



Rev. Bras. de Hipnose 2019; 30(1):28-42

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista
Brasileira de
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.com.br

Hipnose e Sonho – A Liberação dos Conflitos Internos

Hypnosis and Dreams – The liberation of the Internal Conflicts

Atila da Silva Couto

Pós-graduação em Hipnose Clínica, Instituto de Medicina e Reabilitação, Rio de Janeiro, Brazil.
Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro, AHIERJ, Rio de Janeiro, Brazil

Resumo.

Neste artigo, uma revisão da literatura sobre a fisiologia do sono é realizada, comparando o sono do homem com o de outros animais. Faz, também, referência à importância do sonho para o desenvolvimento do ser humano e na cura de doenças, através de uma análise de autores como Freud, Kemper, Shapiro, Garma, etc. Traz uma visão do sonho segundo Jung e sua abordagem na terapêutica. Relata algumas técnicas de hipnose e propõe a utilização desta para indução de sonho, com intuito de trazer à luz da consciência os conflitos aquartelados no inconsciente e que podem causar dificuldades à vida do indivíduo.

Palavras-chave. Hipnose, Sonho, Sono, Abordagem Terapêutica, Técnicas de Hipnose.

Abstract.

In this article, a review of the literature on the physiology of sleep is performed, comparing the sleep of man with that of other animals. It also makes reference to the importance of the dream for the development of the human being and in the cure of diseases, through an analysis of authors such as Freud, Kemper, Shapiro, Garma, etc. It brings a vision of the dream according to Jung and his approach to therapy. She reports on some hypnosis techniques and proposes the use of this for dream induction, with the aim of bringing to light the consciousness of conflicts that are quartered in the unconscious and that can cause difficulties in the individual's life.

Keywords. Hypnosis, Dream, Sleep, Therapeutic Approaching, Hypnosis Techniques.

1. Introdução.

Os sonhos são partes naturais da vida da psique e eles podem afetar a nossa vida, assim como, nossa vida pode determinar nossos sonhos. Esta afirmação é observada há muitos anos e reafirmada por estudos atuais. A supressão do sono REM (sonho), leva ao aparecimento de alterações de comportamento, da mesma maneira que choques emotivos durante o sonho podem causar transtornos físicos ou psicossomáticos.¹⁻³

O sonho pode representar uma valiosa ajuda em áreas clínicas, tais como o diagnóstico diferencial, a avaliação prognóstica e na tomada de decisões acerca de apoios adicionais como medicação, frequência de horas de análise e hospitalização. Também são guias sobre quando enfatizar modos redutivos ou prospectivos de análise.¹⁻³

A história da hipnose associada ao sono e sonho, já era observada desde 2400 anos a.C. na Índia e Caldeia. No século 18 A.C., na China, já era observado o transe hipnótico, no qual, o indivíduo pretendia entrar em contato com os mortos. Nesta época, magia, religião e medicina eram

exercidas por religiosos considerados com grandes poderes. No Egito, existiam os “templos de sono”, aonde os doentes iam dormir para terem sonhos que lhes davam revelações dos Deuses. Os sacerdotes do templo de Isis adormeciam as jovens para ficarem hipnotizadas, ou seja, terem capacidades de ver as doenças das pessoas e indicar-lhes a cura.⁴

Os *templos dos sonhos* também se espalharam pela Grécia, Ásia menor e Roma. Homero dizia: *Mercúrio, condutor de sonhos, tem na mão uma varinha bela, dourada, que encanta os olhos daqueles a quem deseja adormecer e, também, se serve dela para despertar os que dormem.* A vara de Mercúrio tornou-se o emblema da medicina, o que nos faz refletir sobre o antigo conhecimento da relação do sono e a terapêutica.^{4,5}

Na mitologia Grega, temos a história da medusa que demonstra o valor da fixação do olhar na indução da hipnose. Medusa era uma das três górgonas, monstros mitológicos, sendo Euryale e Sthenio os dois outros. Por ter Medusa ofendido Minerva, esta transformou os seus cabelos em serpentes monstruosas e terríveis, dando-lhe aos olhos o poder de transformar em pedra todos os que ela fitasse com o olhar.

Hipócrates dizia que a melhor medicina é a que se aprendia durante o sono.

Em Roma eram realizadas práticas hipniátricas, em que, por meio de tranSES profundos, a que estavam sujeitos as sibilas após entrarem em convulsão, se produziam profecias do futuro. Mongóis, tibetanos e polinésios usam desde épocas antigas, rituais de natureza hipnosugestiva, o que é atestado por informes de vários autores.^{4,5}

Entre os esquimós, num ambiente obscurecido, empregando toques de tambores continuamente, dançando e cantando, o sacerdote-médico induz uma auto-hipnose, quando então procura, por meio de várias manobras, livrar o doente de seus pensamentos.^{4,5}

A respeito da hipnose entre os árabes, Bernheim⁵ descrevia que o som prolongado e monótono de tambor batido com a mesma cadência dentro da obscuridade da noite produz um hipnotismo extático nos árabes da seita Aíssaoua.

O Talmud, coleção de tradições rabínicas que interpretam a lei de Moises, tem um ditado onde considera um sonho não examinado como uma carta não aberta⁵.

Este trabalho tem como objetivo propor a utilização da hipnose como forma de indução ao sonho, para tratamento de conteúdos que estão reprimidos em nosso inconsciente e que quando trazidos à luz da consciência, podem proporcionar oportunidades de cura para o ser humano.

2. Método.

Foi feito um levantamento bibliográfico na base de dados Scielo, em estudos e pareceres de vários autores que comentam sobre sonho, iniciando com Freud no seu livro *A interpretação dos sonhos*, até os dias atuais, com ênfase no estudo realizado por Jung.

3. O Sono.

O corpo humano segue vários ritmos fisiológicos que são chamados de ritmos circadianos (ciclo de 24hs), infracircadianos (ciclo menor que 24 hs) e ultracircadianos (ciclo maior que 24 hs). Esses ritmos são universais, ou seja, todos os seres vivos os apresentam.

A existência de um relógio interno pode ser revelada em animais e vegetais, quando estes estão expostos a um ambiente constantemente iluminado ou escuro. Sua atividade motora, o ciclo vigília-sono, e outros ritmos circadianos se mantêm, embora gradualmente assumam periodicidade diferente de 24Hs, geralmente mais longos, mas com variações de indivíduo para indivíduo.^{6,7}

O relógio interno ou sistema temporizador é formado por células aferentes, células eferentes e células osciladoras ou marca-passos. Esse sistema induz a que o funcionamento do organismo esteja sincronizado com os ciclos naturais. Possui grande importância adaptativa, pois, permite aos

seres vivos prever a aproximação da noite e do inverno, momentos em que é necessário modificar o comportamento e o funcionamento do corpo.^{6,7}

O sistema temporizador circadiano dos mamíferos tem como principal marca-passo o núcleo supraquiasmático do hipotálamo e que recebem axônios provenientes da retina. Esses axônios abandonam o trato óptico logo após o cruzamento quiasmático para formar um feixe muito curto chamado de retino-hipotalâmico⁶. Uma outra região do sistema visual estende axônios para o núcleo supraquiasmático: o tálamo, especificamente a porção ventral do núcleo geniculado lateral. Sendo assim, a luz é que efetivamente sincroniza o marca-passo dia e noite; seria o estímulo temporizador principal dos ciclos circadianos.⁶⁻⁸

Os axônios eferentes que emergem do núcleo supraquiasmático, se projetam para diversos outros núcleos do hipotálamo e para o prosencéfalo basal e o tálamo. O acesso aos diversos núcleos hipotalâmicos coloca o núcleo supraquiasmático em boa posição de interferir sobre as funções autônomas de controle visceral e o acesso ao prosencéfalo basal e o tálamo permitiria influenciar o comportamento motivado.⁸

A glândula pineal é parte do sistema temporizador circadiano, e é responsável pela sincronização as estações do ano funções que variam nesse ciclo. Esta glândula produz o hormônio *melatonina*⁶. Esse hormônio regula as glândulas gonadais no inverno⁷.

