e pensamentos positivos sobre a doença em geral (Schmidt *et al*, 2006).

Ainda que esta seja uma abordagem muito utilizada atualmente no tratamento das PCA, uma percentagem significativa de indivíduos não responde bem à mesma (Pugh, 2015; Coman *et al*, 1995). Dados de vários estudos em AN e BN demonstram

resultados longe dos desejáveis. Quanto à AN, os resultados dos estudos mostram que a TCC se revelou tão ou menos eficaz que outras abordagens, em comparação (Channon *et al*, 1989; Zipfel *et al*, 2014). Quanto ao tratamento da BN, a literatura aponta para uma percentagem de 50% de indivíduos sintomáticos no final do tratamento com TCC (Agras *et al*, 2000; Waller *et al*, 2014), continuando cerca de uma terça parte a reunir critérios de diagnóstico para BN depois do tratamento (Poulsen *et al*, 2014; Waller *et al*, 2014), assim como uma proporção semelhante de recaídas.

Respostas fracas ao tratamento em questão podem estar relacionadas com a não abordagem de fatores longitudinais envolvidos no desenvolvimento da PCA (Pugh, 2015; Waller *et al*, 2007), assim como com o desenvolvimento de padrões de pensamento disfuncionais que vão para além daqueles apenas em torno da imagem corporal e do peso (Tiggemann, 2000). Para além disto, são patologias que tendem a ser de difícil tratamento (e podem evoluir para a cronicidade), devido aos baixos níveis de *insight* e ao surgimento de co-morbilidades (Halmi *et al*, 2002; Hay *et al*, 2012). Assim, faz todo o sentido procurar alternativas ou terapêuticas adjuvantes às atualmente utilizadas no tratamento das PCA.

Hipnose Clínica - Breve Abordagem

De acordo com a definição consensual hipnose, esta consiste num um estado de consciência que envolve estreitamento da atenção e redução da consciência relativamente ao exterior, caracterizando-se por uma capacidade aumentada de responder a sugestões hipnóticas (Elkins, 2015). Trata-se, assim, de um Estado Modificado de Consciência (EMC), em que existe um aumento de adesão à sugestão e uma atenção extremamente focada (Raz e Shapiro, 2002). Neste EMC ocorre também uma cessação relativa da consciência periférica do ambiente (Spiegel e Spiegel, 2004), sendo que a alteração da mesma é qualitativa e não quantitativa (Simões e Monteiro, 2013).

Ainda que a capacidade de entrar num EMC seja algo transversal a todos os seres humanos, a facilidade e a frequência com que este fenómeno ocorre são determinadas por diferentes variáveis, nomeadamente sociais e culturais (Simões, 2002).

Este EMC proporciona o estabelecimento de ligações entre áreas cerebrais associativas, afetando assim as funções integrativas do cérebro e conduzindo a alterações na comunicação entre subunidades cerebrais que produzem a experiência consciente (Simões, 2008). Durante este EMC, podem ser feitas sugestões hipnóticas, que produzem efeitos reais em termos de experiência subjetiva e dos processos cerebrais necessários para a desenvolver (Oakley, 2008). Assim, a sugestão de imaginar, quando em estado hipnótico, produz nos cérebros quase os mesmos efeitos que produziria fazer a ação imaginada (Simões, 2010). Assim, a utilização da sugestão hipnótica de um estado de saúde ou de um padrão de pensamento/comportamento saudável, pode ter benefícios no tratamento do doente com psicopatologia (Simões e Monteiro, 2013). Para além disto, ao trabalhar a relação entre o consciente e o inconsciente, a hipnose clínica tem a capacidade alterar o condicionamento inconsciente que os estados de ego operam nas escolhas conscientes, potenciando assim mudanças positivas na atitude e na perceção cognitiva e emocional de determinada experiência do passado que pode estar a contribuir para a origem e/ou manutenção da patologia psiquiátrica (Cabral e Marto, 2013). A hipnose clínica tem, por isso, algumas das suas principais aplicações no domínio das psicopatologias (Simões, 2010).

