

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

**Os sonhos: uma estrada real pouco explorada nos tratamentos
psicoterápicos de orientação cognitiva**

Thales de Bessa Marques dos Santos

Belo Horizonte
2012

Thales de Bessa Marques dos Santos

**Os sonhos: uma estrada real pouco explorada nos tratamentos
psicoterápicos de orientação cognitiva**

Monografia apresentada ao curso de especialização em Psicoterapias Cognitivas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como pré-requisito para a obtenção do título de especialista em psicoterapias cognitivas.
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Nicolato

Belo Horizonte
2012

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antônio Rubem e Maria de Lourdes Bessa, a minha vó, Regina Bessa (in memoriam), por serem meus exemplos de dedicação, coragem, honestidade, simplicidade e comprometimento para enfrentar os desafios que a vida me coloca ao longo de minha caminhada. Alicerces sobre os quais construí minha morada.

Ao meu irmão, Túlio, pelo carinho e disponibilidade em ajudar de sempre.

Aos colegas de sala, em especial, Fernanda Junco, Lourdes Maria, Maria Fernanda, Geraldo Lacerda e João Holanda, pelos bons momentos compartilhados.

Aos professores, em especial, Rute Velásquez, pelos ensinamentos valiosos e acolhida receptiva no AMTRA/Hospital Borges da Costa, onde pude aprender muito, o que contribuiu para eu enxergar mais longe do que era capaz de fazer.

Ao orientador, professor Dr. Rodrigo Nicolato, pelos esclarecimentos e disponibilidade.

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi compreender a importância do uso dos sonhos nas psicoterapias cognitivas nos enfoques racionalistas/objetivas e construtivistas e de que maneira podem auxiliar na condução do tratamento. No percurso, foram abordados conceitos principais de ambos os enfoques e técnicas de uso dos sonhos nos tratamentos. Para se atingir o objetivo, foi feita pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados científicas. Os resultados encontrados foram baixa incidência de uso dos sonhos nos tratamentos, bem como pequena quantidade de trabalhos científicos relacionado sonhos com psicoterapia cognitiva, embora foi possível compreender que o trabalho com os sonhos se mostra uma técnica que contribui positivamente para a reestruturação cognitiva e ampliação e organização dos significados e, também, na anamnese e diagnóstico.

Palavras-chave: Psicoterapia Cognitiva; Sonhos; Construtivismo; Objetivista

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 PSICOTERAPIAS COGNITIVAS E OS SONHOS.....	14
2.1 Psicoterapias cognitivas objetivistas/racionalistas.....	14
2.1.2 O trabalho com sonhos nas psicoterapias cognitivas objetivistas/racionalistas.....	18
2.2 Psicoterapias cognitivas construtivistas.....	21
2.2.1 O trabalho com sonhos nas psicoterapias cognitivas construtivistas.....	24
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

*Te vejo errando e isso não é pecado,
Exceto quando faz outra pessoa sangrar
Te vejo sonhando e isso dá medo
Perdido num mundo que não dá pra entrar¹*

Embora a existência de sonhos não pareça ser uma exclusividade dos seres humanos, sendo provável, também, em outros mamíferos (REVONSUO, 2000), certo é que, de uma maneira ou outra, despertam atenção das pessoas. Para algumas, apenas algo sem importância, que se tornará uma oportunidade para se dar início a uma *conversa de elevador*; Para outras, preditores de situações de perigo ou sorte, que irão afetar a maneira como se portarão ante a vida no dia posterior ao sonho ou por muito tempo depois de sua ocorrência.

Para a ciência, sonho é uma experiência universal da natureza humana que consiste em uma atividade mental imprevisível e não volitiva, responsável por gerar internamente experiências sensório-motoras, verbal, cognitiva e emocional, cuja ocorrência está condicionada a uma adequada ativação cortical, portanto, a preservação das áreas cerebrais envolvidas, uma oclusão aos estímulos externos e a perda da consciência de controle do *self*. Os sonhos podem manifestar ações e eventos formando enredos imaginários, as vezes, fantasiosos e sem qualquer possibilidade de acontecerem realmente, os quais mediante técnicas específicas podem ser controladas deliberadamente pelo sonhador. Ocorrem, na grande maioria, quando o indivíduo encontra-se dormindo, embora seja possível a ocorrência de sonhos em estados de alto relaxamento, em ambiente escuro e ainda desperto². Predominantemente, os conteúdos sensoriais são do tipo visual e auditivo. Há, também, presença de comportamentos motores variados, como a realização de atividades físicas e manipulação de objetos. Os conteúdos verbais podem ser escritos ou falados (ouvidas ou produzidas pelo sonhador), sendo que os conteúdos cognitivos também englobam diferentes aspectos das funções executivas (planejar, raciocinar, pensar etc), memória, habilidades de navegação espacial. No entanto, mesmo aqueles sonhos cuja narrativa é rica em elementos, a memória geralmente é rapidamente perdida. Experiências emocionais nos sonhos são frequentes, intensas, e possivelmente inclinadas a emoções negativas, cuja intensidade pode ser alta a ponto de despertar a pessoa. Ainda, provavelmente todas as categorias de

¹ Música “Na estante” da banda de pop rock baiana “Pitty”.

² Michael Mahoney (2003) esclarece que, a partir dos estudos mais recentes, não mais é possível fazer uma distinção tão clara entre os estados de vigília, sono e sonho, devendo ser compreendidos como um espectro.

experiência onírica descritas acima estão sujeitas a muitas alterações e distorções que são improváveis de acontecer na vida desperta (DEISSELES *et all*, 2011; DOMHOFF, 2010; MAHONEY, 2003; SOLMS, 2000).

Povos antigos entendiam os sonhos como mensagens divinas ou demoníacas, as quais teriam capacidade de lhes dizer o que o futuro lhes reservava. Assim, ante a dificuldade de se conhecer quais eram os significados das mensagens trazidas pelos sonhos, buscavam-se pessoas que eram consultadas com intuito de se decifrar estes significados. Além de preditor do futuro, os sonhos eram vistos pelos povos antigos do Mediterrâneo como fonte de cura para suas doenças, os quais se dirigiam ao templo do deus Asklepio com intuito de conseguir ter sonhos curativos (FREUD, 1987; WALSH; VAUGHAN, 1993).

Na mitologia grega, há a figura de deuses responsáveis pela produção onírica, os *Oneroi*, filhos de *Hypnos*, deus do sono, e de *Pasithea*, deusa do descanso e relaxamento. *Morpheus*, o mais conhecido dentre os *Oneroi*, teria o papel de produzir sonhos com imagens de pessoas e que traziam mensagens dos deuses. *Phobetor*, personificação dos pesadelos, produzia sonhos com grandes e assustadores animais. Já *Phantasus*, produzia os sonhos falsos e fantasiosos. Diferentemente, *Ikelos* tinha a capacidade de fazer os sonhos serem mais reais (HARD, 2004; MORPHEUS, 2011).

Pandora, embora tenha sido advertida para que não abra, sob hipótese alguma, a linda caixa que recebera de presente de Júpiter, o deus dos deuses, ela, após um sonho em que trazia imagens lindas sobre o seu possível conteúdo, não seguiu a advertência e abriu, libertando, com isso, todos os vícios e maldades humanas, restando, na caixa, apenas a Esperança (FRANCHINI; SEGANFREDO, 2007).

Na Bíblia, relatam-se vários sonhos que José teve e as interpretações que ele fazia, sendo inclusive, em um dado momento, convocado pelo Faraó do Egito para interpretar um sonho que ninguém conseguia fazê-lo. Nesta interpretação, José esclarece a Faraó que o futuro lhe reservava sete anos de fartura e sete anos de miséria, orientando-o sobre a importância de se evitar o desperdício nos sete primeiros e de estabelecer governadores para lhe auxiliar na administração de sua terra (Gn, 37-45).

