

**IMAGENS MENTAIS NA PSICOTERAPIA:
UM ESTUDO SOBRE SUA UTILIZAÇÃO NAS TERAPIAS
COMPORTAMENTAL, COGNITIVA, ANALÍTICA E GESTÁLTICA**

RESUMO

Este trabalho apresenta um levantamento bibliográfico e uma análise qualitativa da utilização de técnicas com imagens mentais nas linhas de psicoterapia comportamental, cognitiva, junguiana e da gestalt. Oferece também um panorama do uso das imagens psíquicas no decorrer da história e na psicologia em geral. Busca contribuir para trazer ao ambiente acadêmico o debate sobre o tema, praticamente ausente dos programas de graduação em psicologia, apesar de todas as tendências psicoterapêuticas atuais fazerem uso do trabalho com imagens. As imagens mentais são recurso eficiente tanto para incentivar a criatividade no enfrentamento de problemas (ênfatisados nas terapias comportamental e cognitiva), quanto para acessar aspectos profundos do mundo interior (ênfatisados nas terapias junguiana e da gestalt). A utilização de imagens psíquicas na psicoterapia promove a integração dos pensamentos linear e sistêmico ao unir as dimensões racional/objetiva e simbólica/subjetiva, possibilitando o pensamento complexo.

Palavras-chave: imagens mentais, imagens psíquicas, visualização.

**IMAGENS MENTAIS NA PSICOTERAPIA:
UM ESTUDO SOBRE SUA UTILIZAÇÃO NAS TERAPIAS
COMPORTAMENTAL, COGNITIVA, ANALÍTICA E GESTÁLTICA**

SANDRA CASELATO

ORIENTADOR:

Prof. Esp. Ivo Valente Côrte
Faculdade União das Américas

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Esp. José Laênio Loche Júnior
Faculdade União das Américas

Prof. Esp. Márcia Ebling
Faculdade União das Américas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	1
2 PROBLEMA E OBJETIVOS	4
3 PROCEDIMENTOS	5
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	6
4.1 O QUE SÃO IMAGENS MENTAIS	6
4.2 IMAGENS MENTAIS NO DECORRER DA HISTÓRIA.....	7
4.3 IMAGENS MENTAIS NA PSICOTERAPIA	12
4.4 IMAGENS MENTAIS NAS PSICOTERAPIAS COMPORTAMENTAL, COGNITIVA, JUNGUIANA E DA GESTALT	14
4.4.1 Terapia Comportamental	14
4.4.2 Terapia Cognitiva	21
4.4.3 Terapia Analítica (Junguiana)	27
4.4.4 Gestalterapia	36
4.5 COMPARAÇÃO ENTRE A UTILIZAÇÃO DE IMAGENS MENTAIS NAS PSICOTERAPIAS COMPORTAMENTAL, COGNITIVA, JUNGUIANA E DA GESTALT	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O uso cada vez maior de imagens mentais em diferentes áreas científicas do conhecimento mostra que o *zeitgeist*¹ do mundo atual está aos poucos se transformando. O pensamento dicotômico linear-cartesiano que separa sujeito/objeto e mente/corpo começa aos poucos a ser complementado pelos pensamentos sistêmico e complexo. O pensamento linear

[...] é simplificador, fragmentador e excludente. Nele hoje se baseiam quase todas as ações humanas. Sua reforma é um empreendimento extremamente difícil (Edgar Morin a compara à passagem da visão de mundo de Ptolomeu para a de Copérnico), mas nem por isso menos necessário. (MARIOTTI, 2000, p. 29).

De acordo com Mariotti (2000), o pensamento complexo promove a complementaridade dos pensamentos linear e sistêmico. O raciocínio linear, por ser excludente, é eficaz para lidar com partes separadas, mas ineficaz para compreender e trabalhar com o todo. Já o pensamento sistêmico, sua contrapartida, considera mais importante do que as partes de um sistema a forma como elas se inter-relacionam. Essas duas formas de pensamento têm suas vantagens e são mais ou menos válidas dependendo do contexto. O pensamento sistêmico se refere à dimensão mitológica/simbólica/mágica da mente humana e sua contrapartida é o pensamento linear: racional/lógico/empírico. A complementaridade dos dois compõe o pensamento complexo.

O pensamento complexo integra os múltiplos dados e ângulos de abordagem de um dado problema. [...] Esse sistema de pensamento busca reintegrar o que a compartimentação das disciplinas científicas fragmentou e dividiu em especialidades separadas e, em muitos casos, praticamente incomunicáveis. Para tanto, o pensamento complexo busca a religação de domínios separados e conceitos antagônicos, como ordem e desordem, certeza e incerteza, a lógica e a desobediência à lógica. (MARIOTTI, 2000, p. 36).

Uma abordagem mais holística² esteve sempre presente na visão de mundo oriental e conseqüentemente em sua visão de homem, que engloba a dimensão mitológica/simbólica/mágica do pensamento sistêmico. No ocidente, esta abordagem também predominou desde a Antiguidade até a Idade Média, até que, no Renascimento, surgiu a metodologia científica positivista clássica, separando a mente do corpo e o sujeito do objeto.

¹ *Zeitgeist*: espírito de uma época determinada; característica genérica de um período específico. (HOUAISS, 2002, CD-ROM).

² Holismo: abordagem, no campo das ciências humanas e naturais, que prioriza o entendimento integral dos fenômenos, em oposição ao procedimento analítico em que seus componentes são tomados isoladamente. (HOUAISS, 2002, CD-ROM).

A visão de mundo se tornou mais segmentada sob o domínio do pensamento linear racional/lógico/empírico e os processos subjetivos e a imaginação passaram a ser desvalorizados e relegados ao plano de misticismo ou crença. O século XVII estabeleceu as bases do modelo biomédico que separava a saúde física do estado mental da pessoa, sustentando que a doença tem sempre causas biológicas. Esta visão positivista e cartesiana perdurou até o século XIX, quando a ciência começou a reformular seus paradigmas e o pensamento complexo começou a emergir dentro dela própria, buscando unir o pensamento linear ao sistêmico e trazendo novamente a imaginação ao campo de interesse.

No início do século XX, surgiram diversas disciplinas como a psicologia médica, a psicossomática, a psicanálise e a medicina comportamental, que contribuíram para a reintegração da dimensão psicossocial às práticas em saúde, em contraposição ao modelo biomédico que se cristalizou nos últimos séculos.

Hoje em dia, na área da saúde, a visão sistêmica está cada vez mais presente graças a este novo paradigma baseado no modelo biopsicossocial³. De acordo com este modelo, o ser humano é visto como resultado de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este paradigma se aproxima das visões holística (segundo a qual mente e corpo são indissolivelmente ligados e reciprocamente dependentes) e psicogênica (a qual enfatiza que as funções mentais são fatores que contribuem tanto para a manutenção da saúde quanto para o desenvolvimento de doenças) presentes nas tradições orientais e nas origens do pensamento médico ocidental, na Grécia antiga.

De acordo com Vasconcellos (2000), vivemos num período em que um grupo cada vez maior de profissionais da saúde clama por uma nova visão do paciente e da doença. Essa nova concepção foi denominada medicina psicossomática no início do século XX e medicina holística na segunda metade deste século.

Para Vasconcellos (2000), o conceito biopsicossocial está lentamente se transformando em um conceito biopsicossocioespiritual-ecológico. A dimensão ecológica ocupa-se da relação do homem com a natureza e deve ser entendida como uma variável importante para o equilíbrio homeostático do organismo. Para a teoria sistêmica, todos os sistemas estão interligados e interagem entre si, encontrando-se em permanente mutação. Assim, o estado físico se altera em consequência das emoções e das circunstâncias sociais. Da mesma forma, esses estados são alterados pelo contexto ecológico em que o homem se insere,

³ O modelo biopsicossocial foi formulado pelo psiquiatra George Engel (1913-1999), da Universidade de Rochester (EUA) e apresentado em 1977 no artigo "*The need for a new medical model*", que defende a necessidade de um novo modelo médico.

bem como por suas crenças e práticas espirituais. Não se pode deixar de ressaltar que toda e qualquer ordem inversa também é verdadeira.

Hoje nos encontramos nesse processo de busca de uma visão de homem e de mundo mais abrangente, em que os pensamentos sistêmico e complexo estão cada vez mais presentes e as técnicas de visualização voltam a ser pesquisadas e utilizadas no campo da ciência nas áreas médica, esportiva, publicitária, de informática e psicoterapêutica.

A discussão sobre a natureza das imagens psíquicas ocorre desde os primórdios da psicologia, e nas últimas décadas vem ganhando destaque em todas as abordagens, com crescente importância no contexto clínico. Porém, o tema está praticamente ausente da própria estruturação das teorias psicológicas e dos programas de graduação em psicologia, seja do ponto de vista teórico (estudo da teoria da imagem), quanto do ponto de vista prático (treinamento do psicólogo no campo das imagens) (SANT'ANNA, 2005).

A formação acadêmica prioriza o aprendizado conceitual por intermédio das várias teorias psicológicas. Nesse contexto, a imagem tem sido abordada de forma tangencial, uma vez que é encarada à luz de outros processos e não de sua própria natureza e especificidade fenomenológica. Acaba sendo reduzida aos processos perceptivos ou a um processo patológico. (SANT'ANNA, 2005, p. 29).

A psicologia, como toda ciência, precisa de teorias e conceitos que delimitem seu objeto de estudo e permitam intercâmbio de informações entre pesquisadores. Como vimos, o modelo positivista de ciência, que estabelece um distanciamento entre sujeito e objeto e compreende os fenômenos sob uma ótica fragmentadora e reducionista, vem sendo substituído por um novo paradigma mais abrangente, principalmente a partir do século XX. Porém os cursos acadêmicos ainda apresentam dificuldade em inserir em sua grade curricular teorias não alinhadas com uma visão positivista de homem (SANT'ANNA, 2005). Segundo este autor, é pertinente discutir as possibilidades de ampliar, durante o processo acadêmico de formação do psicólogo, o aprofundamento teórico e a aproximação vivencial da imagem, por meio de atividades teórico-práticas.

Quando a psicologia passou a estudar também as questões subjetivas, internas, que no início não eram consideradas, abriu-se espaço para a dimensão simbólica/subjetiva e para os pensamentos sistêmico e complexo e não somente linear/racional. A simples utilização de imagens psíquicas na psicoterapia promove a integração dos pensamentos linear e sistêmico, já que o pensamento por imagens é não-lógico, não-linear e não-verbal, mesmo quando se objetiva o entendimento racional.

2 PROBLEMA E OBJETIVOS

O presente trabalho aborda o uso de imagens mentais na psicoterapia, buscando desvelar como são vistas, tratadas e empregadas hoje em dia, em quatro linhas psicoterápicas específicas: comportamental, cognitiva, junguiana e da gestalt. Estas foram definidas como objeto de estudo de acordo com a disponibilidade de recursos bibliográficos e profissionais para orientação. Nenhuma das linhas é destacada, favorecida, ou defendida neste trabalho, cabendo ao leitor interessado buscar conhecimento mais aprofundado sobre o uso de imagens psíquicas em cada uma delas, se quiser chegar a formar uma opinião.

Esta pesquisa também oferece um quadro panorâmico da utilização de técnicas com imagens mentais no decorrer da história e na psicologia em geral, sem pretender esgotar o assunto, bastante vasto e ainda pouco estudado no Brasil. A maioria das pesquisas e literatura sobre o tema são encontradas nos Estados Unidos, apontando um vasto campo de estudo a ser explorado em nosso país.

A pesquisa tem também como propósito trazer a discussão do tema para o ambiente acadêmico, tornando-o mais conhecido, e aponta para a importância do uso de técnicas e métodos psicoterapêuticos fundamentados em uma abordagem holística, com uma visão de ser humano abrangente e complexa.

Esta pesquisa procura analisar as simetrias e assimetrias da aplicação de técnicas de visualização nestas quatro diferentes abordagens psicoterápicas, através de levantamento bibliográfico em relação a treze eixos que serviram de base para o estudo:

1. Fundamentação teórica, para contextualizar a forma como são usadas as técnicas com imagens mentais em cada linha;
2. Finalidade do uso das técnicas com imagens mentais no contexto de cada abordagem;
3. Atuação do terapeuta na aplicação das técnicas;
4. Atuação do indivíduo durante a execução das técnicas;
5. Tipo de imaginação proporcionada pelas técnicas e tipo de imagem obtida;
6. Forma de aplicação das técnicas, com relação ao local, posturas físicas específicas, uso de outros exercícios etc.
7. Orientações técnicas e passos básicos da aplicação usada em cada linha psicoterapêutica;
8. Áreas de aplicação das técnicas além da psicoterapia, como a fisioterapia e o esporte;

9. Indicações de situações e casos específicos em que as técnicas são recomendadas;
10. Efeitos alcançados com o uso de imagens mentais;
11. Precauções e contra-indicações em relação à aplicação e uso das técnicas com imagens mentais;
12. Derivações de novas técnicas que surgiram a partir das utilizadas em cada linha;
13. Influências históricas das técnicas empregadas em cada abordagem.

3 PROCEDIMENTOS

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e a análise qualitativa dos dados levantados, destacando-se como tema a forma como as técnicas de imagens mentais aparecem na literatura em diferentes abordagens psicoterápicas, bem como a finalidade e a fundamentação teórica para a utilização dessas técnicas.

O termo pesquisa é aplicado aqui genericamente, como sinônimo de busca, investigação, indagação.

Segundo Carvalho (1989), a pesquisa bibliográfica é a atividade de localização e consulta de fontes diversas de informação escrita, a fim de coletar dados gerais ou específicos a respeito de determinado tema. A pesquisa bibliográfica é um processo indireto de obtenção de dados de fontes secundárias. De acordo com Lakatos (2001), trata-se de levantamento de bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. Cervo e Bervian (2002, p. 65) acrescentam que

A pesquisa bibliográfica é meio de formação por excelência e constitui o procedimento básico para os estudos monográficos, pelos quais se busca o domínio do *estado da arte* sobre determinado tema. Como trabalho científico original, constitui a pesquisa propriamente dita na área de ciências humanas. (CERVO; BERVIAN, 2002, p. 66).

Para Carvalho (1989), do ponto de vista prático a pesquisa bibliográfica se divide em três momentos ou fases: identificação de fontes seguras; localização dessas fontes; e compilação das informações (documentação). Já a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como uma tentativa de compreensão detalhada dos significados e características levantados (RICHARDSON, 1999).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O QUE SÃO IMAGENS MENTAIS

Segundo Houaiss (2002), imagem é a representação ou reprodução mental de uma percepção ou sensação anteriormente experimentada (ex: imagem visual ou olfativa), ou a representação mental de um ser imaginário, ou de um princípio ou abstração (ex: a imagem do demônio, da realeza, do círculo).

Grande parte da literatura científica está predominantemente voltada apenas para as imagens psíquicas visuais. Entretanto, somos capazes de criar representações mentais relativas a todo nosso sistema sensorial, que inclui a percepção de estímulos externos ao nosso corpo (tato, visão, audição, olfato e paladar) e de estímulos do interior do nosso organismo, como a propriocepção⁴ e a cinestesia⁵, por exemplo.

Além disso, alguns estudiosos dizem que possuímos a capacidade de produzir imagens mentais de estados afetivos, ou seja, representações imaginárias de uma emoção, por exemplo, quando imaginamos a alegria de alguém ou quando nos lembramos de nossa própria alegria frente a determinada situação (RICHARDSON apud ARCARO, 1997, p. 13).

Imaginar não se refere apenas à capacidade de representar ou reproduzir algo pré-existente, mas envolve também a capacidade de produzir imagens originais a partir da combinação de idéias, emoções e sensações.

Assim, pode-se dizer que as imagens mentais ou psíquicas são representações ou criações mentais que surgem a partir de percepções, emoções ou pensamentos.

Pesquisas neurocientíficas mostram que as imagens mentais fazem parte da formação dos processos de pensamento. Segundo Damásio (1996 apud MENDES, 2007, p. 36-37) nossa capacidade de exibir imagens internas resulta de um conjunto de modificações nos circuitos de neurônios por meio de sinapses, formando representações neurais. A formação de imagens não ocorre em um único local no cérebro e, sim, em sistemas localizados em áreas separadas, mas dentro de uma mesma janela temporal, passando a impressão de sincronicidade. De acordo com Damásio (1996 apud MENDES, 2007, p. 36-37), a atividade entre essas áreas cerebrais e nossa memória de trabalho possibilita a representação das

⁴ Propriocepção: sensibilidade própria aos ossos, músculos, tendões e articulações, que fornece informações sobre a estática, o equilíbrio, o deslocamento do corpo no espaço etc. (HOUAISS, 2002, CD-ROM).

⁵ Cinestesia: sentido da percepção de movimento, peso, resistência e posição do corpo, provocado por estímulos do próprio organismo. (HOUAISS, 2002, CD-ROM).

imagens durante certo tempo, permitindo-nos manipulá-las, realizar estratégias e conceitos, e formar o processo que chamamos de pensamento.

Epstein (1989) define a visualização como o processo de pensamento por meio de imagens.

Descobertas científicas também mostram que a natureza das imagens percebidas e das imagens evocadas é a mesma, pois se estabelecem as mesmas conexões neurais. Cada vez mais descobertas mostram a importância da relação entre os processos mentais e o corpo.

