



Rev. Bras. de Hipnose 2018; 29(2): 103-117

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista
Brasileira de
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.com.br

Motivação para Viver e Hipnoterapia

Motivation to Live and Hypnotherapy

Joana Cristina S. Oliveira

Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro – AHIERJ, Rio de Janeiro, Brazil

Resumo.

Os estados motivacionais ou de pulsão são um estado interno, uma vivência efetiva que leva o indivíduo a agir no sentido de satisfazer uma necessidade basicamente corporal. Mas não deve confundir com o instinto, que consiste em comportamentos e não vivências efetivas. Os instintos são comportamentos complexos, estereotipados e inatos, entre os animais de uma espécie com a finalidade de conservação da vida e perpetuação da espécie. Temos como objetivo fazer um levantamento de como funciona o nosso sistema cerebral na busca da motivação para sobreviver e procurar a homeostase e a busca da sobrevivência e a busca do prazer. Nos casos de desequilíbrio como as compulsões, tanto alimentares como sexual, podemos cuidar destes desequilíbrios buscando as causas dos mesmos através da aplicação da hipnose nas suas mais variadas formas.

Palavras-chave. Motivação, Estado Motivado, Hipnoterapia, Transtornos Alimentares, Transtornos Sexuais.

Abstract.

The motivational states or drives are an internal state, an effective experience that leads the individual to act in order to satisfy a basically bodily need. But it should not be confused with instinct, which consists of behaviors and not effective experiences. Instincts are complex, stereotyped and innate behaviors among animals of a species for the purpose of preserving life and perpetuating the species. We aim to survey how our brain system works in the search for motivation to survive and search for homeostasis and the search for survival and the search for pleasure. In cases of imbalance such as compulsions, both food and sexual, we can take care of these imbalances by looking for their causes through the application of hypnosis in its most varied forms.

Keywords. Motivation, Motivated State, Hypnotherapy, Eating Disorders, Sexual Disorders.

1. Introdução.

Quando fazemos uma reflexão sobre os nossos diversos comportamentos, concluímos que muitos deles não têm conteúdo cognitivo ou emocional claro, não sendo também simples ou automático como um reflexo.

O estado motivacional que gera impulsos é um estado interno diferenciado, uma vivência efetiva que leva o indivíduo a agir no sentido de satisfazer uma necessidade basicamente corporal. Mas não deve ser confundido com o instinto, que consiste em comportamentos e não vivências efetivas. Os instintos são comportamentos complexos, estereotipados e inatos, entre os animais de uma espécie com a finalidade de conservação da vida e perpetuação da espécie.¹

A vontade é um processo psíquico de escolha de uma entre várias outras possibilidades de ação, sendo uma atividade consciente que direciona a ação. A vontade é uma elaboração, sendo

uma atividade consciente que direciona a ação. A vontade é uma elaboração cognitiva a partir de impulsos influenciados por fatores intelectuais e socioculturais.²

O processo volitivo tem quatro etapas que são a intenção ou o propósito, a deliberação, a decisão e a execução. A intenção tem uma tendência à ação e esta intimamente relacionada com os impulsos. A deliberação é uma ponderação consciente sobre as alternativas de ação com avaliação dos aspectos positivos e negativos e as possíveis implicações de cada um. A decisão é a opção por uma das alternativas de ação e a execução é a própria atividade psicomotora, é a realização.²

Quando há uma alternativa quantitativa que pode ser para menos ou para mais, a atividade volitiva fica alterada conforme estas características. No caso da diminuição da atividade volitiva chamamos de *Hipobulia*, quando ocorre à abolição da mesma, chamamos de *Abulia*. Nos dois casos ocorre indisposição, franqueza, desânimo, falta de energia, perda de interesse, de espontaneidade, de iniciativa com conseqüente inibição da psicomotricidade. Temos como exemplos de *hipobulia*: a anorexia (perda do apetite), a falta de libido e a insônia que são resultantes do enfraquecimento dos impulsos, com debilidade das tendências à satisfação das necessidades corporais.³

Já no caso do aumento da atividade volitiva temos a *hiperbulia*, que se apresenta como um sentimento de força, energia, disposição, aumento da iniciativa, da espontaneidade, do interesse no mundo externo, com conseqüente aumento da psicomotricidade.

Na alteração qualitativa há uma alteração da vontade, que pode ser apresentada como ato impulsivo e ato compulsivo, comportamentos desviantes em relação aos impulsos, ambitendência. As características dos atos impulsivos são atos desprovidos de finalidade consciente, súbitos, incoercíveis, incontroláveis. Não há seqüência no processo volitivo, não havendo a deliberação e decisão, sai da intenção para a ação. Isto ocorre devido a um aumento da intensidade dos impulsos ou de um enfraquecimento dos mecanismos de inibição e refreamento. Os atos compulsivos levam o indivíduo a realizar algo, sendo a realização não imediata, mas após haver muita deliberação consciente até com resistência à realização. Mas, os atos impulsivos e compulsivos nem sempre levam a uma sensação de prazer, mas um certo, alívio, muitas vezes temporário.³

A emoção é uma experiência subjetiva acompanhada de manifestações fisiológicas perceptíveis exteriores, mensuráveis, permitindo uma análise através dos métodos da Neurociência. A emoção é subjetiva, pois somente aquele que a sente é que pode descrevê-la conforme sua percepção, mas a emoção é passível de ser analisada devido às manifestações orgânicas registradas através da atividade cerebral por imagens e traçados eletrofisiológicos.⁴

A emoção tem valor adaptativo garantindo a sobrevivência dos indivíduos, da sua espécie e a comunicação social. O vínculo biológico entre emoção e sobrevivência é nítido em animais. O animal predador sobrevive se exercer com competência a agressão para dominar e matar a presa e assim sobreviver. Já a presa tem comportamento defensivo ou de fuga. Deste modo, ambos sobrevivem até a idade adulta garantindo a reprodução e perpetuação da espécie. Também ocorre uma demonstração de força para a disputa da fêmea, criando dominância e submissão no grupo, delimitando território para as fêmeas e filhotes.^{3,4}

O homem possui as emoções de medo, raiva, alegria, tristeza, amor e ódio, encantamento, agônias, desprezo, desespero, pânico, inveja e outras. Estas emoções são positivas e negativas (prazerosa ou desagradável) que podem prolongar ou interromper a experiência emocional. Quando a emoção é positiva é classificada de recompensa e quando negativa é chamada de punição. A emoção negativa, como o medo, ansiedade e estresse, são graus diferentes de uma mesma experiência emocional.^{2,4}