Também a filosofia se interessou pela temática dos sonhos, embora das primeiras construções acerca desse tema, feitas ainda na Grécia antiga, restarem apenas alguns fragmentos. A Heráclito de Èfeso, considerado o pai da dialética, é atribuída a ideia de que, quando despertados, compartilhamos de apenas um mundo, mas, quando estamos dormindo, se ocorrem sonhos, cada um de nós construímos infinitos universos particulares. Os pitagóricos entendiam que o ar era repleto de almas, que adentravam no sujeito, influenciando seus

sonhos. Para Empédocles de Agrigento, por outro lado, o conteúdo dos sonhos dependia do sonhador e não de uma instância divina. Já Demócrito de Abdera, um dos fundadores da corrente Atomista, argumentava que todos os animais ou objetos não animados emitiam *eidola*, um tipo de fluxo de energia captada pelos órgãos do sentido e, então, transmitida para alma, esta, a seu ver, equivalente a mente. Assim, os sonhos, também, eram consequência da *eidola*, que faziam as pessoas verem enquanto dormem. Mas, não se trata, em sua concepção, de mera reprodução das coisas vistas, pois a *eidola* carregava em si os atributos subjetivos, como desejos e pensamentos, das pessoas que a emitia (BARBERA, 2008). Além de pensar os sonhos como algo divino com capacidades de predizer o futuro, Platão afirma que todos nós temos uma cabeça animal que se mostra ao dormirmos, na qual um mundo sem lei e bestial existe, onde até mesmo o incesto é possível, mundo esse inacessível quando estamos acordados.

Aristóteles considerando a natureza demoníaca entende, portanto, que os sonhos não são de natureza divina, isto é, mensagens enviadas por deuses. Ele os compreende como uma produção que segue a lógica de funcionamento humano, que seria um tipo de percepção sem a presença de um estímulo externo, e não uma ocorrência dos deuses. Para Aristóteles, os sonhos – que são decorrentes do acúmulo de impressões sensoriais que trafegam pela corrente sanguínea até ativar percepções pelo coração, funcionam como amplificador dos estímulos, uma vez que estão suspensos o juízo e sensações, e, por tal razão, seria um preditor para o início das doenças corporais, pois pequenos sinais do organismo, em sonho, seriam amplificados e se tornariam objeto de atenção daquele que sonha (BARBERA, 2008; FREUD, 1987). Esta consideração, surpreendentemente, encontrará respaldo científico nos estudos contemporâneos sobre sonhos e sua capacidade de predizer doenças, como veremos neste trabalho.

Na filosofia helenística, Epicuro, que sofreu influência das idéias de Demócrito, compreendia que os corpos emitem energia que penetram na mente tanto desperta quanto no sono. Anos depois, por Lucrecio, essa ideia foi expandida e os conteúdos bizarros dos sonhos eram consequência da mistura da energia emitida pelos corpos no ar, antes de chegarem aos órgãos do sentido, a qual provocava sobreposição de imagens, por exemplo, o minotauro seria a mistura da imagem de um homem e de um boi. Para Lucrecio, o conteúdo do sonho seria também influenciado pelas preocupações do sujeito, que funcionariam como uma espécie de filtro dos estímulos recebidos. Cícero, diferentemente de Lucrecio e Demócrito, entendia que a energia viria de dentro do próprio sujeito. Acrescenta, ainda, um componente cognitivo que seria o surgimento das reminiscências e preocupações do dia-a-dia que surgiam, através dos

sonhos, no momento em que o sujeito se encontra relaxado (BARBERA, 2008).

Podemos entender que a filosofia e mitologia foram tentativas iniciais de se compreender um universo complexo e misterioso que é a ocorrência dos sonhos.

Durante vários séculos, em especial na modernidade, os estudos a respeito dos sonhos foram relegados a segundo plano, ora por serem considerados incompatíveis/irrelevantes com o modelo de ciência proposto por Descartes, ora por a igreja considerar o estudo sobre eles algo contrário aos seus preceitos doutrinários (BRITO, 2007).

A psicologia dos sonhos esteve presente há centenas de anos. Mas, sistematicamente, é difícil de estabelecer um marco de quando se começou o estudo científico dos sonhos. Na França, Alfred Maury, em meados do século 19, fez uma série de observações de seus sonhos e tentou estabelecer relações com os estímulos do ambiente e o conteúdo onírico. Na mesma época, Marquis d'Hervey de Saint Denys, coletou por 5 anos seus próprios sonhos e tentou compreender em que grau seria possível controlá-los e se teriam capacidade de oferecer soluções para os problemas do cotidiano (STRAUCH; MEIER, 1996).

Nos Estados Unidos, em 1897, a psicóloga Mary Whiton Calkins publicou um trabalho científico, recebendo destaque na história pela metodologia meticulosa que, além da auto-observação, contou com uma sistematização dos conteúdos, através da qual tentou estabelecer ligações com eventos da vida cotidiana (STRAUCH; MEIER, 1996).

Freud, no início do século 20, publica “A interpretação dos Sonhos”. Neste trabalho, faz distinção quanto ao conteúdo dos sonhos em manifestos e latentes. O primeiro trata-se das imagens e relatos que se encontram disponíveis de imediato ao cliente quando este desperta e se recorda de um sonho. Entretanto, Freud argumenta que esses conteúdos mascaram, devido à censura, o real/verdadeiro sentido que os sonhos trazem ao sonhador, ou seja, o seu conteúdo latente, o qual se encontra por de trás das cortinas da cena que se mostra abertamente.

Assim, para se descortinar e ter acesso ao “verdadeiro sentido”, no qual se encontram as possibilidades terapêuticas a favor do cliente, faz-se necessário o uso da interpretação. Freud propõe que alguns passos sejam seguidos, e numa postura aberta, argumenta que há algumas maneiras de se fazer uma boa interpretação e outras muitas formas inadequadas de fazê-la. Na forma dita adequada, ele entende que há algumas possibilidades técnicas à disposição e a critério de uso do analista, quais sejam: a) começar a interpretação a partir de um elemento específico do sonho, que tenha mais clareza, intensidade sensória, ou a partir de alguma palavra do mesmo; b) desprezar o conteúdo manifesto e indagar ao cliente quais aspectos do dia anterior estão associados com o sonho que fora trazido a análise; c) deixar o

cliente livre para começar suas associações, sem lhe passar nenhuma instrução; d) convidar ao cliente que traga suas associações cronologicamente na ordem em que os elementos do sonho são relatados (método clássico) (FREUD, 1976).

Jung, por sua vez, entendia que não só o corpo é datado histórico e geneticamente, mas que a mente humana e os conteúdos produzidos por ela são também herança de civilizações antigas. Dessa forma, o conteúdo onírico, expressão genuína do inconsciente, que não é visto apenas como um depósito de situações antigas, mas lugar de onde provem novos conteúdos, remete a símbolos, mitos e construções da humanidade e não apenas do sonhador. Símbolos não encerram em si mesmos o seu significado, diferentemente de um signo, como, por exemplo, uma placa de trânsito, que tem um sentido/mensagem fixos, sem possibilidade de qualquer outra leitura. Os símbolos, geralmente criados pela dificuldade de se compreender uma realidade complexa, remetem a outros significados ocultos, os quais são o alvo de interpretação no trabalho com sonhos na perspectiva da psicologia junguiana. Os sonhos são vistos não como uma linguagem racional, mas repleta de símbolos, que podem até mesmo sinalizar eventos futuros ou trazer soluções para problemas do sonhador. Diferentemente de Freud, que a partir das associações a partir do conteúdo onírico remetia para outras idéias, Jung se esforçava em manter o foco nas imagens dos sonhos e desprezava quaisquer inclinações do paciente em se esquivar delas (JUNG, 1969).

Essas concepções interpretativas dos sonhos, na busca de um significado oculto, bem como o aumento da popularidade do behaviorismo, que não levava em consideração a existência de conteúdos mentais (metáfora da caixa preta), como os sonhos, contribuiu para que, no início do século 20, ocorresse o declínio do interesse científico pelo estudo dos sonhos. Assim, “tanto a ênfase na fenomenologia dos sonhos e o uso dos relatos introspectivos iniciados no final do século 19 foram rapidamente desafiados, o primeiro pela psicanálise e o segundo pelo behaviorismo.” (DEISSELES et *all*, 2011, p. 999).