Com o avanço das técnicas de neuroimagem foi possível constatar que toda atividade psicológica age em tecido nervoso, alterando o padrão da comunicação sináptica no cérebro (LANDEIRA; CRUZ, 1998 apud MENDES, 2007, p. 36).

Pesquisas sobre estresse, como as de Lazarus (1972 apud STRAUB, 2005), mostram evidências de que a resposta de estresse do corpo é aproximadamente a mesma em situações experimentadas ou imaginadas.

As imagens psíquicas também compõem fenômenos como sonhos, devaneios, memórias sensoriais e de teor emotivo, vivências hipnagógicas e alucinações. Elas são os componentes fundamentais desses fenômenos, mas a maioria deles é composta também por outras experiências psíquicas como o pensamento abstrato (ARCARO, 1997, p. 12).

Na literatura sobre o assunto, os termos imagem mental, imagem psíquica, visualização, mentalização de imagens, fantasia, imaginação e práticas imagéticas referem-se igualmente aos mesmos processos.

4.2 IMAGENS MENTAIS NO DECORRER DA HISTÓRIA

Nos primórdios da humanidade, supõe-se que o interesse pelas imagens mentais tenha decorrido do fato de estarem relacionadas ao mundo espiritual. Provavelmente, o homem antigo sequer fazia diferenciação clara entre o material e o espiritual, percebendo a realidade como uma mistura de ambos (ARCARO, 1997, p. 14).

Para este mesmo autor, com o passar do tempo as pessoas começaram a vivenciar cada vez menos esse mundo de magia, ficando limitadas à percepção das coisas materiais. Então uma série de práticas místico-religiosas começou a ser desenvolvida, visando retomar o contato com o universo espiritual. Essas práticas apareciam muitas vezes associadas à indução de estados alterados de consciência, como os estados meditativos, de transe alucinatório ou êxtase, em que as imagens psíquicas eram evocadas. Também envolviam a utilização de sonhos e visões espontâneas. As imagens mentais e as sensações que as acompanhavam eram

muitas vezes consideradas mais importantes que a própria percepção objetiva, já que a dimensão espiritual era considerada a origem do mundo material.

As idéias dos filósofos herméticos e platônicos (no ocidente) e dos sufis, yogis e budistas (no oriente) mostram que a matéria era considerada a manifestação do espírito central do universo, ao qual se poderia ter acesso meditando e mentalizando imagens. Arcaro (1997, p. 15) acrescenta que no hermetismo, inclusive, afirmava-se que “concentrar-se nessas imagens por certo tempo podia modificar o universo físico, tal era a supremacia que se julgava que elas tinham sobre o universo objetivo”.

Há 30 mil anos os homens das cavernas provavelmente já usavam imagens mentais. Estudiosos consideram que algumas cavernas eram usadas como espaço ritual para contato com o mundo espiritual, onde as pessoas vivenciavam experiências imagéticas e as registravam nas paredes. As paredes serviam como uma espécie de véu entre a realidade objetiva e a espiritual. É provável que as imagens pintadas estivessem envolvidas em práticas mágicas com propósitos como curar doenças, assegurar a fecundidade, promover o sucesso na caça e na guerra etc. (ARCARO, 1997, p. 16).

O xamanismo, que remonta à pré-história e perdura até hoje, foi provavelmente a primeira estrutura mais organizada de administração de assuntos espirituais. O xamã, que assume as funções de sacerdote, médico, psicoterapeuta e adivinho, é capaz de atingir estados alterados de consciência nos quais evoca imagens mentais muito vívidas e sensações incomuns, que são consideradas os principais meios de entrar em contato com deuses e espíritos (ARCARO, 1997).

Várias culturas da antiguidade mantiveram a crença nas causas espirituais dos acontecimentos vividos pelo homem, e também o emprego de práticas imagéticas semelhantes às dos xamãs. Um dos exemplos, em matéria de medicina, pode ser encontrado entre os assírios e babilônios, que utilizavam os sonhos de seus sacerdotes, além da observação do sol e de outros astros, para fins diagnósticos. Os egípcios, hindus e gregos antigos também usavam procedimentos médicos similares. No processo de incubação de sonhos, na Grécia antiga, o paciente era levado até a parte mais interna do templo para aguardar sonhos de cura. Os gregos acreditavam que manter na mente a imagem de um deus ou sonhar que ele os estava curando eram situações terapêuticas (ARCARO, 1997).

Grandes nomes do início da medicina ocidental, como Hipócrates e Galeno têm importância na história do uso de imagens mentais. Hipócrates (cerca de 460 a 377 a. C.) dizia que tudo que afeta a mente afeta também o corpo, e apontava a importância das emoções e dos pensamentos do paciente em relação a sua saúde e ao sucesso do tratamento. Galeno

(cerca de 129 a 200 d. C.), que exerceu profunda influência sobre a medicina medieval, enfatizava que as imagens espontâneas do paciente são relevantes para o diagnóstico. Aristóteles também foi importante para a história da visualização, ao definir todo pensamento como um composto de imagens (FANNING, 1993, p. 293).

Durante a Idade Média, os alquimistas também fizeram uso de imagens mentais. Segundo Jung (1990, p. 290), o conceito de “*imaginatio*” (imaginação) tem um significado especial no “*opus*” (obra) alquímico. O processo de imaginação na alquimia não deve ser encarado como fantasioso, mas “como algo corpóreo dotado de um ‘*corpus*’ sutil de natureza semi-espiritual”. De acordo com Jung (1990), os conteúdos inconscientes dos alquimistas eram projetados na matéria; para os alquimistas, a matéria era em parte espiritual, em parte física.

Além da utilização para cura e fins religiosos, as imagens mentais foram empregadas no decorrer da história com diversos outros objetivos. No antigo Egito, por exemplo, foram usadas para controlar o clima, para prever o futuro, e em encantamentos relacionados aos mortos. Na Assíria, na Babilônia e na Suméria empregavam-se imagens de fertilidade na forma de deuses ligados a ela, para aumentar a produtividade da terra e a procriação de animais e de pessoas (ARCARO, 1997).

Nas tradições do extremo oriente o homem nunca deixou de ser visto como uma unidade indivisível, ao contrário do que ocorreu no ocidente. O homem é tido como um ser integral e tanto seu aspecto racional quanto irracional são plenamente vividos, e a lógica e a fantasia são ambas consideradas. As tradições voltadas para o contato direto com uma realidade transcendente continuam a ser disseminadas desde a antiguidade até os dias de hoje. Segundo Arcaro (1997), sua influência pode ser percebida em sistemas filosófico-religiosos como o budismo, o *zen*-budismo, a *yoga* e o tantrismo. Para este autor, o papel das imagens mentais nesses sistemas é bem ilustrado pelo tantrismo, originado da junção da *yoga* com idéias do hinduísmo, do budismo e de cultos populares aborígenes, no qual a visualização é sustentada pela pessoa até que suas forças internas sejam despertadas. Um mestre prescreve determinadas imagens, como mandalas e divindades, que devem ser reproduzidas com perfeita lucidez e autocontrole (ARCARO, 1997, p. 18).

No *Chi kung* (ou *qigong*), prática chinesa que se refere ao trabalho ou exercício de cultivo da energia com fins terapêuticos, a visualização é empregada na maioria dos exercícios (principalmente no *chi kung* taoísta).

No ocidente e no oriente médio, além do desenvolvimento do pensamento linear-cartesiano em detrimento do pensamento sistêmico, três grandes correntes religiosas se

tornaram hegemônicas: o cristianismo, o islamismo e o judaísmo. Nessas religiões a possibilidade de contato com o divino ficou restrita aos seus profetas e/ou santos, o que acabou excluindo o homem comum desse tipo de experiência transcendente (ARCARO, 1997). Apesar disso, as tentativas laicas de contato direto com o mundo espiritual foram preservadas, de maneira mais ou menos clandestina, por exemplo, em seitas esotéricas que se inspiraram em antigas tradições consideradas pagãs, como as druídicas da cultura celta e as das antigas religiões da Grécia e de Roma.

Foi assim que, já nos primeiros séculos da nossa era, surgiu o gnosticismo cristão, em que se continuava a praticar exercícios espirituais imagéticos, como a mentalização de séries de imagens sagradas, sendo a última a de Cristo. Coerentes a tal gnosticismo desenvolveram-se uma multiplicidade de seitas que existem até os dias atuais, caso da rosa-cruz, do kardecismo, da teosofia, da ciência cristã e da antroposofia (ARCARO, 1997, p. 19).

Da mesma forma a cabala, considerada a vertente mística do judaísmo, tem seus adeptos até hoje e também se utiliza de imagens psíquicas. De acordo com Kaplan (1985), um método básico de meditação da cabala consiste em meditar sobre os pensamentos, sentimentos ou imagens que aparecem espontaneamente na mente. Em outra forma de meditação, a pessoa contempla imagens mentais de várias combinações das 22 letras do alfabeto hebraico, que são consideradas a representação de tudo o que existe. Determinadas seqüências de letras são utilizadas para fins específicos como a cura, remover pensamentos negativos, compulsivos ou recorrentes, entre outros.

Na Renascença, as atividades do médico e alquimista Paracelso, no século XVI, também estiveram ligadas ao uso de imagens mentais. Arcaro (1997, p. 19) afirma que “ao mesmo tempo em que seu trabalho inovador levou-o a ser considerado o pai das modernas farmacologia e medicina científicas, ele manteve a crença de que fatores espirituais e a imaginação estavam associados à doença e à cura”. Paracelso dizia que “o espírito é o mestre, a imaginação a ferramenta e o corpo o material moldável” (ARCARO, 1997, p. 19).

Após Paracelso, o pensamento científico foi progressivamente ganhando força e durante trezentos anos a medicina ocidental separou o corpo da mente. De acordo com Epstein (1989), nenhum outro sistema médico na história do mundo faz essa distinção, incluindo a medicina ocidental anterior ao século XVII.

Do século XVII ao XIX o pensamento dicotômico e linear foi se desenvolvendo e ganhando cada vez mais espaço na ciência. O estudo científico do corpo foi reservado à medicina e o estudo (não científico) da mente, relegado à religião e à filosofia.

Mas a partir do final do séc. XIX, os pensamentos sistêmico e complexo começaram a se expandir. As conexões entre corpo e mente começaram novamente a ser exploradas pela psicologia comportamental, pela medicina psicossomática, pela psiconeuroimunologia e pela psiconcologia, por exemplo.

Atualmente as imagens psíquicas são cada vez mais utilizadas em diversas áreas desvinculadas do espiritualismo, como a medicina, o esporte, a publicidade, a informática e a robótica. As imagens mentais fazem parte das pesquisas da neurociência e estão presentes, de uma forma ou de outra, em todas as linhas de psicoterapia.

No âmbito da medicina, as imagens são utilizadas no combate ao câncer, no controle da dor, na oftalmologia, no parto e na anestesia, no tratamento de alergias, infecções, desordens auto-imunes como a esclerose múltipla, artrite reumatóide etc.

O treinamento autógeno de Schultz, desenvolvido na década de 1920, por exemplo, é um tipo de intervenção bastante difundido e pesquisado, em associação com estratégias médicas tradicionais para o tratamento de diversos problemas como os de coluna, cardíacos, ginecológicos, gástricos etc. O treinamento autógeno consiste em uma série de frases elaboradas com a finalidade de induzir no sujeito estados de relaxamento através de auto-sugestões. A imaginação é utilizada no decorrer do processo, para, por exemplo, visualizar imagens de calor e peso em cada parte do corpo (VERA; VILA, 2002, p. 161).

Na psiconcologia é bastante utilizado o Método Simonton, desenvolvido para pacientes com câncer, que consiste em um número de nove sessões, com exercícios de relaxamento, afirmações positivas, visualizações, exercícios físicos e outras técnicas específicas (TABONE, s. d., p. 140). Os pacientes são incentivados a exercitar as técnicas de relaxamento e visualização três vezes ao dia durante 15 minutos.

As imagens mentais também podem ser utilizadas para tratamento de diversas perturbações orgânicas, conforme se vê em Epstein (1989), que descreve vários exercícios simples e autoministráveis para lidar com problemas dermatológicos, circulatórios, digestivos, endócrino-metabólicos etc.

A imaginação também é empregada na hipnoterapia para a eliminação de problemas, hábitos ou transtornos não desejados. O uso da imaginação aparece muitas vezes no “aprofundamento” após o relaxamento e a indução da hipnose, e no retorno do transe hipnótico.

A prática mental tem sido bastante utilizada pela psicologia esportiva especialmente para melhorar a motivação e o desempenho em esportes de alto rendimento. Também tem sido usada para reduzir a dor em processos de cura e para limitar a perda de força e

mobilidade em atletas imobilizados (NEWSON; KNIGHT; BALNEV, 2003 apud UTAY; MILLER, 2006).

As imagens psíquicas também são utilizadas na área do aperfeiçoamento da capacidade de memorização, já que as coisas são mais facilmente recordadas quando associadas a imagens, tanto exteriores como mentais (ARCARO, 1997).

Nas estratégias de publicidade, Alesandrini e Sheikh (1983 apud ARCARO, 1997, p. 21), defendem o uso de métodos para eliciar imagens mentais como forma de aumentar as chances de que o consumidor se lembre dos produtos e serviços divulgados pelas propagandas.

Na área da informática e da robótica, em 2007, pesquisas sobre interfaces cérebro-máquina-cérebro possibilitaram que um macaco controlasse um cursor de computador através de sua atividade cerebral (NICOLELIS, 2008). No Japão foi desenvolvido um dispositivo semelhante a um capacete com eletrodos implantados que analisa as ondas cerebrais da parte responsável pelas funções motoras do córtex cerebral e possibilita que o indivíduo mova um personagem virtual no “*Second Life*”, na internet, apenas imaginando seu movimento (E-educador, 2007).

Nos Estados Unidos, a realidade virtual tem sido usada pela psicoterapia como complemento ou em substituição às técnicas de visualização, principalmente para tratar transtornos de ansiedade (VIRTUALLY Better, 2008).

Além disso, as imagens psíquicas têm sido usadas na psicoterapia com diversos outros objetivos e atualmente todas as linhas psicoterapêuticas utilizam-se de imagens no atendimento clínico, conforme veremos a seguir.

4.3 IMAGENS MENTAIS NA PSICOTERAPIA

A discussão sobre a natureza das imagens mentais ocorre desde os primórdios da psicologia, e nas últimas décadas vem ganhando destaque em todas as abordagens, com crescente importância no contexto clínico.

Quando a psicologia passou a estudar também as questões subjetivas, internas, que no início não eram consideradas, abriu-se espaço para a dimensão simbólica/subjetiva e para os pensamentos sistêmico e complexo, e não somente linear/racional.

Segundo Sant’Anna (2005), a investigação das imagens psíquicas é de fundamental importância para a psicologia moderna. Hoje em dia as questões referentes às imagens mentais são cada vez mais discutidas e pode-se dizer que todas as tendências terapêuticas

atuais fazem uso, mais ou menos consciente, de uma abordagem clínica que inclui o trabalho com imagens. Além disso, de modo geral, as abordagens já não atribuem mais às imagens psíquicas um sentido regressivo, patológico ou perturbador, e a atitude interpretativa, reducionista e despotencializante é substituída por uma atitude não interpretativa, amplificadora e potencializadora.

O trabalho com imagens mentais traz diversas contribuições ao processo psicoterapêutico. Proporciona, além da compreensão racional, a vivência das questões trabalhadas na psicoterapia, possibilitando resultados efetivos com relação à melhoria da qualidade de vida, resolução de conflitos, compreensão e mudanças nos comportamentos, sentimentos, pensamentos e processos subjetivos, contribuindo enormemente para que os objetivos da psicoterapia sejam alcançados. As imagens psíquicas são recurso eficiente tanto para acessar aspectos profundos do mundo interior, quanto para incentivar a criatividade no enfrentamento de problemas.

Podem-se classificar três diferentes tendências quanto ao uso das imagens mentais na psicoterapia: uma enfoca mais a razão, outra os símbolos que surgem no decorrer da imaginação, e outra a vivência das imagens.

As terapias que enfatizam mais a razão se concentram na relação entre imagens e reações emocionais e as utilizam para modificar comportamentos, pensamentos e emoções, e para a compreensão das distorções perceptivas e emocionais do paciente. As imagens são normalmente representações de situações de vigília, previamente programadas, altamente eficientes e específicas, nítidas e controláveis, e conduzidas pelo terapeuta. A ênfase se dá nos processos reflexivos, priorizando o pensamento linear (racional/lógico/empírico) e a objetividade. As psicoterapias comportamentais e cognitivas são exemplos desta tendência no trabalho com imagens.

As terapias que priorizam os símbolos e sua interpretação enfatizam a produção de imagens profundas e as utilizam para a transformação psíquica do paciente. A condução por parte do terapeuta é mínima e a criação espontânea de imagens por parte do indivíduo é incentivada. São enfatizadas as imagens receptivas, não programadas, que surgem por meio de fantasias ou sonhos, que não são inventadas, mas convidadas a aparecer, e podem ter caráter pessoal ou transpessoal (conteúdos arquetípicos). A ênfase se dá nos processos irracionais, e na conexão emocional com as imagens, priorizando a dimensão mitológica/simbólica/mágica da mente humana, o pensamento sistêmico e a subjetividade. As terapias com base psicanalítica e junguiana são exemplos desta tendência que evidencia os símbolos presentes nas imagens como mediadores da relação com estas.

