



# Psicopatologias e hipnose



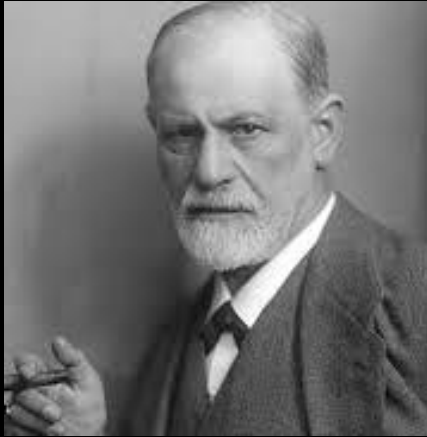
Mello, P – Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano – GEPECI  
Centro de Estudos em Medicina Comportamental – CEMCO/Unifesp

## Organização deste módulo por slides:

- 1- Apresentação do GEPECH: 1 ao 25 = 25
- 2- Bibliografia: 26 à 29 = 4
- 3- Referencial histórico religioso: 30 e 31 = 2
- 4- Espectro esquizofrênico: 33 à 50 = 17
  
- 5- THMDepressivo: 51 à 63 = 12
- 6- Transt de Ansiedade: 64 à 79 = 15
- 7- Hipnose: 80 à 109 = 29
  
- 8- Extras: 109 à 132 = 23

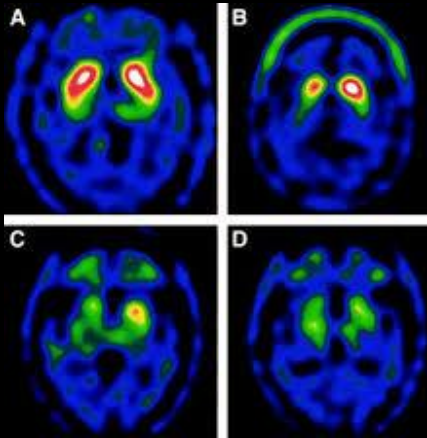
**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano



# GEPECH

## Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano



GEPECH

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

**GEPECH**  
**GRUPO DE ESTUDOS E**  
**PESQUISA EM**  
**COMPORTAMENTO HUMANO**

Quando e onde  
começaram as  
reuniões do  
**GEPECH?**



**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

# GEPECH

## GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

O GEPECH teve seu início no Centro de Estudos em Medicina Comportamental, setor esse do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP, há 14 anos atrás.

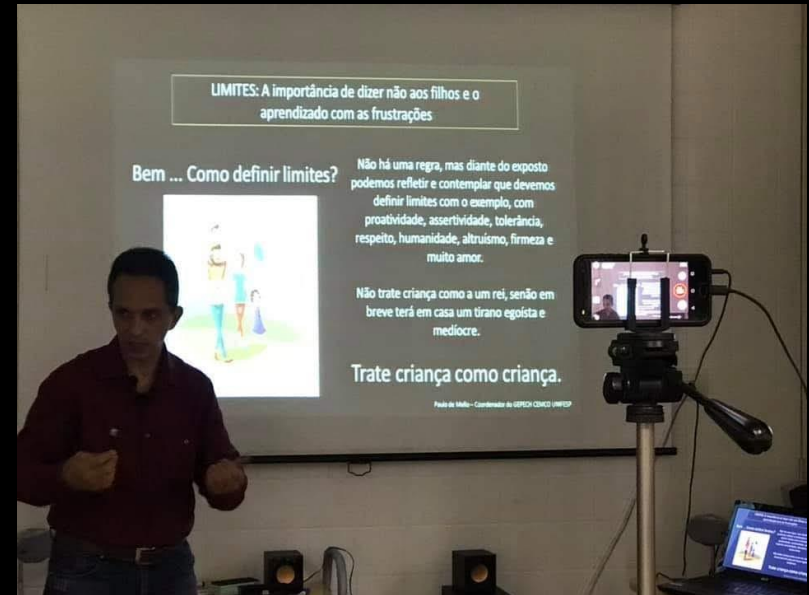


**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

**GEPECH**  
**GRUPO DE ESTUDOS E**  
**PESQUISA EM**  
**COMPORTAMENTO HUMANO**

Onde se desenvolvem  
nossas reuniões,  
colóquios, cursos e  
pesquisas?



**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

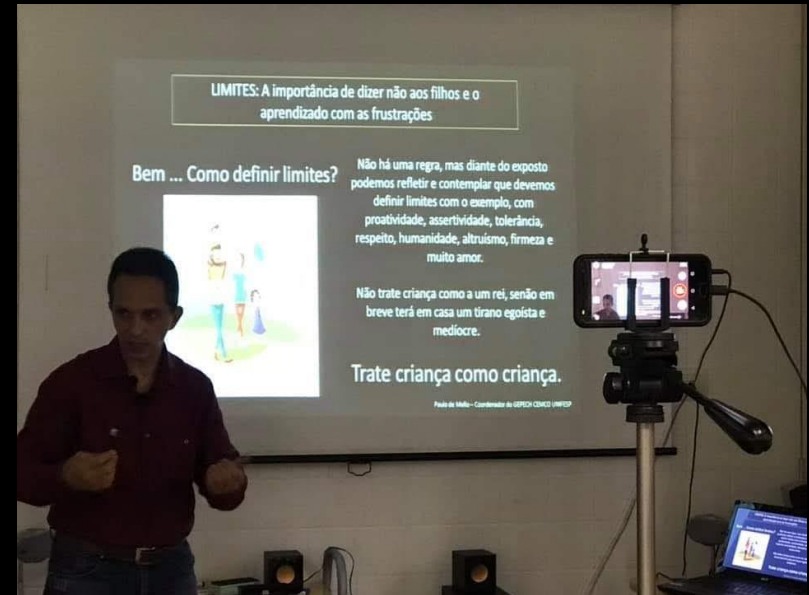
# GEPECH

## GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

Atualmente nossas reuniões, aulas, cursos e palestras se dividem entre o CEMCO/UNIFESP e a Escola de Psicanálise de São Paulo (EPSP). As pesquisas envolvendo tecnologia se desenvolvem no ABC paulista.

O GEPECH foi idealizado e vem sendo coordenado, desde então, pelo médico neurologista clínico, psicanalista neo-kleiniano e professor de neurofisiologia humana e eletrofisiologia clínica, Paulo de Mello.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8710155102504775>

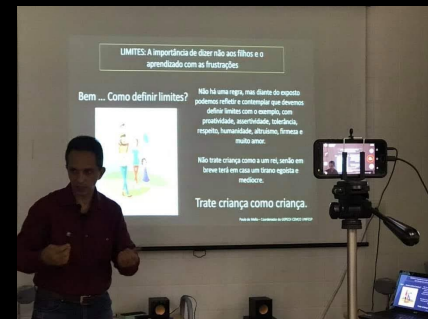


# GEPECH

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

- **Dr. Paulo de Mello**

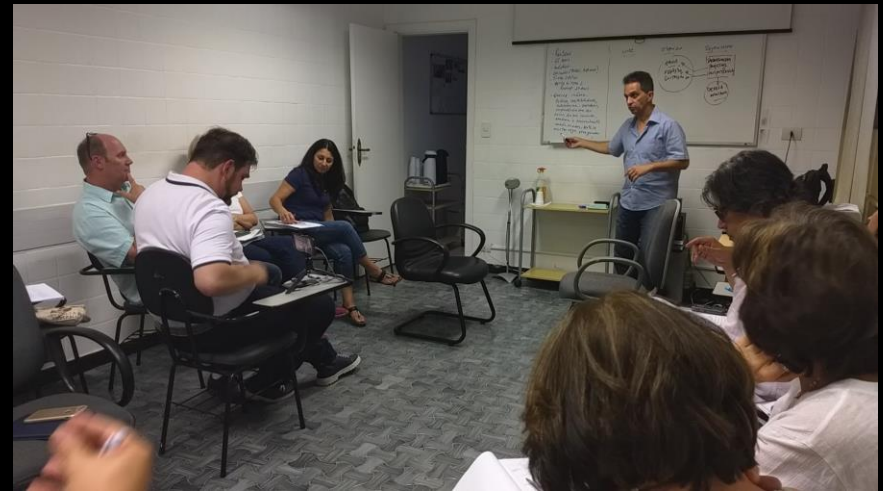
- Médico Neurologista Clínico pela EPM/UNIFESP
- Psicoterapeuta Psicodinâmico Neo-kleiniano (UMESP)
- Mestre em Psicologia da Saúde (UMESP)
- Doutorando em Psicologia Clínica (UCES, Buenos Aires, Argentina)
- Especialista em Medicina Comportamental e Terapia Cognitivo Comportamental CEMCO/UNIFESP
- Eletrofisiologista clínico treinado pelo Dr. Ricardo Ferreira (AACD)
- Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano – CEMCO/UNIFESP
- Especialista em Hipniatria (HSPM/SP)
- Curso avançado em Hipnose pela *The American Society of Clinical Hypnosis* – USA.
- Membro da *The American Society of Clinical Hypnosis* - USA.
- Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8710155102504775>





**GEPECH**  
**GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA**  
**EM COMPORTAMENTO HUMANO**

Quais são as áreas  
de estudo do  
GEPECH?



**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

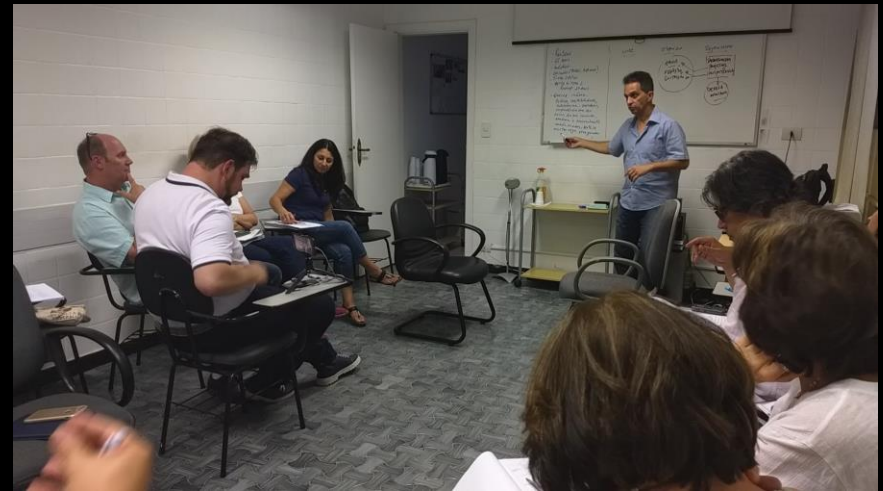
# GEPECH

## GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

Os trabalhos do GEPECH foram expandindo com foco e estudos para as áreas da neurociência e psicanálise.

Com o tempo, entretanto, fomos incorporando novas áreas.

Hoje, além das áreas da neurociência e da psicanálise, o GEPECH conta também com as áreas de filosofia, psicoterapia corporal, estados de consciência e de metodologia de pesquisa.

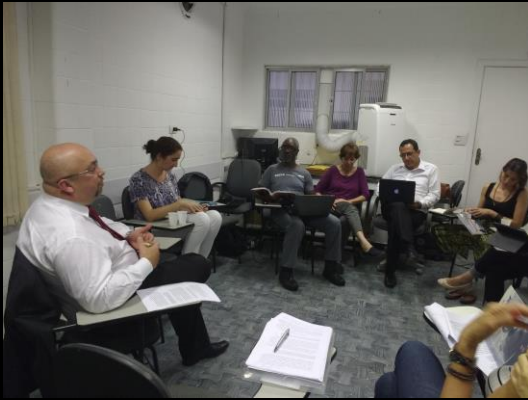


**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

GEPECH

Como o  
GEPECH  
está  
estruturado?



**GEPECH**

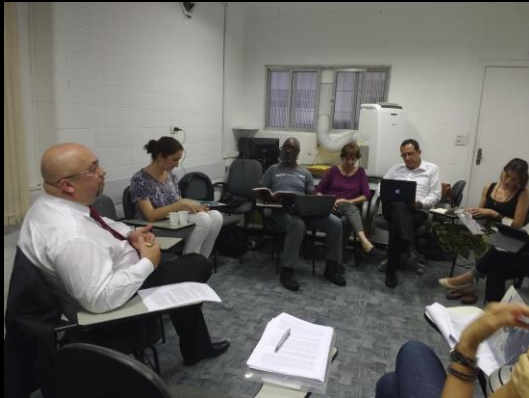
Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

Mello, P – Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano – GEPECH  
Centro de Estudos em Medicina Comportamental – CEMCO/Unifesp

# GEPECH GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

Cada área tem um coordenador, alguém com muito conhecimento e vasta experiência na sua área.

Além dos coordenadores, o GEPECH conta no momento, com 10 assistentes de pesquisa.



**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

# GEPECH

## GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO



Coordenador do GEPECH: Dr Paulo de Mello

Coordenadora da área de Neurociência: Dra Edna Bertini

Coordenadora da área de Psicanálise: Débora J. Damasceno

Coordenador da área de Filosofia: Lázaro Freire

Coordenadora da área de Psicoterapia Corporal: Ana Maria Grimaldi

Coordenador da área de Estados de Consciência: Celso Nogueira

Coordenadora da área de Metodologia de Estudo, Pesq e Public: Tássia Borges

# GEPECH

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano



# GEPECH

O GEPECH conta com que tipo de tecnologia para o desenvolvimento de suas pesquisas?

**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano



## GEPECH GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

Contamos com um equipamento de **estimulação magnética transcraniana** para o desenvolvimento de nossas pesquisas no que concerne a neuromodulação de circuitos cerebrais.

**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

# GEPECH

## GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

Com o equipamento de rTMS podemos modular atividade neural elevando ou reduzindo a atividade bioelétrica e o metabolismo de áreas do cérebro e de circuitos neurais, objetivando o desenvolvimento de pesquisas, sobretudo para a área de Estados de Consciência (hipnose e meditação), mas também em outras áreas.



**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

Mello, P – Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano – GEPECH  
Centro de Estudos em Medicina Comportamental – CEMCO/Unifesp



**GEPECH**  
**GRUPO DE ESTUDOS E**  
**PESQUISA EM**  
**COMPORTAMENTO**  
**HUMANO**

Quem são nossos  
parceiros de  
pesquisa?



**Equipe do IBAR:**  
**Gino Ferri, Aquiles, Mary Jane,**  
**Maria de Melo e Maria Beatriz**



**Dr. Carlos A Monson**  
**GEPSOS UNIFESP**



**Débora J**  
**Damasceno**  
**EPSP**

**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

# GEPECH GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

Também contamos com um acordo de pesquisa com a EPSP (Escola de Psicanálise de SP), com o GEPSOS (Depto de Dermatologia da UNIFESP) e com o IBAR (Instituto Brasileiro de Análise Reichiana). Temos com esses parceiros, alguns artigos publicados no Brasil e no exterior.