Existem outros sistemas que controlam o funcionamento do corpo. São conhecidos como sistemas moduladores difusos, pois atuam através neurotransmissores como a histamina, serotonina, dopamina, adrenalina, acetilcolina e histamina.

Os estudos realizados pelos neurofisiologistas Nathaniel Kleitman, Willian Dement e Eugene Aserinsky demonstraram através do registro polissonográfico, que o sono não é o mesmo durante toda à noite. Durante a vigília o ritmo no EEG é de ritmo rápido e de baixa amplitude (ritmo *beta*). O sono tem dois estágios: o primeiro denominado de ondas lentas e o segundo chamado paradoxal ou sono REM. As ondas lentas são divididas em: primeiro estágio chamado de ritmo alfa, segundo estágio onde aparecem os fusos e complexos K, terceiro estágio aumento amplitude e quarto estágio chamado de Omega.⁹

O sono entre os vertebrados varia muito. Boi, girafa e elefante dormem menos de quatro a cinco horas em vinte e quatro horas, enquanto alguns primatas pequenos e os morcegos dormem 18 hs. Alguns dormem durante a noite como o homem e outros dormem durante o dia como os roedores. Durante o período de sono, alguns possuem sono monofásico (dorme continuamente) e outros, sono polifásico, como os bebês, idosos, roedores e outros animais. O sono de ondas lentas é universal para os vertebrados, mas o sono paradoxal só existe em animais endotérmicos (aves e mamíferos), o que significa que surgiu mais tarde na evolução. A proporção que esse estado de sono ocupa no período total de sono também varia. Mamíferos primitivos não o apresentam, roedores tem 10% do tempo total de sono e o homem 20%.⁸

A ocorrência de sonhos é mais frequente durante o sono paradoxal do que durante o sono de ondas lentas. Além disso, os sonhos que ocorrem neste último são mais curtos e menos vividos, menos emocionais e mais lógicos do que os que ocorrem durante o sono paradoxal. Estes são muitas vezes estranhos, surrealistas, ilógicos e emocionais: o indivíduo acorda frequentemente preso por forte emoção.⁸⁻¹⁰

Apesar dos indivíduos terem necessidades de sono diferentes, uns dormem mais e outros menos, existe certa regularidade na noite de sono dos humanos adultos. Geralmente, ao adormecer, em menos de uma hora seu sono passará pelos estágios 1 a 4 do sono de ondas lentas, depois alternará entre os estágios 3 e 4 durante cerca de meia hora, a seguir passará por um período de aproximadamente 20 minutos de sono paradoxal, e repetirá tudo outras vezes. No homem, haverá alternância de 90 a 90 minutos entre o sono de ondas lentas e o sono paradoxal. No final deste período de sono, o indivíduo irá acordar durante o sono paradoxal e relatara algum sonho.^{7,8}

O ritmo circadiano de sono do bebê leva cerca de quatro meses para ser estabelecido. Por isso, dorme vários períodos de algumas horas, e muitas vezes troca à noite pelo dia. Na infância, dorme-se mais do que na vida adulta. A proporção de sono paradoxal é maior nas crianças podendo atingir até 80% do período total de sono.^{9,10}

Segundo Sérgio Tufik¹¹, do instituto do sono da Universidade Federal de São Paulo, diz que *sonhar é essencial à vida e que sem o sonho morreríamos. Se uma cobaia fica 20 dias privada do sono REM, seu organismo entra em colapso e morre. Acreditamos que o mesmo aconte-ce com seres humanos* explica.

Cerca de 15% da população tem distúrbios primários do sono. Dentre os distúrbios primários, a insônia é o mais comum, dificultando o início ou a manutenção do sono; hipersônias causam sonolência exagerada e crises de sono durante a vigília; parassônias que são consideradas distúrbios do acordar. A insônia é definida como algo que causa desconforto ao indivíduo. Dentre suas causas primárias persistente temos a apneia obstrutiva do sono. O paciente se queixa de sonolência durante o dia, mas não apresenta alterações da hora de dormir e de acordar. O registro polissonográfico revela excessiva atonia muscular durante o sono de ondas lentas, atingindo o diafragma e demais músculos respiratórios, inclusive os da faringe, que colapsa e fecha. A respiração fecha de repente, o indivíduo sufoca e desperta para restabelecer a respiração. Na verdade, permanece no estágio 1 do sono de ondas lentas, suficiente para restaurar o ritmo respiratório e retomar os demais estágios. O problema é repetido várias vezes ao longo do sono. Nos obesos pode ocorrer colapso da faringe devido ao excesso de gordura.^{10,11}

Os achados de padrões alterados de sono são comuns na maioria dos transtornos psiquiátricos. As queixas mais frequentes dos pacientes estão relacionadas à dificuldade para iniciar e manter o sono (insônia inicial e de manutenção) e sono não reparador. A insônia terminal ou despertar precoce é mais relacionado a quadros depressivos. A hipersonia pode aparecer em alguns quadros de depressão como o sazonal, atípica ou em transtornos bipolares. Em relação aos achados polissonográficos, ocorre geralmente redução da eficiência e do tempo total do sono à custa da redução do sono de ondas lentas. Ocorre também nos quadros depressivo, redução da latência para o sono de movimentos oculares rápidos.¹⁰

Dormir é certamente uma necessidade básica do homem. É uma necessidade do plano do Eu psicossomático e autoconservativo *strictu sensu*, uma vez que possibilita a revitalização e o “reabastecimento” somático, em termos de tecidos, órgãos e funções. É uma necessidade no plano do eu psíquico, uma vez que sabemos das grandes perturbações que surgem quando o “bom sono” é prejudicado. Como nos lembra Winnicott (1945), uma falta suficiente de sono produz, em qualquer pessoa, estados de tipo psicóticos semelhantes à loucura: vivências de não integração, assim como sensações de despersonalização e de irrealidade. E é uma necessidade no plano do EU si mesmo (*self*), pois dormir é sempre oportunidade - bem ou mal aproveitada - de um reencontro sagrado com o núcleo mais íntimo do nosso ser, na busca do reabastecimento da experiência básica de um estar vivo de modo que valha a pena.¹⁰

4. O Sonho.

Em 1959, Michel Jouvet¹² diretor da unidade de pesquisa de Neurobiologia dos estados de vigília no *Centre National de Recherche Scientifique* (CNRS), na França, publicou suas primeiras pesquisas sobre sonhos. Junto à atividade elétrica do cérebro, ele registrou também a atividade muscular. Comprovou que as quatro fases do sono lento correspondiam à diminuição progressiva do tônus muscular, o que confirmaria a hipótese da escala de Chicago de que em cada fase o sono era mais profundo. A surpresa aconteceu ao comprovar que a fase REM, de ondas rápidas semelhantes à da vigília, considerada pela escola de Chicago como fase 1 ou de adormecimento, apresentava uma total ausência de tônus muscular. Jouvet qualificou de paradoxal a essa fase do sono,

pois quando o EEG indicava uma atividade cerebral semelhante à da vigília, o eletromiograma registrava ao nível muscular um sono mais profundo ainda que o não-REM. Certo sinal elétrico, particularmente *ondas em dentes de serra* obtido ao nível do *vertex*, permite diferenciar a atividade onírica daquela que se observa no despertar. Isto é provado pelo fato dos estímulos acústicos, necessários para despertar um indivíduo que sonha, precisarem ser muito mais fortes que para despertar uma pessoa adormecida no estágio IV.¹²