Já as terapias que priorizam a vivência mesclam a produção de imagens profundas, não programadas e espontâneas com imagens de vigília previamente programadas e dirigidas pelo terapeuta. A vivência das imagens é enfatizada, considerando que por si só ela é capaz de promover transformações gerais no cliente, sem a necessidade de interpretação das imagens. Tanto o pensamento linear quanto o sistêmico são considerados. As abordagens psicoterapêuticas fenomenológicas e humanistas são exemplos desta tendência no trabalho com imagens.

Porém, ao trabalhar com imagens, as diferentes abordagens psicoterápicas não se fixam necessariamente em somente uma destas tendências. É importante enfatizar que a simples utilização de imagens psíquicas na psicoterapia promove a integração dos pensamentos linear e sistêmico, já que o pensamento por imagens é não-lógico, não-linear e não-verbal, mesmo quando se objetiva o entendimento racional.

No próximo capítulo praticamente todas as formas atuais de utilização de técnicas imagéticas na psicoterapia serão analisadas através do estudo de quatro linhas: analítica (ou junguiana), comportamental, cognitiva e da gestalt.

4.4 IMAGENS MENTAIS NAS PSICOTERAPIAS COMPORTAMENTAL, COGNITIVA, JUNGUIANA E DA GESTALT

Este capítulo aprofunda a visão de quatro abordagens psicoterapêuticas específicas – analítica (ou junguiana), comportamental, cognitiva e da gestalt – sobre a imaginação e sua utilização no processo terapêutico.

Cada linha é apresentada brevemente, enfocando e aprofundando a utilização das imagens mentais com relação aos treze eixos que serviram de base para o estudo, citados no início deste trabalho. Também é apresentado, em cada abordagem, um exemplo prático de uma técnica imaginativa.

4.4.1 Terapia Comportamental

O behaviorismo radical de Skinner (1904-1990) define a psicologia como uma ciência que estuda o comportamento e sua relação com o meio em que ocorre. Os sentimentos, pensamentos, emoções e cognições – fenômenos subjetivos – são explicados como fenômenos comportamentais e não mentais, ou seja, são caracterizados pela relação do indivíduo com seu ambiente, especialmente seu ambiente social. Isso significa que os eventos internos

(sentimentos, pensamentos, emoções e cognições) não são responsáveis por produzir comportamentos, mas são eles próprios comportamentos produzidos pela interação do indivíduo com o meio.

“A definição de comportamento como relação é fundamental para a interpretação behaviorista radical. Ela indica que a referência a eventos isolados [não é uma] descrição comportamental plena” (TOURINHO, 1999, p. 14). Por exemplo, não se tem uma descrição comportamental quando se afirma simplesmente que um indivíduo pensou algo; o pensar só pode ser considerado numa análise comportamental enquanto elemento de uma relação. Para explicar o comportamento encoberto de pensar, devem ser identificados os eventos ambientais (externos ao organismo) aos quais ele está relacionado, eventos que o produzem e o mantêm. Assim, “a análise do comportamento trabalha com um recorte que é externalista e relacional; e ao analisar sentimentos e pensamentos, seu desafio será exatamente o de dar conta destes fenômenos preservando aquele recorte” (TOURINHO, 1999, p. 15).

Para este autor,

As emoções enquanto problemas ‘psicológicos’ dizem respeito às relações sociais – relações do organismo inteiro com o meio social. A inclusão de sentimentos e pensamentos no campo de uma ciência do comportamento não representa nem uma adoção de um mentalismo, nem um reducionismo dos fenômenos comportamentais a fenômenos fisiológicos. A unidade de análise continua sendo o comportamento compreendido como relação do organismo com variáveis que lhe são externas. (TOURINHO, 1999, p. 23).

Na abordagem comportamental, o homem é estudado como produto do processo de aprendizagem pelo qual passa desde a infância (histórico de vida e contexto atual), como produto das associações estabelecidas durante sua vida entre estímulos (do meio) e respostas (manifestações comportamentais). Dois tipos de aprendizagem explicam a maioria dos comportamentos: o condicionamento clássico (também chamado de condicionamento pavloviano), que é o aprendizado que ocorre quando dois estímulos ambientais simultâneos são associados; e o condicionamento operante, “por meio do qual o comportamento é fortalecido quando seguido por uma consequência desejável (reforço) ou enfraquecido quando seguido por uma consequência indesejável (punição)” (STRAUB, 2005, p. 33). Assim, a análise do comportamento é realizada segundo o modelo da tríplice contingência: antecedentes/comportamento/consequências. Desta forma, o que controla um comportamento são suas consequências e não apenas seus antecedentes (histórico de vida e contexto atual do

indivíduo) ou os eventos internos (sentimentos, pensamentos, emoções e cognições). Segundo Tourinho (1999, p. 23), o behaviorismo radical apresenta uma crítica ao

[...] individualismo psicológico, salientando o caráter social da gênese, configuração e regulação da experiência privada ou subjetiva cotidiana. A noção de que a subjetividade diz respeito a algo essencialmente interior e pessoal do indivíduo, conferindo-lhe autonomia diante da realidade, não encontra nenhum suporte no Behaviorismo Radical. Ao contrário, uma de suas contribuições para a crítica da cultura ocidental moderna é precisamente a denúncia de caráter ilusório daquela visão de homem.

O behaviorismo radical apresenta uma concepção monista de homem em que corpo e mente são a mesma coisa. Skinner apud Matos (1997, p. 190) afirma que “[...] o que é sentido ou introspectivamente observado não é algum mundo não físico da consciência, mente, ou vida mental, mas o próprio corpo do observador”. Para Cerqueira (2005),

[...] a mente não é uma coisa ou mesmo processo individual, substância ou estrutura necessária, coisa individual ou subjetiva (em oposição a outra coisa real) nem interna nem tampouco externa. E, uma vez que o comportamento não tem dentro nem fora, podemos admitir que “mente” enquanto um conceito socialmente construído pode ser mais bem compreendido em termos evolucionários, relacionais e verbais.

A terapia comportamental se concentra na modelação de comportamentos operantes indesejáveis ou não adaptados por meio de reforços ou extinção desses comportamentos.

O terapeuta realiza a análise experimental do comportamento do indivíduo, seguindo o modelo da tríplice contingência (antecedentes/comportamento/conseqüências), auxiliando-o a descrever seus comportamentos em qualquer situação e ajudando-o a modificá-los. No processo terapêutico, o paciente vai aprendendo a fazer a análise experimental do seu próprio comportamento.

Nesta abordagem, as imagens mentais são empregadas em muitas técnicas, que costumam se ater a imagens de vigília sugeridas pelo terapeuta, para provocar diretamente mudanças no comportamento. Na terapia comportamental, segundo Caballo e Buela-Casal (2002, p. 712),

[...] praticamente todas as técnicas verbais podem adaptar-se a procedimentos de visualização de imagens. Para muitos pacientes o melhor enfoque é entremear procedimentos verbais e imagens, já que a combinação produz maiores mudanças do que a utilização de um só enfoque.

O condicionamento encoberto é o modelo teórico da psicologia comportamental que se refere ao conjunto de técnicas que utilizam a imaginação (e também pensamentos e sentimentos) e que pretendem alterar o comportamento das pessoas (a frequência da resposta) através da manipulação de suas conseqüências.

As técnicas de condicionamento encoberto na terapia comportamental são normalmente precedidas por técnicas de relaxamento, utilizadas como parte integrante de outras técnicas ou como técnicas propriamente ditas de modificação do comportamento. Costumam ser usados o relaxamento progressivo⁶ (seqüência de exercícios de tensão-relaxamento em que grupos musculares vão sendo progressivamente relaxados), o relaxamento passivo (que difere do relaxamento progressivo por não usar exercícios de tensionar, mas apenas de relaxar grupos musculares), o treinamento autógeno de Schultz¹⁴ (série de frases elaboradas com a finalidade de induzir no sujeito estados de relaxamento através de auto-sugestões) e a resposta de relaxamento de Benson (procedimento adaptado de técnicas de meditação em que se utiliza uma palavra qualquer – como paz, ou relaxar, por exemplo – para ajudar a respirar mais lenta e pausadamente, causando decréscimo no consumo de oxigênio, eliminação de dióxido de carbono e diminuição na taxa respiratória, favorecendo o relaxamento).

Apesar de haverem técnicas mais indicadas para transtornos específicos, é importante que a técnica seja adequada à análise funcional do comportamento de cada indivíduo, pois mesmo que os comportamentos de várias pessoas sejam os mesmos, levando a um mesmo diagnóstico, as conseqüências que mantêm esses comportamentos podem ser diferentes para cada indivíduo. Assim, as técnicas devem ser adequadas ao indivíduo e não ao transtorno diagnosticado.

Um dos métodos clássicos da psicologia comportamental é a dessensibilização sistemática, que associa o relaxamento a uma seqüência de imagens que geram cada vez mais ansiedade, visando o tratamento de fobias. A técnica de dessensibilização sistemática baseia-se no princípio de inibição recíproca. É uma técnica de aproximação gradual ao estímulo ou situação fóbica, frente a que o indivíduo interpõe uma resposta incompatível com a ansiedade. Na prática clínica, o cliente é treinado em uma resposta antagonista à ansiedade, e então solicitado a imaginar uma série de situações que provoquem a ansiedade enquanto está profundamente relaxado. Exposições ao estímulo invocador do medo em situações cotidianas freqüentemente são utilizadas para uma dessensibilização perfeita. O exemplo abaixo mostra

⁶ O relaxamento progressivo e o treinamento autógeno estão mais bem explicados no decorrer do trabalho.

a aplicação de uma técnica de visualização num processo de dessensibilização sistemática de uma paciente com fobia a pontes, no qual foi realizada uma completa análise comportamental, a construção de uma hierarquia de medos, e a paciente foi treinada em técnicas de relaxamento, de meditação (com o objetivo de prestar atenção no aqui e agora) e de visualização de cenas agradáveis. Após o relaxamento, o terapeuta pede à paciente que se imagine nas cenas que vai descrevendo, e esta é orientada a levantar o dedo indicador quando visualizar a cena adequadamente.

Terapeuta: Quero que você imagine que está no carro com seu marido. Vai dirigindo pela estrada, depois de sair de sua casa, que se encontra a dois quilômetros, aproximadamente, da ponte da Avenida Girard. Está falando quando pára para pensar no caminho por onde terá que passar para chegar a seu destino. Percebeu que terá que atravessar a ponte da Avenida Girard.

Depois de alguns segundos, a paciente levantou o dedo indicador. O terapeuta deixou que passassem 7 segundos.

Terapeuta: Deixe de visualizar essa cena. Qual é seu nível de ansiedade?

Paciente 1: 5, aproximadamente.

Terapeuta: Agora quero que concentre outra vez sua atenção no relaxamento. Deixe-se levar, sentindo-se relaxada. Diga-me, levantando seu dedo indicador, quando tenha voltado ao nível 0.

Depois de 20 segundos, a paciente assinalou com seu dedo indicador que havia alcançado o nível 0.

Terapeuta: Agora quero que você imagine outra vez (repete-se palavra por palavra cena descrita anteriormente).

Depois que o terapeuta descreveu a cena, a paciente levantou seu dedo indicador mostrando que havia visualizado a mesma. O terapeuta esperou então durante cinco segundos.

Terapeuta: Deixe de visualizar a cena. Onde você se encontra na escala de ansiedade?

Paciente 1: No zero, não tive nenhuma reação em absoluto.

Terapeuta: Muito bem, esse é o nosso objetivo. Concentre-se outra vez no relaxamento. Deixe-se levar. Relaxe. Sem preocupações. Diga-me quando alcançar o nível 0.

Depois de alguns segundos, a paciente indicou que já se encontrava 0 e empreguei o formato padronizado. Logo, induzi novamente esta cena. Sigo uma regra básica que constitui em não passar ao item seguinte da hierarquia [de medos] até que tenhamos obtido duas apresentações consecutivas de nível 0. (TURNER, 2002, p. 188-189).

A técnica da dessensibilização sistemática teve origem a partir dos estudos de Mary Cover Jones, considerada a precursora da terapia comportamentalista devido a suas pesquisas sobre a aplicação de princípios da aprendizagem à modificação de comportamentos inadaptados (técnicas de recondicionamento) (SCHULTZ; SCHULTZ, 1992, p. 252-253).

Outro método bastante utilizado no tratamento de fobias é a terapia implosiva (inundação), na qual “o terapeuta induz o paciente a formar imagens das cenas que lhe provocam maior ansiedade pois, se tais imagens forem mantidas em mente por certo tempo, muitas vezes o potencial ansiógeno das situações que representam se esvai” (ARCARO, 1997, p. 24).

Outros exemplos de técnicas de condicionamento encoberto são a imaginação emotiva e a imaginação racional emotiva (IRE). A técnica da imaginação emotiva consiste no emprego de imagens emotivas inibidoras da ansiedade, como por exemplo, imagens que ativem sensações de orgulho, serenidade, afeto, alegria, auto-afirmação etc. Segundo Lazarus (1985 apud CABALLO, 2002, p. 713), esta técnica é especialmente útil com crianças que sofrem de fobia. A técnica da imaginação racional emotiva (IRE) é usada por Albert Ellis e outros terapeutas comportamentais para modificar as percepções gerais do paciente. Nesta técnica o paciente deve visualizar detalhadamente situações que tenham sido desagradáveis e identificar os sentimentos associados a elas. Em seguida são usadas estratégias para modificar estes sentimentos (MCMULLIN, 2005).

Segundo Raich (2002, p. 320-332), as principais técnicas de condicionamento encoberto são as seguintes:

- Reforçamento Positivo Encoberto (RPE) – visa aumentar a frequência de um comportamento através do reforçamento positivo em imagens. Pede-se que o sujeito imagine o comportamento que objetiva adquirir e uma imagem reforçadora para ele.
- Reforçamento Negativo Encoberto (RNE) – a resposta que se pretende incrementar provoca a suspensão de um estímulo aversivo. Imagina-se uma cena ou algo aversivo e em seguida a cena que se quer incrementar para cessar a imagem aversiva. É utilizado somente quando o paciente não responde conforme esperado ao reforçamento positivo ou à modelação encoberta.
- Sensibilização Encoberta (SE) – pretende a diminuição da probabilidade de ocorrência de um comportamento por meio da apresentação de um estímulo aversivo imaginado imediatamente após a ocorrência (imaginada) de tal comportamento não desejado. Tem sido usada com eficácia para problemas de alcoolismo, obesidade, comportamentos de delitos (roubo, estupro), comportamentos obsessivos ou desvios do comportamento sexual (exibicionismo). (RAICH, 2002, p. 320).

- Extinção Encoberta (EE) – pretende a diminuição da probabilidade de um comportamento ao permitir que se imagine sua ocorrência na ausência de um estímulo reforçador que previamente o acompanhava. Ex: um fumante pode se imaginar aspirando a fumaça de um cigarro, mas sem nenhum aroma, sem sentir a fumaça, sem notar a nicotina e sem sentir-se relaxado.
- Custo de Resposta Encoberto (CRE) – pretende-se diminuir a frequência de um comportamento desadaptado, imaginando que sua ocorrência está associada à perda de um reforçador positivo (punição). Ex: indivíduo se imagina de pijama indo para a geladeira pegar algo para comer. Ao abrir a porta se diz: “Mude!” e imediatamente imagina uma cena aversiva.
- Modelação Encoberta (ME) (técnica baseada na teoria de aprendizagem social) – observação imaginária de um comportamento modelo e das conseqüências que o seguem, para que se aprenda novas respostas ou modifique as já existentes.
- Parada de Pensamento (PP) (técnica baseada no autocontrole) – serve para eliminação de pensamentos obsessivos ou perseverantes improdutivos, irreais e que tendem a inibir a execução do comportamento desejado ou iniciar uma seqüência de comportamentos desadaptados. O indivíduo diz “pare!”, interrompendo o pensamento não desejado.
- Tríade de Autocontrole (TA) (é uma combinação de técnicas: parada do pensamento, controle da resposta fisiológica e reforçamento positivo encoberto) – a) o paciente diz a si mesmo “pare” quando realiza o comportamento encoberto ou manifesto não desejado, b) respira profundamente, relaxando enquanto solta o ar, c) imagina uma cena agradável.

Algumas técnicas oriundas de outras abordagens também são usadas na terapia comportamental, como a “técnica da cadeira vazia”, por exemplo, de origem gestáltica. O paciente se senta em frente a uma cadeira vazia e a imagina ocupada por uma pessoa que considera importante. O paciente fala com essa pessoa e em seguida passa para a cadeira vazia, imaginando ser a outra pessoa, que fala à cadeira vazia que o paciente acabou de deixar, como se fosse o próprio paciente (CABALLO; BUELA-CASAL, 2002, p. 714).