**Equipe do IBAR:**  
**Gino Ferri, Aquiles, Mary Jane,  
Maria de Melo e Maria Beatriz**



**Dr. Carlos A Monson**  
**GEPSOS UNIFESP**



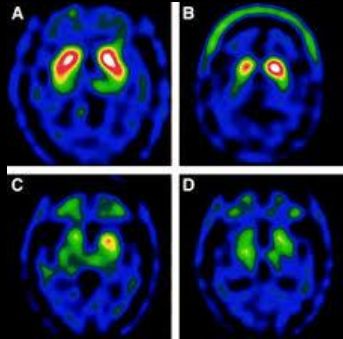
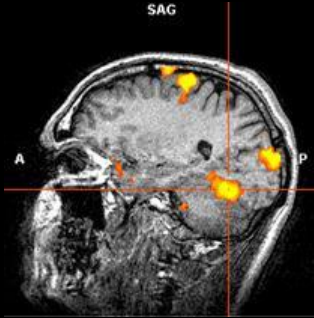
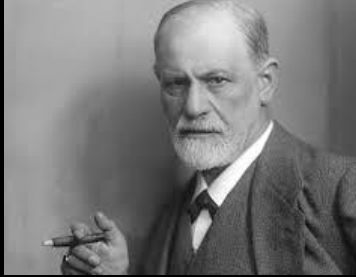
**Débora J  
Damasceno**  
**EPSP**

**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

# GEPECH

## GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO



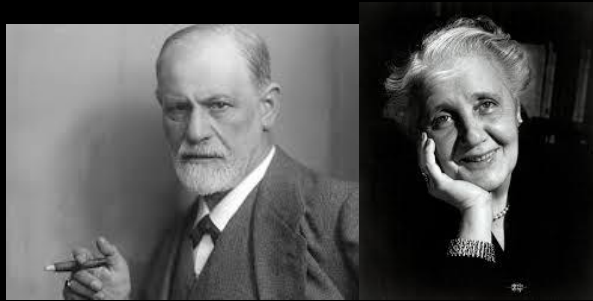
# Qual é a nossa linha de pesquisa?

**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

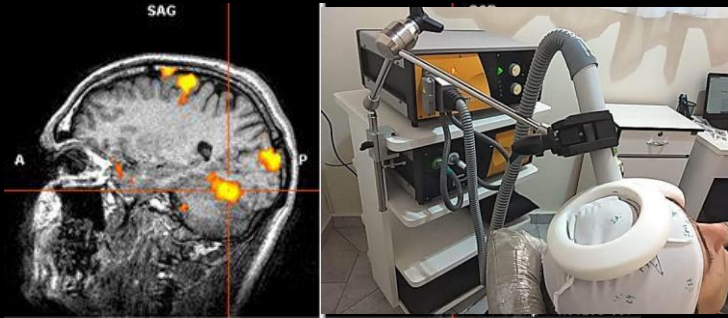
# GEPECH

## GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

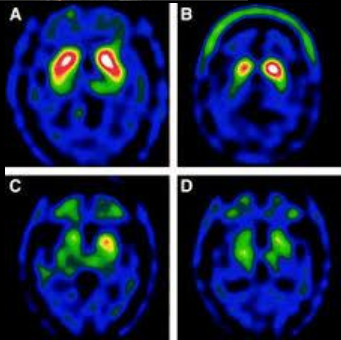


Nosso foco sempre foi e continua sendo o

**“desenvolvimento de um diálogo entre neurociência e psicanálise por meio de estudos transdisciplinares”.**



Outros objetivos secundários já incluiu e ainda inclui estudos sobre consciência, violência e senescência entre outros.

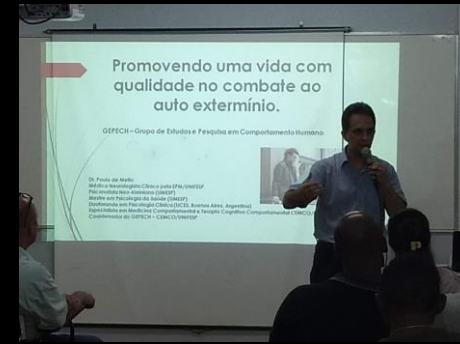


**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

# GEPECH

# Projetos sociais



## GEPECH

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

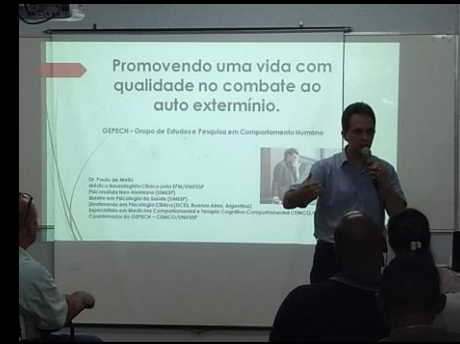
Mello, P – Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano – GEPECH  
Centro de Estudos em Medicina Comportamental – CEMCO/Unifesp

# GEPECH GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

Em 2019 seguimos com um projeto de apoio social **totalmente voluntário** que muito nos tem dado orgulho.

Passamos a ministrar palestras e encontros em universidades, escolas, igrejas, clínicas psiquiátricas, na Associação Paulista de Medicina (APM), no Centro de Valorização da Vida (CVV fone 188), e onde mais formos chamados para promover qualidade de vida com o objetivo de combater o auto-extermínio.

Se você deseja se juntar a nós nesse trabalho, é só nos avisar!



## GEPECH

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

Mello, P – Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano – GEPECH  
Centro de Estudos em Medicina Comportamental – CEMCO/Unifesp

# GEPECH

## GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO



Essa decisão foi tomada por um forte desejo do grupo de contribuir com a promoção de uma vida com qualidade utilizando-se para isso de nossa experiência como um grupo de estudos e pesquisa que há mais de uma década se dedica a entender melhor o comportamento humano, suas relações, paixões, ideações, medos e desejos.

---

**GEPECH**

---

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano



Susana Sneiderman, Luiz  
Stoppiello, Magda Pearson e  
Paulo de Mello  
UCES, Buenos Aires,  
Argentina  
Janeiro/2020

GEPECH

# FUTUROS PARCEIROS

GEPECH

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano





Susana Sneiderman, Luiz  
Stoppiello, Magda Pearson e  
Paulo de Mello  
UCES, Buenos Aires,  
Argentina  
Janeiro/2020

## GEPECH GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM COMPORTAMENTO HUMANO

Neste ano de 2020, iniciei um doutorado na Argentina em Psicologia Clínica para me aproximar e aproximar o GEPECH da escuta neo-kleiniana da forte psicanálise Argentina e podermos num futuro próximo desenvolver trabalhos, artigos e encontros em conjunto, GEPECH e UCES (Argentina, B Aires).

**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

**GEPECH**  
**GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM**  
**COMPORTAMENTO HUMANO**

Site:

[www.gepech.com.br](http://www.gepech.com.br)

Instagram:

[gepech\\_comportamento\\_humano](https://www.instagram.com/gepech_comportamento_humano)

YouTube:

[GEPECH Comportamento Humano](https://www.youtube.com/GEPECH%20Comportamento%20Humano)

Dr. Paulo de Mello – Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano (GEPECH).  
Neurociência dialogando com Psicanálise

---

**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano



# Psicopatologias e hipnose

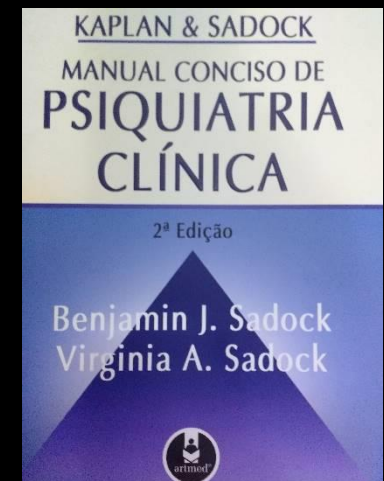
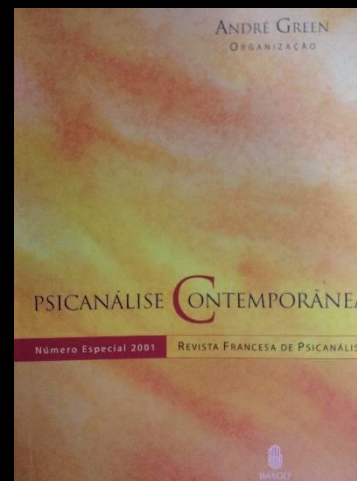
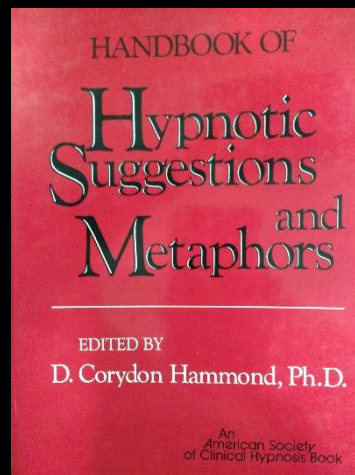
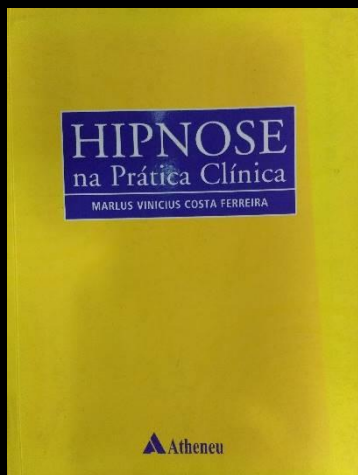
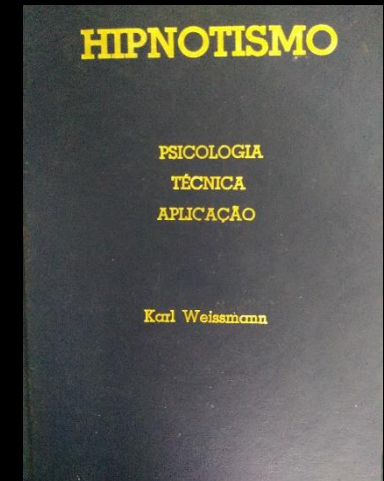
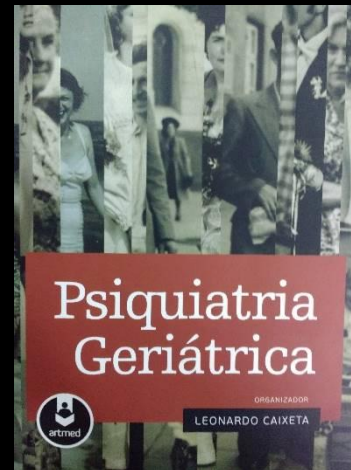
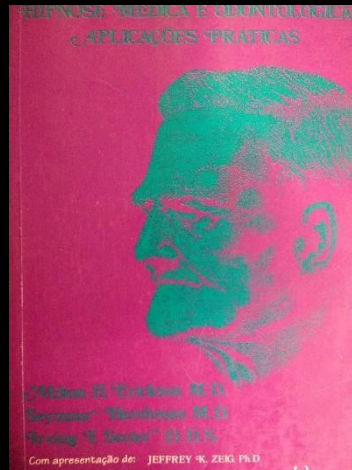
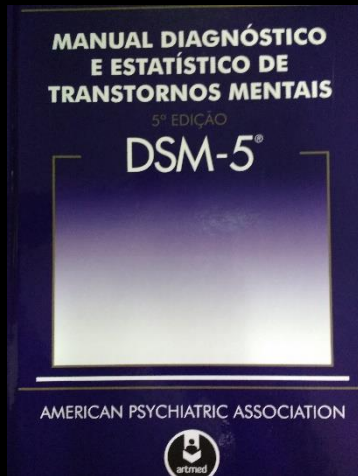


Mello, P – Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano – GEPEC  
Centro de Estudos em Medicina Comportamental – CEMCO/Unifesp

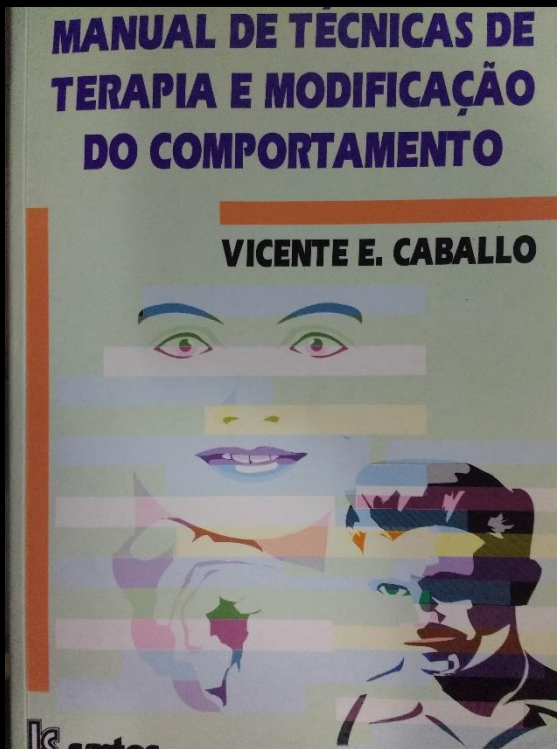
**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