O indivíduo que adormece passa sucessivamente do estágio I aos estágios II, III e IV, durante as duas primeiras horas, sendo que a primeira fase do sono paradoxal sobrevém em média 120 minutos após o adormecer e dura cerca de 15 minutos, marcando o término do primeiro ciclo de sono; em seguida virá um segundo ciclo, que dura 90 minutos, terminando numa fase de sono paradoxal de 15 a 20 minutos. Assim, durante uma noite, suceder-se-ão de 4 a 5 ciclos de sono e de sonho, constituindo o sono paradoxal em 20% da duração total do sono. Percentuais acima ou para baixo no homem são consideradas anormais.¹²

O despertar durante o sono paradoxal, garante a lembrança do sonho em 85% dos indivíduos, enquanto os despertados durante o sono de ondas lentas, só 10 a 20% lembrarão do sonho.^{11,12}

Durante a fase REM ocorre uma menor reatividade a estímulos externos e maior gasto de energia que em comparação a fase não-REM. A reserva de energia que se acreditava acontecer durante o sono, só ocorre durante a fase não-REM, pois os estados de sono com movimentos rápido oculares, gastam até mais energia que no estado de vigília.¹²

Os animais de sangue quente (homeotermos) possuem sono REM, enquanto os de sangue frio (poiquilotermos - peixes, anfíbios e répteis) não sonham. A vaca e a galinha sonham 25 minutos por noite; o chimpanzé, 90 minutos; o homem 100 minutos e o gato doméstico chega a sonhar até 200 minutos. O critério para a quantidade de sono REM não é, portanto, o nível de cerebralização. Ao que parece animais caçadores sonham mais que animais caçados.¹²

Experimentos em animais e seres humanos, em que suprimiam o sono REM, comprovaram as alterações de comportamento decorrentes. Nos humanos podendo levar a quadro de psicose. Entretanto, estudos posteriores mostraram que esses transtornos, mais do que devido à supressão do sono REM, eram consequência do estresse causado pelo acordar o indivíduo com tanta frequência. Fármacos como os inibidores da monoaminooxidases ou antidepressivos tricíclicos, diminuem e até suprimem o sono REM, sugerindo que o ser humano pode ficar sem este estado, não causando transtorno aparente.¹⁰⁻¹²

Estudos demonstraram que o sono REM tem um papel importante para transformar a memória de curto prazo para a de longo prazo; também a privação do sono REM causa dificuldades para aprendizagens não programadas, que se realizam lentamente e exigem a integração de informações não habituais e a elaboração de uma estratégia comportamental nova. O sono REM aumenta em 30 a 60% após esses aprendizados. Quando o novo aprendizado está dominado, o tempo de sono REM volta aos níveis anteriores.¹⁰⁻¹³

O pesadelo e o sonambulismo têm como origem excitações psíquicas fatigantes durante o dia, agindo num córtex débil ou num córtex patológico (sonambulismo dos disrítmicos), ou podem ter como causa distúrbios vegetativos fortes (indisposição gástrica), ou má posição no leito, ou ainda alguns estímulos exteroceptivos (som luz calor, picada de mosquito, etc), os quais excitam o sistema nervoso central, diminuindo o tônus cortical e desinibindo determinados centros do córtex.

No caso do pesadelo, emerge então uma vivência aflitiva obsessiva, angustiada ou ansiosa, relacionada direta ou indiretamente com a zona desinibida, tomando, porém, um tom distorcido, simbólico ou absurdo, devido à fragmentação funcional do córtex. Nos sonhos mediante as áreas desinibidas, se liberam do controle regulador e desativado do córtex cerebral estruturas vivenciais instintivas e emocionais, que, dessa forma podem ser estudadas, analisadas, independentemente daquele controle superior. Estas estruturas vivenciais estão direta ou indiretamente ligadas à fonte da origem do sonho.¹³

Diversos autores têm procurado analogias entre a hipnose e o sonho. Soleyev e Milechinin¹⁴ se referiram ao fato de que determinados choques emotivos durante os sonhos podem refletir em sintomas físicos causando vários tipos de doenças psicossomáticas ou físicas. A descoberta da origem real destes sonhos desagradáveis e a sua posterior discussão (produzindo sua desvalorização) servem geralmente para eliminação definitiva dos mesmos e das suas consequências. A hipnose e o sonho possuem semelhança no que concerne à perda da análise crítica e aumento da imaginação como fato real.

Grande parte dos sonhos aparece sobre a forma de símbolos que nem sempre possuem o mesmo significado para todos os indivíduos.¹³

Os sonhos podem ser usados como continentes que libertam os pacientes das tensões elevadas. São chamados de sonhos evacuatórios, os que são usados para livrar o sonhador de afetos e fantasias inconscientes insuportáveis, ou como válvula de segurança para descarga parcial de impulsos instintivos. Eles são observados principalmente em pacientes psicóticos e *bordelines*, mas também podem ser vistos nos estados regressivos de pacientes neuróticos durante fins de semana em outros períodos de separação. Tais sonhos devem ser diferenciados dos chamados elaborativos, que têm uma função definida de elaboração e colocam-se em relação inversa ao *acting out*.³

4.1. A Importância do Sonho.

A psicanálise nasceu, por assim dizer, com o livro *A interpretação dos sonhos*, de Sigmund Freud¹⁵, consolidando o objeto específico de investigação da nova ciência, o inconsciente. Construiu, também, um modelo teórico, coerente e complexo, que serviu como quadro inicial de referência para descrever a estrutura e o funcionamento do psiquismo humano, no qual o inconsciente ganhou o estatuto do *psíquico verdadeiramente real*; aqui nasce a noção de *realidade psíquica*. O sonho é de grande importância neste caminho, pois achava que *a interpretação onírica é a via régia para o conhecimento do inconsciente na vida anímica*.¹⁵

A análise se dá em condições muito singulares: em uma mesma sala, com companhia de um analista, sem interferências exteriores e conservando, no máximo possível, os estímulos da realidade material fixos. Trata-se de uma situação absolutamente artificial, mas que nos lembra de outra absolutamente natural e universal da experiência humana, que é a de deitar para dormir. Assim, alguns autores propõem que a análise seria semelhante a um sonho, que nem sempre é possível, mas sempre idealizado. O consultório seria um local que levaria o paciente a uma espécie de adormecimento, no qual o sonhar possa emergir e o inconsciente seja acessado.¹⁵

Assim, se o sonho é a via régia de estudo do inconsciente, ele fornece o modelo para a construção do dispositivo analítico, na regra da associação livre e da atenção flutuante e nos princípios de neutralidade e a abstinência em relação à transferência. *Dada a total identidade entre as peculiaridades da elaboração onírica e da atividade psíquica que culmina com a criação de sintomas psíquiconeuróticos, cremos ser justificado transferir ao sonho as conclusões que obtemos do estudo da histeria*.¹⁵

Temos, portanto, na obra Freudiana um ponto de partida para o estudo do sono e do sonho.