Vários tipos de imagens são utilizados na terapia comportamental. McMullin (1986 apud CABALLO; BUELA-CASAL, 2002, p. 713) cita como principais:

1. *Imagens de enfrentamento*, nas quais os pacientes se imaginam enfrentando com êxito as situações difíceis. São utilizadas para corrigir o pensamento passivo, de evitação.
2. *Imagens relaxantes*, que incluem cenas da natureza e visualizações sensuais. São empregadas para se oporem a pensamentos ansiosos, produtores de temor.
3. *Imagens de aptidão*, nas quais os pacientes se imaginam realizando tarefas perfeitamente. São utilizadas para opor-se a pensamentos irracionais de fracasso e desamparo.
4. *Imagens nocivas*, que se utilizam no condicionamento aversivo, de fuga ou evitação, para opor-se a comportamentos negativos.
5. *Imagens idealizadas*, que se empregam quando os pacientes não são capazes de pensar em seus objetivos finais (p. ex., “O que você quer estar fazendo dentro de 10 anos?”).
6. *Imagens recompensadoras*, usadas para reforçar o pensamento realista (p. ex., “Que coisas boas acontecerão se terminar o projeto?”).
7. *Imagens igualadoras*, que diminuem os efeitos negativos de visualizações aversivas, temidas (p. ex., “Imagine o seu chefe vestido de pato grasnando”).

A realidade virtual aplicada à psicoterapia, citada anteriormente, surgiu com base em técnicas comportamentais e cognitivas, e tem sido utilizada nos Estados Unidos pela psicoterapia comportamental em alguns casos, em substituição ou como complemento às técnicas de imaginação.

A figura a seguir possibilita uma visualização completa dos aspectos analisados acima com relação à utilização das imagens psíquicas na terapia comportamental.

4.4.2 Terapia Cognitiva

O modelo cognitivo, criado por Aaron Beck (1921 -), parte do princípio de que o elemento comum a todos os distúrbios psicológicos é o pensamento distorcido ou disfuncional, e que uma avaliação realista ou a modificação do pensamento distorcido produz uma melhora no humor e no comportamento.

As terapias que seguem este modelo apresentam uma gama de procedimentos e descrições a respeito dos diversos processos cognitivos em diferentes problemas psicológicos e transtornos de personalidade.

De acordo com este modelo, a melhora duradoura é resultado da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes (BECK, 1997). As crenças surgem na tentativa de extrair sentido do ambiente e de organizar as experiências de modo coerente, mas podem ser funcionais ou não. Os sistemas de crenças do indivíduo são esquemas mentais formados por conjuntos de conceitos definidos que simplificam ou agilizam a interpretação da realidade.

Estes conceitos se formam ao longo da vida, através de experiências pessoais, interações com outros, observação direta e de mensagens implícitas ou explícitas dos outros. Os esquemas evoluem para facilitar a adaptação da pessoa ao ambiente, mas podem ser adaptativos ou maladaptativos em relação ao contexto ou ambiente social e físico mais amplo no qual se insere. As crenças centrais tendem a ser consideradas verdades absolutas, globais, rígidas e supergeneralizadas.

Os indivíduos estão sujeitos a fazer construções cognitivas falhas específicas (distorções ou vulnerabilidades cognitivas), que os predispõem a síndromes específicas. Assim, a psicopatologia resulta de significados maladaptativos construídos em relação ao *self* (ou si-mesmo), ao contexto ambiental (experiência) e ao futuro (objetivos), que juntos são denominados tríade cognitiva. Cada síndrome clínica tem significados maladaptativos característicos associados aos componentes da tríade cognitiva. De acordo com o modelo cognitivo existem três níveis de cognição: 1. o pré-consciente, não-intencional, automático (pensamentos automáticos); 2. o nível consciente; e 3. o nível metacognitivo, que inclui respostas "realísticas" ou "racionalis" (adaptativas). Os níveis conscientes são de interesse primordial para a melhora clínica em psicoterapia (BECK; ALFORD, 2000).

A abordagem cognitiva tem uma visão dualista do homem, ou seja, considera mente e corpo como entidades separadas, mas que exercem influência recíproca uma sobre a outra.

Ao longo da terapia cognitiva, o psicólogo procura conceituar as dificuldades do paciente em relação a seu pensamento atual e comportamentos problemáticos, identificando fatores de precipitação que influenciam suas percepções; depois levanta hipóteses sobre eventos chaves da vida da pessoa e padrões duradouros de interpretação desses eventos. A terapia cognitiva é orientada por metas específicas e focalizada em problemas. O terapeuta encoraja o paciente a ver a terapia como um trabalho em equipe. No processo terapêutico inicialmente se enfatiza o presente, mas a atenção pode ser voltada para o passado quando o paciente expressar uma forte predileção por isso, quando o trabalho voltado para o presente produzir pouca ou nenhuma mudança ou quando o terapeuta julgar importante. A terapia cognitiva é educativa, ou seja, visa ensinar o paciente a ser o seu próprio terapeuta, e enfatiza a prevenção contra a recaída. Os pacientes são ensinados a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais. É utilizada uma variedade de técnicas para modificar o pensamento, o humor e o comportamento. Embora estratégias cognitivas como questionamento socrático e descoberta orientada sejam centrais à terapia, técnicas de outras orientações, como a comportamental e a gestalt, também são utilizadas dentro de uma

estrutura cognitiva. Além disso, a terapia cognitiva visa ter um tempo limitado e suas sessões são sempre estruturadas previamente pelo terapeuta (BECK; ALFORD, 2000).

A prática das terapias cognitivo-comportamentais é fundamentada no pragmatismo experimental advindo da própria prática das técnicas. Os pesquisadores estão constantemente desenvolvendo novas técnicas e adaptando e revalidando técnicas já consagradas (FEILSTRECKER; HATZENBERGER; CAMINHA, 2003, p. 53).

Diversas técnicas comportamentais são utilizadas juntamente com técnicas cognitivas. Entretanto, segundo Dobson e Franche (2002, p. 453), com pacientes muito deprimidos, as técnicas comportamentais podem ser a princípio a única via de mudança, visto que suas capacidades para o pensamento abstrato e a verbalização dos pensamentos podem estar limitadas. Nestes casos, a intervenção comportamental costuma ser eficaz para mostrar aos pacientes que não são tolos, incompetentes ou inúteis.

Na terapia cognitiva as técnicas com imagens mentais são utilizadas para trabalhar os pensamentos e as crenças disfuncionais, para o treinamento de habilidades, e tanto em transtornos de eixo I (transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica), quanto de eixo II (transtornos de personalidade e retardo mental) (DSM-IV, 2002, p. 59). As técnicas devem ser adequadas ao diagnóstico e à conceituação cognitiva do paciente.

De acordo com Beck e Emery apud Beck (1997, p. 235), muitas pessoas experimentam “pensamentos automáticos”, não apenas como palavras faladas em sua mente, mas também em forma de figuras ou imagens mentais. A terapia cognitiva ensina os pacientes a identificarem essas imagens espontâneas, que são com frequência breves e perturbadoras, e intervir terapêuticamente sobre elas utilizando imagens induzidas.

Segundo Beck e Freeman (1993, p. 69),

Simplemente falar sobre um evento traumático pode dar um insight intelectual sobre por que o paciente tem uma auto-imagem negativa, por exemplo, mas de fato não modifica a imagem. Para modificar a imagem, é necessário retornar no tempo, recriar a situação tal como era. Quando as interações são trazidas à vida, a construção errônea é ativada – juntamente com o afeto – e a reestruturação cognitiva pode ocorrer.

Para ensinar o paciente a reconhecer e intervir em suas imagens aflitivas, o terapeuta o ajuda a recordar uma imagem espontânea que teve, ou tenta induzir uma nova imagem durante a sessão. Palavras como quadro ou tela mental, devaneio, cena, fantasia, imaginação ou memória podem ser usadas para ajudar o paciente a entender o conceito de imagem.

Beck (1997) adverte que apesar de alguns pacientes identificarem imagens, não as relatam porque muitas vezes suas imagens são vívidas demais e/ou angustiantes e eles relutam em reexperimentar tal angústia ou temem que o terapeuta os perceba angustiados. Se o terapeuta suspeita desses casos, deve regularizar a experiência de imagens explicando o que elas são e que é comum se ter todo tipo de imagens (tristes, violentas e até assustadoras), a fim de reduzir a ansiedade e ajudar na identificação das imagens. Inicialmente, a maioria dos pacientes não tem consciência de imagens. Se o próprio terapeuta obtém uma imagem visual a partir do relato do paciente, pode usá-la como um indício para verificar uma possível imagem que o paciente possa ter experimentado.

Várias técnicas podem ser utilizadas para responder a essas imagens espontâneas aflitivas. A técnica mais adequada para cada imagem é determinada pelo terapeuta juntamente com o paciente através de experimentações. Várias técnicas têm como objetivo reduzir a aflição causada pela imagem “vendo” a situação de maneira diferente. O paciente é orientado a praticar regularmente diversas técnicas de visualização, dentro e fora da sessão, a fim de usá-las efetivamente. Durante o processo de visualização, o terapeuta dialoga com o paciente, faz perguntas “condutoras”, que o ajudam a reconhecer suas imagens, orientando-o a imaginar-se empregando as ferramentas que aprendeu na terapia, como a respiração controlada e o relaxamento.

Judith Beck (1997) descreve várias técnicas de resposta a imagens espontâneas:

- “Seguindo as imagens até sua conclusão” é, de acordo com esta autora, a técnica mais útil, que pode

[...] ajudar o terapeuta e o paciente a conceituarem melhor o problema, conduzindo a uma reestruturação cognitiva da imagem e à promoção do alívio. O terapeuta encoraja o paciente a continuar a imaginar uma determinada imagem espontânea até que uma entre duas coisas ocorra: o paciente imagina passar por uma crise e se sente melhor ou imagina uma catástrofe final, como a possível morte. (Se a última acontece, o terapeuta pode, então, explorar as conseqüências temidas e o sentido da catástrofe final e intervir assim adicionalmente). (BECK, 1997, p. 239).

- A técnica “seguindo a frente no tempo” é usada normalmente em casos em que não é eficaz seguir uma imagem até sua conclusão porque o indivíduo continua imaginando cada vez mais obstáculos ou eventos aflitivos. Nesses casos o terapeuta sugere ao paciente que se imagine em algum momento de um futuro próximo concluindo a imagem.

- Na técnica “enfrentando o conflito na imagem visualizada”, o indivíduo é orientado a imaginar que está enfrentando a situação difícil que espontaneamente visualizou, até que obtenha êxito.
- A técnica “alterando a imagem visualizada” envolve ensinar o paciente a identificar uma imagem e então reimaginá-la, mudando seu fim de maneira mágica ou realista, a fim de aliviar seu estresse e angústia, conforme o exemplo a seguir, que apresenta uma mudança realista:

T: Sally, na semana passada, nós conversamos sobre algumas coisas que você pôde fazer quando percebeu uma imagem perturbadora. Você se lembra?... Você por acaso tentou usar alguma técnica de visualização esta semana?... Deixe-me contar-lhe sobre uma outra técnica – *a de alterar, de alguma maneira, a imagem visualizada*. Você poderia lembrar-se de uma imagem aflitiva ocorrida, esta semana?

P: (*Faz uma pausa.*) Sim... Esta manhã. Eu estava pensando sobre as minhas férias. Eu não poderei ir para casa. Eu terei que ficar por aqui.

T: Alguma coisa lhe vem a cabeça?

P: Não, apenas que está tudo silencioso no ambiente. O dormitório está quieto.

T: E a imagem a faz se sentir...

P: Triste. Realmente triste...

T: Sally, você não precisa ficar vulnerável a essa imagem. Você pode mudá-la, se você quiser. É como se você fosse uma diretora de cinema, pode decidir como e quanto você gostaria que ela fosse diferente. Você pode, se quiser, mudá-la de uma forma mágica... algo que não poderia realmente acontecer. Ou você pode mudá-la para uma cena mais realista. Eu acho que se você tentar você se sentirá menos angustiada.

P: Eu não tenho certeza se saberia fazer isso...

T: Está bem, eu lhe ajudarei. Você está sentada na sua mesa. O que você *deseja* que aconteça agora?

P: Que minha melhor amiga telefone para mim... ou, então, que haja mais pessoas no dormitório e, então, alguém bata na minha porta para jantarmos juntos.

T: Ou talvez algum outro cenário, se você preferir?

P: Talvez, sei que haverá um evento no campus, um jogo de *softball*. Eu vou assistir ou até mesmo jogar.

T: Esses são finais muito melhores. Como você pensa que se sentiria se você imaginasse essas coisas acontecendo?

P: Melhor. Mas como eu sei que elas se tornarão verdade?

T: Bem, antes de tudo, nenhum de nós realmente sabe o que acontecerá se sentar na sua mesa e chorar, se se tornará verdade ou não. O que nós de *fato* sabemos é que *imaginar* isso a faz sentir-se realmente triste agora. Em segundo, talvez nós pudéssemos conversar agora sobre como tornar possível que realmente *haja* um final melhor. O que você poderia fazer para que sua amiga pudesse ligar, um colega de classe pudesse bater na sua porta ou você pudesse ir a um evento no campus?

Mudar a imagem, nesses casos, conduz a uma discussão positiva envolvendo a resolução de problemas. (BECK, 1997, p. 243-244).

- Na técnica “testando a realidade da imagem” o terapeuta ensina o paciente a tratar a imagem como um pensamento automático verbal, utilizando o questionamento socrático padrão utilizado nestes casos.
- “Repetindo a imagem” é uma técnica útil em geral quando o paciente imagina claramente um resultado exagerado, embora não-catastrófico.

O terapeuta sugere que o paciente continue imaginando a imagem original de novo [várias vezes seguidas], prestando atenção se a imagem e seu nível de aflição mudam. Alguns pacientes parecem fazer uma checagem de realidade automática e visualizar cada imagem sucessiva mais realisticamente e com menos disforia (BECK, 1997, p. 246).

- As técnicas de substituição, interrupção e distração das imagens descritas a seguir são utilizadas para trazer alívio rápido de imagens. Na “interrupção de imagens”, o indivíduo reconhece uma imagem aflitiva e tenta interrompê-la imaginando, por exemplo, um sinal de “pare”, batendo palmas ou engajando-se em outro comportamento incompatível com ela. Na “substituição por imagem mais agradável” pode-se imaginar um aparelho de TV em que passa a imagem desagradável e então imaginar-se mudando de canal para uma cena diferente, como deitar numa praia, caminhar numa floresta ou lembrar-se de algo agradável do passado. A cena agradável deve ser imaginada anteriormente com bastante detalhes e pode ser acompanhada de exercícios de relaxamento.

O terapeuta também pode induzir a construção de imagens para ajudar o paciente a responder a uma imagem espontânea ou para realizar uma determinada ação. Costumam ser usadas as seguintes técnicas de visualização induzidas:

- “Ensaio de técnicas de enfrentamento”, em que o paciente é ajudado pela indução do terapeuta a mentalmente praticar estratégias de enfrentamento através de técnicas cognitivas.
- “Distanciamento”, que visa reduzir o estresse e ajudar o paciente a ver um problema em perspectiva mais ampla. O terapeuta pode, por exemplo, ajudar o paciente a ver que as dificuldades tendem a ter um tempo limitado, induzindo imagens realistas que avançam no tempo, e por meio disso, dar-lhe esperança.
- “Redução de uma ameaça percebida”, que tem como objetivo permitir que o paciente veja uma situação com uma avaliação mais realista da ameaça.

Além destas, existem ainda outras técnicas como o “ensaio cognitivo”, que se refere ao ensaio detalhado e imaginário de uma determinada tarefa, como sair de casa, por exemplo (FEILSTRECKER; HATZENBERGER; CAMINHA, 2003).

Nos Estados Unidos, a realidade virtual, que surgiu com base em técnicas comportamentais e cognitivas, tem sido utilizada em alguns casos em substituição ou como complemento às técnicas de visualização. A terapia cognitiva a tem utilizado principalmente para tratar transtornos de ansiedade, incluindo transtorno do pânico, agorafobia, fobias específicas (como medo de voar e de alturas), fobia social (incluindo medo de falar em público), transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada, estresse pós-traumático e tricotilomania.

4.4.3 Terapia Analítica (Junguiana)

A psicologia analítica de Carl Gustav Jung (1875-1961) remonta ao início da clínica psicoterápica e é bastante voltada para os conteúdos oníricos como meio de acesso ao inconsciente, que é bastante enfatizado nesta abordagem.

Johnson (1998, p. 11) define o inconsciente como

[...] um universo maravilhoso composto de energias invisíveis, forças, formas de inteligência – até personalidades distintas – que não são percebidas mas que vivem dentro de nós. Seu domínio é maior do que imaginamos, algo com vida própria e completa, toda sua, que corre paralelamente à vida comum do nosso dia-a-dia. O inconsciente é a fonte secreta de muito do que entendemos como nossos pensamentos, nossas emoções e comportamentos. Influencia-nos de forma poderosa, por não suspeitarmos de sua existência.

Segundo Silveira (1997, p. 63-64), o inconsciente, na psicologia junguiana, compreende o inconsciente pessoal e o inconsciente coletivo, que corresponde às camadas mais profundas, aos fundamentos estruturais da psique comuns a todos os homens. O inconsciente coletivo explica a analogia e a identidade entre vários temas míticos e simbólicos, que podem ser chamados universais, pois são encontrados nos mais diversos locais e em diferentes períodos da história da humanidade. Jung denominou de arquétipos essas tendências herdadas para representar imagens similares. Nesse aspecto, a psicoterapia junguiana pode ser considerada de orientação transpessoal, pois leva em conta conceitos que vão “além do pessoal”. Jung é inclusive considerado um dos expoentes da psicologia transpessoal (GROF, 1987, p. 138).