Aplicação da Hipnose Clínica ao Tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar

A resposta à hipnose ou hipnotizabilidade tem vindo a ser estudada ao longo dos anos em doentes com PCA. Estes estudos, ainda que afetados por limitações (utilização de escalas diferentes, a possibilidade de os resultados serem influenciados pelo EMC, falhas na especificação da metodologia, dificuldades de replicabilidade) parecem demonstrar que os doentes com PCA tendem a apresentar maiores níveis de hipnotizabilidade do que os controlos dos estudos (Hutchinson-Phillips *et al*, 2007). Esta maior hipnotizabilidade parece ser ainda mais pronunciada nos doentes com BN do que nas restantes PCA (Kranhold *et al*, 1991; Barbasz, 1991; Covino *et al*, 1994; Mantle, 2003). Ainda assim, de acordo com Hutchinson-Phillips *et al*, que procederam em 2007 a uma revisão da literatura disponível, que relaciona as PCA com a hipnotizabilidade e os seus processos, parece de facto existir, na maioria dos estudos revistos, uma

associação positiva entre as PCA e a maior hipnotizabilidade e capacidade de dissociação dos doentes, o que sugere que a hipnose possa ser um tratamento realmente importante e potencialmente eficaz nestas doenças. No entanto, mais estudos que venham confirmar esta hipótese são necessários, já que a literatura não é clara sobre até que ponto esta maior hipnotizabilidade estará positivamente correlacionada com uma melhor resposta ao tratamento por hipnose.

Nos últimos anos, a literatura científica tem vindo a sugerir que determinados aspetos da hipnotizabilidade poderão estar relacionados com a manutenção de padrões alimentares anormais nas PCA (Hutchinson-Phillips, 2007). No entanto, é necessária mais investigação no que à origem e mecanismos de manutenção das PCA diz respeito, de modo a que se possam a eles ajustar as estratégias terapêuticas (Hutchinson-Phillips, 2007).

Um dos mecanismos que pode justificar a utilidade da hipnose clínica no tratamento das PCA é a dissociação, cujos mecanismos são considerados pré-requisitos para a experiência hipnótica (Kranhold, 1992) definida como uma disrupção ou descontinuidade da normal integração de várias funções - consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controlo motor e comportamento (DSM-V). Estudos concluíram também que uma capacidade dissociativa bem desenvolvida explica uma elevada e mais profunda hipnotizabilidade, como acontece nos sujeitos com PCA (Kranhold *et al*, 1992; Torem, 1986). Vários estudos têm vindo a demonstrar a importância dos estados dissociativos nas PCA (La Mela *et al*, 2010; Torem, 1986), assim como um maior nível de psicopatologia dissociativa em amostras de doentes com PCA, em comparação com controlos saudáveis e com patologia ansiosa e do humor (La Mela *et al*, 2010; Demitrack *et al*, 1990; Waller *et al*, 2001). A capacidade dissociativa parece ser um processo intimamente relacionado com o controlo cognitivo e a auto-regulação (Jamieson, 2005), pelo que as alterações no comportamento alimentar podem ser encaradas, numa perspetiva cognitivo-comportamental, como falhas nos mecanismos de auto-regulação, sendo que estas falhas poderão ser parte do conjunto de fatores que contribui para a perpetuação de uma alimentação deficitária na AN. Também aspetos deste mesmo processo podem estar relacionados com estados de dissociação na BN, associados aos episódios de *binge eating* (Hutchinson-Phillips, 2007), que de acordo com uma perspetiva cognitivo-comportamental, são o resultado de um padrão alimentar restritivo (La Mela *et al*, 2010).