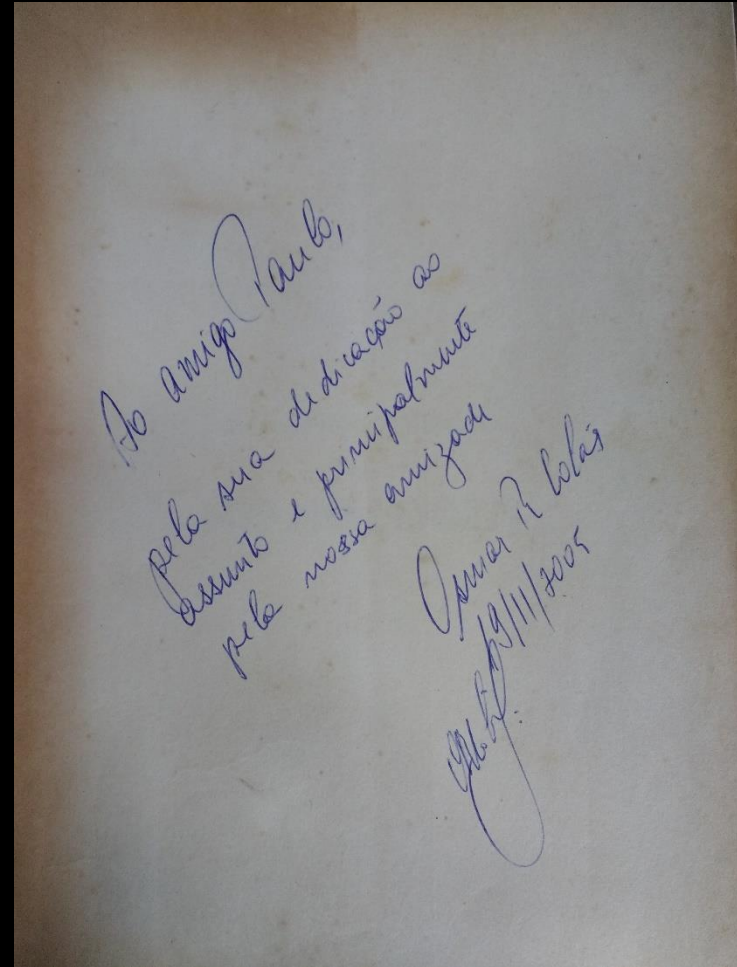
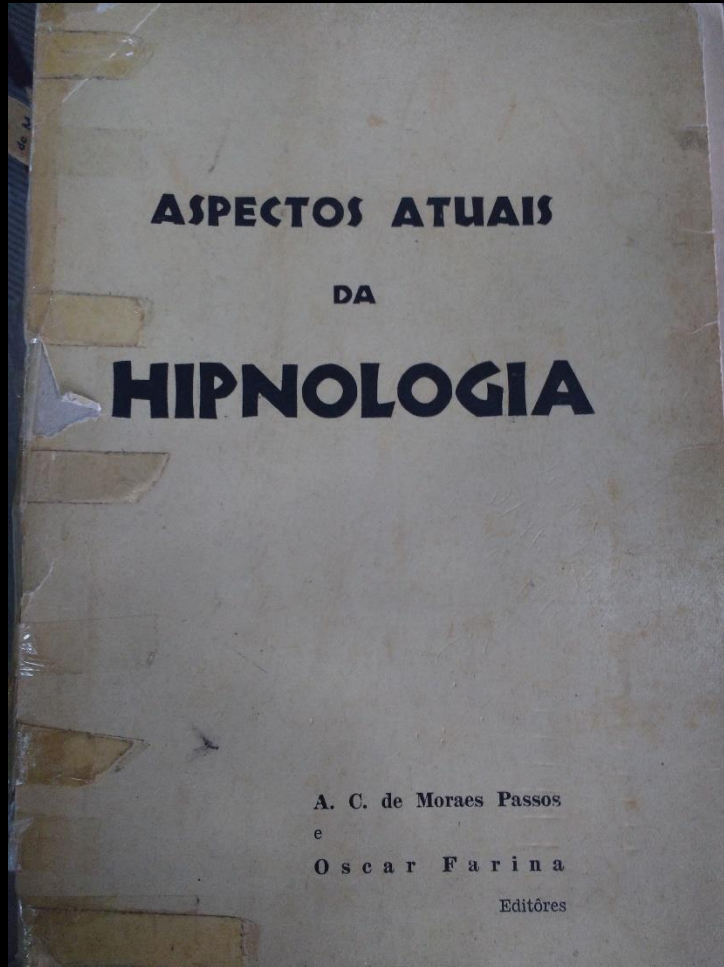
# BIBLIOGRAFIA SUGERIDA



# BIBLIOGRAFIA SUGERIDA



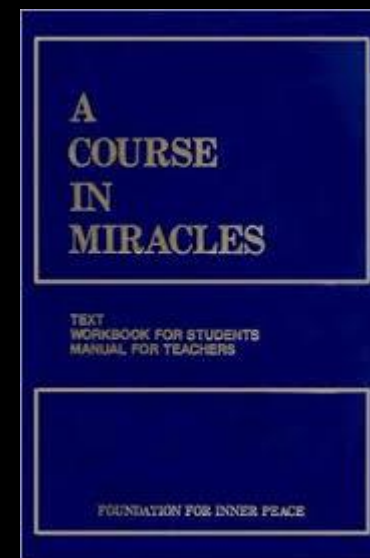
# BIBLIOGRAFIA



# A COURSE IN MIRACLES

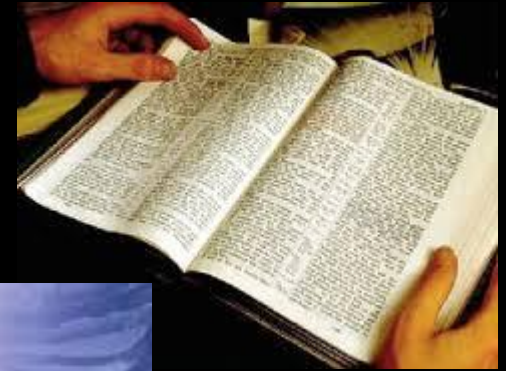
“A percepção seleciona e faz o mundo que vê. Ela literalmente escolhe segundo a direção da mente ... Nem todos os gritos ásperos e acessos de raiva absurdos do ego conseguem abafar a suave e quieta Voz por Deus para aqueles que querem ouvi-La ... Pois da voz que escolhes ouvir e do que escolhes ver depende inteiramente tudo o que acreditas que és. A percepção é uma testemunha apenas disso e nunca da realidade ... A realidade não necessita da tua cooperação para ser o que é ... Escuta o que o ego diz e vê o que ele te dirige para ver e é certo que verás a ti mesmo de forma diminuta, vulnerável e cheio de medo. Experimentarás depressão, um senso de indignidade e sentimentos de impermanência e irrealidade. Acreditarás que és uma vítima desamparada de forças que estão muito além do teu próprio controle e que são muito mais poderosas que tu.”

(A Course in Miracles – Foundation for Inner Peace, autor desconhecido, pág 486, 1996)



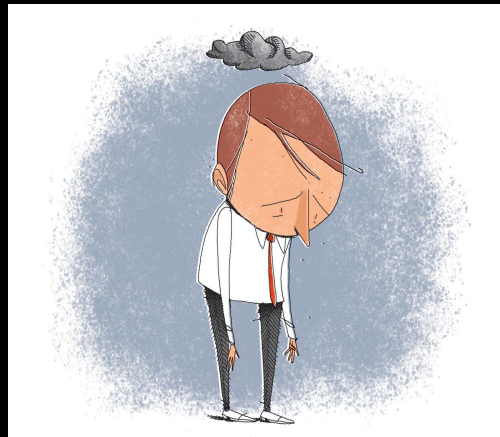
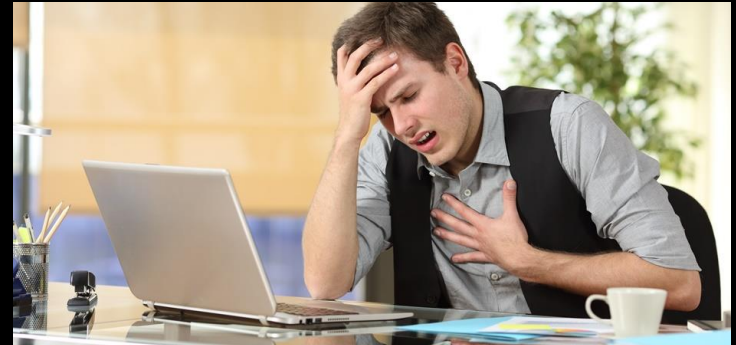
# BÍBLIA

- Marcos cáp14; versículo 32-36.





# PSICOSE, ANSIEDADE e DEPRESSÃO

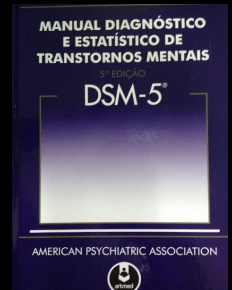


# Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos



# Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, DSM-5.

Inclui esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (de personalidade) esquizotípica.



São definidos por anormalidades em um ou mais dos 5 domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

*(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, DSM-5 – Artmed - 2014).*

# Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, DSM-5.

**Delírios:** são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes e cultura vigente.

Os delírios podem ser: persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza, erotomaníacos (de que alguém está apaixonado pelo paciente), niilistas (catastróficos), de retirada ou inserção de pensamentos, de controle externo etc.

*(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, DSM-5 – Artmed - 2014).*

# Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, DSM-5.

**Alucinações:** são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. As alucinações auditivas são as mais comuns.

Excluí-se aquelas que ocorrem ao acordar (hipnagógicas) e ao adormecer (hipnopômicas). Também excluí-se experiências de carácter religioso.

*(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, DSM-5 – Artmed - 2014).*

# Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, DSM-5.

**Desorganização do Pensamento (Discurso):** também denominado de desorganização de pensamento formal, é inferido a partir do discurso do paciente. Observa-se descarrilhamento ou afrouxamento das associações. AS perguntas e respostas pode não ter qualquer relação entre si o que é denominado de tangencialidade de discurso. Algumas vezes o discurso é muito desorganizado e até incompreensível (discurso incoerente ou “salada de palavras”).

*(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, DSM-5 – Artmed - 2014).*

# Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, DSM-5.

**Comportamento motor grosseiramente desorganizado:**  
catatonia, comportamento tolo ou pueril, agitação  
imprevisível, mutismo ou estupor.

Excluí-se quando presente em outras patologias como  
THM Depressivo (catatonia), condições médicas outras  
como Doença de Parkinson ou TH Bipolar (agitação  
imprevisível).

*(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, DSM-5 – Artmed - 2014).*

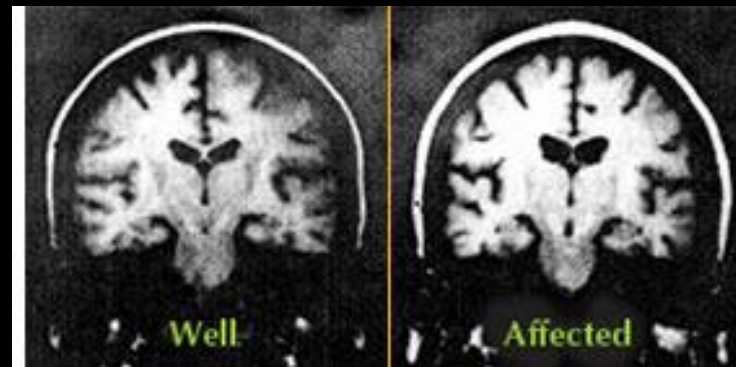
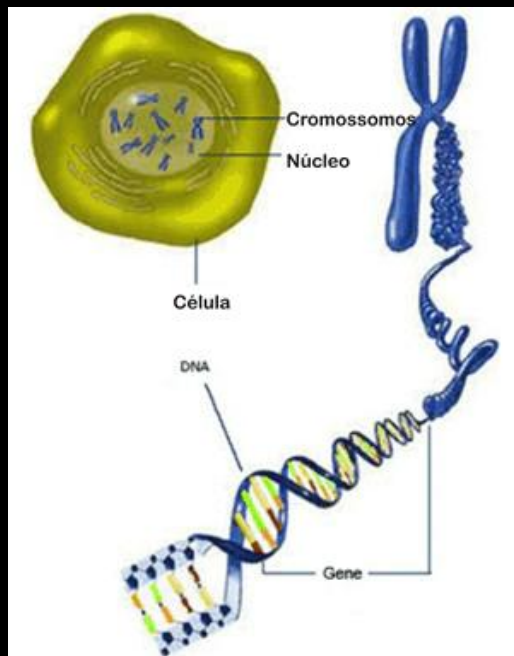
# Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, DSM-5.

**Sintomas negativos:** expressão emocional reduzida; avolia (redução em atividades motivadas, autoiniciadas e com uma finalidade); alogia (redução na produção do discurso); anedonia; e falta de sociabilidade.

*(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, DSM-5 – Artmed - 2014).*



# As origens do Espectro Esquizofrênico



# As origens do Espectro Esquizofrênico

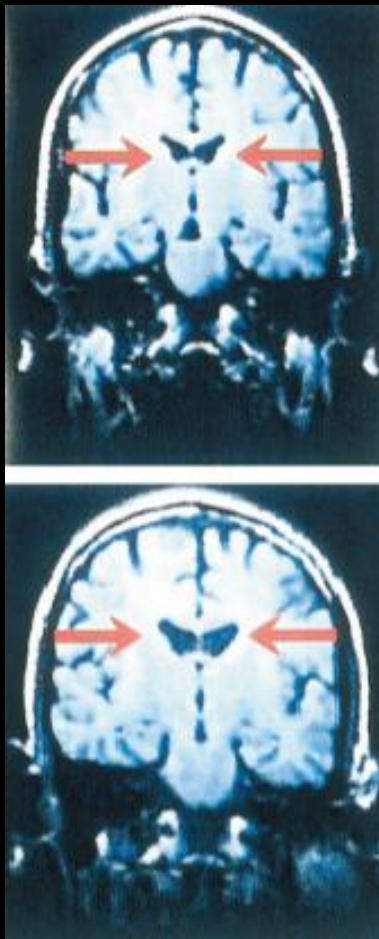


Fig: corte frontal por Rnmg do encéfalo de 2 irmãos, gêmeos. Acima, saudável. Abaixo, o irmão com esquizofrenia. Observe o alargamento dos ventrículos. Achados semelhantes são observados em pacientes com THMBipolar.

# As origens do Espectro Esquizofrênico

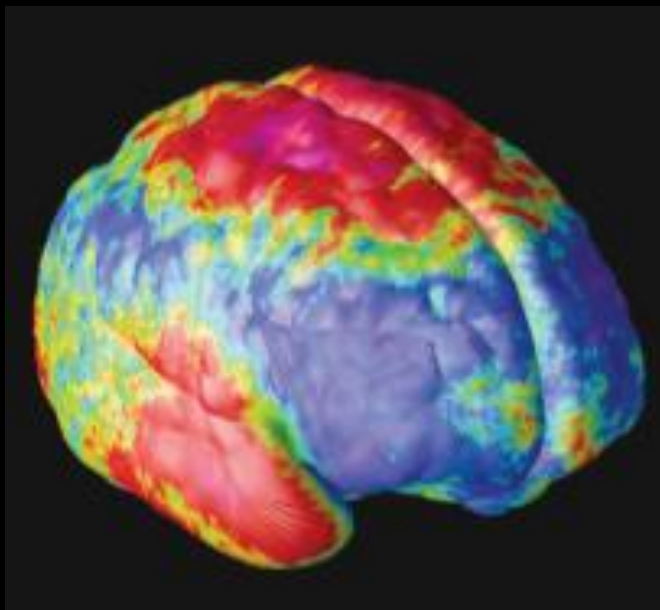


Fig: Os encéfalos de 12 pacientes com esquizofrenia de início precoce foram repetidamente submetidos a exames com técnicas de imagens ao longo de 5 anos, entre as idades de 13 e 18 anos. Esta imagem mostra a média de mudanças anuais na espessura da substância cinzenta cortical, com o vermelho indicando regiões de maior perda e o azul indicando ausência de alteração. Uma perda grave (até 5% por ano) é observada nos córtices parietal, motor e temporal anterior.