Anos mais tarde, em meados do século 20, novas pesquisas sobre sono e sonho fizeram com que o olhar científico voltasse novamente para essas temáticas. Um dos estudos de maior peso foi o de Nathaniel Kleitman, auxiliado por seus dois alunos, Eugene Aserinsky and William Dement desenvolvido na Universidade de Chicago. Neste estudo, acreditava-se que a ocorrência dos sonhos se dava em um período específico do sono, no qual havia intensa atividade cortical, passível de ser detectada em exames de eletroencefalografia, movimentação rápida dos olhos (REM, *rapid eye movements*) e aumento da frequência cardiorrespiratória. O estágio REM foi por muito tempo vinculado à ocorrência dos sonhos (ASERINSKY, KLEITMAN, DEMENT *apud* DEISSELES et *all*, 2011). Em decorrência

desses achados obtidos através de uma metodologia positivista, agora, havia um marcador objetivo neurofisiológico que poderia ser utilizado como “base segura” para o estudo científico da atividade onírica.

No entanto, em estudos posteriores, constatou-se que a atividade onírica estava distribuída ao longo de todo o ciclo do sono, ou seja, incluindo, também, os quatro estágios “não REM”, responsáveis por 75% do tempo total do sono. Esta constatação levou a superação da simples vinculação REM-produção de sonhos. Nestes estudos, sugere-se que o estágio do sono REM, que é responsável pelos outros 25% do tempo total do sono, funciona apenas como um facilitador neurofisiológico para a atividade onírica e não como único estágio em que ocorre (DEISSELES *et all*, 2011; SOLMS, 2000). Solms esclarece:

REM pode ocorrer sem sonhos e sonhos podem ocorrer sem REM. [...] estes dois estágios são controlados por diferentes mecanismos cerebrais. REM é controlado por mecanismos colinérgicos do tronco cerebral, enquanto os sonhos parecem ser controlados por mecanismos dopaminérgicos do prosencéfalo. (SOLMS, 2000, p. 843)

Hartmann citado por Solms (2000) estabelece uma relação entre os mecanismos dopaminérgicos, o estágio REM e os sonhos. Segundo ele, tais mecanismos possuem a capacidade de “aumentar a frequência, vivacidade e duração dos sonhos sem similarmente afetar a frequência, intensidade e duração do sono REM.” (HARTMANN *apud* SOLMS, 2000, p. 849)

Percebe-se que a ocorrência da atividade onírica se dá pela conjugação de diferentes mecanismos, que envolve dois estágios: ativação cerebral durante o sono, que não está associada diretamente ao sonho, e o sonhar.

No entanto, independentemente de quais aspectos neuroquímicos estão envolvidos na produção dos sonhos, certo é que o relato feito a partir deles pode ser de importância para a condução de tratamentos psicológicos ou de outros campos de saber, pelo fato de indicarem ocorrência de doenças ou mesmo agravarem determinados transtornos.

Sacks (1996) argumenta que o uso dos sonhos nas anamneses tem sido pouco levado em consideração, perdendo, por isso, informações valiosas que contribuiriam para a formulação do diagnóstico, pois as alterações no substrato neurológico “podem alterar os sonhos ou quantitativamente ou em uma maneira impressionante e específicas”, como “um barômetro da saúde e doença neurológica.” (p. 212)

Pacientes masculinos, em fase inicial da Doença de Parkinson, que ainda não apresentam comprometimentos motores, tem variações no conteúdo de seus sonhos, os quais passam a apresentar mais temáticas violentas, em que geralmente o sonhador aparece como

vítima/passivo, bem como recorrência de temáticas envolvendo animais (BUGALHO; PAIVA, 2011).

Chiesa e colegas (2011) verificaram que a ocorrência de sonhos no período em que o paciente encontra-se desmaiado pode ser um dado importante para se realizar o diagnóstico diferencial entre um desmaio causado por uma epilepsia de um desmaio cuja causa pode ser cardiovascular, o que exigiria tratamentos diferenciados.

Na fase de desintoxicação alcoólica, além de prejuízo na qualidade do sono e presença de sintomas depressivos, pacientes tiveram sonhos com tonalidade emocional mais negativa, temáticas assustadoras, agressivas e esquisitas quando comparados a pacientes saudáveis (STEINIG *et all*, 2011).

Alterações na qualidade do sono, bem como presença de pesadelos, os quais acometem de 4 a 8% da população mundial, contribuem para a manutenção dos sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, são indicadores de riscos de suicidabilidade, prodrômicos para a depressão maior, ansiedade, estresse e piora na qualidade de vida em geral (SOFFER-DUDEK, 2011; CUKROWICZ *et all*, 2006; MIRÓ; MARTÍNEZ, 2005). Existe, também, correlação entre outras doenças e o surgimento de temáticas nos sonhos que envolvam partes do corpo, dores, doenças, morte (KING; DECICCO, 2007).

Percebe-se que, historicamente, os sonhos tem sido utilizados por outras abordagens psicológicas e que, atualmente, por outros campos de saber. Portanto, o objetivo do presente trabalho é compreender a importância do uso dos sonhos nas psicoterapias cognitivas nos enfoques racionalistas/objetivas e construtivistas e de que maneira podem auxiliar na condução do tratamento.

Para se atingir tal objetivo, foi feita uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de periódicos e artigos científicos, tais como PubMed, Scielo, Portal de Periódicos da CAPES, utilizando-se das seguintes palavras chaves: sonho(s), psicoterapia cognitiva, terapia cognitivo comportamental, tcc, terapia cognitiva, construtivista, construtivismo, onírico, dream(s), oniric, cognitive therapy, cognitive behavior therapy, cbt, cognitive behavioral therapy.

Considerando a escassa disponibilidade de material em português, tanto no formato de livros quanto em artigos científicos, que trate sobre o assunto, bem como pelo fato de o trabalho com os sonhos serem pouco ensinados nos cursos de formação de psicoterapeutas cognitivos (FREEMAN; WHITE, 2004) e, como consequência, utilizados em baixa frequência nos atendimentos realizados, abre-se oportunidade para estudar uma temática que pode contribuir na condução dos tratamentos e, com isso, promover a saúde mental de pacientes submetidos àquela abordagem.

Sabe-se que o processo psicoterápico encontra desafios e momentos de difícil superação e, por esse motivo, sustenta-se a idéia de que quantos mais recursos terapêuticos o profissional possuir domínio, maiores serão as chances de se conseguir atingir mudanças que levem ao bem estar do paciente.

Como visto até agora, estudos confirmam que os sonhos podem ser preditores de adoecimentos e até mesmo agravar alguns transtornos, como depressão e ansiedade, funcionando como estressor interno.

A partir do presente trabalho, pode-se, também, auxiliar na discussão científica acerca desse tema, dando-lhe maior visibilidade no cenário científico brasileiro e, assim, gerar visões alternativas alargando a sua compreensão.

Outro ponto de importância é o crescente número de publicações científicas sobre a abordagem cognitiva, suas técnicas e resultados alcançados em atendimentos psicoterápicos, sinalizando, portanto, uma convergência do presente trabalho com o cenário científico atual no Brasil e em outros países. Nesse sentido, Rosner e colegas afirmam que a psicoterapia cognitiva tem-se voltado o olhar para assuntos antes vistos como tabu ou de pouca importância, como os sonhos (ROSNER; LYDDON; FREEMAN, 2004, p. 3).

2 PSICOTERAPIAS COGNITIVAS E OS SONHOS

Como já anuncia o título do presente capítulo, nesta monografia se levará em consideração tanto o enfoque objetivista quanto o construtivista quando na abordagem da temática dos sonhos. Esses enfoques trazem visões de homem, mundo e ciência distintos e “talvez usem diferentes estratégias e caminhos”, mas compartilham a “necessidade de mudanças estruturais profundas e de filosofia de vida” para que o paciente consiga atingir e manter ganhos terapêuticos significativos (ABREU; SHINOHARA, 1998, p. 73).

A razão por escolher abordar os dois enfoques se deve ao fato de que, além de proporcionar um olhar mais abrangente sobre o tema, partilhamos das idéias de Abreu e Shinohara (1998) que, no momento atual, vem sendo percebida uma troca positiva entre os objetivistas e construtivistas, que superam a ideia reducionista e falaciosa de que um seja superior ou inferior ao outro. Para eles, caminhamos em direção a um modelo híbrido cognitivo-construtivista “em que todas as contribuições podem ser entendidas como elementos participativos de acumulação de conhecimento” (p. 78), sendo os maiores beneficiados dessas contribuições os próprios psicoterapeutas e pacientes.