A raiva, que pode provocar agressão, é também uma emoção negativa, assim como a depressão e a tristeza. As emoções negativas são mais conhecidas devido às reações fisiológicas mais presentes e registráveis. Temos como exemplo no caso em que nos sentimos ameaçados, há uma

aceleração da frequência cardíaca e respiratória, a Pele se torna pálida e com sudorese fria. Estes sintomas são chamados de manifestações fisiológicas, que são respostas autônomas, ou seja, comandadas pelo sistema nervoso autônomo. Estas respostas são fracas ou inexistentes para uns e fortes e nítidas para outros. As alterações podem ocorrer nos sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário, endócrino e imunológico. Também estão presentes respostas motoras estereotipadas, reflexas, involuntárias ou complexas com ação voluntária (gritos, gestos, choro).^{4,5}

As respostas emocionais imediatas são aquelas que ocorrem logo no início da emoção, diretamente relacionadas com um estímulo disparado. Quando estes estímulos permanecem ou quando há um distúrbio afetivo, as emoções podem se tornar crônicas, com respostas prolongadas, mantidas por hormônios e do sistema imunológico. Isto acontece nos casos de estresse e na ansiedade, situação de tensão ou medo crônico, e podem causar danos físicos e até a morte.⁵

Razão e emoção são aspectos genéricos de um mesmo contínuo, como expressão das mais sofisticadas propriedades do cérebro humano. São operações mentais acompanhadas de uma experiência interior, capaz de orientar o comportamento e realizar os ajustes fisiológicos em resposta a esta operação. Destacamos como racional o pensamento lógico, o cálculo mental e resolução de problemas, e como emocional, o medo, a raiva, a agressividade e o prazer.

Temos como objetivo fazer um levantamento de como funciona o nosso sistema cerebral na busca da motivação para a sobrevivência. Quais as áreas cerebrais que vão atuar nos estados motivacionais. As motivações ou estados motivacionais são impulsos que nos direcionam a realizar certos ajustes corporais e de comportamentos. Algumas vezes fazem parte os mecanismos homeostáticos, ou seja, de regulação do equilíbrio do meio interno do organismo. Temos como exemplo as sensações de calor e frio, levando a buscar a regulação da temperatura corporal; a sede que leva a regulação do equilíbrio hidros-salino; a fome que regula a oferta de energia e nutrientes e o peso. Estes estados motivacionais e os respectivos ajustes fisiológicos são essenciais à sobrevivência.

Os estados motivacionais criam uma tensão chegando até ao desconforto, elevando o nível de alerta do indivíduo e disparando a execução de uma sequência ordenada de comportamentos dirigidos ao objetivo de gerar prazer ou dissipar a tensão e os desconfortos iniciais. Exemplificamos como estado motivacional a fome e o ato de comer um comportamento motivado provocado pela fome.¹

O hipotálamo é a região cerebral que centraliza essas funções. Para isto utiliza informações neurais proveniente de diversos receptores sensoriais estrategicamente posicionados e de informações químicas provenientes de diversas substâncias circulantes, que são os hormônios secretados pelas glândulas endócrinas. Com estas informações, o hipotálamo ativa o sistema nervoso autônomo e o sistema endócrino e emite através deles, comandos neurais e químicos para os diversos órgãos e tecidos, para realização de ajustes fisiológicos necessários. Também há ativação de outras regiões neurais que irão provocar os comportamentos motivados, ações de busca de abrigo, alimento e outros. O sistema límbico é composto por regiões associadas e envolvidas com vários aspectos das emoções e comportamentos.⁶

A seguir abordaremos cada motivação ou estados motivacionais para entendermos as funções de nosso corpo e que nos leva à sobrevivência e ao prazer.

2. Motivação e Comportamentos Motivados.

São identificadas três classes de comportamentos motivados⁷:

A *primeira classe* é o comportamento elementar, bem como definida e determinada por forças fisiológicas, com vantagens adaptativas que garantem a sobrevivência do indivíduo no meio ambiente, tal como procura de agasalho ou roupas leves, a ingestão de líquidos e alimentos adequados, visando a regulação da temperatura corporal.

A *segunda classe* obedece às forças fisiológicas não tão bem definidas. Temos como exemplo o sexo. Existe um impulso que nos leva a buscar um (ou uma) companheiro(a) e atitudes para conquista-lo(a), o que nos leva ao prazer. Na visão biológica esta busca visa somente garantir a sobrevivência da espécie, facilitando a reprodução. Mas na maioria das vezes a motivação é a busca do prazer.

A *Terceira classe* não é determinada por uma necessidade biológica identificável. Neste caso temos o trabalho e estudo que nos motiva para ascensão social, melhoria do nível de vida ou busca do prazer do conhecimento.

Buscamos o prazer também quando vamos a um cinema, teatro, quando acreditamos em ideias coletivas, quando participamos de partido político, organização comunitária ou igrejas. Portanto estas classes de comportamentos motivados envolvem ações apetitivas – satisfação da necessidade motivada e ações consumatórias, que realiza realmente satisfação final, sendo esta automática, reflexa.⁷

A homeostase e a busca do prazer atuam em todos os comportamentos motivados. O prazer é entendimento intuitivo. Este prazer pode até provocar a compulsão, quando é repetido exageradamente um comportamento consumatório, podendo causar até dependência física ou psicológica. A homeostasia é a permanência da constância do meio interno com natureza reguladora.⁷

O hipotálamo é um centro integrador fundamental devido à sua comunicação com grandes áreas do sistema nervoso central, vários órgãos periféricos através do sistema nervoso autônomo e do sistema endócrino e, também, recebe informação de todos os órgãos que controla.⁶

Com o avanço dos estudos experimentais foi verificado que o hipotálamo quando lesionado em determinados locais, podem ocorrer desmotivação. As conclusões tiradas com o estudo foram que o hipotálamo não atua sozinho, sendo articulado com as áreas corticais de controle, responsáveis por estados motivacionais, sistemas motores somáticos que comandam os comportamentos correspondentes e os sistemas eferentes neurais e humorais, como o sistema nervoso autônomo, sistema endócrino e imunológico, realizadores das funções fisiológicas. Também concluiu-se, que a ação coordenadora do hipotálamo, com outras regiões neurais, exclui a ideia de centros de função antagonica e que a divisão de tarefas entre as diversas regiões neurais envolvidas, dá ao hipotálamo a coordenação dos comportamentos consumatórios, mas que os comportamentos ou ações apetitivas, exemplificados com os tremores de frio, que seriam controlados pelo hipotálamo, em resposta a uma queda de temperatura ambiental e sanguínea/corporal.^{6,7} Portanto o hipotálamo é o grande coordenador da homeostase, por controlar os comportamentos consumatórios e os ajustes fisiológicos em paralelo.

O hipotálamo é uma estrutura que ocupa a porção ventral do diencéfalo, engloba a região coberta pelo quiasmo óptico e se estende para trás até a borda do mesencéfalo. O infundíbulo é uma haste de tecido neural em forma de funil, que conecta o hipotálamo com a hipófise. Os corpos mamilares são duas saliências esféricas.