Para Geraldo N. Epstein¹⁶, os modos experimentais, inclusive o trabalho com imagens, são eventos não-deterministas e não causais. Não existe paralelismo no pensamento linear de causa e efeito, onde os dois elementos precisam estar ligados pela influência de um sobre o outro. Além disso, considera a tese de que, o indivíduo existe como a mesma pessoa em diferentes níveis de realidade ou domínios da existência. Esta mudança de atitude nos leva à aceitação da experiência tanto intangível como tangível, o que pode, por sua vez, encorajar um novo entendimento de fenômenos subjetivos como, por exemplo, os sonhos. Tal mudança, em relação à nossa vida de sonhos, pode ajudar a enriquecer nossa compreensão dessa importante experiência. Este autor, preconiza uma terapêutica em que utiliza os sonhos noturnos do paciente. Pede-se ao sonhador que

escolha um elemento do seu sonho que ele ache o mais significativo, forte ou impressionante e este elemento torna-se a imagem que dá início à exploração da técnica do sonho acordado.¹⁶

As leis do mundo da vigília, governadas pelo pensamento linear, são usadas para explicar a existência e o significado dos mundos do imaginativo e do sonho, que funcionam de forma não causal e não determinista. Essa aplicação equivocada não é cientificamente aceitável e induz em erro, quando implicitamente comunicada a um paciente em psicoterapia. Corbin¹⁷ disse:

*O imaginário, no uso latino, equipara-se aquilo que é “irreal”... algo fora do ser e do existir... Compare-se isso, por contraste, ao Domínio do imaginativo...Uma experiência vivida no espaço; um espaço que transcende a localização concreta e que desafia a mensurabilidade. Esse espaço oferece a ligação entre os níveis ou planos da realidade, o que também, muito naturalmente, nos tira da dimensão do tempo que é medida pelo movimento do relógio...Um modo de existência cujo o ato de ser é uma expressão de sua presença nestes mundos...O mundo da imagem é ontologicamente real e tão real quanto o mundo dos sentidos. Utiliza sua própria faculdade de percepção, a saber, o poder imaginativo, tendo um valor noético. Ontologicamente, a imaginação é uma função do domínio do imaginativo e é mais imaterial do que o mundo sensível. No domínio do conhecimento analógico, a imaginação é o veículo que permite a penetração do exterior para o interior.*¹⁷

Portanto, as experiências vividas durante o sonho, podem fornecer imagens e significados tão reais para o indivíduo quanto as experiências da vida diária.

Kemper sugere que os sonhos possuem como função, realizar desejos, mas apresentam também uma característica criativa que deveria ser considerada durante a interpretação dos mesmos. Muitos sonhos seriam preparações para os conflitos atuais. Outros teriam um caráter premonitório anunciando fatos futuros, ou ainda revelador de doenças orgânicas desconhecidas pelo sonhador.¹⁸

Para Garma, os sonhos são reedições, máscaras, de situações traumáticas. O aspecto de satisfação dos desejos apenas atuaria no processo de deformação do pensamento traumático, antes que este se convertesse em fantasia alucinatória onírica. Todos os sonhos, pois, em essência, são micropesadelos.¹⁸

A partir de 1987, foi descrito um método terapêutico pela psicóloga Francine Shapiro¹⁹ chamado EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Este método é utilizado para vários transtornos psiquiátricos, entretanto, foi na abordagem do estresse pós-traumático que adquiriu os melhores resultados. Ocorre a estimulação bitemisférica através de movimentos oculares semelhantes aos ocorridos durante o sono REM. Acredita-se que esta estimulação permitiria ao paciente colocar sua experiência em perspectivas mais racionais, diminuindo o impacto emocional e facilitando o processo de integração das memórias dissociadas, que a partir do tratamento voltam a se integrar na consciência. Está sendo considerado como uma psicoterapia baseada em ativação de recursos fisiológicos, tendo vários estudos científicos comprovando a sua eficácia. Cada paciente processa suas informações de forma única, baseada em sua experiência pessoal e seus valores. Podemos assim, por analogia, considerar que durante o sono REM o indivíduo está realizando a estimulação bicortical objetivando seu bem estar.

Robert Hoss²⁰, pesquisador americano, estudou quase 24 mil sonhos e os catalogou em dois bancos de dados na Universidade da Califórnia e na Faculdade Estadual de Bridgewater, em Massachusetts. Usa um método computadorizado denominado de *análise de conteúdo*, para interpretar as cores dos sonhos. Seu estudo observou que 80% das pessoas tem sonhos coloridos e que determinadas cores representam emoções específicas (o vermelho significa ação, excitação e desejo; o azul representa calma, tranquilidade e harmonia; o preto indica medo, ansiedade e intimidação). No entanto, assim como os símbolos e a ação, a interpretação também pode não ser adequada para todas as pessoas. Ao sonhar, cada um utiliza uma paleta de cores diferente para refletir associações próprias.

A presidente e fundadora da Associação Internacional de Estudos dos Sonhos, a psicóloga Gayle Delaney²¹, acredita que cada um de nós é o melhor intérprete do que acontece quando dormimos. Defende uma técnica chamada *entrevista com o sonho*, na qual as pessoas respondem a uma série de perguntas objetivas que fornecem explicações sobre os sonhos.

A doutora Deirdre Barret²², professora de psicologia da Escola de Medicina de Havard e editora do periódico *Dreaming*, aconselha às pessoas a ponderar sobre questões antes de cair no sono e deixar que o subconsciente forneça as respostas.

O Dr. Stephen LaBerge²³, psicofisiologista que dirige o instituto de Lucidez, em Palo Alto, preconiza uma técnica chamada de “sonho lúcido”, ou seja, uma pessoa dormindo percebe que está sonhando enquanto realmente sonha. Os “sonhadores lúcidos” podem experimentar aventuras fantasiosas, procurar soluções para problemas, curas etc.

Dr. Stephen projetou um dispositivo semelhante a uma máscara para dormir, que emite uma luz vermelha quando o paciente inicia o sono REM, penetrando no sonho deste para avisar que ele que está sonhando.

4.2. A Visão Junguiana dos Sonhos.

Na psicologia junguiana, o sonho é considerado um processo psíquico natural, regulador, análogo aos mecanismos compensatórios do funcionamento corporal. A percepção consciente pela qual o ego se orienta constitui apenas, inevitavelmente, uma visão parcial, pois muita coisa fica sempre fora da esfera do ego. O inconsciente contém material esquecido, além de material como os arquétipos, que não podem, em principio, ser conscientes, embora mudanças na consciência possam assinalar a existência deles. Mesmo dentro do campo da consciência, alguns conteúdos estão em foco, enquanto outros, embora indispensáveis à manutenção da percepção focal, não estejam.^{24,25}

Em sentido fenomenológico, o sonho é uma experiência da vida que se reconhece em retrospecto, ou seja, ter acontecido na mente enquanto adormecida, embora no momento em que tenha acontecido contivesse o mesmo senso de verossimilhança que associamos às experiências da vida vigil. Envolve acontecimentos que não são vividos no mundo real: súbitas mudanças de tempo e lugar, mudanças de idade, a presença de pessoas que se sabem terem morrido ou de pessoas e animais fantásticos que nunca existiram. Talvez a mudança mais radical num sonho seja a mudança da própria identidade do ego de um personagem para outro, ou talvez para personagem nenhum, como se ego onírico observasse os acontecimentos de uma posição flutuante e onisciente.²⁵

Jung acreditava que o aspecto inconsciente de um acontecimento nos é revelado através de sonhos, onde se manifesta não como um pensamento racional, mas como uma imagem simbólica. Uma palavra ou imagem é dita simbólica quando implica em alguma coisa além do seu significado manifesto e imediato. O homem produz símbolos, inconsciente e espontaneamente através dos sonhos, sendo esta a linguagem que o inconsciente se utiliza para se comunicar com o consciente, tentando sempre harmonizar os dois mundos.²⁶