Segundo a teoria de modulação do humor, os episódios de *binge eating* podem surgir como tentativa de superação de episódios de afetos negativos - comportamento disfuncional de regulação de humor (La Mela *et al*, 2010; Hawkins *et al*, 1994; McManus *et al*, 1995), funcionando assim o episódio de *binge eating* como estratégia de *coping* (Everill *et al*, 1995). Para além disto, o episódio de *binge eating* tem a capacidade de neutralizar temporariamente os afetos negativos, havendo assim um *reinforcement* deste comportamento (La Mela *et al*, 2010). Finalmente, segundo a teoria de "fuga", os doentes com PCA regem-se por padrões de elevadas expetativas (quanto a si mesmos, ao seu peso, à sua imagem corporal, ao seu sucesso no geral), sendo que quanto mais elevadas são as expetativas, mais facilmente são defraudadas, o que levará inconscientemente o sujeito a um estreitamento cognitivo, abstrato ou relativamente a estímulos externos, como a comida, de modo a "fugir" à perturbação causada pela auto-consciência (La Mela *et al*, 2010; Heatherton *et al*, 1991). Este processo tem como efeito secundário a inibição de outras funções superiores, como a própria inibição, resultando assim em comportamentos compulsivos verificados nas PCA (Wegner *et al*, 1986), como os episódios de *binge eating* ou o abuso de substâncias, como o álcool. À luz das diferentes teorias, é assim colocada a hipótese de que parte da psicopatologia das PCA (perpetuação de alimentação deficitária, *binge eating*, abuso de substâncias) seja justificada pela dissociação, ocorrendo em estados dissociativos.

Os mecanismos e as componentes afetadas pela dissociação, para além de parecem ser necessários para a experiência hipnótica, parecem ter, de acordo com a literatura, importância na psicopatologia das PCA e na sua perpetuação (Kilstrom *et al*, 1979; Hilgard, 1973). As características do padrão alimentar nas PCA, sobretudo quando estão envolvidos episódios de *binge eating* (BN, AN tipo bulímico/purgativo) incluem a ocorrência parcialmente involuntária, tal como a experiência hipnótica, o que faz partir do pressuposto que as PCA e a hipnose clínica, por partilharem possivelmente os mesmos mecanismos de dissociação, possam ser associadas numa estratégia de tratamento das primeiras.

Para além de tudo isto, a hipnoterapia permite aceder a informações às quais não é possível ou às quais é muito difícil aceder com a TCC. Através da hipnose e do acesso à informação inconsciente, é possível identificar experiências do passado que possam ter perpetuado, inconscientemente e por condicionamento de um estado de ego infantil, um padrão pouco saudável de pensamento e de atitude do indivíduo relativamente a si

próprio e ao mundo que o rodeia ao longo da vida (Cabral e Marto, 2013). Algumas destas experiências do passado, se traumáticas, podem inclusivamente não ser recordadas, não se tratando de verdadeiras amnésias, mas sim de dissociações psiconeurofisiológicas, passíveis de serem resolvidas por "ressíntese interior" em hipnoterapia (Marto, 2013). É fundamental, para desbloquear o sofrimento associado a estas possíveis experiências, e para modificar os padrões de comportamento inconscientemente por elas condicionados, adquirir consciência das "feridas emocionais", trabalhando-as ao transportá-las para o nível do consciente (Cabral e Marto, 2013). Ainda que a terapia não mude os acontecimentos do passado, pode promover uma mudança na atitude do sujeito, assim como na perceção cognitiva e emocional, ressignificando as experiências de vida e contribuindo para uma integração mais saudável (Cabral e Marto, 2013). Encontrando a hipnoterapia a sua principal indicação na patologia psiquiátrica (Simões e Monteiro, 2013), esta é uma ferramenta cuja utilização poderá ter todo o interesse também no domínio das PCA.

A Eficácia

Existe ainda uma grande lacuna na literatura científica no que respeita à eficácia da aplicação de hipnose clínica ao tratamento das PCA. Os principais motivos desta lacuna prendem-se com as limitações metodológicas dos estudos, a dificuldade em serem replicados e, ainda, com o facto de a hipnoterapia tender a ser maioritariamente usada como terapia adjuvante, e não em exclusividade (Barabasz, 2007), problemas estes que têm vindo a ser relatados em revisões sistemáticas da literatura relativa a este tema (Schoenberger, 2000; Vanderlinden e Vandereycken, 1988).