São inúmeras as conexões do hipotálamo, participante de várias funções. As conexões são feitas por feixes de fibras tais como o feixe prosencéfalo medial, fascículo longitudinal dorsal, o fórnix, via amígdala ventral e o feixe mamilo-talâmico. O feixe prosencéfalo medial foi o local de maior estudo experimental em animais.⁶

O feixe prosencéfalo médio e o fascículo longitudinal dorsal direcionam grande parte das informações sensoriais que serão utilizadas pelo hipotálamo para orientar o comportamento motivado, sendo as conexões olfatórias importantes no comportamento alimentar e sexual reprodutor.⁶

Também da retina e do tálamo visual originam projeções que terminam no núcleo supraquiasmático, informando sobre as variações da luz ambiente. Este núcleo participa da sincronização de atividades orgânico-comportamental com o ciclo circadiano. Devido a estes ajustes fisiológicos que a temperatura corporal apresenta oscilações a cada vinte e quatro horas, a ingestão de líquidos e alimentos com momentos definidos a cada dia, e a atividade sexual reprodutora sofre

oscilação neural principalmente nas mulheres. O ritmo mais interessante desta fisiologia é a alternância entre a vigília e o sono.⁶

O hipotálamo também recebe informações do sistema límbico, que interpreta e responde aos estímulos externos e internos de caráter emocional. O complexo amigdalóide chamado de *botão disparador* das noções emocionais, emite um número de fibras para o hipotálamo através da via amigdalofugal ventral. O hipotálamo utiliza estas informações para realizar ajustes fisiológicos necessários nas situações que geram experiências subjetivas que denominamos de emoções.^{6,7}

Ele, o hipotálamo, utiliza também os sinais químicos circulantes para realizar ajustes fisiológicos e os comportamentos motivados. Estes sinais ficam quase na sua totalidade, em torno dos ventrículos sendo chamados de órgãos circunventriculares, com capacidade receptora típica, tais como permeabilidade da barreira hematoencefálica, com capilares fenestrados e presença de receptores moleculares nos seus neurônios para diferentes substâncias circulantes. Estas características fundamentais permitem que os sinais químicos oriundos do organismo tenham acesso aos neurônios dos órgãos circunventriculares, possibilitando uma resposta específica a cada um.

O órgão vascular e regiões hipotalâmicas são responsáveis pela termorregulação pela ingestão de líquidos e com receptores para moléculas de citocina circulante, relacionada com a febre, e células osmorreceptoras que, quando estimuladas, provocam a secreção de hormônio antidiurético pela neuro-hipófise.^{6,5}

O órgão subfornical (abaixo do fórnix) e a área postrema emitem axônios para vários núcleos hipotalâmicos. Os neurônios do órgão subfornical possuem receptores para a angiotensina II que entre várias ações, causa a sede e sinaliza a necessidade de ingestão e retenção de água. Isto se dá pela conexão dos seus axônios terminais com núcleos hipotalâmicos reguladores da homeostase hídrica do organismo.

Já a área postrema é um centro quimiorreceptor para o reflexo do vômito e se localiza próximo ao núcleo do trato solitário no tronco encefálico, cujos neurônios conectam-se com o hipotálamo. Este recebe informação proveniente das vísceras através de sinais neurais veiculados pelos nervos cranianos e sinais químicos veiculados pela circulação sanguínea e convertidos em sinais neurais pela área postrema, que são utilizados pelo hipotálamo para regular o comportamento alimentar e a função cardiovascular.

2.1. Regulação da Temperatura Corporal.

A termo regulação é a manutenção da estabilidade da temperatura corporal. Todo o tempo o nosso corpo (organismo) trabalha para manter a temperatura corporal em torno dos 37° C, temperatura esta essencial na manutenção da homeostase e garantir as reações enzimáticas.⁶

Quando a temperatura ambiente está abaixo dos 20 °C ou acima dos 35 °C, sentimos esta sensação desconfortável de frio ou calor (estados motivacionais) e aí tomamos certas iniciativas para regular a temperatura corporal (comportamentos motivados). Há variações de acordo com cada indivíduo para aliviar o desconforto, mas o processo é o mesmo.⁷

Servomecanismo Natural. Os termos receptores periféricos e centrais formam o sistema de retroação, o hipotálamo faz a integração e o sistema nervoso autônomo, o sistema endócrino e o sistema neuromuscular formam o controlador. Sendo que o ponto de ajuste é feito pelo integrador hipotalâmico.⁶

No humano, a temperatura corporal cresce lentamente durante o dia, com maior intensidade no final da tarde e durante a noite vai decrescendo até a madrugada, iniciando novamente o ciclo. Portanto, o ponto de ajuste é sincronizado ao ciclo circadiano, pelo núcleo supraquiasmático do hipotálamo e transferidos para outras regiões do hipotálamo.

No caso de doenças, como na infecção, as células imunológicas ao contato com o agente infeccioso liberando citosinas pirogênicas que adentram no hipotálamo através dos capilares fenes-

trados dos órgãos vasculares da lâmina terminal e ativam a área pré-óptica adjacente. Com o ponto de ajuste alterado o servomecanismo termo regulador passa a admitir uma temperatura corporal mais alta do que a normal.

A temperatura é controlada por duas regiões diferentes do organismo, que são superfície externa (pele) e interna (mucosa digestiva e respiratória), sujeita a influência direta do ambiente, e no sangue que expressa a temperatura dos órgãos e regiões do corpo. Portanto o integrador hipotalâmico trabalha com a interação destas duas medidas de temperatura.

Através da pele (termo receptores periféricos) a variação de temperatura do ambiente atinge o sangue, onde a temperatura é monitorada pelos termos receptores centrais. Existem numerosos neurônios hipotalâmicos sensíveis à temperatura, aumentando ou diminuindo a temperatura corporal (hipotálamo posterior e hipotálamo anterior).

O hipotálamo anterior ativa os controladores subreguladores, diminuindo o tônus vascular simpático periférico provocando sudorese e aumentando a frequência e amplitude respiratória, fazendo a dissipação do excesso do calor corporal. Já o hipotálamo posterior ativa os controladores supra-reguladores, gerando estimulação simpática nos vasos cutâneos e tremores musculares, levando a geração e conservação de calor corporal.^{6,7}

Atualmente ainda não é bem conhecida a natureza da interação entre os dois componentes integradores do hipotálamo e seus respectivos controladores. Mas o que se sabe é que há participação das conexões do hipotálamo com os núcleos parassimpáticos do tronco encefálico e a coluna intermédio-lateral (simpático) da medula espinhal. Também há respostas autônomas e neuroendócrinas, mas do hipotálamo quando a temperatura ambiente é muito baixa e prolongada, havendo uma ativação simpática do tecido adiposo marrom, aumentando o seu metabolismo energético e gerando calor, assim como secreção de hormônios tireotróficos pela adeno-hipófise, aumentando a circulação sanguínea de hormônios tireoidianos, levando a um aumento da taxa metabólica produzindo mais energia que possibilita a condição de resistência ao frio ambiente maior.^{6,7}

Vimos que o afastamento do ponto de ajuste de temperatura ambiente ativa comportamentos motivados apropriados, acionando o hipotálamo, e este, regiões corticais que comandam a ação de busca de abrigo, agasalho, conforto.