(Thompson et al., 2001)



Dr. Daniel R. Weinberger, diretor e CEO do *Lieber Institute for Brain Development*, e professor de neurologia, psiquiatria e neurociência na *Johns Hopkins University School of Medicine* em Baltimore (EUA) – artigo publicado em 2018

## Esquizofrenia relaciona-se com o gene loci *PRS1* placentário + evento traumático no início da vida

Na amostra da descoberta, os resultados demonstraram uma interação entre o *PRS1* e as complicações no início da vida nos pacientes com esquizofrenia. O risco, ou “tendência”, de esquizofrenia explicada pelo *PRS1* foi mais de cinco vezes maior nas pessoas com complicações no início da vida em comparação às pessoas sem essas complicações. Sendo assim, se a placenta desta mãe não “funciona” bem, há um risco maior do feto desenvolver, mais tarde, esquizofrenia.



Dr. Daniel R. Weinberger, diretor e CEO do *Lieber Institute for Brain Development*, e professor de neurologia, psiquiatria e neurociência na *Johns Hopkins University School of Medicine* em Baltimore (EUA) – artigo publicado em 2018

## Esquizofrenia relaciona-se com o gene loci PRS1 placentário + evento traumático no início da vida

Os eventos mais comuns estressantes ao feto e relacionados com maior expressão do loci PRS1 são: hipóxia, a pré-eclâmpsia, a restrição de crescimento intrauterino, a placenta prévia, a apresentação pélvica e o parto prematuro.

O artigo ressalta que o mais importante não é a quantidade de eventos traumáticos, mas a intensidade do evento.

# Esquizofrenia e Hipnose

1 Estudo de Metanálise que vale a pena ser citado:

.... mas, o que é uma metanálise?

# Pirâmide de Evidências (SBEvid)



# Pirâmide de Evidências (SBEvid)



Izquierdo de Santiago A, Khan M.  
**Hypnosis for schizophrenia**  
(Cochrane Review).  
In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007.



# **HYPNOSIS FOR SCHIZOPHRENIA**

**Izquierdo de Santiago A, Khan M**

## **Background**

Many people with schizophrenia continue to experience symptoms despite the use of conventional treatments. Alternative therapies such as hypnosis, in conjunction with conventional treatments, may prove beneficial to them.

## **Objective**

To investigate the use of hypnosis for people with schizophrenia or schizophrenia-like illnesses compared to standard care and other interventions.

*Izquierdo de Santiago A, Khan M. Hypnosis for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007.*

# **HYPNOSIS FOR SCHIZOPHRENIA**

## **Izquierdo de Santiago A, Khan M**

### **Selection criteria**

All randomised or double blind controlled trials that compared hypnosis with other treatments or standard care for people with schizophrenia.

### **Reviewers' conclusions**

The studies in this field are few, small, poorly reported and outdated. Hypnosis could be helpful for people with schizophrenia but to ascertain this requires better designed, conducted and reported randomised studies.

*Izquierdo de Santiago A, Khan M. Hypnosis for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007.*

# **HYPNOSIS FOR SCHIZOPHRENIA**

## **Izquierdo de Santiago A, Khan M**

### **Reviewers' conclusions**

Apesar da referência a necessidade de se desenvolver pesquisas mais consistentes e bem desenhadas, os autores concordam que a hipnose pode sim ser usada em pacientes psicóticos que estão medicados com o objetivo de se reduzir sintomas residuais, tal qual a alucinação auditiva.

*Izquierdo de Santiago A, Khan M. Hypnosis for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007.*

# Transtornos Depressivos

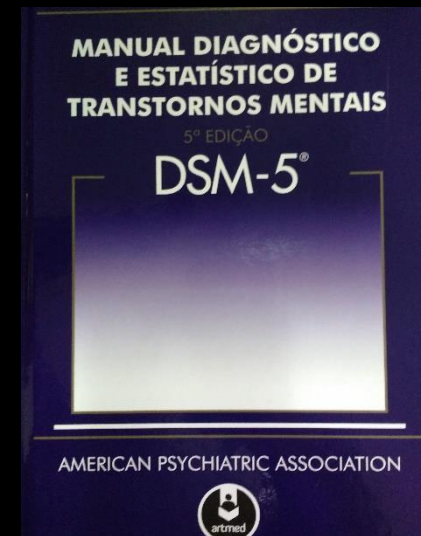


# Transtornos Depressivos, DSM-5

Os transtornos depressivos incluem o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

*(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, DSM-5 – Artmed - 2014).*



# Epidemiologia do Transtorno de humor monopolar depressivo (THMD)



- Incidência de 10 à 15%.
- Duas vezes mais frequentes no gênero feminino.
- 50% dos casos tem seu início em indivíduos entre 20 e 50 anos de idade.
- Mais frequentes em indivíduos sem relacionamentos interpessoais íntimos, divorciados ou separados.
- Não há diferenças estatísticas entre indivíduos de diferentes condições econômicas e raças, mas indivíduos que vivem em zona rural tendem a ter mais depressão que os residentes em áreas urbanas.
- 60 a 70% dos indivíduos que tentam suicídio sofrem de depressão.
- São necessários 5 de 9 itens em 2 semanas para o diagnóstico de um THMD pelo DSM-V.

**GEPECH**

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

*(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008; Sistema de informação sobre mortalidade 2017).*

# ALGUNS DADOS FUNDAMENTAIS SOBRE SUICÍDIO

A cada 45 minutos 1 brasileiro morre vítima de suicídio.  
São 32 pessoas mortas por suicídio no Brasil por dia.

A cada 40 segundos alguém morre de suicídio no mundo.

A cada 100 pessoas no Brasil, 17 tem ideações suicidas, 5 tem planificações suicidas, 3 tentam o suicídio e 1 chega a ser atendido em uma unidade de emergência.

# Mecanismos biológicos envolvidos no desenvolvimento do THMD

Os neurotransmissores mais implicados na fisiopatogenia do THMD são: norepinefrina, serotonina e dopamina.

Pesquisas apontam também para o envolvimento de sistemas gabaérgicos e peptídeos neuroativos (em especial a vasopressina e opióides endógenos).

Outros fatores biológicos implicados no desenvolvimento do THMD envolvem o sistema de 2º mensageiros (Adenil ciclase, fosfatidil inositol e a regulação do cálcio).



*(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008).*



# Mecanismos genéticos envolvidos no desenvolvimento do THMD

Fatores genéticos são importantes no desenvolvimento do THMD e são muito mais relevantes do que pensávamos há 20 anos atrás.

Estudos de famílias mostra que parentes de 1º grau de probandos (o primeiro sujeito doente identificado na família), tem de 8 à 18 vezes maior probabilidade de desenvolver um THBibolar tipo I e de 2 à 10 vezes maior probabilidade de desenvolver o THMD. Estudos de adoção também evidenciaram resultados semelhantes.

Estudos de gêmeos evidenciaram probabilidade de cerca de 50% no desenvolvimento do THMD no irmão do probando.

*(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008).*

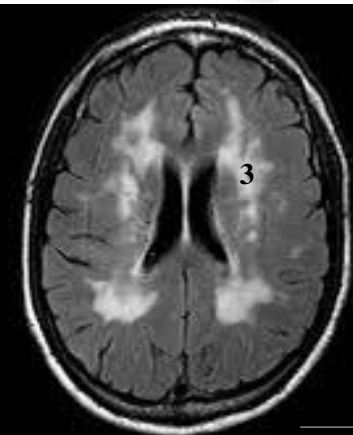
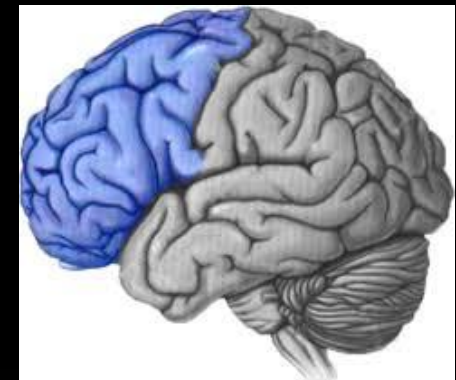
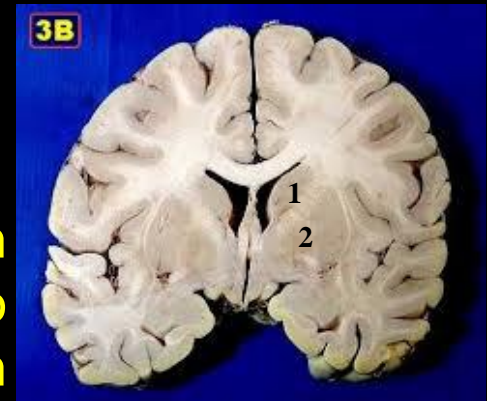


# Estruturas envolvidas no desenvolvimento do THMD

Estudos com exames de imagem e imagem funcional como a RNMf e PET Scan tem fornecido informações interessantes. Pacientes com transtorno bipolar tem ventrículos aumentados, maiores que pacientes deprimidos, e estes, maiores que o grupo controle (estudo metanálise). Pacientes deprimidos também tem lobos frontais, núcleos caudados<sup>1</sup> e putamen<sup>2</sup> menores que o grupo controle. O fluxo sanguíneo cerebral mostra-se habitualmente reduzido (em 50% dos pacientes deprimidos), em todo córtex cerebral, mas mais proeminentemente nos lobos frontais.

Sinais hiperintensos em T2 na Rnmg periventriculares<sup>3</sup> são comumente encontrados em estudos replicados em pacientes com Transtorno de Humor.

*(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008; Revista Brasileira de Psiquiatria, Atualização em Psiquiatria, ABP, 2004).*

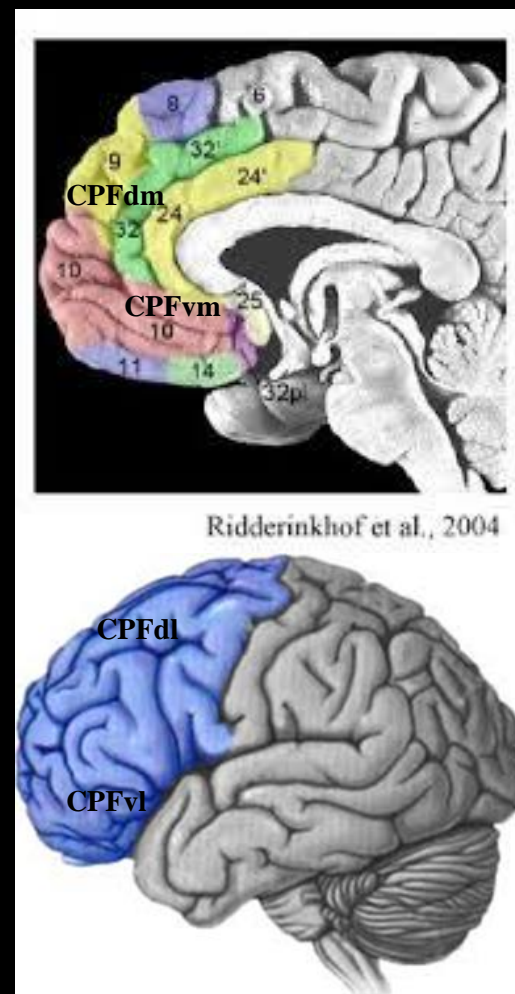


# Estruturas envolvidas no desenvolvimento do THMD

Estudos de imagem evidenciam redução no tamanho do córtex cingular anterior sub-genuar (CCAsg; área 24 de Broadmann) em pacientes deprimidos.

Esta região e o CPF ventro-lateral (CPFvl), mostram redução de volume, mas com o metabolismo aumentado em repouso. O contrário ocorre no CPFdl (dorso-lateral), onde há redução do metabolismo em repouso, o que sugere redução na eficiência de processamento.

*(Revista Brasileira de Psiquiatria, Atualização em Psiquiatria, ABP, 2004).*

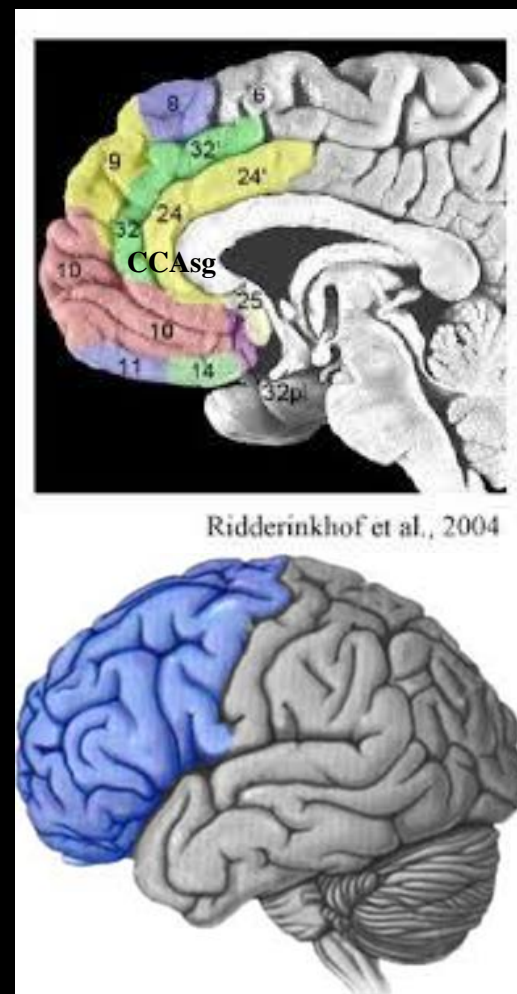


Ridderinkhof et al., 2004

# Estruturas envolvidas no desenvolvimento do THMD

O CCAsg é ativado em situações emocionais, sobretudo as emoções negativas e relacionadas a aversão. Esta região está fortemente conectada com centros de regulação neuroendócrinos, vegetativos, núcleos da base e outras regiões do CPF. Parece ser então o epicentro da elevação do cortisol, das alterações do ciclo vigília-sono, apetite, desejo sexual etc. O hipermetabolismo desta área seria um sinal de que há um tônus bioelétrico e metabólico aumentado nesta região o que resultaria em humor deprimido e anedonia.