O inconsciente se manifesta através de uma linguagem simbólica e dispõe de dois caminhos naturais para estabelecer uma conexão com a mente consciente: o sonho e a imaginação. Os símbolos são experienciados nas imagens oníricas, em fantasias, nas metáforas poéticas, em contos de fadas, em mitos, na arte etc., e podem surgir e ser representados de maneira bastante espontânea. Fantasias de aventura, perigo, sacrifício heróico e amor são exemplos primários de como o inconsciente invade a mente consciente e procura manifestar-se.

Jung (2000) considera que as fantasias espontâneas assumem geralmente uma forma mais ou menos composta e coerente, e frequentemente contêm significados bem claros. Algumas pessoas são capazes de produzir fantasias a qualquer momento, apenas deixando que elas “surjam” livremente. Segundo ele, é possível desenvolver essa capacidade de produzir fantasias mediante “exercícios sistemáticos de eliminação da atenção crítica, criando, assim, um vazio na consciência, que favorece o surgimento de fantasias que estavam latentes” (JUNG, 2000, p. 269). Esta é a base da técnica da imaginação ativa, que será discutida mais adiante.

O objetivo da terapia junguiana é “[...] tornar o núcleo criativo do inconsciente acessível ao consciente e desse modo levá-lo de seu estado de potencialidade para o de atualidade” (KAST, 1997, p. 7). A criatividade tem um papel central nesta abordagem: o indivíduo é levado a “realizar experimentações com o próprio ser e conseguir lidar de modo criativo com seus problemas e com as peculiaridades de seu ser” (KAST, 1997, p. 7). O desenvolvimento criativo se torna visível no símbolo e é levado ao consciente por meio dele. Assim, “o trabalho sobre o símbolo e com os símbolos forma a peça central de uma terapia junguiana” (KAST, 1997, p. 7).

Na psicologia analítica o homem é visto num processo de transformação criativa, e a falta de mudança é experienciada como algo opressivo. Para Jung, o processo de individuação é o caminho pelo qual o ser humano busca tornar-se o que realmente é. O processo de individuação compreende o relacionamento entre o consciente e o inconsciente, cujos conteúdos se unem nos símbolos. A individuação pode ser definida como um processo interno de diferenciação em que a singularidade de uma pessoa se manifesta, com a aceitação de si com suas possibilidades e dificuldades; nesse sentido, caracteriza-se como um processo subjetivo de integração da personalidade. Em outro aspecto, pode ser definida como um processo interpessoal, intersubjetivo e relacional. Entrelaçado ao objetivo da auto-realização encontra-se o da conquista de mais autonomia em relação aos padrões de normas e valores sociais e em relação ao inconsciente. Segundo Jung apud Kast (1997, p. 12), “a relação com o

si-mesmo é ao mesmo tempo a relação com o próximo. E ninguém se vincula com o outro antes de se vincular consigo mesmo”. A interpretação dos símbolos, na terapia junguiana, no nível subjetivo e no objetivo está comprometida com essa idéia.

Jung propõe a imaginação ativa como uma forma dialética particular de a mente consciente lidar com o inconsciente. Esta técnica difere da fantasia passiva, pois o indivíduo está completamente acordado e consciente durante a experiência. Jung considera a imaginação ativa um caminho mais efetivo para o inconsciente do que os sonhos e a imaginação passiva, justamente porque nela existe a participação da mente consciente. Nela, a pessoa não desempenha apenas um papel passivo como simples espectadora nas fantasias que emergem, mas “enfrenta as figuras que comparecem na visão, reagindo e atuando com plena consciência” (JUNG, 1987, p. 89), para que haja um verdadeiro confronto com o inconsciente. Pois “para ser vivida de um modo completo a fantasia exige, não só a visão passiva, mas a participação ativa do sujeito” (JUNG, 1987, p. 92). A pessoa deve se comportar na fantasia do mesmo modo que se portaria na realidade, “levar a sério” a fantasia, e mostrar “que atribui ao inconsciente o valor de uma realidade absoluta [...] outorgando indiretamente validade ao ponto de vista irracional do inconsciente” (JUNG, 1987, p. 92), e alcançando uma vitória sobre o ponto de vista unilateralmente intelectual. Esta é a experiência completa exigida pelo inconsciente.

Segundo Jung (1987, p. 89), confrontar-se com o inconsciente é

[...] libertar os processos inconscientes que irrompem na consciência sob a forma de fantasias. [...] o importante é vivê-las plenamente e também compreendê-las, uma vez que a compreensão intelectual pertence à totalidade da experiência. Entretanto, não atribuo uma primazia à compreensão. Naturalmente o médico deve ajudar o paciente a compreender o que se passa; mas ele mesmo não entende, nem poderá entender tudo, devendo por isso ser cauteloso, precavendo-se contra os malabarismos da interpretação. O essencial, é bom repetir, não é a interpretação e compreensão das fantasias, mas a vivência que lhes corresponde.

Jung enfatiza que na verdade “vivemos imediatamente apenas no mundo das imagens” (Jung, 2000, p. 269). E afirma ainda que

[...] aquela certeza racional sumamente real que chamamos experiência é um aglomerado complicadíssimo de imagens psíquicas, mesmo em sua forma mais simples. Assim, em certo sentido, da experiência imediata só nos resta a psique mesma. Tudo nos é transmitido através da psique: traduzido, filtrado, alegorizado, desfigurado e mesmo falsificado. (Jung, 2000, p. 269).

Para Jung (2000, p. 267) a própria “[...] psique é constituída *essencialmente* de imagens [...] No sentido mais amplo do termo, não é, porém, uma justaposição ou sucessão, mas uma estrutura riquíssima de sentido e uma objetivação das atividades vitais, expressa através de imagens”.

Desta forma, conforme as palavras de Jung (1991, p. 407), a imaginação ativa

[...] não deve sua existência unilateralmente a um processo inconsciente, intenso e contraditório, mas também à disposição da atitude consciente de assumir os indícios ou fragmentos de relações inconscientes e relativamente pouco acentuadas e, por meio de associação de elementos paralelos, apresentá-los numa forma visual plena. Não se trata, portanto, na fantasia ativa [imaginação ativa], necessariamente, de um estado de alma dissociado, mas, antes, de uma participação positiva da consciência.

Complementando esta idéia, Johnson (1998, p. 156), afirma que

Na *imaginação ativa*, os eventos se sucedem em um nível imaginativo, que não é nem o consciente nem o inconsciente, mas um ponto de confluência, um solo comum onde ambos se encontram em termos iguais e juntos criam uma experiência de vida que combina os elementos de ambos.

Assim, na imaginação ativa a mente consciente tem a oportunidade de dialogar com o inconsciente, entrando em contato com o *self*, que é o centro de energia psíquica orientador do processo de individuação.

A finalidade da imaginação ativa é justamente proporcionar esta comunicação entre o ego e partes do inconsciente das quais geralmente nos desligamos. Esta técnica “nos coloca no caminho da unidade, da percepção de uma totalidade mais ampla, simplesmente porque aprendemos a entrar em contato com o *self* interior” (JOHNSON, 1998, p. 158).

De acordo com Jung (1987, p. 95),

A contínua conscientização das fantasias (sem o que permaneceriam inconscientes), com a participação ativa nos acontecimentos que se desenrolam no plano fantástico, tem várias conseqüências [...]. Em primeiro lugar, há uma ampliação da consciência, pois inúmeros conteúdos inconscientes são trazidos à consciência. Em segundo lugar, há uma diminuição gradual da influência dominante do inconsciente; em terceiro lugar, verifica-se uma *transformação da personalidade*. É claro que esta modificação da personalidade não corresponde a uma alteração da predisposição hereditária do indivíduo, mas representa uma transformação da atitude geral.

Durante a imaginação ativa não existe uma meta que obrigatoriamente tenha que ser atingida, um modelo, imagem ou texto a ser usado, uma postura ou controle da respiração recomendados, o paciente não se deita e o terapeuta não participa das fantasias.

A pessoa simplesmente começa com o que vem de dentro dela, com uma situação de sonho relativamente inconclusiva ou uma momentânea modificação do estado de espírito. Se surge um obstáculo, a pessoa que medita é livre para considerá-lo ou não como tal; é ela que resolve como deve ou não reagir diante dele (FRANZ, 1999, p. 179).

Porém, não se deve “enfeitar” a imaginação, procurando fazê-la soar melhor, mais sistematizada ou refinada. O objetivo é registrar tudo que aflora do inconsciente em sua forma bruta, espontânea. Mas em seguida “o ‘eu’ precisa entrar no ato imaginativo tão intensamente quanto o faria se estivesse numa experiência exterior, física. Embora seja uma experiência simbólica, é, mesmo assim, uma experiência verdadeira que envolve sentimentos verdadeiros” (JOHNSON, 1998, p. 157). A imaginação não é “ativa” a menos que a pessoa realmente participe do drama com seus sentimentos e emoções. Kast (1997, p. 37) afirma que para que os símbolos sejam vivenciados realmente como tais, deve-se estar pronto para se “deixar tocar emocionalmente por eles”, e que “quando os símbolos se tornam experienciáveis em um processo terapêutico, passamos a nos sentir mais vivos, mais emocionais; ou seja, realiza-se o lidar do consciente com o inconsciente”.

O terapeuta, por sua vez, não deve interferir na imaginação, é o paciente que deve explorar sozinho o que encontra e resolver por sua própria conta o que fazer a respeito, exatamente como na vida exterior. A única posição que o terapeuta assume é na questão de determinar se a fantasia é genuína ou não.

Segundo Franz (1999, p. 180) é exatamente essa “absoluta liberdade que diferencia a forma junguiana de *imaginação ativa* de quase todas as outras formas de meditação e o que a torna mais parecida com a *imaginatio vera* dos alquimistas”. De acordo com essa autora o método xamanista do “sonho” é uma antiga abordagem da imaginação ativa, e o *zen*-budismo, com suas etapas em direção à experiência do *satori* (iluminação) também se aproxima da abordagem junguiana. A única diferença é que no *zen*-budismo as imagens que surgem são consideradas relativamente sem importância, como elementos que encobrem a “verdadeira natureza” (FRANZ, 1999, p. 195).

A construção de mandalas no budismo tibetano também tem relação com a imaginação ativa, pois são representações interiores construídas por meio da imaginação em períodos de crise ou busca de conhecimentos que não são encontrados facilmente na própria doutrina. Ao conversar com um *rimpoche* lamaísta, Jung (1990, p. 105) conta que este lhe explica que a mandala é uma

[...] imagem mental (*imago mentalis*) que só pode ser construída através da imaginação de um lama que concluiu sua instrução. Nenhuma mandala é igual a outra, sendo individualmente diferentes. Acrescentou que as mandalas encontradas nos mosteiros e nos templos não tem significado particular, por serem meras representações exteriores. A verdadeira mandala é sempre uma representação interior, construída pouco a pouco através da imaginação (ativa) somente em períodos de distúrbio do equilíbrio anímico, ou quando se busca um pensamento difícil de ser encontrado por não figurar na doutrina sagrada.

A técnica da imaginação ativa consiste em quatro fases: 1. libertar-se do fluxo de pensamentos do ego; 2. deixar que uma imagem de fantasia do inconsciente flua para o campo da percepção interior; 3. conferir uma forma à imagem relatando-a por escrito, pintando-a, esculpindo-a, escrevendo-a como uma música ou dançando-a; e 4. confrontar-se moralmente com o material produzido/imaginado (FRANZ, 1999).

Kast (1997, p. 31) explica que

Imagens muito torturantes na imaginação tornam-se, quando pintadas, mais concretas, e não temos tanta dificuldade para lidar com elas. Podemos nos relacionar com o produto pictórico, tomar distância de seu problema, quando simultaneamente olhamos para ele e o trabalhamos. Supera-se a identificação com o problema, e isso significa: dá-se um primeiro passo para a conscientização.

De acordo com Sant'Anna (2005, p. 34), é difícil realizar a imaginação ativa de maneira mais pura, conforme descrita por Jung, pois é muito reduzido o número de pessoas que consegue “entrar” na técnica. Assim, ela tem ganhado espaço na psicoterapia junguiana associada a outros recursos que facilitam a expressão e a objetivação da imagem, como desenhos, pinturas, escrita espontânea, jogo de areia e exercícios corporais de imaginação. Além disso, a terapia junguiana vem sofrendo influências de outras abordagens, como a gestalt, e assim a imaginação ativa tem sido usada em conjunto com outras técnicas ou instrumentos, sendo realizados inclusive trabalhos com sonhos em grupos.

Porém, as técnicas com imagens mentais, como toda a terapia junguiana, costumam ser utilizadas individualmente e não em grupo. De acordo com Jung apud Franz (1999, p. 317), o psicólogo responsável

[...] prefere o trabalho individual à melhora coletiva; isto está de acordo com a experiência de que as influências sociais e coletivas geralmente só produzem uma intoxicação em massa, e que somente a ação do homem sobre o homem é capaz de realizar uma verdadeira transformação.

Jung não apresenta objeção à terapia em grupo, pois esta é capaz de educar o comportamento social dos indivíduos, o que às vezes não acontece o suficiente na terapia individual. Mas a preferência pelo atendimento individual é explicada pelo fato de que no grupo “a sensação de segurança da pessoa aumenta e a *sensação de responsabilidade diminui*” (FRANZ, 1999, p. 317). Além disso, a sugestibilidade também aumenta e com ela a perda da liberdade.

Em relação às precauções e contra-indicações do uso da imaginação ativa, Johnson (1998) ressalta que antes de começar o indivíduo deve estar certo de ter alguém a quem recorrer caso se veja dominado pela imaginação e não tenha como interrompê-la. Este autor ainda recomenda que pessoas que se perdem facilmente no reino da fantasia devem evitar praticar a imaginação ativa, buscando formas mais suaves de contato com seu mundo interior.

Além disso, Franz (1999, p. 175) alerta sobre o perigo do uso da imaginação ativa “de maneira errada, como uma espécie de magia negra, para atingir objetivos egoístas ou para influenciar outras pessoas”, assim como sob a forma de “feitiço do amor” ou a serviço dos delírios de grandeza da pessoa (fantasias heróicas). Segundo esta autora, este uso pode ser atraente especialmente para pessoas com tendências esquizóides e isso pode torná-las mais vulneráveis à psicose, em vez de tirá-las do estado confuso em que se encontram. Desta forma, a imaginação ativa não é indicada nos casos de psicose latente e nos casos limítrofes de esquizofrenia, em que a fraqueza do ego é com frequência muito grande. Pessoas que não conseguem superar suas resistências à imaginação ativa também não devem ser forçadas a isso.

Segundo Franz (1999), o uso da imaginação ativa é especialmente indicado quando existe intensa pressão do inconsciente (quando grande número de sonhos e fantasias aparece o tempo todo) ou, ao contrário, quando a vida dos sonhos está bloqueada e não “flui”. Também é indicado em todos os casos em que se busca a independência interior. Eis a seguir um exemplo excelente de imaginação ativa em que um conteúdo invisível do inconsciente é personificado e trazido à superfície, na forma de imagem, possibilitando o diálogo com ele:

[...] certa noite, [uma mulher] viu-se acordada na cama incapaz de dormir porque estava obcecada com a nova pintura da sua casa. Havia trabalhado a exaustão, escolhendo cores, comprando tintas, fazendo o serviço. E agora não conseguia dormir. As cores, e as mais diversas maneiras de combiná-las com os tecidos e as mobílias, desfilavam em sua mente, noite a dentro, numa fantasia que não conseguia interromper.

Uma vez que já havia usado a Imaginação Ativa antes, ela pensou em entrar na imaginação para encontrar uma imagem que pudesse representar a obsessão. Queria encontrar a sua parte interior que estava obcecada e dialogar com ela.

[...]

E [ego]: Que está acontecendo aqui? Estou sendo tomada por uma força desconhecida. Não posso dormir com essa barreira de cores diante de meus olhos. Que você está fazendo? Que você quer? Quem é você?

(*Voz*): (Soando com uma voz feminina na minha imaginação.) As cores são bonitas. Veja o efeito. Veja como evocam diferentes aspectos da natureza. Estas, em particular, combinam tão bem com os tons de madeira das estantes...

E: Desculpe-me. Sim, é realmente lindo, mas estou muito esgotada e tenho outros assuntos na vida com que me preocupar. Tenho outras coisas para equilibrar com esse esforço. Você está assumindo o controle. (Nesse momento comecei a perceber que a voz feminina dentro de mim não estava tão obcecada, mas sim entusiasmada pelas cores).

(*Voz*): Tenho uma idéia clara do que se quer criar aqui. Estou tentando encontrar os meios certos. Precisamos encontrar o tecido certo, a tinta e o desenho para materializá-lo, para torná-lo físico.

E: Está bem. Mas precisa fazê-lo a noite inteira???

(*Voz*): Oh, sim. Sei o que quer dizer. (A figura ficou mais nítida para mim. Era uma figura japonesa. De início parecia um figura masculina, mas agora vejo que não é nem masculina nem feminina, mas andrógina. Senti que era um artista, vestido com um traje Zen budista, de cor laranja. O ente permaneceu em silêncio, como que magoado. De repente, estou “no rastro” da personalidade dessa criatura, e “sei” que tem sensibilidade e uma visão que provém de uma apreciação meticulosa da natureza física. Sinto que não quero perdê-la. Sinto minha irritação e frustração desaparecendo. Estou ficando muito interessada nessa criatura.)