2.2. Regulação Ingesta Líquida.

São dois os estados motivacionais - a sede e o apetite salino - um nos leva a ingerir água e o outro a ingerir alimentos contendo sal. Assim se forma o servomecanismo regulador natural. Ele é determinado por dois pontos de ajuste, que são o volume total de líquidos no organismo com representação no volume de sangue circulante (volemia) e a osmoralidade dos tecidos representada pela concentração de íons de sódio encontrados na região extracelular do organismo.⁷

A sede é ocasionada pela diminuição do volume sanguíneo (hipovolemia) e o aumento de concentração de sódio extracelular (hipernatremia), isto se dá devido à eliminação de água através da respiração, suor e urina e pela ingestão de alimentos salgados. No caso de hipovolemia e hiponatremia buscamos ingerir mais alimentos com concentração de sódio. A hipovolemia também pode ser consequente a hemorragias, vômitos ou diarreias.⁷

Existem receptores sensoriais que detectam estas variações que são os barorreceptores sensíveis às alterações de pressão sanguínea e os osmorreceptores que detectam as alterações osmóticas. Ambos são células capazes de detectar os estiramentos das membranas provocando intumescimento ou “murchamento” das mesmas por entrada ou saída de água.^{6,7}

Outros receptores são quimiorreceptores que detectam hormônios que regulam a ingestão de líquidos e sal, como a Angiotensina II e a Aldosterona. Estes receptores são periféricos nas paredes dos vasos sanguíneos - corpos carotídeos e aórticos, nas veias que alimentam o coração e no pró-

prio tecido do atrial existem fibras nervosas barorreceptores sensíveis à alteração da pressão venosa. Também existem na circulação renal.^{6,7}

As fibras aferentes transmitem as informações ao núcleo do trato solitário através do nervo vago sobre a pressão arterial e pressão venosa. Também a informação é feita por receptores centrais localizados em vários órgãos circunventriculares e regiões hipotalâmicas (área pré-óptica, hipotálamo anterior e núcleo supra-óptico). A diminuição do volume sanguíneo detectado pelos rins leva a secreção da renina, que estimula a Angiotensina II.^{6,7}

Na hipovolemia, neurônios dos núcleos hipotalâmicos são ativados e resulta em secreção de Vasopressina (hormônios antidiuréticos) pela neuro-hipófise, que fará a vaso constrição periférica e uma ação renal com reabsorção de sódio e de água pelos túbulos renais, diminuindo a formação de urina.⁶

Na hipernatremia ocorre produção de hormônio ACTH pela adeno-hipófise e o córtex suprarrenal é estimulado a secretar Aldosterona (hormônio antidiurético), favorecendo a reabsorção de sódio pelo rim, diminuindo também a produção de urina. Os comportamentos motivados como busca e obtenção ativa de água e ingestão de alimentos salgados envolvem a participação de regiões corticais.⁶

2.3. A Fome e a Regulação de Ingesta Alimentar.

Comer é o resultado da diminuição das reservas de combustíveis metabólicos e outros nutrientes disponíveis no organismo. Isto causaria o estado motivacional chamado fome e impeliria o indivíduo a comer. Já a presença de nutrientes em abundância no organismo faz com que não nos alimentemos. Esta era a ideia que retinha sobre a regulação de ingesta alimentar. Mas uma nova ideia surgiu, informando que o impulso de comer seria constante, quase um instinto permanente, inibido por sinais químicos e neurais provenientes dos alimentos e das reservas energéticas do organismo, a não ser nos momentos necessários para comer.⁶

A fome é um estado motivacional complexo que provoca comportamentos apetitivos em busca de alimentos. É determinada pelo estado antecipatório que é a produção de alimentos e a sua preparação. Também tem comportamento “consumatório” que é o ato de buscar e ingerir o alimento.^{6,7}

A homeostasia alimentar se compõe de vários ajustes fisiológicos automáticos, sendo um servomecanismo que mantém o metabolismo celular atendendo à demanda energética de seu funcionamento constante. Além de ser uma homeostase calórica ou energética, por envolver o equilíbrio das fontes de energia metabólicas e substâncias químicas essenciais no processo metabólico (são os macronutrientes – proteínas, carboidratos, lipídios – e os micronutrientes – aminoácidos, vitaminas, certos minerais).

A energia dos alimentos pode ser armazenada nos tecidos (tecido adiposo nas ligações químicas dos triglicerídios, músculos esqueléticos e no fígado (glicogênio). Quando na alimentação ocorre uma grande ingesta de carboidratos, estes são convertidos em triglicerídeos e depositados no tecido adiposo.

O servomecanismo da regularão alimentar precisa receber informação sobre o nível de nutrientes presentes no trato gastrointestinal e circulação sanguínea e a quantidade de nutrientes acumulados nos tecidos de reserva. Este servomecanismo tem um ponto de ajuste variável, as variáveis são mal definidas, os sinais de retroação são inúmeros e os circuitos neurais envolvidos são complexos.

Também há variante deste servomecanismo, podendo o seu ponto de ajuste variar um mesmo indivíduo em função do seu estado emocional, tipo de alimento ingerido, quantidade de exercício praticado, idade, fatores culturais e genéticos.^{6,7}

A variável controlada pelo servomecanismo de regulação da ingestão alimentar, mais provável é a glicemia (concentração de glicose no sangue), combustível usado pelas células. Pressupõe-se

que a queda da glicemia leva à ingestão de alimentos para restaurar o equilíbrio no sangue, interrompendo a refeição quando este fosse alcançado. O hormônio Insulina, secretado pelo pâncreas, controla os processos metabólicos de síntese e armazenamento de glicogênio e outras substâncias energéticas em vários tecidos. A glicemia cai quando este hormônio é circulante no sangue, permitindo que a glicose seja absorvida pelas células. A glicose, também é armazenada sob a forma de glicose e armazena no fígado.^{6,7}

Neurobiologia da Fome.

A ingestão alimentar é estimulada quando os primeiros alimentos chegam à boca e inibida quando o alimento chega ao intestino e começa a absorção. Foi verificado que a ativação dos aferentes gustatórios da cavidade oral estimula o comportamento de ingestão alimentar, através do núcleo do trato solitário e do córtex gustatório, assim como os aferentes do vago que inervam o estômago, sinalizam o seu enchimento através da distensão das paredes gástricas enviando a informação ao núcleo do trato solitário, este ao hipotálamo lateral e ao córtex cerebral.