Acreditava que a mente inconsciente é tão real quanto o universo “real”, exterior, da experiência consciente coletiva. Ela representa o lado simbólico da vida, é o mundo das imagens por trás das emoções e podem ser observadas nos sonhos, na fantasia, nas visões, nos estados de transe e está expressa nos contos, mitos, nas religiões e nas artes. A vantagem de prestar atenção ao movimento interior destas imagens é que facilita o nosso processo de individuação, que é a passagem do exterior para o interior, da periferia para o centro, colocando em movimento as habilidades inatas da nossa psique para a plena realização da nossa existência. Ele percebeu que ao prestarmos atenção ao nosso inconsciente, principalmente aos sonhos, manifestam-se eventos externos que correspondem aos eventos interiores. A esta manifestação chamou de sincronicidade, ou seja, uma coincidência significativa de eventos entre a vida interna e externa, revelando que a

ordem que nos rege no interior é a mesma ordem que nos rege no exterior; que somos ligados com o universo no fundo de nos mes-mos.^{25,26}

A descrição de Jung à mente inconsciente foi respaldada pela ciência contemporânea nas pesquisas com o cérebro, sobretudo o do lado direito, que pensa nas imagens, símbolos, metáforas e desconhece as leis do tempo e espaço. Esta mente é intuitiva, analógica, sintética e holística. A consciência segue as leis do hemisfério esquerdo do cérebro, pensa em palavras, é temporal, racional, lógica, digital, linear.²⁶

O sonho como atividade compensatória pode ser visto de três maneiras: a primeira, quando compensa distorções temporárias na estrutura do ego, dirigindo o indivíduo a um entendimento mais abrangente das atitudes e ações (funciona como uma mensagem); a segunda com autorrepresentação da psique, onde coloca uma estrutura de ego em funcionamento, face a face, com a necessidade uma adaptação mais rigorosa ao processo de individuação. Isso, em geral, ocorre se o indivíduo se desvia do caminho pessoalmente correto e verdadeiro.²⁶⁻²⁸

A meta de individuação nunca é simplesmente um ajustamento às condições existentes, por mais adequado que tal ajustamento pareça, uma tarefa adicional está sempre à espera (em última instância, a tarefa de enfrentar a morte como um evento individual); a terceira quando o sonho pode ser visto como uma tentativa para alterar diretamente a estrutura de complexos sobre os quais se apoia o ego arquetípico, para a identidade em níveis mais conscientes. Por exemplo, muitos sonhos parecem desafiar o ego onírico com várias tarefas cuja realização poderá alterar a estrutura do ego vigil, uma vez que a identidade parcial do ego onírico é com maior frequência uma identidade parcial do ego vigil. Dentro da estrutura do sonho, os eventos são vivenciados pelo ego onírico como interações com situações “exteriores”, mas os eventos exteriores do sonho podem refletir diretamente complexos que estão envolvidos na estrutura e funcionamento do ego vigil. As mudanças nas relações com essas situações oníricas podem ser vivenciadas pelo ego vigil como uma mudança na sua própria atitude ou estado de ânimo.^{28,29}

No curso usual da análise junguiana, os sonhos são frequentemente usados como ponto de referência para a interação no processo analítico. Analista e analisado são aliados na tentativa de compreender a mensagem do sonho em relação ao ego do analisado e não pensar nunca que o sonho se esgotou. Na melhor das hipóteses, podemos encontrar um significado útil e coerente para o sonho, mas até mesmo tal significado pode ser alterado à luz dos sonhos subsequentes, pois uma interpretação de sonhos envolve um diálogo contínuo entre o ego e o inconsciente, um diálogo que se estende indefinidamente e cujo tema pode mudar tanto de foco quanto de nível de referência.²⁸

Mesmo quando os sonhos não são interpretados, eles parecem às vezes ter um profundo efeito sobre a consciência vigil. Através da observação do impacto de sonhos não analisados, é possível inferir que, mesmo quando não recordados, os sonhos são parte vital da vida total da psique.²⁸

Na concepção junguiana, os sonhos estão continuamente funcionando para compensar e complementar a visão vígil que o ego tem da realidade. A interpretação de um sonho permite que se preste um pouco de atenção consciente na direção em que o processo de individuação já está se desenrolando, embora inconscientemente. Quando bem sucedida, tal associação de vontade consciente e dinamismo inconsciente promove e favorece o processo de individuação com mais rapidez que é possível quando os sonhos ficam por examinar.^{28,29}

Um benefício adicional decorrente da interpretação dos sonhos é o fato de o ego reter na memória consciente um resíduo do sonho que permite à pessoa identificar motivos semelhantes na vida cotidiana e assumir uma atitude ou ação apropriadas, resultando em menor necessidade de compensação inconsciente dessa área problemática específica.^{28,29}

Os motivos de um sonho podem referir-se ao presente ou ao passado e indicar pessoas reais, vivas ou mortas, ou figuras totalmente desconhecidas na vida vigil. As pessoas não conhecidas na vida vigil provavelmente constituem partes personificadas da própria psique do indivíduo que

com elas sonhou. Pela cuidadosa atenção a esses detalhes, é possível inferir que partes da psique e partes do ego estão consteladas (forte reação emocional a uma situação ou pessoa) na mente, por ocasião do sonho. A atenção psicoterapêutica a essas áreas, mesmo sem uma interpretação formal do sonho, pode conduzir o processo terapêutico na mesma direção do fluxo normal da individuação (processo em que uma pessoa na vida real tenta conscientemente e deliberadamente compreender e desenvolver as potencialidades inatas de sua psique).²⁷⁻³⁰

Os sonhos podem ser considerados como referência ao material examinado na hora analítica em que foram relatados ou na sessão de terapia de grupo em que forem mencionados, ou a situação específica da vida do indivíduo que teve o sonho, na época em que o teve. Relacionar cuidadosamente as imagens oníricas ao contexto do ego vigil ao tempo do sonho, minimiza o mais sério erro no uso clínico dos sonhos que é o terapeuta projetar no sonho seus próprios pensamentos acerca do paciente, em vez de usar o sonho como uma mensagem corretiva, oriunda do inconsciente do paciente.

A psicoterapia moderna faz uso de técnicas imaginativas que são representações planejadas para utilizar a imaginação humana, frequentemente conceituada como atividade aumentada do hemisfério cerebral direito, a fim de modificar suposições e identidades inadequadas, subjacentes à infelicidade neurótica. Jung usou uma técnica chamada de imaginação ativa, em que, fundamentalmente, pedia ao paciente para completar o sonho que fora interrompido pelo despertar do sonhador. Outras técnicas imaginativas incluem a produção de imagens hipnoanalíticas, de pintura, e modelagem de imagens oriundas do inconsciente, uso de areia para construir cenas com pequenas figuras num tabuleiro, psicodrama, imaginação guiada e práticas de meditação em que o livre fluxo de imagens mentais é permitido. O material resultante tanto se assemelha ao que se manifesta em sonhos que a compreensão do uso clínico dos sonhos deve constituir uma disciplina fundamental para o uso de todas as demais técnicas imaginativas em psicoterapia.²⁴

Há três etapas principais na abordagem junguiana da interpretação dos sonhos. A primeira é uma compreensão clara dos detalhes exatos do sonho. O claro entendimento dos exatos detalhes do sonho recordado é essencial para minimizar os perigos de reducionismo.²⁴

Sem uma acurada atenção às relações internas das imagens do sonho (sobretudo numa série de sonhos), o analista estará correndo o perigo de projetar sua teoria no material do paciente. A segunda é a reunião de associações e ampliações em ordem progressiva, em um ou mais de três níveis (pessoal, cultural e arquetípico).²⁸⁻³⁰