E: Por favor, não se retire. Não estou com raiva. Podemos chegar a um acordo vantajoso para nós ambos. Por que está me pressionando tanto?

AJ: Estou com medo.

E: Medo de que?

AJ: Estou com medo de ser aprisionado outra vez.

E: Aprisionado?

AJ: Existem muito poucas oportunidades para eu me expressar. Parece que preciso trabalhar muito depressa e intensamente, enquanto a porta está aberta para mim. Logo tudo acabará e eu serei aprisionado outra vez.

E: Começo a perceber o que você quer dizer. Na minha vida tem havido poucas oportunidades para você aparecer, tão poucas que eu nem sabia que você existia. A cultura em que vivo não permite um espaço para você. E eu não me separei da minha cultura, neste aspecto, para favorecê-lo.

AJ: Isso é verdade. Sinto que estou me acabando. Esta pode ser minha única oportunidade.

E: Não precisa ser. Se eu providenciar outros meios para você, outros caminhos para expressar a si mesmo, você se sentirá menos desesperado? Poderia diminuir sua intensidade?

AJ: Sim... (Houve uma longa pausa. Então a criatura falou muito suavemente.) Você... sabe o que isto implica?

E: (Sinto-me apreensiva. Estou perto de me comprometer com algo e talvez não possa voltar atrás.) Acho que sim. Sei que não tem sido fácil para mim permitir-me esforços puramente criativos no mundo físico das sensações. Sempre deixo o senso prático predominar. Sempre estou sob a pressão do meu trabalho, de minhas responsabilidades.

AJ: Tenho tentado me expressar através de você mas, na maioria das vezes, esses assuntos “práticos” sempre vencem. A alegria pura de criar, de viver no lado físico

da vida é completa em si mesma – sem expectativa de resultado ou dos assim chamados benefícios práticos.

E: É verdade. E, considerando os meus condicionamentos e minhas atitudes dominantes, sei que você tem de me incomodar para chamar minha atenção. Vejo que tenho de permanecer independente dos valores consumistas que me cercam e me dominam. Preciso lidar com essa negativa mentalidade masculina de produzir, que apóia essas idéias e atropela tudo o mais. Ela usa meu medo do fracasso, minha ânsia de me sair bem. É preciso enfrentar esse *desejo* – que escapa ao meu controle – de produzir, de ter sucesso no meu trabalho. Preciso voltar-me para os valores relacionados à arte, com a expressão artística no mundo físico, e preciso reservar um espaço para você. Mais diretamente, preciso providenciar logo um meio de expressão para você. O que você sugere?

AJ: Algo com cerâmica, aquarela. Plantar. Fazer arranjos de flores. Ou você pode fazer alguma coisa menos formal. Só quero que possamos trabalhar e lidar com forma, cor e aspectos do mundo físico.

E: Ótimo. Vou precisar de sua ajuda, também. Preciso de sua noção do valor do mundo nas sensações para me fortalecer contra os preconceitos que me dominam.

AJ: Você só precisa ficar bem tranqüila e me chamar, que responderei. Voltarei a encontrar você.

[...]

Como resultado desta Imaginação Ativa, a mulher descobriu um mundo novo que se abria para ela. Ela conversou muitas vezes com essa figura interior do artista japonês. Começou a ter aulas de cerâmica. Passa um certo período de tempo, todas as semanas, trabalhando em seu jardim, ou no atelier de cerâmica, e em outras atividades físicas ou artísticas que lhe trazem um senso de beleza e a colocam em contato com valores femininos, ligados à terra.

Como você percebeu pelo diálogo, ela tinha estado tão presa ao trabalho mental – pensando, analisando, produzindo, que não havia espaço na sua vida para o lado físico, o reino da beleza física, a sensação de estar ligada, através do corpo físico à terra, às plantas, às cores e texturas que inebriam seu monge Zen interior.

Assim, ela tirou uma profunda satisfação de tudo isso, um conhecimento de estar alimentando uma parte dela mesma que estava à míngua. E a noção de quem ela é foi ampliada na mesma proporção. Ela pôde ir muito além do que sempre imaginou. (JOHNSON, 1989, p. 159-164):

Segundo Franz (1999, p. 176), “o elemento de autolibertação rápida e eficaz dos afetos e idéias obsessivos faz da imaginação ativa um importante instrumento para o próprio terapeuta. C. G. Jung até mesmo considera indispensável que o analista domine essa forma de meditação”. É indicado fazer uma curta imaginação ativa (de aproximadamente 10 minutos) entre um atendimento e outro.

Para Jung corpo e mente têm uma relação muito próxima, influenciando-se mutuamente, conforme se nota no trecho abaixo.

Um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendos prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal pode afetar a psique; pois a psique e o corpo não são separados, mas são animados por uma mesma vida. Assim sendo, é rara a doença corporal que não revele complicações psíquicas, mesmo quando não seja psiquicamente causada. (JUNG apud RAMOS, 1994, p. 6).

Apesar de considerar necessária a conceituação dualista de mente e corpo, Jung pondera que estes não têm uma existência autônoma, e são dois lados de uma mesma realidade, apresentando portanto uma visão monista de homem.

A alma e o corpo são presumivelmente um par de opostos e, como tais, são a expressão de *uma* só entidade cuja natureza não se pode conhecer nem a partir das manifestações materiais exteriores nem através das percepções interiores e diretas. [...] Externamente, este ser [humano] é um corpo material mas, considerado do interior, parece constituído de uma série de imagens das atividades vitais que têm lugar no organismo. Os dois constituem uma só realidade, e acomete-nos a dúvida se, no final de contas, toda essa separação entre alma e corpo nada mais seja do que mero expediente da razão para que percebamos os dois lados da mesma realidade, uma separação – conceitualmente necessária – de um só e mesmo fato em dois aspectos aos quais atribuímos indevidamente até mesmo uma existência autônoma. (JUNG, 2000, p. 267).

4.4.4 Gestalterapia

A gestalterapia dá importância à existência total da pessoa, sem restringir-se aos sintomas ou estrutura da personalidade (SANTOS, 2004). Segundo Rodrigues (2000, p. 29), Perls (1893-1970) coloca que “a abordagem gestaltista [...] tenta compreender a existência de qualquer evento através do modo como ocorre, [...] procura entender o vir-a-ser pelo como, não o por quê [sem grifo no original]”.

A psicoterapia gestáltica dedica uma enorme atenção ao estudo dos problemas da forma. Dirige seu esforço primordialmente à percepção e faz uma abordagem que busca superar a dicotomia sujeito-objeto, trazendo propostas que envolvem a premissa básica da percepção das formas em todos significativos (ALVIM, 2007).

A abordagem gestáltica repousa num conjunto de premissas facilmente verificáveis pela experiência. Sua premissa básica é que a natureza humana é organizada em todos, é vivenciada pelo indivíduo nesses termos, e só pode ser entendida em função desses todos dos quais é feita (PERLS, 1988, p. 19). O homem não percebe as coisas isoladas e sem relação umas com as outras, mas as organiza no processo perceptivo como um todo significativo. As coisas são percebidas em primeiro e segundo planos (como figura e fundo) de acordo com os interesses da pessoa, e à medida que seus interesses mudam sua percepção também se altera. Essa noção de “boa forma” é um importante conceito da gestalterapia. A forma é considerada como totalidade, ou seja, a percepção se dá como um todo que se organiza da melhor forma possível, de acordo com as condições dadas. Alvim (2007, p. 138) pondera que

Nesse sentido, a psicoterapia se dirige mais à forma que ao conteúdo, busca conhecer a estrutura, o fundo que constitui e sustenta a figura. Olhar para a existência como totalidade viva que se mostra no presente organizada da melhor forma, diante daquelas condições, a partir daquele fundo.

Segundo a gestalterapia, todos os comportamentos são governados pelo processo de homeostase. Este é um processo de auto-regulação pelo qual o organismo interage com seu meio, buscando manter constantemente o equilíbrio pela satisfação de suas necessidades. Organismo aqui não se refere a uma visão organicista do homem como um conjunto de sistemas e órgãos físicos. Perls (1988) utiliza a palavra organismo para se referir à pessoa em sua totalidade. O ser humano é visto como um “organismo total”, que vive no mundo em um constante processo de auto-regulação. O organismo tem necessidades biopsicológicas, que não podem ser separadas em processos psicológicos, de um lado, e fisiológicos do outro. A necessidade dominante do organismo em um dado momento é a figura que aparece em primeiro plano, e as outras necessidades recuam, pelo menos temporariamente, para o segundo plano.

Entretanto, o fluxo natural da auto-regulação pode ser dificultado por “situações inacabadas”. A tendência será completar essas situações, o que faz parte do processo de “fechamento da gestalt”. “Para que o indivíduo satisfaça suas necessidades, [ou seja, para que] feche a Gestalt, passe para outro assunto, deve ser capaz de manipular a si próprio e ao seu meio” (PERLS, 1988, p. 24). A função da terapia é desenvolver essa capacidade, ajudando a pessoa a completar esse processo natural de auto-regulação e resolução de situações inacabadas.

Perls (1980 apud RODRIGUES, 2000, p. 435) chama de *self* esse “complexo sistema de contatos necessários para o ajustamento nas dificuldades do meio”. Acrescenta ainda que o *self* é o “sistema de respostas”, o “integrador”, a “fronteira-de-contato” em funcionamento e sua atividade é formar figuras e fundos (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 49). O *self* não é uma entidade, mas um processo que varia de acordo com as necessidades orgânicas dominantes e os estímulos ambientais prementes e, portanto, diminui durante o sono, quando há menos necessidade de reagir. Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 49), o *self* “É só um pequeno fator na integração total organismo/ambiente, mas desempenha o papel crucial de achar e fazer os significados por meio dos quais crescemos.”

Na gestalterapia o homem é visto como um organismo biopsicológico unificado em que não existe uma cisão entre corpo e mente. Segundo Perls (1988), a atividade mental faz

parte do organismo global que se chama ser humano; ela é a atividade que a pessoa total exerce com um nível menor de dispêndio de energia do que as atividades denominadas físicas.

O organismo age e reage a seu meio, com maior ou menor intensidade; à medida que diminui a intensidade, o comportamento físico se transforma em comportamento mental. Quando a intensidade aumenta, o comportamento mental torna-se comportamento físico (PERLS, 1988, p. 28).

Segundo Perls (1988), a análise quantitativa dos processos fisiológicos progrediu mais rapidamente que a dos processos mentais, e por isso ainda existe uma compreensão muito limitada a respeito da habilidade de aprender e manipular símbolos e abstrações, que não obstante é uma capacidade interna básica do homem. Mesmo uma atividade mental pouco intensa requer muita habilidade para lidar com símbolos e combinar abstrações. A mente possui diversas funções, como o pensamento, a atenção, a conscientização e a vontade. O pensar inclui diversas atividades como sonhar, imaginar, teorizar, antecipar, e exige o uso máximo da capacidade de manipular símbolos. Na gestaltterapia tudo isso é chamado de “fantasia” e não de pensamento. A atividade fantástica, no sentido amplo em que este termo é empregado, é aquela em que o ser humano, através da adoção de símbolos, tende a reproduzir a realidade em escala reduzida. Nela, o homem está “agindo em imagem”, fazendo simbolicamente o que poderia fazer fisicamente. A atividade mental parece agir como um economizador de tempo, energia e trabalho para o indivíduo.

Assim, o processo terapêutico não é limitado ao que o paciente diz e pensa, mas envolve também o que ele faz. “O que ele faz fornece indícios para o que pensa, assim como o que pensa fornece indícios para o que faz ou gostaria de fazer” (PERLS, 1988, p. 30). As ações mentais e físicas são aspectos de um mesmo processo biopsíquico; pensamentos e ação são maneiras de ser da pessoa total que se desvela ora de uma forma ora de outra. Entre os níveis do pensar e do fazer introduz-se, na terapia, o nível intermediário do “fazer de conta”. Através da própria experiência nesses três níveis – imaginar, representar e fazer –, o paciente se torna entendedor de si mesmo. A terapia passa a ser uma experiência de viver no presente e o paciente aprende como integrar seus pensamentos, sentimentos e ações na vida diária, e reconhece que é um todo, adquirindo um sentido de totalidade.

Perls, Hefferline e Goodman (1997) definem o conceito de “campo unificado” como um instrumento conceitual para o entendimento deste homem global. Para a psicologia da gestalt o comportamento é determinado pelo tipo de relação entre o homem e o meio, que formam um campo total unificado. O meio não cria o indivíduo nem este cria o meio, mas

ambos influenciam um ao outro reciprocamente. Os eventos psicológicos ocorrem na “fronteira de contato” entre o indivíduo e o meio. Os pensamentos, ações, comportamentos e emoções são maneiras que a pessoa encontra para vivenciar esses fatos limítrofes. Assim, a experiência não é dividida em um aspecto interior e outro exterior, mas faz parte de um campo total indivisível. Organismo e meio interagem numa relação de reciprocidade em que são opostos dialéticos, e não vítimas um do outro (PERLS, 1988). Segundo Lewin (1965, p. 32),

O comportamento é uma função do campo, do qual ele é parte, ele não depende nem do passado e nem do futuro, mas do campo presente. Este campo presente tem uma determinada dimensão tempo, inclui o passado psicológico, o presente psicológico e o futuro psicológico, que constituem uma das dimensões do espaço de vida existindo num determinado momento.

Segundo esse conceito de campo, tudo é vir-a-ser, nada é estático. O campo é a pessoa no seu espaço de vida, e a realidade é sempre relacional. A psicoterapia gestáltica considera o indivíduo como função desse campo unificado no qual organismo e meio interagem, e seu comportamento como um reflexo desse campo, dando coerência à concepção de homem como indivíduo e ser social.

O objetivo da gestalterapia é proporcionar à pessoa meios para que possa resolver seus problemas atuais e futuros, elevando sua auto-estima, ao lidar consigo e com seus problemas usando todos os recursos de que dispõe no momento.

Se a cada momento puder verdadeiramente perceber-se a si próprio e a suas ações seja em que nível – fantasia, verbal ou físico – pode ver como está provocando suas dificuldades presentes e pode ajudar-se a si próprio a resolvê-las no presente, no aqui-agora. Cada resolução torna mais fácil a próxima porque cada uma delas aumenta sua auto-suficiência (PERLS, 1988, p. 76).

A terapia gestáltica é, então, uma terapia no “aqui e agora”, experiencial mais do que verbal ou interpretativa. No decorrer da sessão, o paciente volta toda sua atenção ao que está fazendo no momento, ou então reexperiencia aqui e agora seus problemas e traumas, que são situações inacabadas no presente. A técnica gestáltica exige que o paciente experiencie a si mesmo tanto quanto possível, prestando atenção em seus gestos, respiração, emoções, voz e expressão facial, e também em seus pensamentos. “À medida que experimente os modos pelos quais se impede de ‘ser’ agora – os meios por que se interrompe –, também começará a experienciar o si-mesmo que interrompeu” (PERLS, 1988, p. 77). Aos incidentes passados se retorna psicodramaticamente ou em fantasia, e os pensamentos e sentimentos sobre o passado

devem ser vivenciados no presente. Sintomas físicos, que podem ocorrer devido ao envolvimento parcial do indivíduo, também são vivenciados e transformados por meio da expressão do si-mesmo total.

Segundo Alvim (2007, p. 138), a ênfase central da gestaltterapia está no caráter criativo do *self*:

[...] a experiência existencial é vista como um processo eminentemente criativo de um corpo-sujeito-do-mundo. A psicoterapia visa ampliar a experiência do cliente no aqui e agora do encontro terapêutico, para significar a ação criativa do indivíduo no processo de lidar com o mundo.

Reconhecendo a relação entre fantasia e realidade, a gestaltterapia faz “uso integral da fantasia e seus crescentes estados de intensidade na direção da realidade – uma fantasia verbalizada, escrita ou representada através do psicodrama” (PERLS, 1988, p. 98). O psicodrama pode ser desempenhado entre terapeuta e paciente, em grupo ou individualmente na “monoterapia”. Nesta, a pessoa cria seu próprio palco, seus atores, adereços, direção e expressão, e pode compreender que tudo o que imagina é seu, pois tem a chance de ver seus conflitos sem a contaminação dos conceitos de outras pessoas que usualmente estão presentes no psicodrama comum.

Segundo Arcaro (1997), a gestaltterapia é a abordagem humanista que apresenta maior proeminência no emprego e disseminação de métodos imagéticos. O uso de imagens é muitas vezes associado à dramatização individual ou em grupo dos elementos e personagens que as compõem. Isso pode ser visto no método de lidar com sonhos desenvolvido por Perls. “No plano individual, o cliente é levado a interpretar o papel não só de pessoas que compõem suas imagens oníricas, como também de objetos e partes dos cenários que tais imagens compreendem” (ARCARO, 1997, p. 25). Na terapia em grupo, após o sonho ter sido trabalhado com o próprio sonhador da maneira descrita acima, é feita uma encenação coletiva do mesmo gênero.