Existem substâncias (hormônios) secretados quando o alimento chega ao estômago, que circulando pelo sangue, estimulam os receptores moleculares específicos; temos como exemplo a colecistocininas, que vão influenciar a ingestão alimentar. Outros sinais mais duradouros têm ação sobre a ingestão alimentar, um destes sinais seria a glicemia que aumenta a cada refeição. O aumento da glicemia leva a uma ativação parassimpática do pâncreas, resultando enzimas hidrolíticas para digestão de nutriente e insulina, que carrega glicose para o interior das células.

Também temos a Leptina, secretada pelo tecido adiposo, que atua no hipotálamo, informando a quantidade de gordura acumulada no organismo, fazendo o controle do estoque de gordura em depósito. Quanto maior o tecido gorduroso maior a produção e circulação de leptina, inibindo cronicamente a ingestão, decorrendo o controle do apetite e não tem ação própria no comportamento alimentar.

2.4. Sexo e a busca do prazer.

O sexo entre os seres humanos diferencia entre os animais na característica do prazer, o que contribui para uma maior aproximação entre um homem e a mulher, também garantindo a reprodução da espécie. Não se sabe se o sexo foi a primeira fonte de prazer nos humanos, mas temos a certeza que o prazer do sexo tornou-o independente da função de reprodução e que não é só o sexo que nos dá prazer, mas outras fontes de prazer como comer, beber, participar de esportes, ler, etc. Concluímos que a vida em sociedade é uma constante busca do prazer.⁸

O comportamento sexual é conseqüente à interação de sinais neurais e químicos provenientes do todo o corpo, sendo integrados pelo hipotálamo, com participação de outras regiões cerebrais. O prazer também depende do sistema mesolímbico que é capaz de responder a estímulos que geram um estado motivacional complexo e comportamentos repetitivos em busca cada vez mais do prazer, podendo chegar à compulsão e dependência.^{7,8}

O comportamento motivado sexual pode ser apetitivo e consumatório; o primeiro com a função de atrair o sexo oposto, provocar excitação sexual e preparar o organismo para o comportamento consumatório, que compõe o ato sexual.⁸

O ser humano emite sinais, tais como cheiro natural, vocaliza característica, frases com conteúdo do sedutor que irá atrair o seu oposto (mulher/homem). Estes comportamentos apetitivos de atração regulados pelos hormônios sexuais, que ocasionará movimentos de aproximação (olhares, gestos sedutores, movimentos de exposição do corpo). Os comportamentos motivados preparam o corpo para a consumação da atração (ereção peniana, intumescimento do clitóris, lubrificação das vias genitais femininas).⁸

Estudos recentes do comportamento sexual humano verificaram que a excitação sexual cresce em paralelo nos parceiros, atingindo um patamar que evolui para o organismo ou reflui. O ho-

mem tem um orgasmo seguido de um período refratário, com diminuição da excitação e permanece em baixa estimulação por algum tempo. A maioria das mulheres não tem período refratário, podendo assim ter múltiplos orgasmos.

O hipotálamo é o principal integrador do comportamento sexual, sendo a área pré-óptica e hipotálamo ventromedial as primeiras a serem identificadas neste processo. Nessas áreas há vários receptores para os hormônios esteroides gonadais, que são sinais químicos que estimulam o desempenho de suas funções no comportamento sexual.

Na diferenciação sexual, os seres humanos utilizam a forma do corpo como indicador principal de diferenciação do sexo, mas também os sinais característicos como o cheiro, gestos, movimentos corporais, modos de falar, maneiras de olhar etc. Mas temos a cultura e a vida social que podem dificultar a identificação nos casos de indicadores comportamentais nos indivíduos intersexuais.⁸

O hipotálamo, certas regiões corticais e comissuras cerebrais têm morfologia diferente no homem e na mulher. Já a medula espinhal tem o núcleo que controla o músculo bulbo-esponjoso existente em machos, mas não em fêmeas. Este músculo localiza-se na base do pênis, sendo que em, recém-nascidos, existe em ambos os sexos (pênis e clitóris), mas com o desenvolvimento puberal, os hormônios androgênicos mantêm este músculo nos machos e atrofia nas fêmeas e desaparece.

A hipótese da aromatização foi aceita pela descoberta de que em vários núcleos do hipotálamo, em homens e mulheres, existem numerosos receptores moleculares para o estrogênio, mas não para o androgênio. Os fetos de ambos os sexos apresentam uma proteína plasmática, a *alfa-fetoproteína*, que se liga aos estrogênios circulantes, sequestrando-os e impedindo a sua passagem para o tecido cerebral pela barreira hematoencefálica, não permitindo a masculinização do hipotálamo nas fêmeas. Isto ocorre devido à aromatização dos androgênios, transformando a testosterona em estradiol.

Os estados consumatórios são comandados pelo hipotálamo, que controla cada uma das variáveis ou o nível dos hormônios; relevantes a cada caso. Os comportamentos apetitivos, que são apreendidos, ou seja, associados a sentimentos de prazer, estão relacionados ao feixe prosencefálico medial, que passam nas regiões mais laterais do hipotálamo. Também verificou-se que esse feixe contém fibras de diferentes sistemas.⁸

3. Transtornos Alimentares e Sexuais.

3.1. Anorexia Nervosa.

É uma perda deliberada de peso, abaixo do mínimo aceitável, preocupação excessiva com a forma e o peso. Ocorre em mulheres jovens, principalmente em países ocidentais industrializados, e maior índice em modelos e bailarinas.

A sua etiologia pode genética, por fatores socioculturais (onde a magreza subintende-se como beleza), negação da sexualidade ou fantasia de fecundação oral, inanição com alteração de neurotransmissores e níveis hormonais sexuais baixos. Tem relação também com o transtorno do humor e transtorno de ansiedade.²

A mulher se sente gorda, ou tem medo de engordar, com perda de peso progressiva e continuada, com conseqüente perda do apetite, alteração da autoimagem corporal, com padrões alimentares ritualizados, sexualidade pouco desenvolvida (infantilizada). Este quadro se inicia na infância ou adolescência.^{2,3}

As complicações clínicas devido à desnutrição a osteoporose, hipotermia, bradicardia, hipotensão, edema, anemia, pseudo-atrofia cerebral. O tratamento é multiprofissional (psiquiatria, endocrinologia, nutricionista).

3.2. Bulemia Nervosa.

É caracterizada por ataques de hiperíngestão alimentar seguida de uma atividade de não comer todos os dias, não há continuidade no ato de comer². Ocorre em mulheres jovens, associado a transtorno de humor e de ansiedade. Supõe-se que haja uma deficiência serotonina. Pode estar associada à culpa ou vergonha. O bulímico apresenta surtos de hiperfagia, com sensação de perda de controle, com ingestão de grande quantidade de alimentos e de forma rápida, com consequentes vômitos auto-induzidos e uso de laxativos. As complicações clínicas podem ser cardiomiopatias por alcalose metabólica, dilatação ou ruptura gástrica, erosão dentária, esofagites, pneumonia por aspiração. O quadro bulímico tem início por volta dos 15 anos de idade e pode ser subsequente à anorexia nervosa. O tratamento mais eficaz é a psicoterapia, associada à farmacoterapia.³

A Hipnose busca o fator originário do distúrbio. Através da hipnose, busca-se esclarecer a origem da bulimia e levar a eliminação do medo, da baixa autoestima, levando a um equilíbrio do humor e da ansiedade.