Pelos motivos acima enunciados, há uma marcada dificuldade em avaliar a eficácia da hipnoterapia no tratamento das PCA, encontrando-se na literatura estudos com metodologias não descritas, com metodologias significativamente diferentes, com durações díspares. Assim, opta-se neste artigo por particularizar apenas os estudos nos quais a metodologia seguida e duração estão descritas e são equiparáveis.

Griffiths (1995) procedeu à realização de um estudo com catorze participantes, diagnosticados com BN, que foram submetidos a iguais horas TCC juntamente com

hipnoterapia adjuvante durante oito semanas. Procedeu-se à avaliação dos mesmos parâmetros de patologia (com escalas internacionalmente aceites na avaliação de doentes com PCA) no início do estudo, após o tratamento, num *follow up* a seis meses e num *follow up* a dois anos. Nos momentos de *follow up*, e relativamente à avaliação prévia ao tratamento, verificaram-se reduções estatisticamente significativas em diversos marcadores de patologia (episódios de *binge eating*, episódios de vômito auto-induzido, insatisfação pessoal, sentimento de ineficácia e consciência interoceptiva). No entanto, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a avaliação prévia ao estudo e aquela que aconteceu em *follow up* relativamente a sintomas depressivos, bem como a outros de psicopatologia geral. Estes achados apontam para a possível eficácia de uma abordagem terapêutica de TCC e hipnoterapia adjuvante na redução dos sintomas específicos de BN, mas, aparentemente, menor eficácia na melhoria de outros sintomas de psicopatologia.

Num outro estudo, Griffiths, Hadzi-Pavlovic e Chanon-Little (1994, 1996) procederam à avaliação dos marcadores de psicopatologia em sessenta e três doentes diagnosticadas com BN, que integraram um de três ramos: grupo de controlo, grupo que recebeu TCC, grupo que recebeu TCC e hipnoterapia adjuvante. O tratamento foi aplicado durante oito semanas, em igual número de horas entre grupos. Avaliaram-se sintomas psicopatológicos de BN e de PCA no geral previamente ao tratamento, imediatamente após o tratamento, num *follow up* a seis meses e num *follow up* a nove meses. Quer imediatamente após o tratamento, quer nos momentos de *follow up*, houve, nos grupos que receberam terapia, comparativamente ao grupo que não recebeu, uma redução estatisticamente significativa dos indicadores de psicopatologia bulímica e de PCA no geral. No entanto, não houve diferenças estatisticamente significativas entre a redução de sintomas que ocorreu nos dois grupos que receberam tratamento. Estes resultados levaram os autores a sugerir que uma abordagem terapêutica com TCC isolada ou uma abordagem de TCC e hipnoterapia adjuvante seriam igualmente aceitáveis no tratamento da BN.

Barga (2005) conduziu um estudo no qual catorze doentes diagnosticados com BN foram divididos em dois ramos: um grupo que recebeu TCC, outro que recebeu TCC e hipnoterapia adjuvante. O tratamento decorreu durante sete a doze semanas, durante as quais os participantes receberam um número igual de horas de terapia. Foram avaliados os mesmos indicadores de BN e psicopatologia de PCA antes do tratamento,

durante o tratamento, imediatamente após o tratamento, e num *follow up* a três meses. Ambos os grupos revelaram uma redução estatisticamente significativa dos indicadores avaliados, sendo que, no grupo que recebeu hipnoterapia adjuvante houve, relativamente ao outro grupo, uma maior redução dos episódios de *binge eating* após o tratamento.

Barabasz (2007) procedeu a uma revisão sistemática da literatura disponível, utilizando apenas estudos cujas metodologias estivessem claramente descritas e pudessem, conseqüentemente, ser comparados e replicados em estudos futuros. Nos dez estudos revistos, a hipnoterapia (maioritariamente como adjuvante, em associação com TCC) mostrou-se um tratamento eficaz para as PCA dos doentes tratados tendo, em alguns deles, revelado resultados superiores à TCC quando usada isoladamente (Barabasz, 2007). O facto de, em alguns estudos, a associação da hipnoterapia à TCC ter mostrado resultados superiores à TCC isoladamente sugere que os processos envolvidos na hipnose possam, efetivamente, ter influência em pelo menos alguns mecanismos de auto-regulação dos padrões alimentares (Hutchinson-Phillips *et al*, 2005).