2.1 Psicoterapias cognitivas objetivistas/racionalistas

A psicoterapia cognitiva objetivista, genericamente discutida como terapia cognitivo-comportamental, tem seus fundamentos em teorias de Aaron Beck, Alfred Adler, Albert Ellis, Bandura, Lazarus, Mahoney, Meichenbaum, e, pode-se pensar na influência das afirmativas de Francis Bacon, ainda em 1621, sobre a necessidade de se remover as distorções psicológicas com intuito de se ter um conhecimento puro da realidade.

Seu início se deu nos anos 60, impulsionada pela insatisfação devido a não confirmação das explicações provenientes do modelo psicodinâmico sobre os transtornos mentais, sobretudo da depressão, cuja hipótese da raiva dirigida aos outros próximos seria inaceitável e, por isso, o paciente depressivo, inconscientemente, a dirigia para o próprio *self*. A insatisfação também se devia a necessidade postulada de análises, baseadas no *insight*, durante longo período de tempo, para se conseguir ter acesso a questões profundas, as quais seriam as responsáveis pelo transtorno. Somam-se a isso questionamentos científicos acerca

da comprovação de sua eficácia na promoção de mudança do paciente (FALCONE, 2001; BECK, 1997; BECK; DAZIO, 2011; DOBSON, DOZOIS, 2006; MAHONEY, 1991).

Da mesma maneira, o behaviorismo, que detinha grande força na prática clínica até meados da década de 60, foi desafiado por novas proposições teóricas que estavam surgindo naquela época, como aquelas feitas por Bandura acerca do reforço vicariante, por Lazarus e a relação entre ansiedade e os aspectos cognitivos, Meichenbaum e os treinos de auto-instrução, que passam a sinalizar a importância de se considerar o conteúdo da “caixa preta”, ou seja, as cognições na tentativa de se explicar a complexidade do comportamento humano. Isso ficou evidenciado, em especial, no tratamento de pessoas obsessivas, cujo foco apenas no comportamento não era suficiente para auxiliá-las (DOBSON, DOZOIS, 2006).

Além dessas insatisfações, alguns fatores, como a crescente quantidade de estudos que comprovavam a eficácia terapêutica das psicoterapias cognitivas, a auto-denominação de alguns terapeutas como cognitivo-comportamentais, a qual foi iniciada por Beck, Cautela, Ellis, Meichenbaum e Mahoney, a publicação, em 1977, do periódico *Cognitive Therapy and Research*, cooperaram para a criação de um momento no campo científico capaz de despertar interesses de outros profissionais e pesquisadores e, por consequência, o desenvolvimento desta abordagem (DOBSON, DOZOIS, 2006).

Uma das premissas basais da psicoterapia cognitiva é a importância dada ao processamento das informações provenientes do meio, que, além de crucial a sobrevivência, irá ditar a maneira como o sujeito reagirá ante as situações que vivencia, incluindo o planejamento de como fará isso. Longe de ser algo simples, este processamento está relacionado e sofre influência das motivações, emoções e comportamentos do sujeito, aprendidos ao longo de sua vida. Considerando tal premissa, a psicopatologia, na perspectiva da psicoterapia cognitiva, é entendida como um processamento inadequado, distorcido dos eventos, tanto internos quanto externos, ou seja, quando está fundamentado em um sistema cognitivo composto de memórias, pensamentos, crenças, emoções e comportamentos disfuncionais (BECK; DAZIO, 2011).

Diferentemente da psicanálise, o psicoterapeuta, na psicoterapia cognitiva, tem uma postura mais ativa e diretiva, e passa a ocupar o lugar de parceiro no tratamento, que, trabalhando em conjunto, visam “identificar, examinar e corrigir as distorções que causam sofrimento emocional ao indivíduo.” (KNAPP, 2004, p. 20). Sustenta-se a ideia que o paciente pode aprender –portanto, a psicoterapia cognitiva também tem um formato educativo - que sua atividade cognitiva afeta o comportamento, que ela pode ser alterada e monitorada e que sua mudança dependerá da capacidade de reconhecer e alterar suas distorções cognitivas.

Estas são as três proposições comuns às abordagens cognitivas. (DOBSON, 2009; KNAPP, 2004). Contudo, além de trabalhar tais distorções, com objetivo de se conseguir “um processamento de informações mais preciso” (KNAPP, 2004, p. 21) é importante, também, torná-lo “mais flexível e não-absoluto na avaliação dos eventos” (NEENAN; DRYDEN *apud* KNAPP, 2004, p. 21), uma vez que é comum encontrar pensamentos rígidos, super generalizados e absolutistas nos transtornos emocionais.

Dessa forma, as psicoterapias cognitivas objetivistas/racionalistas pressupõem uma realidade tida como única, certa, cujo acesso se dá através do uso correto da razão, a qual cabe, também, o controle das emoções. As representações do mundo são vistas como um reflexo da realidade, fotografias do mundo externo. Nesse sentido, o psicoterapeuta teria a função de ensinar maneiras corretas de se fotografar minimizando as distorções cognitivas, que, a partir da persuasão e prescrição, funcionaria como o “representante das verdades socialmente estabelecidas”, através das quais ensina-se “a prática do bem viver, em que o terapeuta adota o papel de professor e o cliente o de aprendiz”, criticam (NEIMEYER; MAHONEY *apud* FERREIRA, 1998, p. 90; ABREU, 2001).

As distorções cognitivas, que seriam maneiras enviesadas de se fotografar a realidade, influenciam as reações emocionais e comportamentais, e podem estar presentes em três diferentes níveis de processamento cognitivo, indo desde os pensamentos mais superficiais, chamados *pensamentos automáticos*, aos intermediários, conhecidos como *crenças intermediárias/subjacentes*, às mais profundas, *crenças nucleares/centrais* e *esquemas* (KNAPP, 2004).

Os esquemas podem ser entendidos como alicerces principais da estrutura organizacional do pensamento, que “guarda informações e memórias que formam a base das crenças centrais acerca de nós mesmos e dos outros.” (BECK; DAZIO, 2011, p. 398).

Já as crenças nucleares/centrais são um conjunto incondicional de idéias sobre o mundo, nós mesmos e os outros, de característica mais abstrata e profunda, as quais são fruto das experiências iniciais da criança, sobretudo as traumáticas ou decorrentes de problemas de apego com figuras importantes, que se tornam mais fortalecidas com o passar do tempo pela frequência das experiências, cujas memórias vão se consolidando às crenças já existentes. De grande força e inquestionáveis, dão as informações principais que o sujeito irá utilizar para compreender a si mesmo e os outros. Trabalhar em psicoterapia para alterá-las é o objetivo mais importante e, também, o mais difícil, uma vez que o indivíduo utiliza de recursos psico-emocionais para manter a coerência e validade de suas crenças nucleares. Quando são disfuncionais, são absolutistas, generalizadas e cristalizadas e, apesar disso, podem ficar

inativadas até que eventos externos, uso de drogas, funcionamento endócrino inadequado, tenham a capacidade de ativá-las. Uma vez ativadas, provocando como consequência uma forte vivência emocional, ocorre uma sequência de processamento distorcido, que pode se manifestar ou na recuperação de informações da memória, na atenção ou interpretação, mediante as quais o sujeito, de maneira enviesada, seleciona informações de suas experiências a fim de confirmar a validade de suas crenças distorcidas, minimizando ou negligenciando informações ao contrário. Podem se inativar na medida em que o sujeito, por exemplo, resolva o problema ativador, ou questione a inveracidade das mesmas (BECK; DAZIO, 2011; KNAPP, 2004; FALCONE, 2001).

No segundo nível, encontram-se as crenças intermediárias ou subjacentes, que não estão diretamente vinculadas a alguma experiência em particular, mas espelham um estilo de pensar transituacional, ou seja, presente na maioria das vivências. Estão organizadas como regras (devo ser perfeito em tudo que faço, p.ex.), suposições do tipo “se... então” (se não faço tudo certo, as pessoas vão me punir), premissas e atitudes (KNAPP, 2004; FALCONE, 2001).