3.3. Disfunções Sexuais.

A sexualidade e a saúde são um processo *biopsicossocial*:

- *bio* - acasalamento, proteção ao outro e dedicação à cria.
- *psico* - ambiente, processos cognitivos, emoções, personalidade expressões paixão.
- *social* - variação no tempo social.⁸

Modelos de cultura. Significados dos vínculos ao longo da vida. As bases psicológicas das disfunções sexuais estão ligadas a fatores experienciais. Na infância há cinco fases no desenvolvimento sexual⁹:

- **Fase Oral** - correspondendo ao primeiro ano de vida, com sensações de prazer sediadas na boca (suga o seio materno, a chupita, bico da mamadeira, dedo). Nos casos de repressão dessa fase podem resultar em práticas sexuais orais desviantes.
- **Fase Anal** - durante o segundo ou terceiro ano de vida, com desvio da atenção para o aparelho digestivo (prazer de defecar, reter fezes, controlar). As manifestações patológicas desta fase são os desvios sexuais anais e homossexuais e sadomasoquismo.
- **Fase Fálica** - do terceiro ao quinto ano de vida, quando a curiosidade se manifesta em toro da genitália externa, com exploração do próprio corpo e descoberta da diferença entre os sexos. Nesta fase há a contemplação prazerosa do objeto erótico, podendo ser a sede do desenvolvimento patológico como o voyeurismo ou exibicionismo.
- **Fase de Latência** - do nascimento até a puberdade, com impulsos libidinosos adormecidos.
- **Fase Genital** - ocorre na puberdade, com concentração do erotismo nos órgãos genitais.

Segundo Freud, o complexo de Édipo não resolvido é a causa única e específica da patologia sexual. Este complexo é decorrente da culpa, frustração, ansiedade e conflito com o genitor do mesmo sexo, quando a criança escolhe um genitor (menino - *mãe*, menina - *pai*) como objeto erótico.⁹

3.3.1 - Disfunções Sexuais do homem.

As causas físicas podem ser doenças endócrinas como a disfunção da pituitária, levando a alteração do nível da testosterona; doenças que alteram o tônus muscular; doenças neurológicas, diabetes avançado, uso de drogas, álcool.⁸

Disfunção erétil. É uma incapacidade persistente, total ou parcial para iniciar e/ou manter uma ereção suficiente para manter o coito até a ejaculação. Os fatores mais frequentes são a tensão, fa-

dieta, diabetes, nível baixo de andrógeno, doença debilitante, problemas hepáticos, uso abusivo de narcóticos, álcool e dedicação estrogênica e parassimpaticolítica.⁸

As causas psicológicas são os problemas edipianos não resolvidos, fobias dos órgãos genitais femininos, secreções vaginais ou odor sexual, medo do fracasso sexual, exigências sexuais.

Ejaculação precoce. É a ejaculação de forma muito rápida, por ausência constante ou intermitente do controle involuntário. As causas físicas englobam enfermidade anterior da uretra, patologias do trajeto do nervo controlador do orgasmo, como na esclerose múltipla. As causas psicológicas podem ser sentimentos sadistas em relação às mulheres, nos casos de relações apressadas nos bancos de carros, ambientes sem privacidade, relações com prostitutas e posições inadequadas, coito interrompido.⁸

Ejaculação Retardada. Também definida como incapacidade ejaculatória. É uma incapacidade ejaculatória intravaginal, decorrente de práticas masturbatórias. As causas físicas podem ser devido ao uso de medicamentos que prejudicam o tônus simpático, drogas, álcool, intervenções cirúrgicas, enfermidades do sistema nervoso. As causas psicológicas podem ser uma reação do medo infantil de ser abandonado pelo objeto principal do amor (mãe), com conseqüente medo de ser abandonado pela mulher, competição com a esposa pela luta pelo poder, descoberta de infidelidade da esposa, em casos que sofrem severo castigo quando pego em prática de masturbação.¹⁰

3.3.2 - Disfunções Sexuais da mulher.

As causas psicológicas são os conflitos inconscientes não resolvidos com relação à sexualidade, distúrbios nas relações com parceiros, culpa inconsciente ligada a expressão da sexualidade, como impulsos de afirmação e de independência.¹⁰

Disfunção do Orgasmo. Ocorre quando há uma sensação de suspensão ou interrupção momentânea da acuidade sensorial, percepção de um calor agradável no clitóris e vagina, pelve e após todo corpo, percepção das contrações musculares da vagina.

Vaginismo. É um reflexo de defesa da musculatura da pelve, que impede parcial ou totalmente a penetração na vagina, dificultando ou impedindo o coito. Também o medo ligado a experiências traumáticas (estupro, informações incorretas sobre a vida sexual, educação restritiva e primitiva, fobias de gravidez, de câncer, exames ginecológicos traumáticos, partos difíceis).^{8,10}

Dispareunia. É a dificuldade no coito, expressa pela dor. A principal causa é orgânica, como a lubrificação vaginal inadequada, uso de drogas, álcool, ausência de apetite sexual, malformações vulvovaginais, vulvovaginites, lesões dermatológicas, infecção no aparelho urinário, inflamações pélvicas, cistos ovarianos, gravidez ectópica, endometriose, excitações pélvicas prolongadas, coito interrompido.^{8,10}

O tratamento das disfunções; sexuais com medicamentos específicos, além do tratamento da insegurança, da baixa autoestima, da ansiedade, do temor do desempenho sexual. Podendo se usar técnicas de relaxamento, dessensibilização dos fatores de ansiedade. Pode refazer também a terapia de casal. As medidas específicas para cada caso devem ser observadas e cuidadas para melhor resultado no tratamento.⁸

4. Hipnose na Motivação para Viver.

É um estado da consciência durante o qual está alterada a susceptibilidade e a sugestão está aumentada. Durante a hipnose o terapeuta pode ajudar o paciente a redecidir, ressignificar, remodelar, dessensibilizar o afeto indesejado, desestruturado, o fato traumático, com estimulação dos sistemas vegetativo, imunológico, endócrino e peptídeo em busca da cura. Este é um recurso científico baseado em conhecimentos fisiológicos.^{2,11,12}

São várias as técnicas hipnóticas, tais como: prova de susceptibilidade, pestanejamento sincrônico, fixação do olhar, procedimento de levitação (elevação do braço), representação cênica (hipnose em crianças), mirada mútua (método de Bernhein), entrecruzamento de mãos etc.¹³

As aplicações da hipnose se enquadram nos distúrbios alimentares e sexuais, devendo cada paciente ser considerado único e como tal merecedor de todo cuidado e atenção na abordagem e tratamento hipnótico do seu distúrbio.