É fundamental que, para confirmar a hipótese de que a aplicação da hipnose clínica às PCA constitui um tratamento eficaz, sejam feitos mais estudos, os quais sigam uma metodologia adequada e que permita a replicabilidade dos mesmos. Neste sentido é também indispensável ter presente a definição de tratamento eficaz para guiar estes novos estudos e interpretar os resultados. De acordo com Chambless e Holon (1998), uma abordagem terapêutica é eficaz se em dois ou mais estudos a sua aplicação mostra resultados superiores à ausência de tratamento, desde que conduzidos por equipas sem conflitos de interesses, e desde que não existam estudos com resultados que os contradigam. Um tratamento pode também ser considerado eficaz desde que não se prove ser significativamente inferior a um tratamento previamente estabelecido como eficaz - esta parece ser a área mais promissora, uma vez que permite comparar a aplicação de hipnoterapia adjuvante a outra terapia isoladamente. Os estudos de caso único podem também contribuir para definir um tratamento como possivelmente eficaz, caso se prove ser eficaz para pelo menos 3 participantes por uma equipa de investigação. Para posteriormente estabelecer o tratamento como eficaz, é necessário que sejam feitas múltiplas replicações do estudo, com pelo menos 3 participantes e por, pelo menos, duas equipas de investigadores independentes (Chambless e Holon, 1988; Barabasz,

2007), o que requer que os estudos sejam publicados com as devidas instruções de replicabilidade.

Conclusões

De acordo com a literatura revista neste artigo, tendo em conta a possível partilha de mecanismos que existe entre as PCA e a experiência hipnótica, assim como as possibilidades terapêuticas que a hipnose clínica oferece, parece fazer bastante sentido a utilização da hipnoterapia como estratégia terapêutica nas PCA.

Ainda que a hipnoterapia (particularmente enquanto terapêutica adjuvante) pareça, de acordo com o revisto, ser uma vantajosa estratégia terapêutica, são necessários mais estudos, realizados em condições adequadas, que permitam confirmar a eficácia da hipnose clínica no tratamento das PCA.

Agradecimentos

Porque "sozinhos vamos mais rápido, mas juntos chegamos mais longe", gostaria de terminar este Trabalho Final de Mestrado fazendo alguns agradecimentos às pessoas que, de algum modo, contribuíram para esta "chegada" ao ponto que pretendia.

Gostaria de começar por agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor Mário Simões, que me abriu as portas do vasto mundo da apaixonante hipnoterapia, e que prontamente se disponibilizou para me orientar e para me ajudar a saber e a querer saber mais. Tenho noção de que ainda sei muito pouco, mas quero saber muito mais. Agradeço-lhe ainda toda a prontidão e simpatia com que sempre me auxiliou e me tratou.

Agradeço, como não poderia deixar de ser, àqueles que são parte de mim e que moldam quem fui, quem sou hoje e quem quero ser amanhã, e cuja importância está, para mim, acima de todas as coisas - a minha família e o meu namorado.

E, finalmente, agradeço a Deus a vida que me deu, e as possibilidades que tenho tido de errar e corrigir, de querer e conseguir, de crescer e aprender e de, no fundo, construir a minha felicidade e o meu caminho.