Embora funcionem como uma espécie de proteção do sujeito contra o conteúdo das crenças centrais, acabam tendo um efeito paradoxal sobre as mesmas, confirmando ou reforçando-as (KNAPP, 2004; FALCONE, 2001).

Oriundos das crenças centrais ativadas, no nível mais superficial e de mais fácil acesso e modificação, estão os pensamentos automáticos. Em interação com os pensamentos manifestos ou deliberados, aqueles ocorrem de maneira não intencional, rápida e automaticamente, em fluxos de conteúdo tanto positivos quanto negativos, ou através de imagens, que, geralmente, passam despercebidos, apesar de terem, mesmo assim, a capacidade de influenciarem as emoções. Surgem frente a situações específicas ou mesmo por outros pensamentos, quando, por exemplo, lembramo-nos de um compromisso (BECK; DAZIO, 2011; KNAPP, 2004).

Ainda que, para fins de melhor organização das idéias apresentadas, as crenças nucleares, secundárias e pensamentos automáticos tenham sido abordados separadamente, vale destacar que, no processamento cognitivo, não ocorre de maneira tão linear. Se tomarmos a figura de um triângulo como apoio para o desenvolvimento de nossas idéias, podemos colocar em uma das pontas as crenças e pensamentos. Na segunda ponta, os comportamentos, e, na última, as emoções. Cada uma dessas pontas interagem, influenciando e sendo influenciada pelas outras. Assim, cada uma delas, podem ser também, “porta de entrada” para intervenções psicoterápicas em um momento, ou funcionarem como sinalizadores de mudança do paciente em outro (DOBSON, 2006; KNAPP, 2004).

Portanto, o objetivo da psicoterapia cognitiva a partir daquelas intervenções é, segundo Knapp (2004), “quebrar o ciclo que perpetua e amplifica os problemas do indivíduo” ciclo este “observável em todos os transtornos”, o que pode ser feito

por meio de técnicas para a modificação dos pensamentos automáticos, para a melhora do seu humor, para a melhora do impacto da tendenciosidade no humor (trabalhando suas memórias e percepções) ou para modificação dos comportamentos do paciente. (...) e, assim, aliviar os sintomas. (p. 26-27)

Dentre essas técnicas, podem ser citadas o diálogo socrático, a identificação de pensamentos automáticos, a revivência de situações, a dramatização (*role play*), a lista de vantagens e desvantagens e outras várias (KNAPP, 2004a; GUIMARÃES, 2001), as quais são utilizadas na condução de tratamentos de outros tantos diferentes tipos de transtornos como depressão, ansiedade, drogadição, disfunções sexuais etc. Comumente, essas técnicas são utilizadas a partir de relatos acerca de situações/experiências que ocorreram quando o paciente se encontrava em estado de vigília, ou seja, desperto.

Veremos, na seção seguinte, como as informações obtidas através dos sonhos podem ser trabalhadas, nas psicoterapias cognitivas objetivistas/racionalistas, funcionando como recurso auxiliar na condução dos tratamentos.

2.1.2 O trabalho com sonhos nas psicoterapias cognitivas objetivistas/racionalistas

Os primeiros estudos de Aaron Beck acerca dos sonhos se deu, ainda, em 1950, quando era professor nível júnior no Departamento de Psiquiatria da Universidade da Pensilvânia. Estes estudos foram importantes, pois são considerados seus primeiros passos em uma carreira de pesquisador conduzindo estudos científicos mais sistematizados, uma vez que o “treinamento psiquiátrico não o equipou particularmente bem para a pesquisa.” (ROSNER, 2004, p. 11). Através dos estudos sobre sonhos, Beck chegou a conclusões que deram origem a sua terapia cognitiva, mediante os quais pode contrapor experimental e teoricamente a explicação vigente da psicanálise sobre a raiva dirigida contra o ego nos casos de depressão (ROSNER, 2004).

Entre 1968 e 1971, Aaron Beck publicou apenas dois artigos que tratavam de sonhos e psicoterapia cognitiva. No entanto, tiveram importância para dar visibilidade a terapia cognitiva e despertar atenção nacional, sobretudo de autores importantes como Arnold Lazarus e David Barlow, o que aproximou a terapia cognitiva do behaviorismo e, ao mesmo

tempo, afastando-a da psicanálise. Essa aproximação foi também influenciada por um projeto “Broad Spectrum Psychotherapy” que visava promover a aproximação entre diferentes abordagens buscando uma complementaridade entre elas (ROSNER, 2004).

Em um destes artigos, Beck (1971) esclarece que é possível se estabelecer uma continuidade entre a vigília e os sonhos, isto é, crenças, medos e pensamentos acerca do *self*, futuro e o mundo também estão presentes na vida onírica de um paciente. Por exemplo, pacientes deprimidos tem, frequentemente, sonhos em que se encontram a temática de fracasso, frustração e apatia. Beck também entendeu que os sonhos podem remeter a questões psiquiátricas, como maníacos tendo sonhos de grandeza, paranóicos com sonhos em que estão sendo perseguidos e, por essa razão, podem auxiliar nas entrevistas iniciais oferecendo informações que podem contribuir na construção de hipóteses diagnósticas. Assim, com os sonhos pode-se “relacionar sua interpretação como uma forma de biópsia dos processos psicológicos do paciente” na qual “os sonhos dramatizam a maneira como o indivíduo vê a si mesmo, seu mundo e seu futuro”, e que “certos padrões peculiares para aquele indivíduo são ativados [...] e “manifestos na temática dos sonhos” (p.31).

Beck argumenta que não é necessário buscar sentidos ou mensagens ocultos nos sonhos, mas prestar atenção ao seu conteúdo explícito, rompendo com a tradição interpretativa (BECK, 1971). Ao buscar, nos sonhos relatados pelo paciente, mensagens ocultas, o psicoterapeuta pode perder dados ricos para serem trabalhados, como as distorções cognitivas e expressões emocionais. Se, ainda, o psicoterapeuta utilizar-se da interpretação, certamente esta poderá estar “fora do alvo”, como também “mover o fluxo cognitivo em caminhos que o paciente não vê.” (FREEMAN; WHITE, 2004, p. 73). Oferecer uma interpretação é desconsiderar que o material trazido pelo paciente, na visão da psicoterapia cognitiva, é uma produção que carrega a marca de sua exclusividade, assim é necessário que o psicoterapeuta “evite a armadilha dos símbolos universais dos sonhos (isto é, um certo símbolo sempre tem o mesmo significado).” (p. 75) e considere as palavras, entonações, respostas afetivas, imagens, comportamentos tais como eles se apresentam no sonho, ou seja, são uma produção de responsabilidade do sonhador, mesmo que seja lembrado apenas um pequeno fragmento.

Como vimos, a psicoterapia cognitiva tem, como uma de suas características, ser educativa. Alinhada a essa característica, quando o psicoterapeuta não assume o lugar daquele que sabe o que o sonho significa, mas coopera para que o próprio paciente perceba seus padrões de funcionamento e entenda o que eles tem a lhe dizer, proporciona a ele “um senso de domínio e auto-conhecimento” (FREEMAN; WHITE, 2004, p. 74). Isso, porque, ao relatar

o sonho em terapia, o paciente acaba utilizando dos mesmos padrões de funcionamento cognitivo, ou seja, o conteúdo do sonho relatado estará sujeito e espelha às mesmas distorções que utiliza para interpretar a realidade, como se fosse um filme que tivesse partes editadas para se adequar ao “roteiro” cognitivo do paciente (DOWEIKO, 2004).

Freeman e White (2004) explicam que se pode trabalhar com os sonhos trazidos pelos pacientes como se fossem pensamentos automáticos com objetivo de se conseguir a reestruturação cognitiva e propõem a utilização de uma técnica semelhante ao Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), a qual eles nomeiam de Registro de Análises de Sonhos, abaixo.

Quadro 1 - Registro de Análises de Sonhos

Data	Lembrança do Sonho	Grau de emoção (0-100)	Reestruturação Adaptativa	Grau de emoção após reestruturação (0-100)

Freeman; White, 2004, p. 77, adaptada.