*(Revista Brasileira de Psiquiatria, Atualização em Psiquiatria, ABP, 2004).*

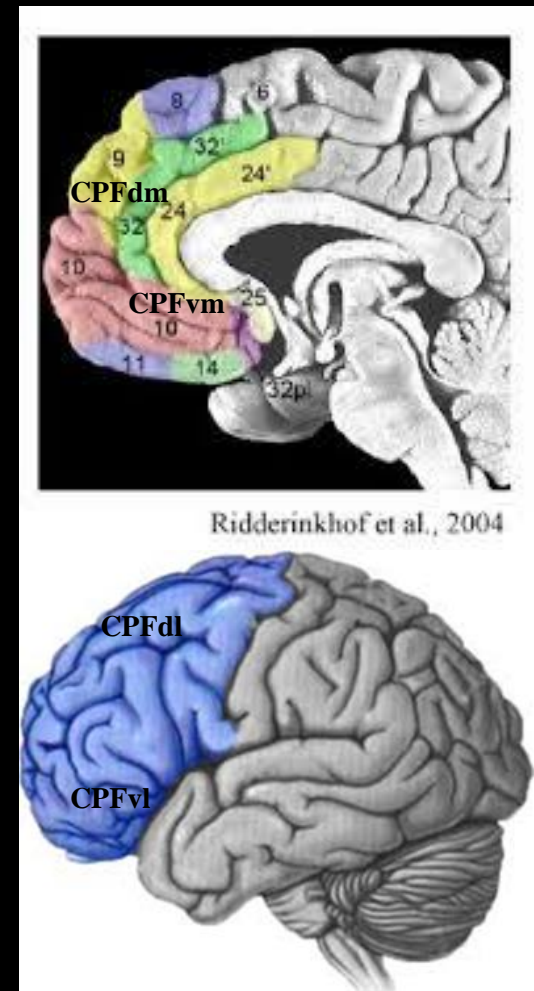


# Estruturas envolvidas no desenvolvimento do THMD

Por outro lado há uma área responsável pelo controle executivo das emoções, o CPFdl e CPFdm (região importante para a volição e cognição social). Estas áreas, ficam na depressão, com eficiência reduzida (metabolismo reduzido em repouso). Assim, torna-se mais difícil para o paciente deprimido racionalizar ou elaborar os pensamentos e emoções negativos (ruminativos).

Assim, um desequilíbrio entre porções emocionais (CPFvm e CPFvl) e cognitivas (CPFdm e CPFdl), tem sido relacionado à gênese e manutenção dos sintomas depressivos.

*(Revista Brasileira de Psiquiatria, Atualização em Psiquiatria, ABP, 2004).*



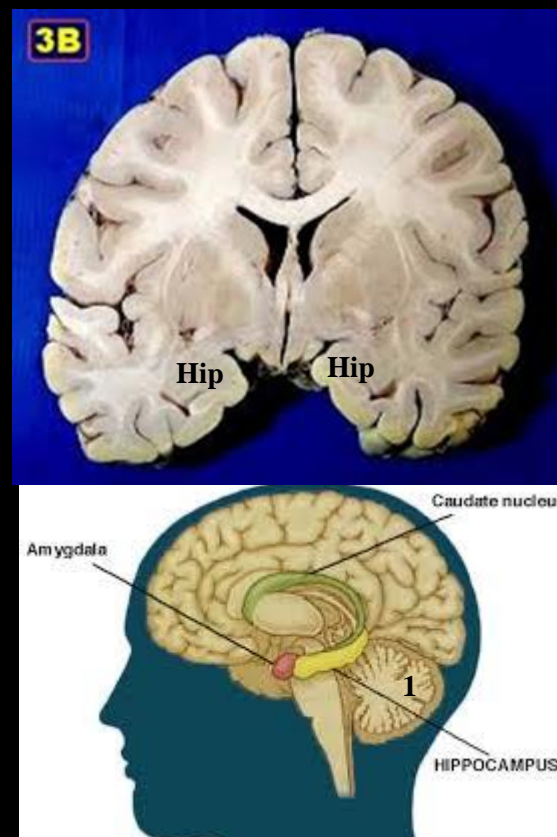
# Estruturas envolvidas no desenvolvimento do THMD

O hipocampo<sup>Hip</sup> (lobos temporais), mostram-se reduzidos em pacientes deprimidos, talvez pelo habitual aumento de cortisol.

A atrofia cerebelar<sup>1</sup> é um achado consistente e quanto maior a atrofia pior o prognóstico para o paciente deprimido.

Estas descobertas só foram possíveis graças a um projeto do Departamento de Saúde dos EUA (*USA Department of Health & Human Services, HHS*), que vem investindo desde 2010, 40 milhões de dólares afim de mapear o cérebro e suas funções em detalhes (*Human Connectome*).

(*Revista Brasileira de Psiquiatria, Atualização em Psiquiatria, ABP, 2004*).



# Fatores ambientais envolvidos no desenvolvimento do THMD

Pesquisas apontam que o evento da vida associado com maior frequência no desenvolvimento do THMD é a perda de um dos pais antes dos 11 anos de idade.

O estressor ambiental associado com mais frequência ao início de um episódio de depressão é a perda do cônjuge.

Outro fator de risco é o desemprego, pois indivíduos desempregados tem 3 vezes maior probabilidade de desenvolverem um THMD.



(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008).

# Fatores ambientais envolvidos no desenvolvimento do THMD

As teorias psicodinâmicas (Freud, Karl Abraham, Melanie Klein, Edith Jacobson, Silvano Arieti, Heinz Kohut e John Bowlby), na sua maioria apontam para falhas na estruturação da vida de relação e afetos com Objetos externos internalizados e com o próprio Ego. Quanto mais precoce esta desorganização, mais intensos serão os sintomas do THMD na idade adulta.

*(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008).*





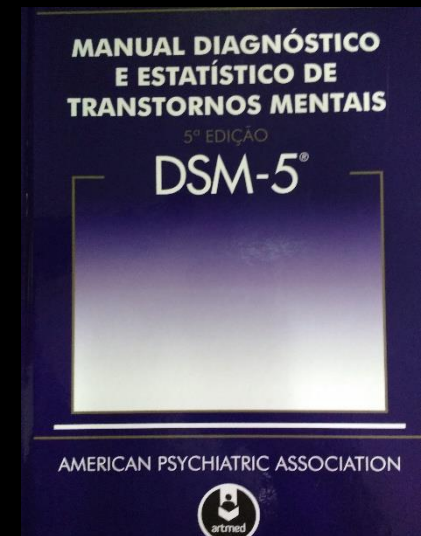
# Transtornos de Ansiedade



# Transtornos de Ansiedade, DSM-5

Os transtornos de ansiedade incluem os transtornos de ansiedade de separação, o mutismo seletivo, a fobia específica, o transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia, TAG, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade específico e transtorno de ansiedade não especificado.

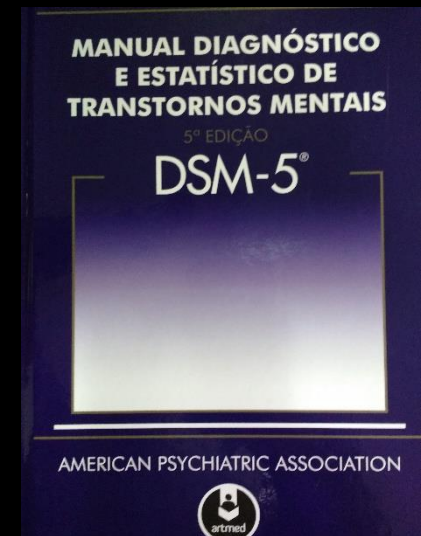
*(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, DSM-5 – Artmed - 2014).*



# Transtornos de Ansiedade, DSM-5

Os transtornos de ansiedade incluem 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 que ansiedade é a antecipação de ameaça futura.

*(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, DSM-5 – Artmed - 2014).*



# Epidemiologia do Transtorno de Ansiedade

Os transtornos de ansiedade compõem um dos grupos mais comuns de doenças psiquiátricas. A cada 4 pessoas, 1 preenche o critério diagnóstico de pelo menos um transtorno de ansiedade.

As mulheres tem uma prevalência de 30.5% durante a vida. Já os homens, 19.2%.

A incidência diminui com o status econômico mais alto.

*(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008).*



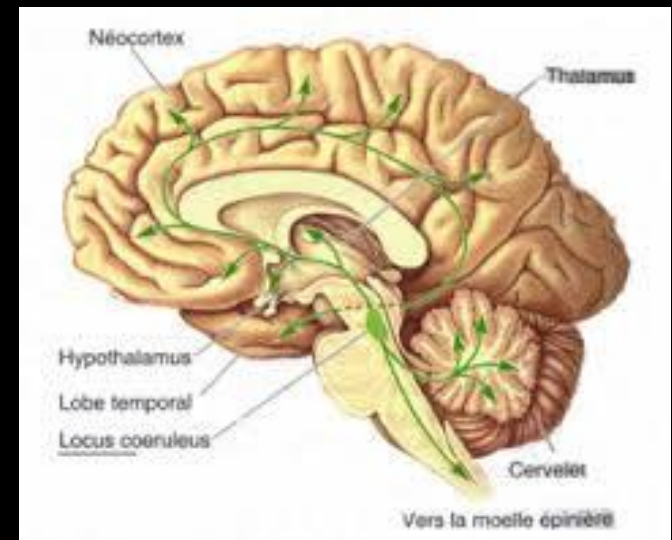
**Prevalência** mede o número de pessoas em uma população que tem uma determinada doença em um dado ponto no tempo.

**Incidência** mensura o surgimento da doença; prevalência mede a existência da doença. Incidência significa *novo* e prevalência significa *total* e reflete um estoque. Incidência reflete unicamente a taxa de ocorrência da doença.

# Mecanismos biológicos envolvidos no desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade

Os neurotransmissores mais implicados na fisiopatogenia do transtorno de ansiedade são a norepinefrina, serotonina e GABA.

A teoria geral sobre o papel da norepinefrina no transtorno de ansiedade é que pacientes afetados podem ter um sistema noradrenérgico com problemas de regulação, com surtos ocasionais de atividade. Os corpos celulares estão principalmente localizados no locus ceruleus na ponte rostral e projetam seus axônios para a córtex frontal, sistema límbico, cerebelo, tronco cerebral e medula espinal. (Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008).

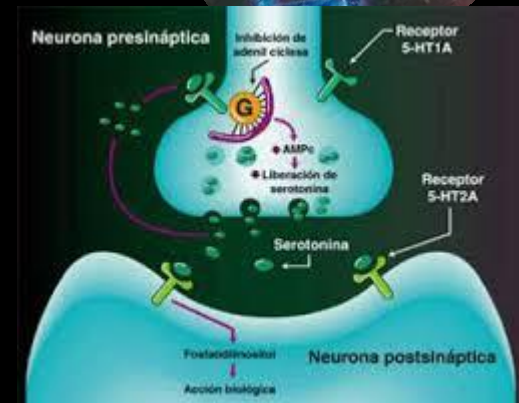


# Mecanismos genéticos envolvidos no desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade

Há evidência sólida de que a genética está bastante envolvida na natureza da ansiedade. Quase metade dos pacientes com transtorno do pânico tem, no mínimo, um parente afetado.

Estudos de adoção e com gêmeos também apontam para a natureza genética da ansiedade. Um trabalho relata cerca de 4% da variabilidade intrínseca da ansiedade na população geral a um variante polimórfico do gene para o transportador da serotonina, que é o local de ação de vários medicamentos serotoninérgicos. Os indivíduos com esta variante produzem menos transportador e apresentam níveis mais elevados de ansiedade. (Kaplan & Sadock – Manual

*Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008).*

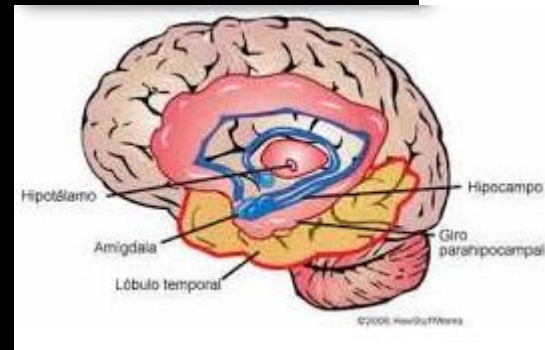
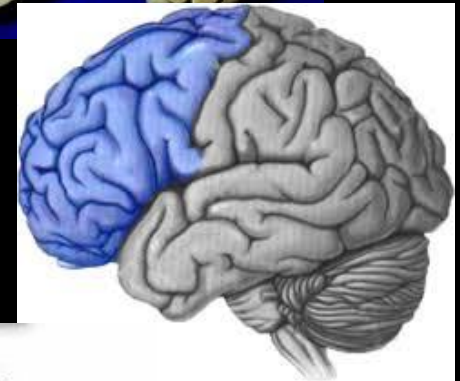


# Estruturas envolvidas no desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade

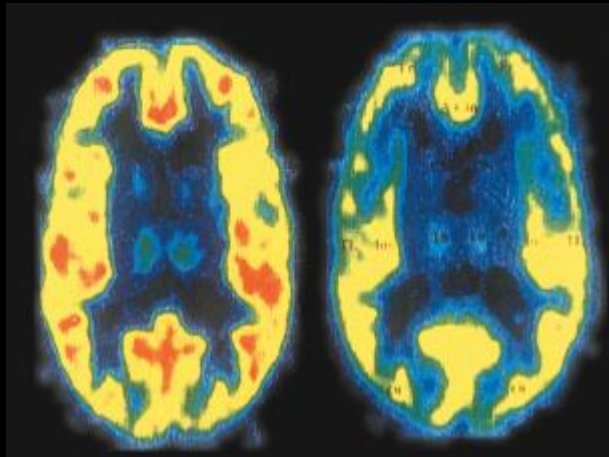
Estudos de Rnmg e CT mostram, em algumas situações o aumento do ventrículo lateral, mas talvez este aumento esteja relacionado ao uso crônico de benzodiazepínicos.

Os achados não são muito consistentes exceto pelo fato de que a maioria dos achados concentram-se no hemisfério cerebral direito (anormalidades estruturais no lobo temporal, giro para-hipocampal, córtex frontal e até o lobo occipital).

(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição).



# Estruturas envolvidas no desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade



Saudavel

TAPânico

Em paciente com TAPânico observa-se diminuição da ligação de benzodiazepínicos marcados (radioativos). Imagem por TEP no plano horizontal do encéfalo de uma pessoa sadia (à esquerda) e de uma pessoa com transtorno do pânico (à direita). O código de cores indica o número de sítios de ligação para os benzodiazepínicos no encéfalo (cores quentes indicam maior quantidade; cores frias, menor). O córtex frontal, na parte superior da imagem, mostra menos sítios de ligação no sujeito com transtorno do pânico.