Outra técnica utilizada é a da “cadeira vazia”, já comentada anteriormente, que envolve a dramatização associada à imaginação. O cliente é orientado “a imaginar e atuar num diálogo entre ele e uma pessoa com quem tenha assuntos para resolver, ou entre duas polaridades de um conflito interno que esteja vivendo” (ARCARO, 1997, p. 25). A encenação é feita com duas cadeiras: quando se senta na primeira a pessoa faz o papel de si própria, e quando senta na segunda faz o papel do outro.

A “fantasia dirigida” também é uma técnica bastante utilizada, na qual o terapeuta conduz o cliente a “viagens imaginárias de fantasia”, com final aberto (imagens receptivas) ou final fechado (imagens programadas). Em casos de sintomas físicos são utilizadas técnicas em que o indivíduo imagina que é um órgão de seu próprio corpo, ou uma figura que desenhou ou modelou em argila e fala como se sente e o que pensa neste papel, interagindo consigo próprio.

O exemplo a seguir demonstra algumas dessas técnicas:

Ellen, de 16 anos, falou de uma dor que experimentava com frequência, pouco abaixo do busto. Estivera num médico que não conseguiu encontrar nenhuma causa física. Naquele momento ela estava sentindo a dor. Pedi-lhe que fechasse os olhos, entrasse na dor e a descrevesse para mim.

Ellen: Ela dá a sensação de um buraco, bem abaixo do meu busto, um buraco fundo e vazio. Como um tubo. Ela entra muito fundo. É difícil descrever.

Você está disposta a desenhá-la?

Ellen: eu não sei desenhar.

Finja que você tem só 3 anos, e desenhe. Você pode ir explicando enquanto faz.

Ellen: (Desenha um túnel circular, espiral). Vou usar o preto. É claro que o meu túnel é preto. É muito fundo, preto, escuro. Ele não tem fim. Não sei o que há lá embaixo. Esta sou eu (uma figura minúscula, feita de tracinhos retos, na beira do túnel.) Eu estou na beira do túnel, me sentindo muito pequena.

Como está agora – a dor?

Ellen: Bem, está menor, mas ela é assim mesmo – ela aumenta e diminui. Ela pode aumentar ou diminuir a qualquer momento.

Seja essa figurinha pequena e fale sobre si mesma.

Ellen: Bom, eu estou aqui sentada na beira do túnel. Os meus joelhos estão dobrados.

Sente-se no chão e faça isso. *Seja* essa figura.

Ellen: (Sentando-se no chão com os joelhos dobrados para cima e juntos, cabeça abaixada). Eu estou encolhida, muito pequena, sentada na beira do túnel.

Você pode ver o que há além do túnel, do outro lado?

Ellen: Não. Mas eu sei que há alguma coisa. Há muitas coisas ali, mas eu não consigo chegar até lá. (Ela começa a chorar).

O que você vê quando olha pelo túnel abaixo?

Ellen: Não vejo muita coisa. Está muito escuro. Não sei o que há aí embaixo mas imagino que sejam coisas muito assustadoras.

Feche os olhos e imagine que está descendo por esse túnel. (Ela fecha os olhos). O que está acontecendo?

Ellen: Eu não descí. Não consigo descer. Dá muito medo. Eu ainda estou aqui sentada na beirada.

Muito bem, você não é obrigada a descer. Agora eu gostaria que você fosse o túnel. Descreva-se.

Ellen: Eu sou um túnel dentro da Ellen. Eu a machuco. Eu sou fundo e sem fim, e forte e poderoso.

O que você está sentindo agora, Ellen?

Ellen: Eu me sinto forte e poderosa. Eu ainda estou sendo o túnel.

Temos que parar por hoje. Da próxima vez eu gostaria que você explorasse o seu medo de entrar no túnel, para podermos ver o que há lá dentro. Lembre-se, o túnel é seu e os sentimentos do túnel também são seus.

Ellen: É. Opa. Agora estou me sentindo de novo como aquela figura pequenininha.

Ainda havia mais coisa a fazer, mas foi um bom começo.

(OAKLANDER, 1980, p. 286-287).

As mesmas técnicas podem ser usadas tanto para adultos quanto para crianças. Numerosos estudos, como os de Singer (1973 apud OAKLANDER, 1980, p. 24), demonstram que crianças imaginativas possuem QI mais alto e maior capacidade de enfrentar problemas, e que encorajar uma criança a ser imaginativa melhora a sua habilidade de aprender. Segundo Oaklander (1980), a fantasia tem um imenso valor no crescimento e desenvolvimento das crianças. O processo da fantasia (a forma como a pessoa faz as coisas e se move em seu mundo fantasioso) é o mesmo que seu processo de vida. A fantasia permite que seja trazido à luz o que está oculto ou que a pessoa evita, e através da fantasia o terapeuta pode descobrir o que se passa na vida da pessoa a partir da perspectiva dela própria. A fantasia é também um meio de expressar coisas que o indivíduo tem dificuldade em admitir como realidade. A representação imaginativa é uma forma de fantasia que pode ser estendida a improvisações dramáticas, como contar histórias verbalmente, escrevendo, por meio de bonecos, desenho, argila, psicodrama, jogo de areia (*sandplay*) etc.

Algumas precauções devem ser tomadas na utilização das técnicas que envolvem a fantasia. Não se deve utilizá-las com pessoas que não se sentem confortáveis com elas, e a aplicação deve ser sempre cuidadosa, zelando pelo bem-estar do cliente. Os exercícios de fantasia dirigida podem gerar pequenos efeitos semelhantes aos de transe hipnóticos (perda temporária de controle das mãos e pálpebras, por exemplo), sendo necessário explicar ao cliente, se isso ocorrer, que se trata de fenômeno normal e passageiro. Exercícios de fantasia dirigida que despertam emoções intensas, na maioria dos casos, não devem ser usados com muita frequência, pois podem gerar angústia e sobrecarga emocional. Dado seu grande poder de mobilização orgânica e emocional, não convém usar, na maioria dos casos, exercícios que eliciem muita angústia e/ou efeitos fisiológicos desagradáveis, pois isso pode, ao invés de auxiliar o cliente, levá-lo a adquirir aversão pela técnica.

4.5 COMPARAÇÃO ENTRE A UTILIZAÇÃO DE IMAGENS MENTAIS NAS PSICOTERAPIAS COMPORTAMENTAL, COGNITIVA, JUNGUIANA E DA GESTALT

Este trabalho não pretende traçar comparações aprofundadas a respeito dessas quatro abordagens, mas apenas levantar questões relativas a sua fundamentação teórica no que se refere à utilização das técnicas com imagens mentais. O foco da pesquisa encontra-se na análise do uso dessas técnicas.

Conforme apontado no capítulo 4.3, podem-se classificar três diferentes tendências quanto ao uso das imagens psíquicas: uma que enfoca mais a razão, outra que prioriza a vivência, e outra que enfatiza os símbolos que surgem no decorrer da imaginação. Das quatro abordagens pesquisadas, as linhas comportamental e cognitiva utilizam as imagens de maneira mais racional e reflexiva, enfatizando o pensamento linear e a objetividade, enquanto a gestaltterapia e a terapia junguiana priorizam o estabelecimento de uma conexão emocional e vivencial com as imagens, enfatizando o pensamento sistêmico e a subjetividade. A terapia junguiana também costuma evidenciar os símbolos presentes nas imagens, que passam a ser os mediadores da relação com estas.

A gestaltterapia e a psicoterapia junguiana valorizam mais a dimensão mitológica/simbólica/mágica da mente humana (pensamento sistêmico), enquanto as psicoterapias comportamental e cognitiva enfatizam mais o pensamento racional/lógico/empírico (pensamento linear). O uso de imagens mentais é orientado por essas visões em cada uma das linhas. Entretanto, o simples uso de imagens mentais já indica que o pensamento complexo, que une os pensamentos linear e sistêmico, está presente em todas essas abordagens.

As abordagens comportamental e cognitiva apresentam semelhanças em vários outros aspectos, enquanto a junguiana e a gestaltterapia assemelham-se entre si na utilização de imagens mentais.

As linhas comportamental e cognitiva enfocam a relação entre imagens e reações emocionais e as utilizam para modificar comportamentos, pensamentos e emoções, e para a compreensão das distorções perceptivas e emocionais do paciente. As imagens são normalmente de vigília e programadas, altamente eficientes e específicas, nítidas e controláveis e são conduzidas pelo terapeuta. A ênfase se dá nos processos racionais, lógicos e reflexivos, priorizando o pensamento linear e a objetividade. As técnicas são normalmente precedidas por exercícios de relaxamento e controle da respiração, são realizadas numa posição física relaxada e confortável, e são indicadas como tarefa de casa.

Já as terapias junguiana e da gestalt enfatizam a produção de imagens profundas e as utilizam para a transformação psíquica do cliente. A condução por parte do terapeuta é equilibrada pela atuação espontânea do paciente na criação de imagens. São enfatizadas as imagens receptivas, não programadas e espontâneas, que surgem por meio de fantasias ou sonhos e não são inventadas, mas sim convidadas a aparecer. A ênfase se dá nos processos irracionais, assim como na conexão emocional e vivencial com as imagens, priorizando a dimensão mitológica/simbólica/mágica da mente humana, o pensamento sistêmico e a subjetividade. A junguiana é a única que enfatiza os símbolos e sua interpretação, apesar de atualmente haver um movimento de psicoterapeutas junguianos em direção a uma abordagem fenomenológica e não-interpretativa da imagem, aproximando-a do enfoque da gestaltterapia. Nessas duas abordagens não se costumam realizar exercícios prévios de relaxamento e a imaginação pode ser realizada em movimento, enquanto o indivíduo confere uma forma à imagem (através do desenho, da dança, encenação etc.).

Com exceção da técnica da imaginação ativa, da psicoterapia junguiana, nas quatro linhas pesquisadas as técnicas com imagens podem ser aplicadas em grupo.

Dentre essas quatro abordagens psicoterápicas, a gestaltterapia parece ser a que confere maior importância às técnicas de fantasia e as utiliza de maneira mais abrangente e com mais facilidade, talvez pelo fato de considerar que as imagens psíquicas estão bastante próximas da experiência concreta e esta ser bastante enfatizada nesta linha.

As quatro linhas psicoterapêuticas pesquisadas utilizam imagens visando sempre um efeito terapêutico que promova o crescimento psicológico e transformações no indivíduo como um todo, melhorando sua qualidade de vida. Essas quatro abordagens consideram os aspectos biopsicossociais do ser humano de maneira integrada e têm uma visão interacionista com relação a mente e corpo. Todas elas recorrem a técnicas de outras linhas, mantendo, porém, seu próprio enfoque concordante com sua fundamentação teórica e pressupostos epistemológicos. Também enfatizam a responsabilidade do terapeuta, que deve estar bem treinado na aplicação das técnicas.

Existem certas precauções ou contra-indicações na aplicação de técnicas com imagens mentais em todas as abordagens. Todas enfatizam que não se deve utilizar técnicas de imaginação com pacientes que não se sentem confortáveis com elas e todas apresentam uma aplicação técnica cuidadosa, zelando pelo bem-estar do cliente. As abordagens que usam imagens mais profundas (gestalt e junguiana) acrescentam a necessidade de usar com cautela esse tipo de imagem nos casos em que a pessoa se perde facilmente no reino da fantasia.

Por fim, é importante acrescentar que todas as técnicas com imagens psíquicas utilizadas pelas psicoterapias apresentam antecedentes históricos milenares que se assemelham a elas. Há muito tempo tradições ocidentais e orientais como a alquimia, o xamanismo, o *zen*-budismo, a *yoga*, o tantrismo, o *chi kung*, a cabala e tradições da Grécia antiga utilizaram imagens mentais antes de essas técnicas serem retomadas ou adaptadas à psicologia moderna. Um estudo mais aprofundado comparando as técnicas atuais com imagens psíquicas a essas tradições milenares poderá ser feito no futuro.

A tabela a seguir possibilita uma comparação detalhada entre a utilização de imagens mentais nas quatro linhas de psicoterapia analisadas, a fim de facilitar a análise das semelhanças e diferenças entre elas.

Quadro comparativo: imagens mentais nas psicoterapias junguiana, comportamental, cognitiva e gestáltica

	TERAPIA COMPORTAMENTAL	TERAPIA COGNITIVA	TERAPIA JINGUIANA	GESTALTERAPIA
FINALIDADE	Provocar mudanças comportamentais na pessoa.	Provocar mudanças nos pensamentos, sentimentos e comportamentos da pessoa.	Acesso ao inconsciente para desenvolvimento do processo de individuação.	Experienciar no aqui e agora situações inacabadas (problemas e traumas); vivenciar e expressar a si mesmo; entrar em contato com sua criatividade e sensibilidade, expandindo o potencial de sua consciência.
ATUAÇÃO DO TERAPEUTA	Dirige o processo de imaginação e/ou ensina o paciente a realizá-lo sozinho.	Dirige o processo de imaginação e/ou ensina o paciente a realizá-lo sozinho.	Na imaginação ativa o terapeuta não dirige nem interfere no processo de imaginação, mas acompanha o paciente, verificando se a fantasia é genuína ou não e intervindo somente em casos de extrema necessidade. Em técnicas oriundas de outras linhas o psicólogo tem atuação mais ativa, orientando e dirigindo o processo de imaginação. Na imaginação ativa o indivíduo não interfere no surgimento das imagens interiores e não tenta controlá-las (até porque não consegue, mesmo que queira), mas participa de maneira atuante com seus sentimentos e emoções, interage com os personagens e situações que surgem e explora e resolve sozinho o que vai encontrando, exatamente como na vida exterior. Em técnicas oriundas de outras linhas, a pessoa pode assumir o controle sobre as imagens, criando-as conforme sua vontade ou orientação do terapeuta.	Orienta o processo de imaginação e a interação do indivíduo com o material imagético. Raramente ensina o cliente a realizar as técnicas sozinho.
ATUAÇÃO DO INDIVÍDUO	Assume o controle sobre as imagens e dirige a imaginação.	Aprende a identificar as imagens espontâneas perturbadoras, assume o controle sobre elas, interage com as imagens e dirige a imaginação, trazendo-a para a realidade.		Em alguns casos, o cliente assume o controle sobre as imagens, criando-as conforme sua vontade, e em outros deixa que elas surjam espontaneamente. Em ambas as situações, vivencia e interage com as imagens, assumindo muitas vezes o papel de um personagem ou objeto imaginado.
TIPO DE IMAGINAÇÃO	Imagens programadas/induzidas: 1. indesejáveis ou ansiógenas (de vigília ou não); 2. de situações de vigília: imagens de enfrentamento (situações difíceis), relaxantes (cenários da natureza, por exemplo), de aptidão (realização perfeita de tarefas), imagens idealizadas, recompensadoras, nocivas etc.	Imagens espontâneas perturbadoras (de fantasia ou não) e imagens programadas/ induzidas (de vigília).	Na imaginação ativa as imagens são sempre receptivas, de fantasias ou de sonhos, e surgem espontaneamente do inconsciente, sem terem sido programadas, podendo ter caráter pessoal ou transpessoal (conteúdos arquetípicos). Em técnicas oriundas de outras linhas também são utilizadas imagens programadas e de vigília.	Tanto imagens receptivas quanto programadas, e tanto imagens oníricas como de vigília.
FORMA DE APLICAÇÃO	Em geral as técnicas são precedidas por exercícios de relaxamento e controle da respiração, e também podem ser intercaladas por estes exercícios. Normalmente são realizadas na posição sentada e com os olhos fechados. Podem ser aplicadas individualmente ou em grupos, dependendo do caso. Algumas técnicas são indicadas como “lição de casa” e outras necessitam da supervisão direta do terapeuta.	Em geral as técnicas são precedidas por exercícios de relaxamento e controle da respiração e também podem ser intercaladas por estes exercícios. Normalmente são realizadas na posição sentada e com os olhos fechados. Podem ser aplicadas individualmente ou em grupos, dependendo do caso. Algumas técnicas são indicadas como “lição de casa” e outras necessitam da supervisão direta do terapeuta.	Não é necessária nenhuma postura física específica, exercício de relaxamento ou controle da respiração. Porém, na imaginação ativa é necessária a redução do nível de consciência e a relativização do ego. A imaginação pode ser realizada em movimento, enquanto o indivíduo confere uma forma à imagem (através do desenho, dança, encenação etc.). A aplicação da técnica é individual e pode ser realizada em casa, sem a supervisão direta do terapeuta, quando o paciente já estiver bastante familiaridade com a técnica. Técnicas em grupo oriundas de outras linhas também são utilizadas.	As técnicas podem, mas não precisam ser precedidas por exercícios de relaxamento. Em geral são feitas de olhos fechados, mas também de olhos abertos – principalmente quando a pessoa não se sente confortável, de início, em permanecer com os olhos fechados. Não é necessária nenhuma postura física, podendo a imaginação ser realizada em movimento, enquanto o indivíduo confere uma forma à imagem (através do desenho, dança, encenação etc.). A aplicação das técnicas pode ser em grupo ou individual.

Continua na próxima página.