Nos momentos em que o tratamento parece paralisado ou sem um norte, os sonhos, de acordo com Freeman e White (2004), são grandes aliados e auxiliam o paciente, na medida em que ele utiliza da técnica acima, com a qual pode aprender a questionar os pensamentos automáticos e crenças que neles aparecem visando conseguir reestruturá-los, além de alterar sonhos com conteúdo negativo, pesadelos, os quais podem agravar alguns transtornos emocionais, como vimos no primeiro capítulo. Dessa forma, uma rotina de anotação dos sonhos deve ser sugerida pelo psicoterapeuta, sendo possível funcionar como uma das tarefas de casa e, em um espaço da sessão, trabalhados. Os autores apontam que o trabalho pode ser ampliado se o paciente for encorajado a construir uma “moral da história” a partir do conteúdo geral do sonho. “Este novo ‘aprendizado’ pode então ser usado na terapia para continuar a construir o repertório de *coping* do paciente.” (FREEMAN; WHITE, 2004, p. 80).

O processo de reestruturação cognitiva através dos sonhos pode ser entendido, basicamente, como um exercício com imagens (visuais, auditivas, gustatórias ou olfatórias) e proporcionam um significado e uma rica experiência afetiva para o paciente, amplificados pela inclusão de vários elementos sensoriais (FREEMAN; WHITE, 2004).

Além de os sonhos trazerem os padrões de pensamentos e crenças do sujeito em vigília, funcionam, às vezes, como estímulos internos. Beck (1993) relata o caso de um paciente viciado em cocaína que teve um sonho em que fazia o consumo dessa substância. Ao

acordar, sentia-se excitado e esta excitação disparou uma sequência de pensamentos automáticos e crenças permissivas ao uso de cocaína, levando o paciente a sentir desejo de usá-la. Neste caso, Beck descreve o sonho com um “gatilho” interno para o uso de substâncias, que direciona, a partir das crenças ativadas, a atenção do sujeito para o uso.

Os sonhos seriam, também, uma alternativa ao uso do racional para desencadear esquemas, ao lado de outras como, por exemplo, uso de imagens, acontecimentos atuais, a própria relação terapêutica. Os sonhos, quando usados em terapia, são capazes de eliciar um esquema do paciente por via do afeto e não da razão (YOUNG, 2003).

Nesse sentido, Knapp chama a atenção para o fato de que “se as emoções não forem trabalhadas, o tratamento cognitivo pode tornar-se apenas uma troca intelectual, o que não teria sentido terapêutico. Sem a presença do afeto, a reestruturação cognitiva do paciente não acontece” (KNAPP, 2004, p. 26).

2.2 Psicoterapias cognitivas construtivistas

No século 18, Giambattista Vico, considerado fundador do construtivismo, afirma que os seres humanos, com objetivo ordenar suas experiências, projeta categorias familiares a situações desconhecidas. Para ele, conhecer é fazer. Immanuel Kant, de maneira semelhante, afirma que a mente não é um molde de cera que a realidade molda, mas um órgão ativo, que “molda e coordena sensações em ideias, um órgão que transforma a caótica multiplicidade da experiência em unidade de pensamento ordenada.” (MAHONEY, 1991, p. 98). Já no século 20, Jean Piaget, cujos trabalhos denominados de *epistemologia genética* tiveram grande repercussão no meio científico, esclarece que “a inteligência organiza seu mundo organizando a si mesma.” (p. 99)

Comumente, mudanças sociais, tecnológicas e culturais contribuem para alterar proposições científicas ou criar modelos alternativos para explicação das realidades. O construtivismo, como não poderia ser diferente, foi influenciado por um momento histórico, ocorrido também em outros campos de saber, como artes, arquitetura, sobre o qual o pós-modernismo teve grande influência. O pós-modernismo vem fazer uma grande crítica a teorias absolutistas, que determinam maneiras corretas de se enxergar um mundo, que negam a pluralidade de possibilidades de se conhecer e existir, por isso, negando a existência de

várias verdades locais, transitórias, lacunares de se conceber e lidar com um mundo plural (NEIMEYER; RASKIN, 2006).

Embora não seja restrito ao campo das psicoterapias, estando presente na antropologia, física, neurobiologia e outros campos de saber, o construtivismo dá ênfase a natureza ativa e pró-ativa de todo o processo de percepção, aprendizagem e conhecimento, entendendo-os como tentativas contínuas do corpo e cérebro de organizar, interpretar e reorganizar seus próprios padrões de ação e experiência, como resposta as mudanças internas e externas. As pessoas, nesta perspectiva, são vistas como agentes no processo de conhecer e construir as realidades, em vez de processarem passivamente os estímulos provenientes do ambiente, como uma tela em branco em que são jogadas tintas/estímulos, podendo a mente atribuir significados, que muitas vezes, não se encontram presentes naqueles estímulos- assim, a realidade só é possível conhecer indiretamente (ABREU, 2001; MAHONEY, 1991).

Dentro das psicoterapias, os construtivistas se subdividem em dois tipos: os radicais e os críticos. Os primeiros, que tem como representantes, dentre outros, autores como Humberto Maturana, Francisco Varela e Paul Watzlawick, entendem que não existe uma realidade objetiva, ou seja, tudo que vemos, sentimos e experienciamos é fruto de uma ordenação e organização subjetiva. Assim, nas palavras de Watzlawick, as pessoas possuem liberdade plena para mudar sua realidade. Os construtivistas críticos, por outro lado, não negam a existência de um mundo fora de nós, real, do qual não nos é possível escapar, mas que, também, não temos capacidade de conhecê-lo diretamente, objetivamente. Guidano, Hayek, Piaget, Michael Mahoney são alguns dos autores construtivistas críticos (MAHONEY, 1991).

Diferentemente dos objetivistas, a primazia não está no pensamento, mas, pelo contrário, entende-se que as construções cognitivas que o sujeito utiliza para lidar com as realidades tem caráter tácito e corpóreo-emocional “desenvolvida ao longo da vida, e não proveniente de uma realidade externa dada inequivocadamente e que pode ser atingível pela atividade de nosso pensamento” (ABREU; SHINOHARA, 1998, p. 72). O caráter tácito se deve, pois muitas das experiências são codificadas em formato não-verbal, ou seja, “estão mais ligadas com o ‘ser’ e ‘fazer’ do que com o conhecimento conceitual consciente”(p. 65), por exemplo, nas memórias da primeira infância, que são um conjunto de percepções sensoriais, tais como cheiros, sentimentos, sons (ABREU, 2001).

Os esquemas emocionais, que funcionam como guia, ou tendência automatizada, para as respostas e reações que o paciente irá fazer em suas experiências, tanto na ordenação antecipação quanto no processamento de eventos futuros, tem suas origens nas relações de

afeto estabelecidas com o os cuidadores primários, geralmente, pais e mães. Uma vez que as primeiras interações do bebê com o cuidador são exclusivamente emocionais, o processo contínuo de repetição dessas interações forma um “poderoso sistema de comunicação e de criação de auto-imagem, delineando todo um processo emocional de significados.”, mediante o qual “além de estabelecer um relacionamento concreto (real e vivido), ela também estará desenvolvendo uma experiência corpórea, emocional e subjetiva.” (ABREU, 2001, p. 68-69).

A este processamento de informações de natureza emocional, - que juntamente com o processamento conceitual contribuirá para a geração de significados-, se dá o nome de vivencial, o qual é caracterizado por ser mais rápido e imediato, tácito, corpóreo, portanto, pré-conceitual. A ele importa o “como”, ou seja, de que forma uma dada experiência será percebida/sentida (conforto x desconforto ; ameaça x segurança) (GREENBERGER; RICE; ELLIOT *apud* ABREU, 2001).

O processamento do tipo conceitual, por sua vez, é a parte lógica que, em conjunto com a emocional, dará a formação de significados. De caráter mais lento e reflexivo, obedece à lógica do raciocínio intelectual e abstrato ao lidar com os estímulos provenientes das experiências, as quais vão sendo classificadas, analisadas, visando compreender regularidades, contrastes, que serão elementos para a formação de padrões de interpretação, isto é, as crenças e pensamentos, ou conceitos (GREENBERGER; RICE; ELLIOT *apud* ABREU, 2001).