Malizia et al., 1998.



# Estruturas envolvidas no desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade

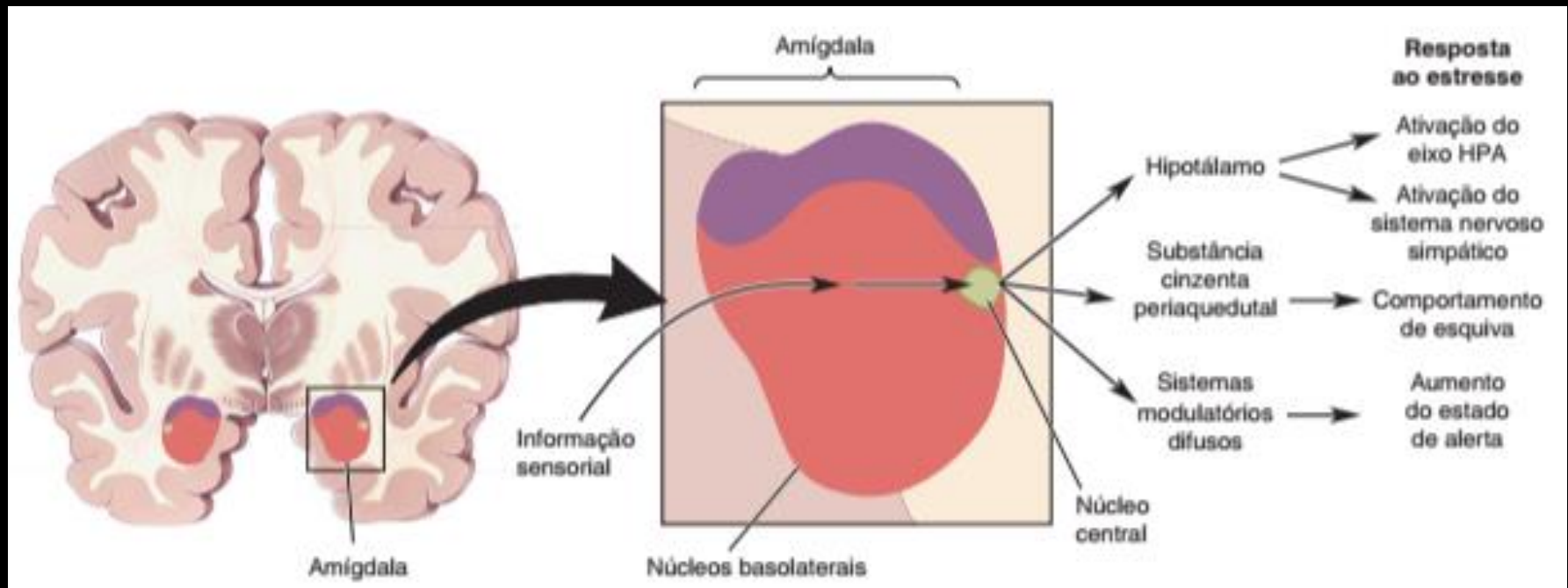


Fig: Vias implicadas a partir de uma informação sensorial com potencial para gerar uma reorganização desta informação a ponto de ser amplificada e redistribuída para as áreas apontadas. Observação, as amígdalas cerebrais diferem microanatomicamente entre os gêneros masculino e feminino.

# Fatores ambientais envolvidos no desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade

Pesquisas com gêmeos apontam para o fato de que fatores estressantes psicológicos produzam modificações neurofisiológicas nos transtornos de ansiedade, especialmente no transtorno do pânico. Foram importantes fatores como a separação dos pais sobretudo antes dos 17 anos de idade do paciente, pior para a separação da mãe. Foi também importante a história de abuso sexual.



*(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008).*

# Fatores ambientais envolvidos no desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade

Outros achados foram a maior dificuldade em tolerar raiva, em lidar com responsabilidades, percepção de pais controladores, assustadores, críticos e exigentes, sentimento de rejeição, falha da função de sinal de ansiedade do ego relacionada a fragmentação do self e a confusão dos limites do self-outro.

*Os mecanismos típicos de defesa são formação reativa, bloqueio, somatização e regressão.*



(Kaplan & Sadock – Manual Conciso de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição – Artmed, 2008).

# Em linhas gerais, o tratamento do Transtorno Depressivo e de Ansiedade, pode ser:

## Farmacoterapêutico



O mais difundido e com um volume grande de opções, interesses comerciais e efeitos colaterais.

## Psicoterapêutico



## Terapia Biofísica



# Em linhas gerais, o tratamento do Transtorno Depressivo e de Ansiedade, pode ser:

## Farmacoterapêutico



## Psicoterapêutico



## Terapia Biofísica



O de maior complexidade, pois denota uma relação contra/transferencial e uma intersubjetividade. De longe é o modelo mais difícil de ser pesquisado.

# Em linhas gerais, o tratamento do Transtorno Depressivo e de Ansiedade, pode ser:

**Farmacoterapêutico**



**Psicoterapêutico**



**Terapia Biofísica**



No caso da rTMS: Menos difundido pelo custo, vem ganhando espaço pelo alto nível de evidência (A) nos estudos de metanálise para o tratamento da depressão e da dor crônica (Guideline 2014/2019).

# Em linhas gerais, tratamento do Transtorno Depressivo e de Ansiedade

## Farmacoterapêutico

- Drogas tricíclicas e tetracíclicas (ex: Clomipramina).
- ISRS (ex: Sertralina, Vortioxetina).
- Duais (ex: Venlafaxina e Desvenlafaxina).
- Triazolopiridinas (ex: Trazodona - Donaren).
- Aminocetonas (ex: Bupropiona- Ziban, Wellbutrin).
- IMAOs (ex: tranilcipromina - Stelapar).
- Benzodiazepínicos (ex: Clonazepam)
- Antipsicóticos (ex: Quetiapina, Olanzapina).
- Etc.

## Psicoterapêutico

- Enfoque Psicodinâmico (Freud, Klein, Abraham, Jacobson, Kohut).
- Enfoque Cognitivo Comportamental (Platão, Adler, Aaron Beck, Rush).
- Enfoque Interpessoal (Meyer, Sullivan, Klerman, Weissman).
- Enfoque Fenomenológico (Edmund Russerl)
- Etc.

# Em linhas gerais, tratamento do Transtorno Depressivo e de Ansiedade

## Biofísico: ECT

- Impulsos elétricos de alta voltagem.
- Há necessidade de exames prévios cardiológicos, neurológicos e exames de imagem.
- Feito em hospital sob anestesia.
- Efeito deletério sobre funções cognitivas já após 5 sessões.
- Eficiência superior a todas as outras estratégias de tratamento em cerca de 40% dos pacientes refratários.

### Comparando ECT com rTMS

## Biofísico: rTMS

- Pulsos magnéticos.
- Indolor e sem efeitos colaterais.
- Não há necessidade de exames prévios para sua realização.
- Pode ser aplicado em consultório (aprovado pelo FDA e Anvisa em 2011 e pelo CFM em 2012).
- Não requer anestesia.
- Melhora função cognitiva promovendo neuroplasticidade nos módulos neurais trabalhados.
- Eficiência superior a medicação em cerca de 30% dos pacientes refratários à medicação.



# **E a hipnose?**

## **Como a hipnoterapia pode colaborar com os mecanismos geradores de mudança e intrínsecos ao cliente submetido ao processo psicoterapêutico?**



# Hipnose, principais objetivos e mecanismos de mudança

**Pode:** Oferecer alívio sintomático por alteração dos pensamentos-alvo; identificar crenças autodestrutivas; modificar suposições errôneas específicas; promover autocontrole sobre padrões de pensamento. O terapeuta flutua entre o intérprete-refletor explorando a relação transferencial (enfoque psicodinâmico) e o educador-modelador (enfoque cognitivo), posicionando-se como um consultor que convida o paciente a ser um cooperador e perceber o terapeuta como tal, um consultor que pela hipnose oferece ao paciente conteúdo alternativo de pensamento, significado e segurança (só possível se houver relação transferencial) para ousar desafiar suas próprias crenças e então experimentar novas crenças, demonstrar que o mundo está em constante mudança suscitando o movimento sob novas perspectivas, perspectivas mais otimistas, e então, eliciar novos sentimentos e novos comportamentos que gerem bem estar ao indivíduo, a sua família e a sua comunidade. PMello



**Em linhas gerais, há alguma  
contraindicação na utilização da Hipnose  
aplicada à Psicoterapia no tratamento do  
paciente com esquizofrenia, ansioso ou  
deprimido?**



# Principais contraindicações gerais da Hipnose em psicoterapia:

---

- Em pacientes psicóticos, exceto se medicados e com o objetivo de melhorar os sintomas residuais.
- Diante de técnicas mais efetivas dentro das áreas de saúde.
- No alívio de sintomas sem o devido conhecimento de sua etiologia.
- Naquelas situações as quais a hipnose pode não ser de ajuda podendo inclusive retardar a realização de um diagnóstico e tratamento mais efetivos.
- Em pacientes que depositam na hipnose expectativas irreais.
- Quando utilizada por profissionais imperitos em sua área de atuação que desconhecem o risco e o cenário biopsíquico e social do quadro clínico instalado.



# Como a hipnose pode auxiliar-nos no tratamento de pacientes deprimidos e ansiosos?



# Hipnoterapia e sua importância em clientes deprimidos e ansiosos

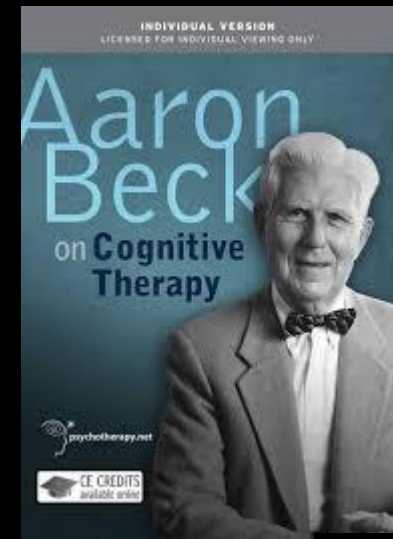
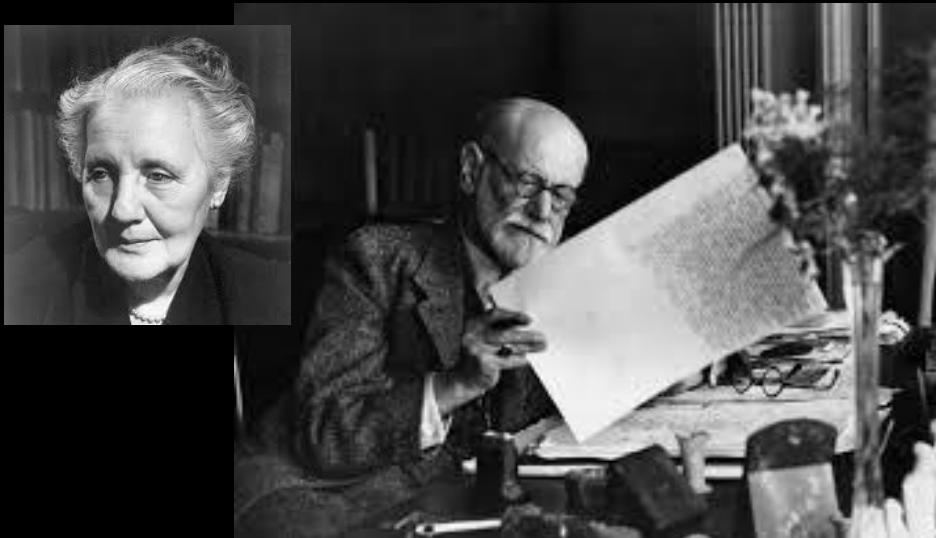


A hipnoterapia pode ser uma ferramenta muito útil em pacientes deprimidos e ansiosos ampliando nele uma percepção de continência afetiva, na reorganização de uma percepção mais funcional de experiências cronicamente estressantes ou traumáticas, no reconhecimento de seus pensamentos distorcidos, no desenvolvimento de estratégias eficientes para a execução de suas atividades diárias e no desenvolvimento de uma postura psíquica, emocional, física, existencial e social mais positiva, segura e significativa.

*(Lewinsohn, Munos, Youngren & Zeiss, 1986; Schulberg & Rush, 1994).*

Os modelos de abordagem para a aplicação da hipnoterapia incluirão aqui, em nossa aula, uma visão a partir de duas construções teóricas:

- **Psicoterapia Psicodinâmica.**
- **Psicoterapia (Cognitivo) Comportamental.**



# Hipnoterapia aplicada à Psicoterapia Psicodinâmica





# Algumas indicações da hipnose no processo psicoterapêutico psicodinâmico:

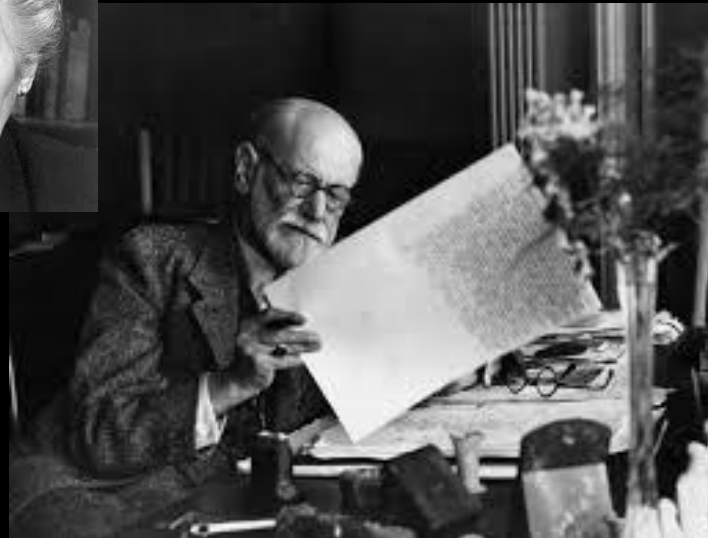
---

- Incrementar mecanismos de defesa maduros tais quais a sublimação, ascetismo, humor, antecipação, supressão, altruísmo e mecanismos de perdão.
- Gerar continência.
- Eliciar diferentes posicionamentos perceptuais dos fatos e organização ao discurso.
- Eliciar à troca de mitos sob reorganização dos valores.
- Reduzir a influência da censura superegóica.
- Reconhecer defesas projetivas e introjetivas, o que é seu e o que é do Outro.
- Restabelecer ou estabelecer inclusão relacional adequada.
- Gerar condições para o desenvolvimento de relações Objetais mais maduras e com Objetos totais externos.