Na associação pessoal devemos interrogar ao paciente onde a imagem apareceu na vida dela, o que pensa dela, o que sente a respeito dela, etc. As imagens culturais são, com frequência, conscientes do paciente que sonha, podendo não ser mencionadas espontaneamente. A ampliação arquetípica é um aditamento característico junguiano ao campo geral da interpretação dos sonhos. Os arquétipos, em si mesmo, não são visíveis, sendo apenas tendências para estruturar a experiência de determinadas maneiras. Qualquer imagem estruturada por um arquétipo converte-se numa imagem desse arquétipo (embora transmitindo sempre menos do que a potencialidade total do arquétipo). As imagens arquetípicas em sonho não são, via de regra, reconhecidas, porque o analista poderá ignorar a significação mitológica ou arquetípica de certo motivo, e porque, já que qualquer experiência humana que se repete com assiduidade pode ser arquetípica, vários elementos arquetípicos são muito corriqueiros para atrair a atenção. As imagens arquetípicas são aquelas que provaram ser suficientemente significativa para um grande número de pessoas, durante um longo período de tempo, de modo a se tornarem parte aceita de algum vasto sistema simbólico. Frequentemente, essas imagens estão descritas em contos tradicionais, conto de fadas, mitologema, sistema religioso, vivo ou arcaico. O terceiro é a colocação do sonho ampliado no contexto da situação vital e do processo de individuação da pessoa que teve o sonho, ou seja, o sonho deve ser interpretado no contexto de vida da pessoa. Achava Jung que, na maioria das vezes, os sonhos eram compensatórios para a visão consciente do ego, oferecendo um contraponto para a atitude

da identidade do ego dominante. O ego tem sempre uma visão limitada da realidade, ao passo que o sonho manifesta uma tendência a ampliação desta.²⁸⁻³⁰

Um estudo dos arquétipos nos sonhos de portadores do vírus HIV³¹ demonstrou que a AIDS enquanto fenômeno simbólico pode ser inserida em um movimento de estruturação amplo da personalidade. Ocorrem várias referências ao mito de Dionísio sugerindo a nível coletivo, um movimento compensatório à cultura judaico-cristã-apolínea, que visa redimensionar a consciência, através da integração dos elementos instintivos da psique.

Segundo a definição que Jung, *o sonho é coisa viva. Não é de modo algum coisa morta que soe como papel seco machucado. É uma situação existente, é como um animal com antenas ou como numerosos cordões umbilicais.*³¹

5. Hipnose e Sonho.

O filósofo e médico chamado Avicena, que viveu entre 980 e 1036, foi o primeiro a expor um parecer de que a imaginação do homem podia não só atuar sobre seu próprio corpo, como também, atuar sobre corpos de outros seres à distância, demonstrando assim, o valor da autossugestão. Entretanto, foi o médico Franz Anton Mesmer que tornou a hipnose conhecida no meio científico, sofrendo grandes pressões na época.⁴

Hipnose pode ser definida como um sono causado por meios artificiais, entretanto, atualmente sabemos que o paciente hipnotizado possui atividade mental mesmo quando parece dormindo. Difere do sono, pois neste temos uma hipotonia e da meditação por não levar ao indivíduo ao alheamento do mundo exterior. A hipnose leva o indivíduo a um estado de aceitação, de confiança e fé. O estado de aceitação permite sugestões; o estado de confiança permite a revelação do seu mundo interior sem bloqueios, censuras e constrangimentos; o estado de fé aumenta o poder curador da própria mente. A imaginação está mais atuante que à vontade e a emoção mais rápida do que a razão.³²

A hipnose pode envolver uma introdução com a explicação do processo durante o qual o sujeito poderá receber sugestões de experiências criativas.

A hipnose é um procedimento que depende do desenvolvimento de empatia e aceitação (*rapport*) por parte do paciente em relação ao hipnoterapeuta. Isso ilumina o território mútuo da hipnose e da empatia, comum a muita interação entre hipnotizador e sujeito e ao processo interno dos sujeitos, porque facilita a aceitação das sugestões do hipnotizador.^{32,33}

Outros aspectos da hipnose envolvem o desligamento de pessoas reais no ambiente e a dissociação de outros estados do ego do eu. A amnésia e certos usos da atenção concentrada no contexto hipnótico são contrários à empatia. A empatia é um componente importante de muitos fenômenos hipnóticos, mas que a relação *é tão parcial e complexa quanto a maneira pela qual outros traços, como capacidade de imagem e dissociação, são mapeados para a hipnose.*³⁴

A administrada de sugestão de sonho hipnótico seguida por uma sugestão de *observador oculto dos sonhos* (ou seja, acesso oculto parte, ter novos pensamentos e imagens pertinentes ao sonho) fez com que a maioria (81,8%) de um grupo de voluntários em um experimentos de hipnose relatassem sonhos e observadores ocultos (80%), com os relatórios ocultos caracterizados por mais conteúdo pessoal, menos processos primários e pior recordação do que os relatórios dos sonhos.³⁵

Zamore e Barrett³⁶ examinaram a relação da suscetibilidade hipnótica a uma variedade de características e tipos de conteúdo onírico, usando inventários e questionários adequados. Verificaram que os sujeitos como um todo, relataram uma frequência alta sonhos que eles acreditavam serem sonhos pré-cognitivos e extracorpóreos. Em ambos os sexos, houve uma correlação positiva significativa entre ativamente a capacidade de sonhar com um tópico escolhido e a suscetibilidade hipnótica. Apenas para mulheres, houve uma correlação negativa entre a suscetibilidade

hipnótica e sonhos voadores. A capacidade de absorção foi de extrema importância para a lembrança dos sonhos, a quantidade de cores nos sonhos, os relatos de resolução de conflitos nos sonhos, as ideias criativas que ocorrem nos sonhos, a simpatia dos sonhos e a estranheza dos sonhos.

Gabel³⁷ revisou estudos empíricos que sobre questão de saber se há um aumento na ativação ou eficiência dos processos em hemisfério direito durante imagens, hipnose, sono rápido por movimentos oculares e sonhos. Ele verificou que há evidências consideráveis que apoiam a noção de aumento da ativação nesse hemisfério nas imagens. Há também algumas evidências que aceitam essa ideia para o movimento rápido dos olhos, sono, sonhos e fenômenos hipnóticos.

A Escala Clínica Hipnótica de Stanford para Crianças foi administrada por LeBaron et al.³⁸ em 52 crianças saudáveis e 47 crianças e adolescentes com câncer. O interesse da pesquisa era voltado para o item dos sonhos dessa escala, quanto ao tipo e detalhe das imagens. Embora as susceptibilidades hipnóticas fossem semelhantes em ambos os grupos, as crianças com câncer relataram fantasias mais agradáveis do que desagradáveis em seus sonhos hipnóticos, e seus relatos de sonhos tendiam a conter menos fantasia. Independente do estado de saúde, as crianças mais velhas experimentaram mais auto envolvimento em seus sonhos hipnóticos em comparação com as crianças mais novas.³⁸

O uso da hipnose nos sonhos e pesadelos das crianças, ou sonhos induzidos hipnoticamente foram usados para resolver sintomas psicológicos. Com base no valor dos sonhos e da hipnose para lidar com conflitos, Linden et al.³⁹ uniram a *medicina mente-corpo e o sonho hipnoticamente induzido na prática pulmonar pediátrica*. Apresentaram de onze casos de pacientes que foram tratados por hipnose, durante a qual eles relataram e tiveram a oportunidade de revisar seus pesadelos, procurando descobrir o significado potencial destes. Como resultado, observaram importante redução na frequência dos pesadelos recorrentes ou estes foram resolvidos após a revisão dos sonhos com hipnose. Os autores consideram a revisão de sonhos hipnoticamente induzida como uma terapia útil em uma população pediátrica.