Em vez de se buscar corrigir as distorções cognitivas do paciente para se ter emoções mais saudáveis como preconiza o modelo objetivista/racionalista, a lógica no construtivismo é invertida. Os significados construídos sobre o mundo são obtidos por esquemas emocionais e conceituais, dando maior peso aos primeiros, pois “toda forma de emoção é vista basicamente como adaptativa [...] instintiva por natureza e zelam pelo nosso bem estar [...] e pouquíssimas vezes poderá apresentar-se de maneira equivocada.” (GREENBERGER; PASCUAL-LEONE *apud* ABREU, 2001, p. 67).

Grande parte dos transtornos emocionais acontece quando o paciente busca, através dos pensamentos, invalidar ou recusar expressões emocionais, criando um hiato entre o processamento conceitual e emocional. Assim, nas psicoterapias cognitivas de base construtivista, a substituição de um esquema disfuncional por outro mais adequado não é suficiente para promover mudança de visões de si mesmo e do mundo, mas somente quando se consegue, através de uma dialética entre o esquema emocional e conceitual, chegar a novos padrões de significados que abarquem ambos os processamentos (ABREU, 2001; ABREU; SHINOHARA, 1998).

Dessa forma, busca-se ampliar a rede de significados construídos, os quais são fruto de “atribuições pessoais de caráter múltiplo” em que as emoções possuem importância crucial, são a matéria prima para o processo de desenvolvimento, manutenção e mudança das teorias pessoais acerca do *self*, indo muito além de apenas sinalizarem dificuldades de auto-organização e adaptação do sujeito frente as mudanças constantes do seu mundo interno e externo (ABREU, 2001; MAHONEY, 1991).

Juntamente com o paciente, que é visto como o melhor especialista em suas questões e dificuldades e em constante processo de vir-a-ser, o psicoterapeuta colabora na identificação de quais são os problemas, padrões e processos envolvidos na(s) dificuldade(s) trazidas pelo primeiro. Os problemas são vistos como uma discrepância entre como a vida está e como deveria ser, cuja distância entre ambas irá afetar a auto-organização do paciente. Quando ocorre um conjunto de problemas semelhantes, temos um padrão. A maneira como o paciente organiza a si mesmo e, por consequência, sua realidade, é um fluxo constante de auto-organização e desorganização emocionais, logo, um processo (MAHONEY, 2003).

2.2.1 O trabalho com sonhos nas psicoterapias cognitivas construtivistas

Da mesma maneira que o enfoque objetivista/racionalista, o construtivismo não utiliza da interpretação dos sonhos, técnica comumente utilizada nas abordagens psicodinâmicas.

A expressão emocional e visual presentes nos sonhos tal como elas aparecem, ou seja, não se busca um sentido oculto, passam a ser vistos como poderosas metáforas que facilitam o acesso a conteúdos afetivamente carregados, os quais seriam de difícil expressão pelo sujeito, sobretudo de situações traumáticas, quando o próprio organismo utiliza de meios, como a dissociação, para protegê-lo das lembranças dessa experiência (DEIRDRE, 2004).

Gonçalves e Barbosa (2004) explicam que, a partir do enfoque construtivista, o sujeito não apenas deve reagir frente o material que aparece nos seus sonhos, mas agir, ou seja, “influenciar o processo que nos influencia” (MAHONEY, 2003, p. 130), de uma maneira que eles possam utilizados como ponto de partida para o enriquecimento ou revisão de suas narrativas. Para tanto, baseado nas proposições de Clara Hill, as quais ela descreve as pessoas como construtoras e contadoras natas de histórias e com tendência a utilizar metáforas, os sonhos seriam maneiras contínuas de se conseguir coerência das narrativas que os sujeitos constroem acerca de si mesmos e do mundo. Nesse sentido,

A vasta maioria de nossos sonhos são narrativas em estrutura: isto é, eles contam uma história. Estas histórias, as quais nós experienciamos pelo menos 5 vezes por noite, são provavelmente processos de padronização e repadronização de nossas vidas (MAHONEY, 1991, p. 213).

Através dessas narrativas, que são semelhantes as da vida em vigília, é possível que o paciente consiga reconhecer sentimentos, como culpa, e ter contato com memórias que lhe tragam um senso de auto-apoio e conforto ou até mesmo modifique a sua maneira de contar aquela história, ou seja, oferece outra perspectiva para construir narrativas diferentes a partir do sonho (DEIRDRE, 2004; GONÇALVES; BARBOSA, 2004).

Mahoney (1991) afirma a importância da diferença de perspectiva, ou novidade, para que o paciente consiga mudar, senão “o indivíduo projeta antigas e familiares teorias pessoais de vida sobre cada momento que chega e, não surpreendentemente, a vida continua da mesma forma.” (p. 104). Logo, quando o paciente parece preso a padrões de compreensão negativos dos sonhos ou a narrativas muito limitadas, que podem contribuir para o agravamento de seu caso, é importante que o psicoterapeuta sugira uma nova perspectiva sobre o sonho, ampliando a rede de significados construídos (MAHONEY, 2003).

O conteúdo dos sonhos se torna um ponto a partir do qual o psicoterapeuta convida o paciente a explorar diferentes significados e construir outras possibilidades. Para tanto, Gonçalves e Barbosa (2004) sugerem alguns passos. O paciente deve elaborar uma narrativa coerente acerca do sonho, prestando atenção as pessoas que estão nele, o que sente, diz, como começa e termina. Exploram-se os aspectos sensoriais (cheiros, sons, gostos e sensações físicas), emocionais e cognitivos presentes nas cenas do sonho e busca-se estabelecer relações entre esses e situações da vida em vigília. Da mesma forma que Freeman e White (2004), o paciente deve dar um título ao sonho, o qual condensa o seu sentido geral. Por fim, o paciente deve criar um sonho que seria uma alternativa ao original, seguindo os mesmos passos acima, com o diferencial de se questionar qual seria o impacto do sonho alternativo na vida do paciente, que relações conseguiria estabelecer e que aprendizados atingiria.

Considerando a premissa do paciente não somente deve ficar passivo ao sonho, mas agir, uma outra forma de alterar o conteúdo do sonho, o que pode ser útil para a pacientes que apresentam pesadelos ou sonhos que por alguma razão contribuem para uma piora do seu estado emocional, é a utilização de uma técnica denominada *lucid dreams*, estudada e desenvolvida por Stephen LaBerge.

Sonho lúcido envolve ativa observação e possível participação no sonho (p. ex. escolher entrar, sair, permanecer no sonho, ou alterar o rumo da direção no sonho,

mudar identidade dentro do sonho, e reter os detalhes do sonho ao acordar)
(MAHONEY, 2003, p.138)

Neste caso, a alteração não acontece no relato que o paciente faz do sonho em terapia, mas, no momento em que este está ocorrendo, o paciente é capaz de deliberadamente alterar o enredo que estava sendo construído.

Vimos, na seção anterior, que a criação de significado é uma junção de dois tipos de processamento: conceitual e vivencial, sendo este último tácito, corporificado. Leijssen (2004) utiliza de uma técnica de focalização, a partir da qual o paciente, ao relatar o sonho, o busca os significados corporificados, dito de outra forma, que sentimentos as imagens, narrativas do sonho despertam e onde eles se localizam no corpo, visando uma integração da narrativa, mais voltada para o processamento conceitual, com a vivencial, mais ligada aos afetos e significados tácitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos, ao longo deste trabalho, que os sonhos tem intrigado os seres humanos há milênios e que a ciência no século 20 e 21 tem se debruçado sobre essa temática.

Mesmo tendo sido o estudo de Aaron Beck sobre os sonhos de grande importância para a história da psicoterapia cognitiva, eles tem sido pouco considerados nos cursos de formação de psicoterapeutas cognitivos, refletindo na baixa utilização dos mesmos na prática clínica.

Pode-se pensar que se há baixa frequência de uso na prática, então acaba contribuindo para a pequena quantidade de publicação científica, o que se torna ainda mais evidente no Brasil, uma vez que a grande maioria da publicação científica foi encontrada somente no idioma inglês.