**Para a psicanálise, ansiedade e depressão não são a mesma coisa, mas andam de mãos dadas. São resultado do conflito entre 3 instâncias, o Id, Ego e Superego, sob o escopo de um Ego frágil ou enfraquecido e desprovido de defesas maduras e organizadas.**

PMello



**Então, de modo esquemático e despretensioso,  
vamos tentar aprender um pouquinho sobre  
as posições psicanalíticas neo kleinianas, com  
objetivo de entendermos a razão da utilização  
de certas técnicas hipnóticas**



## Utilizar a hipnose objetivando a boa relação Objetal →

viscocárica	esquizo-paranoide	depressiva	boa relação objetal
<b>EU</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-desejo da fusão.</li><li>-medo da defusão.</li><li>-identificação adesiva.</li><li>-somatizações.</li><li>-benefícios secundários.</li><li>-mágoa.</li><li>-extrapunitivo.</li><li>-ideal de Ego: ser amado, cuidado e protegido.</li></ul>	<b>EU+ / TU-</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-deseja ficar com a bondade e destruir a maldade.</li><li>-medo do aniquilamento.</li><li>-ansiedade persecutória.</li><li>-identificação projetiva.</li><li>-raiva.</li><li>-extrapunitivo.</li><li>-ideal de Ego: ser reconhecido como justo, bondoso e competente.</li></ul>	<b>NÓS-</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-deseja reparar os estragos do objeto.</li><li>-defesas por negação maníaca, controle maníaco e “quase” onipotência.</li><li>-culpa (estragos do objeto/ideais do Ego)</li><li>-tristeza e impotência.</li><li>-intrapunitivo.</li><li>-ideal de Ego: ser bondoso e amoroso.</li></ul>	<b>NÓS+</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-elimina o senso de justiça e assume o senso de imparcialidade, não reconhece algo como bom ou mau, certo ou errado.</li><li>-reconhece que todo fato pode ser percebido por no mínimo 3 pontos de vista.</li><li>-estabelece diálogo sincero, posiciona-se com respeito à opinião do outro e age.</li><li>-percebe o perdão como a ausência de culpa.</li><li>-eutimia, bem estar, tolerância à dor e ao sofrimento...</li><li>-defesas maduras do ego (altruísmo e perdão).</li></ul>

FIG: Posições psicanalíticas descritas a partir dos estudos de

**Melanie Klein** e desenvolvidas por Bion, Bete Joseph, Elizabete Spillius, José Bleger e José Tolentino Rosa.

# Entristecimento e Ansiedade

## Mágoa

- **EU**
- **Posição Viscocárica.**
- **Mágoa.**
- **Medo do abandono.**
- **Identificação adesiva.**
- **Transtornos somatoformes.**
- **Benefícios 2º s**
- **Desejo da fusão.**
- **Ansiedade de defusão.**
- **Extrapunitivo**

## Culpa

- **Nós (Eu - / Tu +).**
- **Posição Depressiva.**
- **Culpa.**
- **Medo de ter o self desintegrado.**
- **Introjeção.**
- **Suicídio real e deliberado.**
- **Defesa maníaca. Quase onipotência.**
- **Deseja reparar os estragos do objeto.**
- **Intrapunitivo**

M. Klein

# Entristecimento e Ansiedade

## Raiva

**EU+ / TU-**

- deseja ficar com a bondade e destruir a maldade.
- medo do aniquilamento.
- Delírios persecutórios.
- identificação projetiva.
- raiva.
- extrapunitivo.

M. Klein

# Hipnose e Constructo teórico Psicodinâmico kleiniano

- Como eu trabalho? O setting terapêutico.

- Sessões entre 50 à 60's.
- Consultório médico pouco tradicional, sem mesa entre o terapeuta e o cliente. Anotações feitas no notebook.
- Abordo como um consultor. Percebo-o como um cliente, não como um paciente.
- Avaliação médica com anamnese e solicitação de exames afim de definir a presença ou não de alguma patologia somática primária responsável pelo quadro (ex: hipotireoidismo).
- Avaliação pelo enfoque psicodinâmico kleiniano afim de estabelecer a posição psicanalítica atual do paciente, Viscocárica, Esquizoparanóide ou Depressiva, construção do rapport e determinação da estratégia terapêutica, tendo em mãos a psicoterapia psicodinâmica, a psicofarmacoterapia, a rTMS, estes associados ou não e com ou sem hipnoterapia.



# OBJETIVOS e ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DIRECIONADOS ÀS POSIÇÕES:

VISCOCÁRICA  
ESQUIZOPARANÓIDE  
DEPRESSIVA





# Hipnose sob enfoque Psicodinâmico (Psicanalítico Kleiniano)

- Se na **posição Viscocárica** utilizo **táticas hipnoterapêuticas** que geram **continência**.
- Se na **posição Esquizo-paranoide** inicio sob o firme propósito de estabelecer um **vínculo** pela identificação com o cliente e seus pensamentos geralmente distorcidos, então inicio a psicoterapia sem hipnose, podendo-se utilizá-la à posteriori assim que um forte vínculo regido pela confiança mútua for estabelecido. Nestes casos utilizo **táticas hipnoterapêuticas** de reforço do EGO, de mudança de percepção e de desconceitualização dos valores polarizados de bom/mau, bem/mal, justo/injusto e certo/errado. Concentro minha atenção em ajudá-lo a perceber que pode tolerar não ser tão bom, já que não é tão mal.

# Hipnose sob enfoque Psicodinâmico (Psicanalítico Kleiniano)

- Se na **posição Depressiva** sob risco de suicídio com grave desintegração do self e sob risco de grave comprometimento irreversível de suas relações, seja profissional, conjugal etc... opto pela farmacoterapia com ou sem rTMS e estudo farmacogenético; inicio a psicoterapia afim de perceber o cliente e seus recursos internos de personalidade.
- Nestes casos utilizo táticas hipnoterapêuticas de reforço do EGO, de mudança de percepção e de desconceitualização dos valores polarizados de bom/mau, bem/mal, justo/injusto e certo/errado, assim como na criação de nova percepção, sob novo ponto de vista de seu papel em determinada situação em que acredite ter causado estragos no objeto. Enfatizo o quanto pode ser desnecessário buscar os ideais de Ego como seus ideais verdadeiros, tanto quanto elaboramos conceitos que diferenciem responsabilidade de culpa.

# TÁTICAS HIPNOTERAPÊUTICAS APLICADAS ÀS POSIÇÕES:

## VISCOCÁRICA ESQUIZOPARANÓIDE DEPRESSIVA



# Hipnose sob enfoque Psicodinâmico (Psicanalítico Kleiniano)

## - Em Pacientes na Posição Viscocárica -

Táticas que geram continência:

- Técnica da banheira.
- Técnica da caverna com uma pequena abertura e um jardim fora.
- Encontrando-se quando criança e cuidando de si mesmo.
- Técnica cinestésica sob imposição da mão do terapeuta ou do paciente à alguns centímetros do mesogastro.
- Aconselhamento direto e metafórico.

# Hipnose sob enfoque Psicodinâmico (Psicanalítico Kleiniano)

## - Em Pacientes na Posição Esquizo-paranoide -

Táticas que geram tolerância. Estabelecer o rapport com o paciente, entrar em ressonância com sua projeção, mostrar a ele outros pontos de vista, reduzir o peso da culpa com humor, desconceitualizar valores polarizados (bem/mal etc.), e deixar claro a ausência de julgamento na relação transferencial. Não dissociar demais consciente/inconsciente:

- Técnicas de resignificação pela imagem do objeto perseguidor como algo que poderá ser modificado com respeito às modalidades sensoriais para algo menos ameaçador.
- Utilizar de metáforas que gerem a crença de que para qualquer fato existem vários pontos de vista. Usar sobretudo metáforas de citação.
- Citações de como o desenvolvimento de nossos valores polarizados (bem/mal etc.) dependem do meio em que nós crescemos (aspectos culturais, religiosos, familiares, geográficos).
- Suscitar a utilização do humor como um mecanismo de defesa maduro.
- Utilizar de aconselhamento direto e metafórico.

# Hipnose sob enfoque Psicodinâmico (Psicanalítico Kleiniano)

## - Em Pacientes na Posição Depressiva -

Táticas para mudança de percepção e desconceitualização de bom/mau, bem/mal e certo/errado :

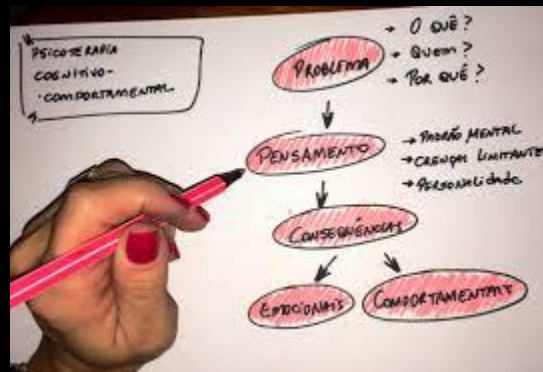
- Ver a mesma paisagem de posições diferentes.
- Rever uma situação específica como espectador o qual ache que tenha realizado estragos do objeto.
- Citações de como podemos mudar o ponto de vista dependendo do meio em que nos desenvolvemos (aspectos culturais, religiosos, familiares, geográficos).
- Aconselhamento direto e metafórico.

Táticas para reforço do EGO:

- Encontrando-se quando criança e cuidando de si mesmo.
- Encontrando-se num momento feliz, abraçando-se.
- Subindo morro acima. Deixando as pedras pelo caminho, aliviando-se.
- Imaginando que as idéias que dilaceram o EGO não vem de dentro, mas de um aparelho externo ao self, chamado 'mente' (ver a mente de modo dissociado).
- Aconselhamento direto e metafórico.
- Técnicas de progressão

PMello

# Hipnoterapia aplicada à Psicoterapia (Cognitivo) Comportamental







# TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitiva começou a ser desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 60. Aaron Beck verificou, em pacientes deprimidos, pensamentos com conteúdos negativistas e a partir de suas observações e testes experimentais, Beck construiu o modelo cognitivo da depressão (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1982).

Várias abordagens influenciaram o embasamento teórico da Terapia Cognitiva. A afirmação de que o comportamento é determinado pelo modo como o indivíduo vê o mundo e a si mesmo (Adler, 1936; Horney 1950), constitui uma contribuição fenomenológica. Outro autor de relevância foi Ellis (1962), que aponta as crenças irracionais como fonte de consequências emocionais e comportamentais.

(Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Um diálogo com a Psiquiatria; Bernard Rangé, Artmed, 2001)



# Técnicas da hipnoterapia aplicadas à Terapia (Cognitivo) Comportamental na Depressão

Os medicamentos são importantes, mas são incapazes de ensinar aos pacientes habilidades para superar a depressão.

Os principais objetivos da hipnoterapia aplicada à TCC na depressão são:

- Provocar relaxamento muscular afim de se reduzir a ansiedade que em geral se manifesta no paciente deprimido.
- Extinguir a ruminação negativa.
- Estabelecer expectativas positivas.
- Projetar o paciente para contextos positivos e otimistas.
- Criar opções de escolha.



(Hipnose na Prática Clínica, Marlus Vinicius Costa Ferreira, Edit Atheneu, 2003)

# Técnicas da hipnoterapia aplicadas à Terapia (Cognitivo) Comportamental na Depressão

Alguns exemplos de sugestões aplicadas á TCC na depressão:

- Você percebe o seu corpo relaxado e isso já é uma mudança.
- Seu subconsciente trabalha para a resolução dos seus problemas, para o seu êxito, bem estar e paz interior.
- Visualize-se revivendo a alegria e felicidade imediatamente após (inclua um evento autobiográfico do paciente que lhe gerou felicidade).
- Você se sente alegre, feliz e em paz com você mesmo e com os outros.
- Você está vivendo hoje e é importante que viva hoje totalmente.
- Você cuida de sua aparência pessoal porque você gosta de você mesmo.
- Você é otimista com relação ao futuro e trabalha com energia e entusiasmo.
- Seus atuais objetivos são sentir-se feliz, pleno, alegre e tranquilo.



(Hipnose na Prática Clínica, Marlus Vinicius Costa Ferreira, Edit Atheneu, 2003)

# Técnicas da hipnoterapia aplicadas à Terapia (Cognitivo) Comportamental na Ansiedade

Relaxamento autógeno de J H Schultz (Alemanha):

- Relaxamento concentrado em 6 zonas diferentes, à saber: músculos, vasos sanguíneos (calor), coração (tranquilidade, relaxamento e calor), respiração, órgãos abdominais e cabeça (frescor).



Relaxamento Progressivo de Edmund Jacobson (USA):

- Relaxamento progressivo alternando contrações e relaxamento, começando pelas mãos, cotovelos, ombros, sobancelhas, face, tórax, abdome, quadril, coxas, pernas, pés.



(Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento; Vicente E. Caballo; Edit Santos, 2002 – pgs 154, 160; O treinamento autógeno; JH Schultz, Edt Mestre Jou, 1978)

# Técnicas da hipnoterapia aplicadas à Terapia (Cognitivo) Comportamental na Ansiedade

## Relaxamentos:



- Relaxamento pela respiração.
- Relaxamento por alongamento.
- Relaxamento mental pela sensação de peso e aquecimento.
- Relaxamento pela imaginação guiada.
- Relaxamento pela meditação e respiração.
- Relaxamento pela meditação de uma imagem simples (chama de vela, ponta de um alfinete, uma estrela).
- Relaxamento por meio de sugestões verbais e toques.

(Hipnose na Prática Clínica, Marlus Vinicius Costa Ferreira, Edit Atheneu, 2003)

Os slides a seguir são um presente para você!

Leia com atenção, estude e reflita sobre cada item. Isso pode ser importante para o seu desempenho profissional.

Quanto ao fato das pesquisas apontarem superioridade para a TCC quando comparada as terapias psicodinâmicas, atente-se ao fato que seu mecanismo de atuação e conteúdo teórico referencial difere e por isso o modelo de pesquisa que cabe para um, não cabe para o outro.

A psicanálise abarca as melhores pesquisas sobre referencial teórico, conceitual e qualitativo, enquanto a TCC, tem os melhores resultados no que se refere as pesquisas quantitativas, por isso, em minha opinião, psicoterapia psicodinâmica e TCC se complementam, não se excluem.