4.1. O reflexo e a atividade nervosa.

Pavlov estudou e desenvolveu uma cadeia de descobertas dos reflexos próprios da atividade do córtex cerebral, levando a uma concepção fisiológica. Segundo Descartes *o reflexo é uma transformação de uma excitação sensitiva em uma excitação motora ou secretora*, havendo uma ligação indissolúvel entre a sensibilidade e o movimento, com as manifestações do sistema nervoso reduzidos a fenômenos senso-motores.

Com seus estudos Pavlov modificou este conceito, declarando que *a base fisiológica da adaptação são os reflexos*.¹⁴

Magendie demonstrou pelo estudo do reflexo medular a passagem da sensibilidade pelas raízes posteriores da medula e o reflexo motor nas raízes anteriores, determinando com precisão a relação das áreas inferiores do sistema nervoso com reflexo. Mas, mesmo com estes estudos, ainda ficavam obscuras as funções do cérebro. Foi Pavlov quem demonstrou experimentalmente que os fenômenos do mundo exterior agem diretamente sobre a nossa fisiologia por intermédio do sistema nervoso central. Com estes estudos concluiu que há dois tipos de reflexos básicos: os incondicionados e os condicionados, que mantêm o estado de equilíbrio do indivíduo com o meio ambiente.¹⁴

Os reflexos incondicionados ou absolutos são constituídos por uma ligação nervosa permanente entre um excitante imutável e uma ação bem determinada do organismo. Estes representam o estado de equilíbrio com os elementos fixos do meio e constituem a herança da espécie. Estes reflexos encontram-se estabelecidos no sistema nervoso desde o nascimento e permitem ao indivíduo viver nos primeiros dias e adquirir um sistema de equilíbrio mais aperfeiçoado. Temos os seguintes reflexos incondicionados, estudados por Pavlov em profundidade: o reflexo alimentar, de defesa, de investigação e de liberdade. Sendo estes, reflexos de sobrevivência e o reflexo sexual, sendo referente à preservação da espécie.¹⁴

Os reflexos incondicionados são absolutos, inatos, estáveis, característicos da espécie, enquanto os reflexos condicionados são adquiridos, instáveis, incontáveis, característicos do indivíduo e ocasionalmente necessário.

Todo novo estímulo ambiental, que sinaliza um condicionamento, é um estímulo de importância vital, relacionado com a necessidade biológica da adaptação. Os reflexos dependem dos estímulos e do funcionamento do sistema reticular bulbo-mesodiencefálico.

O reflexo é uma *ligação nervosa temporária entre um dos inumeráveis fatores do meio e uma atividade bem determinada do organismo*, segundo Pavlov. Todos os elementos do meio podem se tornar um estímulo condicionado, sendo que o ambiente condiciona o indivíduo.¹⁵

Segundo a escola pavloviana, um reflexo condicionado pode se transformar, de geração em geração, em ligação estável, inata enriquecendo a herança da espécie, transformando em reflexo incondicionado. Todas as manifestações de interocepção, todas as modificações ou perturbações do meio interno podem ser ponto de partida de reflexos condicionados e atuar como sinais de excitantes absolutos.¹⁵

4.2. Estímulos, reflexos e atividade cortical na hipnose.

Estímulo é qualquer modificação no meio exterior ou interior, com qualidade necessária para ser percebida pelo organismo, e estímulo depende da excitabilidade. O estímulo pode ser imedia-

to (luz, calor, som etc.) e mediato (palavra). Também dividimos o estímulo em débil, mediano e forte. Na hipnose utilizamos o estímulo débil e nas apresentações de hipnose de palco, é utilizado o estímulo forte. Quando o estímulo tem origem no meio exterior (luz, calor, som) é chamado de exteroceptivo, e quando deriva do meio interior é chamado de interoceptivo (contração intestinal, hiperacidez gástrica).⁶

Os estímulos interoceptivos podem ser proprioceptíveis, viscerceptivos e hemoceptivos. Os proprioceptíveis são aqueles ocasionados nos ossos, articulações, tendões, músculos, aponeurose e periósteo, que regulam os movimentos voluntários e a postura. Os viscerceptivos se originam nas vísceras (intestinos, estômago). Os hemoceptivos partem do coração e vasos. Os estímulos são captados por células, chamadas de receptoras, também com a classificação de exteroceptores e interoceptores conforme o tipo de estímulo que captam.⁶

O centro cortical é estimulado pela formação reticular que recebe informação do analisador, composto por uma via específica, conforme a área de estímulo, e uma via colateral. A excitação e a inibição são os dois aspectos fundamentais do processo nervoso cortical, com certa instabilidade ou labilidade, ou seja, constante luta. Toda estimulação exerce sobre o córtex cerebral dupla ação: excitante e inibitória, sendo que em alguns pontos corticais o processo é inibitório e em outros excitatório.⁶

Na hipnose quando empregamos métodos de fixação do olhar, há uma produção de tensões no aparelho ocular que levam a uma fadiga muscular e sensorial, semelhante a que ocorre imediatamente antes do sono normal, isto porque há uma estimulação contínua levando a uma excitação e posterior inibição do córtex cerebral. Portanto, os olhos constituem importante papel no complexo desencadeador da hipnose.¹²

A emoção é um fator preponderante na indução da hipnose, assim como no seu aprofundamento. A formação reticular tem papel importante na conduta emocional. A neurodinâmica da emoção necessita de um circuito emocional compreendido pelo hipocampo, núcleos talâmicos anteriores, circunvolução do cíngulo, área entorrinal e hipocampo. Também há um circuito inverso, que sai dos núcleos talâmicos intralaminares e das áreas septais, via até o fórnix e daí ao hipocampo; do hipocampo dorsal a área entorrinal, estria medular, substância reticular do tronco cerebral.¹³

Quando na indução hipnótica a emoção é intensificada, há uma liberação subcortical que induz negativamente o córtex cerebral. Esta emoção pode ser resultado da ação de determinados estímulos partidos do operador e do meio que rodeia o paciente, da ação condicionada de várias lembranças ou pelo desejo de cura.¹³

A intensidade e qualidade da emoção determina o grau de profundidade do transe hipnótico. O estado de vigília e o de sono são intercalados por várias fases, que são: estado normal (vigil), fase de nivelção, a fase paradoxal e a fase ultraparadoxal. Na hipnose se utiliza a fase paradoxal com grande propriedade, onde os estímulos débeis têm maior efeito que os estímulos fortes.^{12,13}

Para a obtenção da hipnose utilizamos a estimulação mediata, a palavra, e estímulos imediatos como os estímulos tácteis, luminosos, sonoros. Os estímulos calóricos têm alta hipnogenia, desde que tenham certos limites, com agradável sensação (bolsas com água tépida). Quando se utiliza a estimulação mediata associada a uma estimulação imediata, com o tempo será somente necessária uma estimulação imediata para induzir o estado hipnótico.¹³

Pela palavra se sugerem as sensações próprias da sonolência e do sono. Para cada tipo de paciente será empregado um tipo de estímulo para obtenção dos efeitos desejados. Nos indivíduos com tendência obsessiva, a palavra é de difícil acesso, devendo ser empregados estímulos imediatos, monótonos. E conforme aumenta o número de sessões, a hipnose é cada vez mais facilmente obtida devido ao condicionamento.