Para Gabel⁴⁰, os sonhos *podem ser pensados como fenômenos dissociativos de um tipo específico que refletem o monitoramento e a reação a condições internas e externas dentro do sonhador*. Buscando apoio para esta sua visão, ele discute o trabalho experimental e clínico relacionado à hipnose, bem como fenômenos de movimento rápido dos olhos, sonhos e especialização hemisférica. Neste caminho, ele descreve os sonhos no *contexto das teorias de organização da personalidade baseadas na dissociação*.

Os movimentos oculares (com as pálpebras fechadas) foram estudados em um grupo de sujeitos de ASH e que já tinham experiência com auto-hipnose, comparando os resultados com os de um grupo formado aleatoriamente por indivíduos controle que nunca haviam sido hipnotizados e apresentavam BSH.

Interessantemente, as taxas médias e durações dos movimentos horizontais dos olhos durante o sonho de uma partida de tênis foram mais altas para o sonho induzido hipnoticamente do que durante a condição de despertar alguns minutos depois (sonho "natural") ou a condição de sonho imaginário em vigília nos mesmos sujeitos ou controles aleatórios. As taxas médias de movimentos oculares horizontais durante a hipnose com sugestões de imaginação de um trem e a observação de postes telefônicos foram maiores para os sujeitos de ASH nas sessões do que no grupo de controle de BSH na sessão de imaginação. Uma proporção dos sujeitos experimentais fez mais movimentos oculares laterais durante a hipnose do que durante a sessão de imaginação, mas uma proporção igual não diferiu entre as duas condições.

Quando a hipnose foi induzida, aproximadamente 50% dos indivíduos de ASH reviraram os olhos para cima, realizando um movimento mais longo, do que durante o fechamento dos olhos enquanto acordado. Vibração ocular foi observada em alguns indivíduos durante a hipnose, mas não fora dessa condição. Durante a hipnose passiva, as taxas médias de movimentos oculares rá-

pidos foram mais baixas, enquanto os movimentos oculares lentos foram mais altas do que durante a condição de repouso nos mesmos indivíduos, bem como nos indivíduos de controle. O desempenho e o envolvimento subjetivo dos sujeitos ASH durante a escala de sugestibilidade de Barber, sugestões de *nistagmo* e *sonho* não diferiram significativamente entre as duas sessões de hipnose, mas na maioria dos casos foram significativamente maiores durante a hipnose do que durante a sessão de imaginação da mesma.

5.1. Técnicas de Hipnose.

Devemos inicialmente fazer uma anamnese para conhecer o paciente. Deverá conter informações sobre a identidade, queixa principal, fobias, história da doença atual, história pessoal, história familiar, história patológica progressiva, medicações e etc. Além disso, detectar qual o sistema representacional primário é utilizado pelo paciente. Pessoas cinestésicas utilizam palavras ligadas à sensação (fofo, firme, tenso, concreto, machucar etc.), as visuais são voltadas a visão (brilhante, claro, fosco, ver, nebuloso, focalizar etc.), as auditivas falam palavras relacionadas à audição (escutar, tom, ouvir, soar, reclamar, dizer etc.) e as digitais (aprender, estimular, resolver, sair, tentar etc.).⁵

A hipnose é normalmente iniciada através de uma técnica de *indução hipnótica*, visando estimular a atenção do paciente para que ele possa se concentrar na palavra do hipnoterapeuta e conseguir alcançar o estado adequado para o seu tratamento. Dentre as técnicas de indução mais conhecidas está uma das mais influentes utilizadas por Braid, que é a técnica da *fixação do olhar*, ou "Braidism".

Existem várias técnicas de indução hipnótica e o hipnotizador deverá utilizar o método mais adequado ao paciente. A seguir, descreveremos três técnicas hipnóticas para induzir ao sonho.

5.1.1 - Relaxamento Progressivo.

O primeiro passo é explicar toda técnica e as dúvidas do paciente, ou seja, criar o *rapport*. O trabalho inicia com o hipnoterapeuta orientando o paciente para relaxe, feche os olhos e respire tranquilamente. Em seguida, o hipnoterapeuta irá nomear sucessivamente as diversas partes do corpo a serem relaxadas.

O procedimento do relaxamento deverá ser incentivar o paciente a soltar o seu corpo, sem pressa, obedecendo ao ritmo do próprio corpo. As mãos podem ser colocadas sobre as pernas na posição sentada e ao lado do corpo na posição deitada.^{4,5}

Quando o indivíduo estiver relaxado e no seu nível característico de hipnose, o hipnoterapeuta sugestionará para que ele sonhe e, de preferência, passe a lembrar dos sonhos que necessite para sua cura. O aprofundamento psicoterapêutico pode ser feito através da análise da simbologia do sonho, correlacionando-a de acordo com o contexto mitológico do paciente.⁵

5.1.2 - Pestanejamento Comandado.

O ambiente deve ser semiescuro, calmo, tranquilo, em que os estímulos produzidos pelo operador possam provocar inibições, levando o paciente a um estado de sono hipnótico.

Coloca-se o paciente sentado com as mãos sobre as coxas e as costas levemente encurvadas, afastadas do encosto. Este detalhe do encurvamento das costas é importante porque, à medida que a hipnose vai se aprofundando, o encurvamento vai acentuando. Os pés devem apoiar-se comodamente no chão, as pernas fazendo um ângulo reto com as coxas.

O primeiro passo é a explicação da técnica, ou seja, pede-se que o paciente olhe fixamente, sem piscar, para um ponto atrás do hipnoterapeuta e toda vez que disser a palavra fecha, o paciente fechará os olhos, abrindo-os logo depois. Conforme o pestanejamento vai se tornando mais lento, o hipnoterapeuta prossegue até o fechamento espontâneo dos olhos (catalepsia flácida).

5.1.3 - Técnica de Levitação do braço.

Está técnica deve seguir os mesmos procedimentos das técnicas anteriores em relação ao *rapport*, posição do paciente, explicações da técnica e treinamento antes do início.

O estado adequado para o tratamento é alcançado com o paciente fixando o dorso da mão direita, sem pestanejar, sem desviar a atenção.

Qualquer uma dessas técnicas e outras que não mencionamos podem ser usadas para auxiliar o indivíduo sob tratamento a alcançar o estado de hipnose, que permitirá a lembrança de sonhos, revivência e interpretação destes, propiciando o trabalho de ressignificação a ser orientado pelo hipnoterapeuta.