**FIMM**

---

**GEPECH**

---

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano

Mello, P – Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Comportamento Humano – GEPECH  
Centro de Estudos em Medicina Comportamental – CEMCO/Unifesp

**Michael Yapko é um pesquisador respeitado no campo da hipnose. Vamos ver a seguir um artigo sobre Depressão e Hipnose cujas conclusões manifestas do autor são importantes até hoje:**

## ***Hypnosis in treating symptoms and risk factors of Major Depression***

*American Journal of Clinical Hypnosis 44:2, October 2001*





# *Hypnosis in treating symptoms and risk factors of Major Depression*

- Michael Yapko  
Solana Beach, CA/USA



Resumo: Este artigo resume aspectos da eficiência da psicoterapia para Depressão Major e descreve como a hipnose pode realçar os resultados da psicoterapia. **A hipnose é útil na redução de sintomas habituais desse tipo de depressão tais quais agitação, ruminação e além disso pode reduzir a sensação do cliente de desamparo e desesperança. A hipnose também é eficiente em facilitar o aprendizado de novas habilidades,** elemento importante que empiricamente sustenta todos os tratamentos para Depressão Major. A aquisição de tais habilidades, tem-se evidenciado, que não apenas reduz a depressão, mas também as recaídas, assim sendo, simultaneamente podemos objetivar os fatores de risco e a prevenção.

*American Journal of Clinical Hypnosis*  
44:2, October 2001

# INTRODUÇÃO

- O THMDepressivo atinge cerca de 20 milhões de americanos, e de fato atinge à todos nós considerando que todos de alguma forma já entramos, estamos ou entraremos em contato com algum amigo ou familiar com depressão (*National Institute of Mental Health, 1999*).
- neste artigo vemos a **hipnose apenas como parte da psicoterapia** para o paciente deprimido, não substituindo a medicação.
- neste artigo abordamos apenas o tratamento da Depressão Major, sendo que os princípios propostos poderiam, em nosso entendimento, serem aplicados também para o Transtorno Distímico - comentário do próprio autor.

# MAIS algumas informações sobre THMD

- Depressão Major (DM) é multifatorial e surge sob três domínios: biológico, psicológico e social (*Cronkite & Moos, 1995; Thase & Glick, 1995*).
- Muitos são os fatores de risco intrínsecos tais quais as condições de comorbidade associadas a DM como cardiopatias, câncer, ansiedade, adição (*Stevens, Merikangas & Merikangas, 1995; American Psychiatric Association, 1994*).
- Depressão pode ser tratada com sucesso na maioria dos pacientes com farmacoterapia e/ou psicoterapia (*Schulberg, Katon, Simon & Rush, 1998*). Enquanto nenhum antidepressivo mostrou ser significativamente superior à outros antidepressivos, algumas terapias mostraram-se mais eficientes que outras terapias no tratamento da depressão (*Schulberg & Rush, 1994*).
- A farmacoterapia tem vantagens como ação relativamente rápida na remissão dos sintomas e boa eficiência no tratamento dos sintomas vegetativos, da insônia e dos transtornos do apetite (*DeBattista & Schatzberg, 1995*).

# MAIS algumas informações sobre THMD

- A farmacoterapia tem desvantagens como a dose incerta para melhor eficiência, efeitos colaterais indesejáveis, habituação e 'poop-out' - perda súbita da ação da medicação - além de alto índice de recaídas (*Altamura & Percudani, 1993; Dubovsky, 1997*).
- A psicoterapia também tem suas vantagens e desvantagens. As psicoterapias com melhores resultados em pacientes deprimidos são a Cognitiva Comportamental e a Interpessoal (*Depression Guideline Panel, 1993*). As vantagens incluem a aquisição de habilidades e o reduzido percentual de recaídas, o reforço da auto-estima e o desenvolvimento de habilidades necessárias para a prevenção (*Seligman, 1990; Yapko, 1999*). As desvantagens incluem a grande diversidade de profissionais com abordagens e competência diversas, o enorme tempo que se leva para se obter algum resultado quando comparado com a medicação e o menor efeito sobre os distúrbios neurovegetativos.

# MAIS algumas informações sobre THMD

- O extraordinário desenvolvimento do Projeto Genoma Humano demonstra a existência da predisposição à depressão que opera em associação com as variáveis ambientais que aumentam ou diminuem sua expressão (*Siever, 1997*).
- No caso da Depressão Major os 3 fatores mostram-se bastante importantes. O genético como predisponente e o psicológico e social como desencadeantes (Kaelber, Moul & Farmer, 1995). Ao contrário, no Transtorno Bipolar o fator genético tem se mostrado muito mais importante que os demais (*Dubovsky, 1997*).
- A relação entre neurotransmissores e experiências pessoais é bidirecional, isso significa dizer que tanto os neurotransmissores influenciam as experiências pessoais quanto as experiências pessoais influenciam os neurotransmissores (*Azar, 1997; Dubovsky, 1997; Siever, 1997*).
- Existem evidências de que a psicoterapia afeta os níveis de neurotransmissores no cérebro (*Schwartz, 1996*).

# Algumas coisas que sabemos sobre o tratamento do THMD com psicoterapia

- Existem orientações que podem ser encontradas em Depression Guideline Panel, 1993, em casos de depressão com respeito ao tratamento psicoterápico e descritos a seguir.
- Os melhores resultados são observados em Terapias Cognitivas, T. Comportamentais e Interpessoais. A escolha do modelo terapêutico utilizado dependerá dos sintomas descritos pelo cliente e não pela preferência do terapeuta.
- A relação cliente/terapeuta possibilita a psicoeducação e o desenvolvimento de estratégias sob a execução sobretudo de tarefas, além de explorar idéias relevantes e perspectivas.
- Durante o processo terapêutico é fundamental ensinar o paciente a desenvolver habilidades para poder resolver o que for preciso oferecendo-lhe procedimentos para isso.
- Os resultados são tanto quanto melhores se a psicoterapia for orientada para o objetivo em si buscando o desenvolvimento de habilidades que buscam tal objetivo ao invés de se deter à fatos da história do paciente. **A hipnose tem um papel relevante aqui.**

# Guia de tratamento e fatores de risco para depressão

- Após um extenso levantamento bibliográfico afim de construir um guia oficial de tratamento para depressão o autor descreve algumas conclusões descritas abaixo.
- A busca de causas históricas individuais que justifiquem a depressão é desnecessário (chamou de event-driven perspective).
- Os melhores resultados vêm do que chamou de 'process-driven perspective', uma abordagem o qual se crê que o processo da depressão tem início numa interpretação errônea ou negativa de suas experiências pessoais. Aqui leva-se em conta elementos tais quais o estilo perceptual, estilo cognitivo, nível social e habilidade para solucionar problemas (*Seligman, 1989*).

# A hipnose é um tratamento eficiente para os pacientes deprimidos?

- Existem inúmeros artigos que demonstram como a depressão, muitas vezes presentes em pacientes com outras doenças, como naqueles com dores crônicas, melhoram sob tratamento pela **hipnoterapia** (*Crawford & Barabasz, 1993; Lynch, 1999; Montgomery, DuHamel & Redd, 2000 etc...*).
- Depressão é uma manifestação multidimensional, envolvendo padrões específicos cognitivos, emocionais e comportamentais, devendo o tratamento também ser multifacetário e interligado, como a farmacoterapia e técnicas psicoterápicas, sendo que quando comparamos pacientes deprimidos tratados com hipnoterapia com outros sem **hipnoterapia**, os resultados daqueles mostraram-se significativamente melhores (*Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena & Patterson, 2000; Schoenberger, 2000 e etc...*).
- A **hipnoterapia** mostra-se mais eficiente quando buscamos identificar e desenvolver ferramentas de uso mais i.e.d (imediato, eficiente e disponível), intrínsecas ao cliente utilizando-se de uma abordagem cognitiva, comportamental ou interpessoal (*Spanos & Coe, 1992; Yapko, 1990, 1995*).



# Hipnose, construindo uma expectativa real

- A **teoria Cognitiva**, em particular, crê que a depressão apoia-se em 3 pilares:
  - Expectativas negativas.
  - Interpretações negativas dos fatos.
  - Auto-avaliação negativa.

*(Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)*

# Hipnose, construindo uma expectativa real

- Clientes com expectativas negativas mais acentuadas correm maior risco de suicídio (*Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 1990*), tanto quanto o sucesso terapêutico é menor nesses casos.
- Expectativas negativas do futuro estão também associadas à mudanças do humor, adoecimento orgânico, pior ajuste social e redução na produtividade em clientes deprimidos (*Seligman, 1989, 1990*).

# Hipnose, construindo uma expectativa real

- A **hipnoterapia** pode ser utilizada como uma ferramenta valiosa na construção de expectativas reais positivas (*Yapko, 1988, 1992, 1993, 2001*).
- A ‘progressão’ em **hipnoterapia** é a tática que melhor permite criar uma visão motivadora do futuro (*Torem, 1987, 1992; Yapko, 1988, 1990, 1992*).
- Importante frisar que criar expectativas REAIS ao cliente é fundamental, mas não a única intervenção que deve ser realizada no paciente deprimido. Deve-se considerar a auto-estima além de se considerar uma interpretação mais positiva (*Yapko, 2001*), sob novos pontos de vista dos fatos vistos até então pelo cliente apenas por sua perspectiva geradora da crença da culpa do outro (melancolia) ou dá culpa de si mesmo (depressão).

# Sintomas de depressão e fatores de risco como alvos para a intervenção:

- De todos os sintomas observados em pacientes com depressão e descritos no DSM-IV, tais quais, desinteresse, insatisfação, transtornos do apetite e libido, mudanças no peso corporal, transtornos do sono, agitação, cansaço, culpa excessiva e inadequada, redução na concentração, pensamentos de morte e suicídio; parece ser a **insônia** e o **cansaço físico** os sintomas mais comuns no cliente deprimido em todos os continentes, em todas as culturas (*Weissman et al, 1996*).
- Os casos de clientes tratados de depressão sem remissão da **insônia** são os com maiores índices de recaídas (*Kravitz & Newman, 1995*).

# Sintomas de depressão e fatores de risco como alvos para a intervenção:

- Por meio da **hipnoterapia** pode-se sugerir relaxamento e redução da **ruminação**. É a ruminação o elemento mais importante que desencadeia a **insônia e a fadiga**. Ruminar é como passar o tempo empilhando dezenas e dezenas de livros sobre o mesmo assunto, com as mesmas idéias e com as mesmas conclusões insatisfatórias. **Cansa**.

# Sintomas de depressão e fatores de risco como alvos para a intervenção:

- A **hipnose** pode ser uma ótima ferramenta utilizada pelo psicoterapeuta com o objetivo de ensinar o cliente a 'ir mais devagar', eliminar suas ruminções, estabelecer limites mais consistentes entre seus diferentes papéis (profissional, pai, mãe, filho, amigo de si mesmo etc...), e separar no dia a dia os momentos de pensar do momento de dormir.
- Alguns aspectos devem ser trabalhados durante a hipnoterapia, buscar respostas para as seguintes questões: '**qual é a minha parte, a minha real responsabilidade nos eventos negativos? Tais acontecimentos são duradouros ou transitórios? Tais acontecimentos afetam todos os elementos da minha vida, ou apenas alguns?**' (Sacco & Beck, 1995). Assim, para a indução devemos considerar o modelo cognitivo do cliente (se abstrato ou concreto, mosaico ou linear, redutor ou amplificador - negativo ou positivo?), e o modelo perceptual (interno ou externo, cinestésico, visual ou auditivo).

# CONCEITO DE HIPNOSE

---

Técnica utilizada com o objetivo de trazer bem estar físico, emocional e psicossocial ao indivíduo por meio do estado hipnótico; estado esse considerado um estado de consciência o qual observa-se abandono espontâneo ou sugerido de boa parte dos sentidos exteroceptivos e proprioceptivos através da focalização da atenção em uma imagem, som ou ideia de um modo geral, podendo-se a partir de então modificar-se um comportamento por meio da evocação e redirecionamento de um sentimento como resultado da orientação de um pensamento (sugestão), que pode-se apresentar como um diálogo interno, metáforas ou imagens.

Mello, P.

---

# Técnicas de Indução e Condução Hipnótica

---

Podemos classificá-las em três grandes grupos:



**CLÁSSICA**  
**ERICKSONIANA**  
**INTERMEDIÁRIA**



# CLÁSSICA

**Com essa denominação encontram-se a descrição de várias dezenas de técnicas que em geral tem como pontos comuns:**

- relação de transferência baseado na segurança, patriarcal.**
- desenvolvimento rígido na obtenção dos fenômenos hipnóticos, passo a passo.**
- utilização de sugestões sem indicações de possibilidades, é um comando sugestivo.**

# Escaia de profundidade hipnótica Torres-Norry & Moraes Passos :

<b>Etapas</b>	<b>fenômenos essenciais</b>	<b>fenômenos auxiliares</b>
<b>hipnoidal - 95%</b>	<b>oculares corporais</b>	
<b>leve - 85%</b>	<b>cataplepsia ocular mov. automática</b>	<b>desafio apagamento</b>
<b>média - 60%</b>	<b>analgesia sugestão hipnótica simples</b>	<b>surdez sinal hipnógeno</b>
<b>profunda - 25%</b>	<b>amnésia superficial conversar sem acordar abrir os olhos sem acordar amnésia profunda anestesia profunda</b>	
<b>sonambúlica -15%</b>	<b>visualização cênica alucinação sugestão pós-hipnótica</b>	

# ERICKSONIANA

**Desenvolvida por Milton Erickson em meados do século XX, baseia-se em:**

- Indução motivadora, eliciadora e ratificadora, levando-se em consideração a dinâmica do paciente, apresentando-lhe sugestões orientadoras e aparentemente repletas de possibilidades de resposta. Indução e condução orientada pelas características intrapsíquicas de percepção, de elaboração do pensamento e psicossociais. Objetiva-se estágios mais ou menos bem definidos tais quais: motivar, metaforizar, mover, responsividade e recursos.**

# INTERMEDIÁRIA

**Técnica que leva em consideração modelos clássicos de indução hipnótica utilizando-se de técnicas sugestivas não tão permissivas quanto a ericksoniana, nem tão rígidas quanto a técnica clássica. Em geral utiliza-se de modo análogo sugestões orientadoras permissivas e comandos sugestivos incluindo-se contra-sugestão, injunção simbólica, causalidade implícita, yes set, no set, citações, dissociação imaginativa etc... misturando-se desse modo técnicas de indução clássica e ericksoniana orientado pelas respostas do paciente.**

**Na Hipnose Intermediária utilizamos muitas vezes as palavras: talvez, pode e deve.**

**Mello, P.**

Site com artigos, cursos, eventos:

[www.gepech.com.br](http://www.gepech.com.br)

Instagram:

gepech\_comportamento\_humano

YouTube:

GEPECH Comportamento Humano

<https://www.youtube.com/watch?v=SfmZpYOyxLE>

---

**GEPECH**

---

Grupo de Estudo e Pesquisa  
em Comportamento Humano