Todos os executantes externos, principalmente do hipnólogo, desempenham o papel de excitantes condicionais do estado hipnótico e assim nas futuras sessões facilitará o aparecimento do

estado hipnótico. Nos casos onde a estimulação imediata sobrepõe a verbal, devendo coincidir sempre uma com a outra, de modo a produzir a irradiação da inibição do primeiro para o segundo sistema de sinalização. Comumente se emprega o estímulo verbal associado ao estímulo cutâneo e ao visual. Todos os elementos presentes no local de atendimento servem como estímulos-sinais coadjuvantes para a obtenção do estado hipnótico, portanto, a importância de se manter um local para as sessões. A base do sinal hipnogênico é a inibição condicionada, em que estímulos mediatos e imediatos sinalizam um estado inibitório.¹³

O sinal hipnogênico constitui um conjunto de estímulos-sinais que podem produzir, conforme as circunstâncias, relaxamento e sono hipnótico. O estímulo cutâneo (no lóbulo da orelha) permite um condicionamento mais persistente. Para Pavlov o estado hipnótico se pode obter de duas maneiras: pela estimulação súbita e intensa por meio da palavra, capaz de produzir instantaneamente a hipnose, e pela estimulação verbal monótona, débil, ritmada e contínua, que leva ao desenvolvimento progressivo da inibição cortical, com abrangência de zonas mais ou menos extensas.

Por meio da palavra de forma súbita ocorre uma inibição de extensas áreas corticais. Nos pacientes do tipo intelectual, quando a hipnose é dificultada, associamos um estímulo sonoro repetido, débil e monótono até que o estado inibitório seja sinalizado pelo estímulo verbal.

Os movimentos automáticos que produzimos em pacientes, damos uma determinada ação muscular, repetida continuamente, em movimentos definidos. Ao se provocar o desafio de movimentos põe-se em evidência o fato de que o paciente não pode ou não tem vontade de parar o movimento. O desafio deve ser suave, sem associá-lo à ideia de comando autoritário. O desafio produz uma excitação na zona de vigília, que por indução negativa aumenta a área de inibição do córtex.

A ação verbal do hipnólogo promove a formação de um foco concentrado em excitação na zona auditiva do córtex e em seguida produz diminuição do tônus nas zonas inibidas do córtex, contribuindo para o desenvolvimento de uma inibição sonífera difusa em áreas cada vez mais profundas. Promovendo uma dissociação funcional profunda e estável do córtex em zonas de sono e de vigília própria para a hipnose. A sugestibilidade depende de maior ou menor concentração na zona de transferência. A boa sugestibilidade pode ser interpretada como a capacidade do indivíduo responder bem aos condicionamentos reflexos permitidos pela irradiação eletiva.

Na hipnose o córtex está em inibição parcial com um tono baixo. Um excitante condicional como a palavra, ao incidir sobre o cérebro pouco ativo, produz facilmente, segundo as leis da irradiação e da contração, um poderoso foco de excitação. Este foco de excitação rodeia uma potente inibição que se estende a todas as outras áreas, tornando a palavra predominante.

A indução e a manutenção do estado de hipnose dependem das seguintes condições: da qualidade e da duração dos estímulos perturbadores, de condições fisiopatológicas, do tipo nervoso e do estereótipo dinâmico.

Normalmente utilizam-se estímulos débeis, monótonos, persistentes e ritmados. Sempre o estímulo verbal que pode ser associado ao estímulo imediato. A sua duração deve ser persistente até alcançar a indução hipnótica e manter o estado hipnótico. O local de execução da hipnose deve ser com temperatura agradável, silêncio, com pouco estímulo luminoso, ausência de perfumes exagerados, procurando-se sempre manter o mesmo ambiente. Também tem que haver um bom estado geral do paciente, não sendo aconselhável haver a sensação de fome, frio, calor excessivo, estados debilitados de saúde.

5. Conclusão.

Com este trabalho buscamos mostrar o mecanismo da motivação para sobreviver e procurar a homeostase e a busca da sobrevivência e a busca do prazer. Nos casos de desequilíbrio como as

compulsões, tanto alimentares como sexual, podemos cuidar destes desequilíbrios buscando as causas dos mesmos, através da aplicação da hipnose nas suas mais variadas formas.

Temos sempre em mente que não é só a satisfação das necessidades do nosso corpo que buscamos, mas o prazer que resulta de cada motivação, o prazer do belo, saboroso e assim aprimoramos as nossas possibilidades de obter satisfação em nossas vidas diariamente. Somos seres que buscam o aprimoramento e a felicidade através de nossas motivações de homeostase física e bem estar psicológico.

Referências.

1. Todorov JC, Moreira MB. The concept of motivation in psychology. Rev. Bras. Ter. Comport. cogn. 2005; 7(1):119-132.
2. Cheniaux Jr, E. Manual de Psicopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002.
3. Maslow, A. H. Deficiency motivation and growth motivation. In M. R. Jones (ed.), Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska, 1955.
4. Reeve, John Marshall. Motivação e Emoção. Rio de Janeiro-RJ: LTC, 2006.
5. Murray EJ. Motivação e Emoção. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
6. Lent R. Cem Bilhões de Neurônios Conceitos Fundamentais de Neurociência. São Paulo: Atheneu, 2004.
7. Silverthorn DU. Fisiologia Humana: uma abordagem integrada. Ed. Manole, 2003.
8. Instituto Paulista de Sexualidade (Org.). Manual de Técnicas de Terapia Sexual. Aprimorando a Saúde Sexual. São Paulo: Summus.
9. Freud S. Um caso de histeria, Três ensaios sobre sexualidade e outros Trabalhos. 1901-1905. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006.
10. Masters W, Johnson V. A incompetência sexual: suas causas, seu tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
11. Faria OA. Hipnose Médica e Odontológica. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1979.
12. Akstein D. Hipnologia. Rio de Janeiro: Hypmos, 1973.
13. Bernheim H. Hypnosis and Suggestion in Psychotherapy. Jason Aronson Inc., 1993.
14. Vigotsky LS. Teoria e Método em Psicologia. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2004.
15. Pavlov IP. Resposta de um Fisiologista aos Psicólogos, 1932 in: Alvarez AC (org.) Textos de Ivan Pavlov, Fisiologia e Psicologia. Lisboa: Estudios Cor, 1976.