	TERAPIA COMPORTAMENTAL	TERAPIA COGNITIVA	TERAPIA JUNGUIANA	GESTALTERAPIA
TÉCNICA	São usadas diversas técnicas que consistem basicamente em provocar imagens programadas/induzidas, de acordo com os objetivos almejados (praticamente todas as técnicas verbais podem adaptar-se a procedimentos de visualização de imagens). As principais técnicas são: dessensibilização sistemática, terapia implosiva (inundação), imaginação emotiva e a imaginação racional emotiva (IRE), reforçamento positivo encoberto (RPE), reforçamento negativo encoberto (RNE), sensibilização encoberta (SE), extinção encoberta (EE), custo de resposta encoberto (CRE), modelação encoberta (ME), parada de pensamento (PP) e tríade de autocontrole (TA).	São usadas várias técnicas, que consistem basicamente em dois tipos: 1. reconhecer imagens intrusivas e responder a elas racionalmente, sobrepondo imagens mais realistas. 2. provocar imagens programadas/induzidas (de vigília) com objetivos específicos.	A imaginação ativa possui quatro etapas: 1. libertar-se do fluxo de pensamento do ego; 2. deixar que uma imagem de fantasia flua do inconsciente para o campo da percepção interior; 3. conferir uma forma à imagem relatando-a por escrito, pintando-a, esculpindo-a, escrevendo-a como uma música ou dançando-a; 4. confrontar-se moralmente com o material produzido/imaginado. Também são usadas técnicas de outras abordagens.	São utilizadas diversas técnicas que consistem basicamente em deixar que uma imagem de fantasia emergja de acordo com o objetivo pretendido; vivenciar e expressá-la conferindo uma forma a ela, relatando-a, pintando-a, esculpindo-a, dançando-a etc.; e interagir com o material produzido/imaginado através do diálogo, psicodrama etc. Reviver, relatar e/ou dramatizar sonhos.
ÁREAS DE APLICAÇÃO	Psicoterapia comportamental e diversas outras, como a cognitiva, a transpessoal e várias linhas humanistas. Psicologia esportiva (para melhoria do desempenho) e fisioterapia.	Psicoterapias cognitivo-comportamentais e linhas humanistas. Psicologia esportiva (para melhoria do desempenho) e fisioterapia. Trabalhar pensamentos e crenças disfuncionais, treinar habilidades, tratar transtornos de eixo I (transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica), e de eixo II (transtornos de personalidade e retardo mental) (DSM-IV, 2002, p. 59).	Psicoterapia junguiana, e psicoterapias transpessoais.	Gestalterapia e outras linhas humanistas; psicoterapia comportamental; terapia junguiana e abordagens psicanalíticas (principalmente em técnicas que envolvem sonhos). Psiconcologia e tratamento de outras doenças e sintomas físicos.
INDICAÇÕES	Tratamento de fobias e ansiedades, modificação de comportamentos indesejáveis, eliminação de pensamentos obsessivos, improdutivos ou irrealis, enfrentamento de situações difíceis, relaxamento, desenvolvimento de aptidões, entre outras, sempre de acordo com cada paciente.	Trabalhar pensamentos e crenças disfuncionais, treinar habilidades, tratar transtornos de eixo I (transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica), e de eixo II (transtornos de personalidade e retardo mental) (DSM-IV, 2002, p. 59).	Quando existe intensa pressão do inconsciente (quando grande número de sonhos e fantasias aparece o tempo todo) ou, ao contrário, quando a vida dos sonhos está bloqueada e não “flui”. Em todos os casos em que se busca a independência interior. Como forma de trabalho com imagens de sonhos ou outras imagens, buscando um aprofundamento da vivência da imagem. O psicoterapeuta pode usar a técnica entre uma sessão e outra.	Trabalhar conflitos e situações inacabadas, aumentar a sensibilidade e a criatividade, desenvolver aptidões, mudar padrões emocionais.
EFEITOS	Mais autocontrole.	Maior autocontrole. Resposta mental, comportamental e emocional mais funcional.	Autolibertação rápida e eficaz dos afetos e idéias obsessivos. Maior compreensão da dinâmica inconsciente e irracional. Transformação da atitude geral da pessoa.	Resolução de conflitos e problemas, erradicação de sintomas físicos em alguns casos e mudança geral no indivíduo.

Continua na próxima página.

	TERAPIA COMPORTAMENTAL	TERAPIA COGNITIVA	TERAPIA JUNGUANA	GESTALTERAPIA
PRECAUÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES	As técnicas devem ser adequadas não apenas ao transtorno diagnosticado, mas também à análise funcional do comportamento de cada indivíduo, levando em conta os comportamentos e as conseqüências que os mantém, além de seus antecedentes (histórico de vida e contexto atual do indivíduo) e eventos internos (sentimentos, pensamentos, emoções e cognições). O terapeuta deve estar bem treinado na aplicação das técnicas.	As técnicas devem ser adequadas ao diagnóstico e à conceituação cognitiva do paciente (dificuldades que apresenta em relação a seu pensamento atual e comportamentos problemáticos, fatores precipitantes que influenciam suas percepções, e hipóteses sobre eventos desenvolvimentais chaves e padrões duradouros de interpretação desses eventos). O terapeuta deve estar bem treinado na aplicação das técnicas.	O indivíduo deve estar certo de ter alguém a quem recorrer caso se veja dominado pela imaginação e não tenha como interrompê-la. A imaginação ativa não deve ser usada como “magia negra”, para atingir objetivos egoístas, influenciar outras pessoas, como “feitoço do amor” ou a serviço dos delírios de grandeza da pessoa (fantasias heróicas). Pessoas que se perdem facilmente no reino da fantasia devem evitar praticar a imaginação ativa, e buscar formas mais suaves de contato com seu mundo interior. A imaginação ativa não é indicada em casos de psicose latente e casos limítrofes de esquizofrenia. Pessoas que não conseguem superar suas resistências à imaginação ativa também não devem ser forçadas. O terapeuta deve estar bem treinado em relação à aplicação da imaginação ativa ou outras técnicas com imagens mentais. Técnica do “sonho desperto” ou “sonho acordado dirigido” (<i>rêve éveillé</i>), criada por Robert Desoille, com bases teóricas psicanalíticas. Esta técnica se originou a partir da imaginação ativa, mas difere pela atuação do terapeuta, o qual sugere o que o paciente poderia ou deveria fazer numa situação simbólica guiando sua imaginação, com o objetivo de analisar as imagens que surgem do inconsciente.	Não se deve utilizar técnicas com imagens psíquicas com pessoas que não se sentem confortáveis com elas, e a aplicação técnica deve ser sempre cuidadosa, zelando pelo bem-estar do cliente. O terapeuta deve estar bem treinado na aplicação das técnicas. Os exercícios de fantasia dirigida podem gerar pequenos efeitos semelhantes aos de transe hipnóticos (perda temporária de controle das mãos e pálpebras, por exemplo), sendo necessário explicar ao cliente, se isso ocorrer, que se trata de fenômeno normal e passageiro. Exercícios de fantasia dirigida que despertam emoções intensas, na maioria dos casos, não devem ser usados com muita frequência, pois se o forem podem gerar angústia e sobrecarga emocional. Dado seu grande poder de mobilização orgânica e emocional, não convém usar, na maioria dos casos, exercícios que eliciem muita angústia e/ou efeitos fisiológicos desagradáveis, pois isso pode, ao invés de auxiliar o cliente, levá-lo a adquirir aversão pela técnica.
DERIVAÇÕES	Técnicas cognitivas, realidade virtual aplicada à psicoterapia em substituição ou como complemento às técnicas com imagens mentais.	Realidade virtual aplicada à psicoterapia em substituição ou como complemento às técnicas com imagens mentais.		Não há derivações propriamente ditas. Ainda assim, a gestaltterapia, por fazer bastante uso da fantasia dirigida e por ter sido uma das primeiras abordagens humanistas a adotá-la, influenciou sua adoção por outras abordagens humanistas e até mesmo transpessoais.
INFLUÊNCIAS RECEBIDAS	Mary Cover Jones, precursora da terapia comportamental e da técnica da dessensibilização sistemática. A maneira diretiva da aplicação das técnicas e o uso de imagens induzidas se assemelham a esses mesmos aspectos das antigas práticas xamanistas, de <i>yoga</i> , do tantrismo e do <i>chi kung</i> taoísta, bem como de tradições da Grécia antiga e da cabala.	Técnicas comportamentais, psicodrama (<i>role-play</i>), técnicas da gestaltterapia. A maneira diretiva da aplicação das técnicas e o uso de imagens induzidas se assemelham a esses mesmos aspectos das antigas práticas xamanistas, de <i>yoga</i> , do tantrismo e do <i>chi kung</i> taoísta, bem como de tradições da Grécia antiga e da cabala.	Conceito de “ <i>imaginatio vera</i> ” (imaginação) da alquimia. Também se pode encontrar relações com as mandalas do budismo tibetano e métodos xamanísticos, no aspecto de deixar que imagens profundas surjam espontaneamente.	O enfoque das técnicas no “aqui e agora” se assemelha a tradições orientais como o <i>zen</i> -budismo e a <i>yoga</i> , que enfatizam o desenvolvimento da plena atenção no momento presente. A maneira diretiva da aplicação das técnicas e o uso de imagens induzidas também se assemelham às antigas práticas xamanistas, de <i>yoga</i> , tantrismo e <i>chi kung</i> taoísta, bem como de tradições da Grécia antiga e da cabala. Também podem se encontrar relações com as mandalas do budismo tibetano e métodos xamanísticos no aspecto de deixar que imagens profundas surjam espontaneamente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou realizar um levantamento bibliográfico e uma análise qualitativa da utilização de técnicas com imagens mentais na psicoterapia, buscando desvelar como são vistas e abordadas atualmente em quatro linhas que as utilizam com frequência: comportamental, cognitiva, junguiana e da gestalt.

Este recorte, ainda que incompleto, aborda praticamente todas as formas de utilização das imagens psíquicas na psicoterapia atualmente. Mesmo aspectos transpessoais, que não foram aprofundados neste trabalho, são levados em conta na terapia junguiana. Um estudo incluindo psicoterapias com essa orientação poderá ser feito futuramente.

Hoje o modelo de ciência positivista, que estabelece um distanciamento entre sujeito e objeto e compreende os fenômenos sob uma ótica fragmentadora e reducionista, vem sendo substituído por um novo paradigma mais abrangente.

O uso cada vez maior de imagens mentais em diferentes áreas científicas do conhecimento atesta este momento de mudança e mostra que as imagens têm sido reconhecidas como parte importante dos processos psíquicos humanos.

A presença das imagens psíquicas em todas as tendências terapêuticas atuais mostra a importância da investigação das imagens psíquicas para a psicologia moderna. Na psicoterapia, a utilização de imagens possibilita a integração dos pensamentos linear (racional/objetivo) e sistêmico (simbólico/subjetivo), já que o pensamento por imagens, como vimos, é não-lógico, não-linear, não-verbal, mesmo quando se objetiva o entendimento racional.

Porém, o tema está praticamente ausente da própria estruturação das teorias psicológicas e dos programas de graduação em psicologia, seja do ponto de vista teórico (estudo da teoria da imagem), quanto do ponto de vista prático (treinamento do psicólogo no campo das imagens) (SANT'ANNA, 2005).

Assim, o presente trabalho também pretendeu contribuir para trazer para o ambiente acadêmico o debate sobre o assunto.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVIM, Mônica Botelho. Experiência estética e corporeidade: fragmentos de um diálogo entre gestalt-terapia, arte e fenomenologia. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, jan./jun. 2007.

ARCARO, Nicolau Tadeu. **Imagens mentais em psicoterapia**: estudo empírico sobre sua eficácia e a importância da atitude e da habilidade do cliente em manejá-las. São Paulo, 1997. 184 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

BECK, Aaron; ALFORD, Brad. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BECK, Aaron; FREEMAN, Arthur. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. Tradução Alceu Edir Fillman. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

CABALLO, Vicente E.; BUELA-CASAL, Gualberto. Técnicas diversas em terapia comportamental. In: CABALLO, Vicente E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002. p. 685-718.

CARVALHO, Maria Cecília M. (org.). **Metodologia científica**: fundamentos e técnicas. 2. ed. Campinas, SP : Papyrus, 1989.

CERQUEIRA, Ildenor Mascarenhas. A (in)consciência skinneriana da mente. 2005. **Espaço comportamental**: grupo de estágio supervisionado em terapia comportamental da UFBA. Disponível em: <http://br.geocities.com/estagioildenor/>. Acesso em: 10 abr. 2008.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

DOBSON, Keith S.; FRANCHE, Renee-Louise. A prática da terapia cognitiva. In: CABALLO, Vicente E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2. ed. São Paulo : Santos, 2002. p. 441-469.

DSM-IV-TRTM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. Porto Alegre : Artmed, 2002.

E-educador. **Cientistas japoneses usam ondas cerebrais para um passeio através do mundo virtual**. 2007. Disponível em: http://e-educador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=226&Itemid=99. Acesso em: 05 fev. 2008.

EPSTEIN, Gerald. **Imagens que curam**. Campinas, SP: Livro Pleno, 1989.

FANNING, Patrick. **Visualizar para mudar**. São Paulo: Siciliano, 1993.

FEILSTRECKER, N.; HATZENBERGER, R.; CAMINHA, R. M. Técnicas cognitivo-comportamentais. In: CAMINHA, Renato Maiato; WAINER, R.; OLIVEIRA, M.; PICCOLOTO, N. M. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: teoria e prática. São Paulo, 2003.

- FRANZ, Marie-Louise von. **Psicoterapia**. São Paulo: Paulus, 1999.
- GROF, Stanislav. **Além do cérebro: nascimento, morte e transcendência em psicoterapia**. São Paulo: McGraw-Hill, 1987.
- HOUAISS, Antônio. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. 1 CD-ROM.
- JOHNSON, Robert A. **Sonhos, fantasia e imaginação ativa: a chave do reino interior**. São Paulo: Mercury, 1989.
- JUNG, Carl Gustav. **A natureza da psique**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- _____. **O eu e o inconsciente**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.
- _____. **Psicologia e alquimia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.
- _____. **Tipos psicológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.
- KAPLAN, Aryeh. **Meditation and kabbalah**. USA: Samuel Weiser, 1985.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LEWIN, Kurt. **Teoria de campo em ciência social**. São Paulo: Pioneira, 1965.
- MARIOTTI, Humberto. **As paixões do ego: complexidade, política e solidariedade**. São Paulo: Palas Athena, 2000.
- MATOS, Maria Amélia. Introspecção: método ou objeto de estudo para a análise do comportamento? In: BANACO, R. A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**. São Paulo: ARBytes, v. 1, 1997.
- McMULLIN, Rian E. **Manual de técnicas em terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- MENDES, Marco Aurélio. Para aplicar no consultório: recentes descobertas neurocientíficas têm afetado conceitos psicológicos e, principalmente, a prática clínica. **Psique: ciência e vida**, v. 2, n. 19, 2007.
- NICOLELIS, Miguel. Macaquinha opera interface cérebro-máquina-cérebro. **Neurolog**: as aventuras na fronteira da neurociência. 12 jul. 2007. Disponível em: <http://www.neurolog.globolog.com.br>. Acesso em: 17 mar. 2008.
- OAKLANDER, Violet. **Descobrimos crianças: abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. São Paulo: Summus, 1980.
- PERLS, Frederick Salomon; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.
- PERLS, Fritz. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos, 1988.

RAICH, Rosa M. O condicionamento encoberto. In: CABALLO, Vicente E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2. ed. São Paulo : Santos, 2002. p. 315-334.

RAMOS, Denise Gimenez. **A psique do corpo**: uma compreensão simbólica da doença. São Paulo : Summus, 1994.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo : Atlas, 1999.

RODRIGUES, Hugo Elidio. **Introdução à gestalt-terapia**: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SANT'ANNA, Paulo Afrânio. Uma contribuição para a discussão sobre as imagens psíquicas no contexto da psicologia analítica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, 2005. p. 15-44.

SANTOS, Ívena Pérola do Amaral. Fenomenologia do onírico: a gestalt-terapia e a daseinsanálise. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 24, n. 1, mar. 2004.

SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen. **História da psicologia moderna**. 16. ed. São Paulo: Cultrix, 1992.

SILVEIRA, Nise da. **C. G. Jung** : vida e obra. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

STRAUB, Richard. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TABONE, Márcia. **A psicologia transpessoal**: introdução à nova visão da consciência em psicologia e educação. São Paulo: Cultrix, [s. d.].

TOURINHO, Emmanuel Zagury. Eventos privados: o que, como e por que estudar. In: KERBAUY, Rachel Rodrigues; WIELENSKA, Regina Christina (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição**: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação. v. 4. Santo André: ESETec, 1999.

TURNER, Ralph M. A dessensibilização sistemática. In: CABALLO, Vicente E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2. ed. São Paulo : Santos, 2002. p. 167-195.

UTAY, J.; MILLER, M. Guided imagery as an effective therapeutic technique: a brief review of its history and efficacy research. **Journal of instructional psychology**, v. 33, n. 1. mar. 2006.

VASCONCELLOS, Esdras Guerreiro. Psiconeuroimunologia: uma história para o futuro. In: Valdemar Augusto Angerami Camon (Org.). **Psicologia da Saúde** : um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 23-41.

VERA, M. Nieves; VILA, Jaime. Técnicas de relaxamento. In: CABALLO, Vicente E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2. ed. São Paulo : Santos, 2002. p. 147-165.

VIRTUALLY Better. **Virtual reality treatment**. Disponível em: <http://www.virtuallybetter.com/vroverview2.html>. Acesso em: 05 mai. 2008.