Grogan *et al.*⁴¹ usaram a técnica de levitação do braço para indução hipnótica e uma sugestão de sonho para testar a hipótese de que a regressão da idade hipnótica produz uma mudança do processamento do pensamento secundário para o primário em participantes hipnotizáveis, em um estudo que envolveu trinta participantes. Seus níveis de suscetibilidade hipnótica foram testados pela Escala de Hipnotizabilidade Elkins. A sugestão hipnótica foi para que regressem aos 5 anos de idade e tivessem um sonho. O pensamento do processo primário foi avaliado usando a Escala de Pensamento do Processo Primário. Os resultados obtidos pelo teste *t* independente, com 2 níveis de hipnotizabilidade, médio e alto, mostrou que os indivíduos ASH à hipnose apresentaram classificações mais altas de processamento do pensamento primário do que os indivíduos do grupo de média suscetibilidade.⁴¹

De fato, já foi mostrado que indivíduos com ASH relatam maior atividade mental em sonhos hipnóticos do que pessoas de BSH, instruídos a simular hipnose.⁴²

6. Conclusão.

O homem contrai conflitos que aquartelados no inconsciente, vão brotar nas horas mais inesperadas da vida. Neste momento, em que a valorização material da sociedade, o impulsiona a uma vida extremamente racional, externa e agitada, vemos os valores internos, morais e espirituais, ficarem redimidos a um segundo plano. O uso de hipnose induzindo ao sonho tem finalidade de auxiliar o indivíduo a ver com clareza as várias formas de sua própria estrutura da personalidade, que via de regra estão inconscientes e simplesmente são transferidos a atos no mundo, causando com frequência a infelicidade neurótica que motiva uma pessoa a buscar ajuda profissional. Além disso, tende a equilibrar a energia psíquica do indivíduo, de maneira fisiológica e integrada, unindo as três partes do todo (corpo, mente e espírito).

O sonho é um fragmento de realidade cuja origem é pessoal, mas obscura, cujo significado é fecundo, mas incerto e cujo destino no mundo do ego vígil está em nossas próprias mãos. Se desprezarmos o sonho, ele nos impressiona de qualquer maneira, operando suas transformações alquímicas nas profundezas da psique, buscando o mesmo objetivo de individuação, com ou sem a nossa ajuda consciente. Jamais será entendido em sua íntegra devido a sua natureza misteriosa, que existe no limite de nosso entendimento acerca do cérebro e da mente, da vida consciente e inconsciente, da vida pessoal e transpessoal.

Os sonhos não são sonhados para serem analisados e compreendidos, mas uma compreensão deles, nos diz onde o inconsciente já está tentando alterar a imagem do ego na direção da saúde e da individuação. A individuação é um conceito mais amplo e complexo do que saúde. Individuação é um processo dinâmico, envolve uma mudança constante e finalmente leva a aceitação da finitude da vida e da inevitabilidade da morte.

Referências.

1. Ribeiro S. Dream, memory and Freud's reconciliation with the brain. Braz. J. Psychiat. 2003; 25(2):59-63.

2. Windt JM. Reporting dream experience: Why (not) to be skeptical about dream reports. *Front Hum. Neurosci.* 2013; 7:708.
3. Gurfinkel D. Sono e sonho: dupla face do psicossoma. *Psychê* 2002; 6(10):39-63.
4. Akstein D. *Hipnologia*. Vol. 1. 1973.
5. Bernheim H. *Hypnosis and Suggestion in Psychotherapy*. Jason Aronson Inc., 1993.
6. Cardoso FRG, Cruz FAO, Silva D, Cortez CM. Computational Modeling of Synchronization Process of the Circadian Timing System of Mammals. *Biol. Cybern.* 2009; 100(5):385-393.
7. Cortez CM, Silva D. *Fisiologia Aplicada à Psicologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2008.
8. Lent R. *Cem bilhões de Neurônios: conceitos fundamentais de Neurociência*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
9. Aminoff MJ, Daroff RB. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*. Elsevier, Academic Press, 2003.
10. Lucchesi LM, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WAS. O sono em transtornos psiquiátricos *Rev. Bras. Psiqu.* 2005; 27(1) :27-32.
11. Tufik S, Andersen ML, Bittencourt LRA, de Mello MT. Paradoxical sleep deprivation: neurochemical, hormonal and behavioral alterations. Evidence from 30 years of research. *An. Acad. Bras. Ciênc.* 2009; 81(3):521-538.
12. Jouvet M. *El sueño y los sueños*. México: Fondo de Cultura Economica, 1992.
13. Franz ML. *O caminho dos sonhos*. São Paulo: Cultrix, 2001.
14. Solovey GE, Milechnin A. *Hipnotismo de hoy*. 5ª ed. Buenos Aires: Hacette, 1988.
15. Freud S. La interpretación de los sueños. In *Obras completas*. Vol. 1. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
16. Epstein GN. *A terapia do Sonho Acordado*. Campinas: Editora Livro Pleno Ltda,
17. Corbin H. *Mundus imaginalis or the imaginary and the imaginal*. (Trad. Ruth Horine). Zürich/New York: Spring, 1972.
18. Tractenberg M. O significado dos sonhos em Freud, Garma e Kemper. *J. Bras. Psiquiat.* 1981; 30(4):317-322.
19. Shapiro F, Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. *J. Clin. Psychol.* 2002;58(8):933-946.
20. Hoss JR. *Dream Language: Self-Understanding through Imagery and Color*. Kindle Edition, 2005.
21. Delaney G. *All about Dreams: everything You Need to Know about*. HarperOne, 1998.
22. Barrett D. *Trauma and Dreams* Paperback, 2001.
23. Laberge S. *Sonhos Lucidos*. Siciliano, 1990.
24. Silveira N. *Jung: vida e obra*. 18 ed. rev.- Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
25. Jung CG. *Memórias, sonhos e reflexões*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
26. Jung CG. *A dinâmica do Inconsciente*. *Obras Completas de Jung*. Vol. VIII. Petrópolis, RJ: Vozes, 1984.
27. Chevalier J. *Dicionário de símbolos*, Rio de Janeiro: Jose Olimpio, 1998.
28. Hall JA. *Jung e a Interpretação dos Sonhos*. Manual de teoria e prática. São Paulo: Cultrix, 1983
29. Perrot E. *O caminho da transformação segundo Jung e a alquimia*. São Paulo: Paulus, 1998.
30. Ballone GJ. Carl Gustav Jung. <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=192>.
31. Ragazzi MF. Um estudo dos arquétipos nos sonhos de portadores do HIV. www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-12042004-1218117/
32. Labate IC. A utilização da hipnose em psicoterapia. In: *Manual brasileiro de hipnose clínica*. (Org. FERREIRA, M. V. C.) São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
33. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatment for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin. Psychol. Psychoth.* 1998; 5:126-144
34. Barrett D. Hypnosis and Empathy: A Complex Relationship. *Am. J. Clin. Hypn.* 2016;58(3):238-250.
35. Maré C, Lynn SJ, Kvaal S, Segal D, Sivec H. Hypnosis and the dream hidden observer: primary process and demand characteristics. *J. Abnorm. Psychol.* 1994;103(2):316-327.
36. Zamore N, Barrett D. Hypnotic susceptibility and dream characteristics. *Psychiatr. J. Univ. Ott.* 1989;14(4):572-574.
37. Gabel S. The right hemisphere in imagery, hypnosis, rapid eye movement sleep and dreaming. Empirical studies and tentative conclusions. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1988;176(6):323-331.
38. LeBaron S, Fanurik D, Zeltzer LK. The hypnotic dreams of healthy children and children with cancer: a quantitative and qualitative analysis. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2001;49(4):305-319
39. Linden JH, Bhardwaj A, Anbar RD. Hypnotically enhanced dreaming to achieve symptom reduction: a case study of 11 children and adolescents. *Am. J. Clin. Hypn.* 2006;48(4):279-289.
40. Gabel S. Dreams as a possible reflection of a dissociated self-monitoring system. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1989;177(9):560-568.
41. Grogan G, Barabasz A, Barabasz M, Christensen C. Effects of Hypnosis on Regression to Primary-Process Thinking. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2017; 65(1): 32-42.
42. Pinnell CM, Lynn SJ, Pinnell JP. Primary process, hypnotic dreams, and the hidden observer: hypnosis versus alert imagining. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 1998; 46(4): 351-362.