Foi possível verificar, também, que mesmo sendo pouco explorados, o trabalho com os sonhos nas psicoterapias cognitivas, tanto objetivistas/racionalistas, quanto nas construtivistas, podem ser uma estratégia de grande valor, funcionando como um aliado em momentos de pouco desenvolvimento do processo terapêutico, fonte auxiliar de obtenção de dados nas entrevistas de anamnese, facilitador para acesso às crenças centrais e esquemas possibilitando o trabalho de reestruturação cognitiva, marcador de mudança e ganhos terapêuticos, acesso e enriquecimento de narrativas disfuncionais e esquemas emocionais, indicativo prodromico de transtornos emocionais entre outros.

O trabalho tendo os sonhos como foco também é importante quando eles mesmos contribuem para o agravamento do quadro clínico, nos casos de depressão, transtorno de estresse pós-traumático e adicção, geralmente quando apresentam temática de agressividade afetando negativamente o humor do paciente.

Constata-se que o estudo de sonhos é importante não somente como aspecto teórico, mas como guia prático para a condução do tratamento psicoterápico, guia este que tem sido pouco utilizado para se explorar a “estrada real” que contribuirá para a promoção de saúde do paciente.

Por fim, consideramos ser importante que os cursos de formação de psicoterapeutas cognitivos dêem maior atenção aos estudos dos sonhos, por serem ferramenta terapêutica importante, bem como para aumentar a produção científica, visando maior sistematização e difusão desse conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cristiano Nabuco; SHINHORA. Cognitivismo e Construtivismo: uma fértil interface. In: ABREU, Cristiano Nabuco; FERREIRA, Ricardo Franklin. **Psicoterapia e Construtivismo: considerações teóricas e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ABREU, Cristiano Nabuco. Psicoterapia construtivista: o novo paradigma dos modelos cognitivistas. In: RANGE, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001. Cap. 4, p. 62-78.

BARBERA, Joseph. Sleep and dreaming in Greek and Roman philosophy. **Sleep Medicine** 9 (2008) 906-910.

BECK, Aaron T. (1971) Cognitive Patterns in Dreams and Daydreams. In: ROSNER, Rachael I; LYDDON, William J; FREEMAN, Arthur. **Cognitive Therapy and Dreams**. New York : Springer Publishing Company, 2004. Cap. 3, p. 27-32.

BECK, Aaron T. et all. **Cognitive therapy of substance abuse**. New York: Guilford, 1993.

BECK, Judith S. História da Terapia Cognitiva. In: **Terapia Cognitiva: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap. 1, p. 17-27.

BECK, A. T.; DOZOS, D. J. A. Cognitive Therapy: current status and future directions. **Annual Reviews Med.** 2011. 62:397–409.

BUGALHO, Paulo; PAIVA, Teresa. Dream features in the early stages of Parkinson's Disease. **J Neural Transm** (2011) 1613-1619.

CHIESA, V *et all*. Dreaming experience as a useful diagnostic clue for syncopal episodes. **European Journal of Neurology**. 2011, 18: 1361-1363

CUKROWICZ, Kelly C. *et all*. The Impact of Insomnia and Sleep Disturbances on Depression and Suicidality. **Dreaming**. 2006, Vol. 16, No. 1, 1–10

DEISSELES, M. *et all*. Cognitive and emotional processes during dreaming: A neuroimaging view. **Consciousness and Cognition** 20 (2011) 998–1008.

DOBSON, Keith S.; DOZOIS, David J. A. Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In: DOBSON, Keith S. **Manual de terapias cognitivo-comportamentais**. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 1, p. 17-44.

DOMHOFF, G. W. (2010). **The Case for a Cognitive Theory of Dreams**. Acessado em 02 de janeiro de 2012. Disponível em: http://dreamresearch.net/Library/domhoff_2010.html

DOWEIKO, Harold E. Dreams as an unappreciated therapeutic avenue for cognitive behavioral therapists. In: ROSNER, Rachael I; LYDDON, William J; FREEMAN, Arthur. **Cognitive Therapy and Dreams**. New York : Springer Publishing Company, 2004. Cap. 5, p. 57-68.

FALCONE, Eliane. Psicoterapia Cognitiva. In: RANGE, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001. Cap. 3, p. 34-48.

FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud : v.4/5: A interpretação dos sonhos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. 2v.

FRANCHINI, A. S.; SEGANFREDO, Carmen. **As 100 melhores histórias da mitologia: deuses, heróis e monstros**. Porto Alegre: L&PM, 2007.

FREEMAN, Arthur; WHITE, Beverly. Dreams and the dream image: using dreams in cognitive therapy. In: ROSNER, Rachael I; LYDDON, William J; FREEMAN, Arthur. **Cognitive Therapy and Dreams**. New York : Springer Publishing Company, 2004. Cap. 6, p. 69-88.

GÊNESIS. In: A BÍBLIA: tradução ecumênica. São Paulo: Paulinas, 2002.

GONÇALVES, Oscar; BARBOSA, João G. From reactive to proactive dreaming. In: ROSNER, Rachael I; LYDDON, William J; FREEMAN, Arthur. **Cognitive Therapy and Dreams**. New York : Springer Publishing Company, 2004. Cap. 9, p. 125-136.

HARD, Robin. **The Routledge handbook of greek mythology**. New York: Routledge, 2004.

JUNG, C. G. O inconsciente. In: JUNG, C. G. FRANZ, Marie-Louise von. **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1969. Cap. 1, p. 16-100.

KING, David B; DECICCO, Teresa L. The Relationships Between Dream Content and Physical Health, Mood, and Self-Construal. **Dreaming**. 2007, Vol. 17, No. 3, 127-139

LEIJSSSEN, Mia. Focusing-oriented dream work. In: ROSNER, Rachael I; LYDDON, William J; FREEMAN, Arthur. **Cognitive Therapy and Dreams**. New York : Springer Publishing Company, 2004. Cap. 10, p. 137-160.

MAHONEY, Michael J. **Human change process: The scientific foundations of psychotherapy**. New Jersey: Basic Books, 1991.

MAHONEY, Michael J. **Constructive Psychotherapy: a practical guide**. New York: Guilford, 2003.

MIRÓ, E; MARTÍNEZ, M. P. Affective and Personality Characteristics in Function of Nightmare Prevalence, Nightmare Distress, and Interference Due to Nightmares. **Dreaming**. 2005, Vol. 15, No. 2, 89-105

MORPHEUS THE GOD OF THE DREAMS. Acesso em 01 de dezembro de 2011. Disponível em <http://www.greekmyths-greekmythology.com/morpheus-the-god-of-dreams/>

NEIMEYER, Robert A; RASKIN, Jonathan D. Variedades de construtivismos em psicoterapia. DOBSON, Keith S. **Manual de terapias cognitivo-comportamentais**. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 11, p. 301-327.

ROSNER, Rachael I. Aaron T. Beck's Dream Theory in Context: An introduction to his 1971 article on cognitive patterns in dreams and daydreams. In: ROSNER, Rachael I; LYDDON, William J; FREEMAN, Arthur. **Cognitive Therapy and Dreams**. New York : Springer Publishing Company, 2004. Cap. 2, p. 9-23.

YOUNG, Jeffrey E. **Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SACKS, Oliver. Neurological dreams. In: BARRET, D. **Trauma and dreams**. Cambridge: Harvard Press, 1996. Cap. 5, p. 212-216.

SOFFER-DUDEK, Nirit et al. Role of Severe Psychopathology in Sleep-Related experiences: A Pilot Study. **Dreaming**. 2011, Vol. 21, No. 2, 148–156

SOLMS, Mark. Dreaming and REM are controlled by different brain mechanisms. **Behavioral and Brain Sciences**. (2000) 23, 793–1121.

STEINIG, Jana *et al.* Perception of Sleep and Dreams in Alcohol-Dependent Patients during Detoxication and Abstinence. **Alcohol and Alcoholism** Vol. 46, No. 2, pp. 143–147, 2011.

STRAUCH, Inge; MEIER, Barbara. **In search of dreams: results of experimental dream research**. New York: State University of New York Press, 1996.

WALSH, Roger; VAUGHAN, Frances. **Paths beyond ego: the transpersonal vision**. New York: Puttman Book, 1993.