Bibliografia

- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T., Kraemer, H. C. (2000). *A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa*. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459–466.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Barabasz, M. (2007). *Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Eating Disorders*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55:3, 318-335.
- Barga, J. (2005). *Effects of hypnosis as an adjunct to Cognitive-Behavioral therapy for treating Bulimia Nervosa*. Doctoral dissertation. Washington State University, Pullman.
- Berg, K.C., Crosby, R.D., Cao, L., Peterson, C.B., Engel, S.G., Mitchell, J.E., *et al.* (2013). *Facets of negative affect prior to and following binge-only, purge-only, and binge/purge events in bulimia nervosa*. *Journal of Abnormal Psychology*, 122: 111–118.
- Bouça, D.. *Doenças do Comportamento Alimentar*. In Figueira, M. L., Sampaio, D., Afonso, P. (2014) *Manual de Psiquiatria Clínica*. 14, 241-259. Editora LIDEL, Lisboa.
- Cabral, A., Marto, J.M. (2013). *Exploração hipnótica do inconsciente: Curando as feridas emocionais*. In Marto, J.M., Simões, M.P. (2013). *Hipnose Clínica - teoria, pesquisa e prática*. Editora LIDEL. Lisboa.
- Chambless, D.L., Hollon, S. B. (1998). *Defining empirically supported therapies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 7–18.
- Channon, S., de Silva, P., Hemsley, D., Perkins, R. (1989). *A controlled trial of cognitivebehavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa*. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 529–535.
- Coman, G., Evans, B. (1995). *Clinical update on eating disorders and obesity: implications for treatment with hypnosis*. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23.1, 1-13.
- Covino, N.A., Jimerson, D.C., Wolfe, B.E., Franko, D.C., Frankel, F.H. (1994). *Hypnotizability, dissociation, and bulimia nervosa*. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 455–459.
- Demitrack M.A., Putnam F.W., Brewerton T.D., Brandt H.A., Gold P.W. (1990). *Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders*. *American Journal of Psychiatry*;147:1184-8.

Elkins, G.R., Barabasz, A.F., Council, J.R., Spiegel, D. (2015). *Advancing research and practice: The revised APA Division 30 Definition of hypnosis*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 63, 1-9.

Everill, J., Waller, G., Macdonald W. (1995) *Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women*. International Journal of Eating Disorders;17:127-34.

Fairburn, C.G., Marcus, M.D., Wilson, G.T. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual*. In Fairburn, C.G., Wilson, G.T. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361–404). New York, NY: Guilford Press.

Fairburn, C.G., Shafran, R., Cooper, Z. (1999). *A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa*. Behaviour Research and Therapy, 37, 1–13.

Griffiths, R. A. (1995). *Two-year follow-up findings of hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa*. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 23 (2), 135–144.

Griffiths, R. A., Hadzi-Pavlovic, D., & Channon-Little, L. (1994). *A controlled evaluation of hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa: Immediate pre-post treatment effects*. European Eating Disorders Review, 2, 202–220.

Griffiths, R. A., Hadzi-Pavlovic, D., & Channon-Little, L. (1996). *The short-term followup effects of hypnobehavioural and cognitive behavioural treatment for bulimia nervosa*. European Eating Disorders Review, 4, 12–31.

Halmi, K. A., Agras, W.S., Mitchell, J., Wilson, G.T., Crow, S., Bryson, S.W., et al. (2002). *Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy*. Archives of General Psychiatry, 59, 1105–1109.

Hawkins R.C., Clement P.F. (1994). *Binge eating: measurement problems and a conceptual model*. In: Hawkins R.C., Fremouw W.J., Clement P.F., editors. *The binge-purge syndrome: diagnosis, treatment, and research*. New York: Springer; p. 229-51.

Hay, P.J., Touyz, S., Sud, H. (2012). *Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: A review*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 46, 1136–1144.

Heatherton, T.F., Baumeister, R.F. (1991). *Binge eating as escape from selfawareness*. Psychol Bull;110:86-108.

Hilgard, E.R. (1973). *The Neodissociation Interpretation of Pain Reduction in Hypnosis*. Psychological Review. 80: 396-411.

- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Kessler, R.C. (2007). *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.
- Hutchinson-Phillips, S., Gow, K., Jamieson, G.A. (2007). *Hypnotizability, Eating Behaviors, Attitudes, and Concerns: A Literature Survey*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55:1, 84-113.
- Hutchinson-Phillips, S., Jamieson, G., Gow, C. (2005). *Differing Roles of Imagination and Hypnosis in Self-Regulation of Eating Behaviour*. *Contemporary Hypnosis*. 22(4): 171-183.
- Jamieson, G.A. (2005). *The modified Tellegen Absorption Scale: A clearer window on the structure and meaning of absorption*. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 33, 119–139.
- Kihlstrom, J.F., Evans, F.J. (1979). *Memory Retrieval Process during Posthypnotic Amnesia*. In Kihlstrom, J.F., Evans, F.J., *Functional Disorders of Memory*. Hillsdale New Jersey. L. Erlbaum.
- Kranhold, C., Baumann, U., Fichter, M. (1991). *Hypnotizability in Bulimic Patients and Controls*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 242, 72-76.
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., Lucarelli, S. (2010). *Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes*. *Comprehensive Psychiatry*. 51, 393-400.
- Mantle, F. (2003). *Eating disorders: the role of hypnosis*. *Paediatric Nursing*. 15:7, 42-45.
- Marto, J.M. (2013). *Hipnose: Um recurso terapêutico de profunda exigência*. In Marto, J.M., Simões, M.P. (2013). *Hipnose Clínica - teoria, pesquisa e prática*. Editora LIDEL. Lisboa.
- Marto, J.M., Simões, M.P. (2013). *Hipnose Clínica - teoria, pesquisa e prática*. Editora LIDEL. Lisboa.
- McManus, F., Waller, G. (1995). *A functional analysis of binge-eating*. *Clinical Psychology Review*. 15:845-63.
- Oakley, D.A. (2008). *Hypnosis, trance and suggestion: evidence from neuroimaging*. In Nash, M.R., Barnier, A.J. (2008). *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice*. New York: Oxford University Press. 365-392.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S.I.F., Folke, S., Mathiesen, B.B., Katznelson, H. (2014). *A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitivebehavioral therapy for bulimia nervosa*. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109–116.

Raz, A., Shapiro, T. (2002). *Hypnosis and Neuroscience - a cross walk between clinical and cognitive research*. Archives of General Psychiatry. 59, 85-90.

Schmidt, U., Treasure, J. (2006). *Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitiveinterpersonal maintenance model and its implications for research and practice*. British Journal of Clinical Psychology, 45, 343–366.

Schoenberger, N.E. (2000). *Research on hypnosis as an adjunct to cognitivebehavioral psychotherapy*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48, 154–169.

Simões, M. (2010). *Indicações atuais da Hipnose Clínica*. Newsletter da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 16 (agosto/setembro).

Simões, M.P. (2002). *Altered States of Consciousness and Psychotherapy - A cross cultural perspective*. The International Journal of Transpersonal Studies. 21, 145-152.

Simões, M.P. (2008). *Para o cérebro, pensar e imaginar é o mesmo que fazer*. Ler Saúde. 11, 42-55.

Simões, M.P., Monteiro, J. (2013). *Aspetos psiconeurofisiológicos da hipnose em situação clínica*. In Marto, J.M., Simões, M.P. (2013). *Hipnose Clínica - teoria, pesquisa e prática*. Editora LIDEL. Lisboa.

Spiegel, H., Spiegel, D. (2004). *Trance and Treatment. Clinical Uses of Hypnosis*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Tiggemann, M. (2000). *Dieting and cognitive style: The role of current and past dieting behaviour and cognitions*. Journal of Health Psychology, 5, 17–24.

Torem, M. (1986). *Dissociative states presenting as an eating disorder*. American Journal of Clinical Hypnosis. 29:137-42.

Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (1988). *The use of hypnotherapy in the treatment of eating disorders*. International Journal of Eating Disorders, 7, 673–679.

Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., et al. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Cambridge: Cambridge University Press.

Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R., Patient, E. (2014). *Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa: Effectiveness in clinical settings*. International Journal of Eating Disorders, 47, 13–17.

Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., Rouse, H. (2001). *The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders*. British Journal of Clinical Psychology. 40, 387-397.

Wegner, D.M., Vallacher, R.R. (1986). *Action identification*. In: Sorrentino RM, Higgins ET, editors. *Handbook of cognition and motivation*. New York: Guilford Press. p. 550-82.

Zipfel, S., Wild, B., Grob, G., Friederich, H., Teufel, M., Schellberg, D., *et al.* (2014). *Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised control trial*. *The Lancet*, 383, 127–137.