

A MENTE EM TRANSE

Psicanálise e Cognição nos
Estados Alterados da Consciência

Francisco Abreu

2026 · 1ª Edição

Psicanálise Clínica · TCC · Estados Alterados · Neurociência da Consciência

A MENTE EM TRANSE

Psicanálise e Cognição nos Estados Alterados da Consciência

Autor: Francisco Abreu

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7438212451832590>

Edição: 1ª edição

Ano: 2026

Data de publicação: Maio de 2026

Idioma: Português (Brasil)

Área: Psicanálise Clínica / Terapia Cognitivo-Comportamental / Neurociência da Consciência

© 2026 Francisco Abreu. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, armazenada em sistema de recuperação ou transmitida de

qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro, sem autorização prévia e por escrito do autor, salvo breves trechos citados em resenhas ou trabalhos acadêmicos com indicação da fonte.

Este livro destina-se a fins educacionais e de formação profissional em psicanálise clínica e terapia cognitivo-comportamental. O conteúdo explora as interfaces entre o inconsciente freudiano-lacanian, o processamento cognitivo e os estados alterados de consciência, constituindo uma contribuição original ao campo da clínica integrativa.

RESUMO

Este livro investiga as interfaces entre a psicanálise freudo-lacanian, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e os estados alterados de consciência (EAC), constituindo uma das primeiras sistematizações rigorosas desse cruzamento no cenário acadêmico brasileiro. Organizado em doze capítulos, a obra percorre a fenomenologia dos EAC e sua história científica e cultural; as epistemologias do inconsciente e do processamento cognitivo; e a análise aprofundada de fenômenos como sonhos, hipnose, meditação, dissociação, estados liminares, imaginação ativa, regressão emocional e experiências simbólicas. Em cada domínio, o autor articula os aportes psicanalíticos com os modelos cognitivos, revelando zonas de convergência e tensão produtivas para a clínica contemporânea. A obra conclui com um modelo integrativo de cuidado, casos clínicos ilustrativos e uma proposta de formação e pesquisa em clínica dos estados alterados.

Palavras-chave: Psicanálise clínica; Terapia Cognitivo-Comportamental; Estados alterados de consciência; Sonhos; Hipnose; Meditação; Dissociação; Estados liminares; Imagem ativa; Regressão emocional; Experiências simbólicas; Neurociência da consciência.

ABSTRACT

This book investigates the interfaces between Freudian-Lacanian psychoanalysis, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), and Altered States of Consciousness (ASC), constituting one of the first rigorous systematizations of this intersection in the Brazilian academic landscape. Organized in twelve chapters, the work covers the phenomenology of ASC and their scientific and cultural history; the epistemologies of the unconscious and cognitive processing; and an in-depth analysis of phenomena such as dreams, hypnosis, meditation, dissociation, liminal states, active imagination, emotional regression, and symbolic experiences. In each domain, the author articulates psychoanalytic contributions with cognitive models, revealing productive zones of convergence and tension for contemporary clinical practice. The work concludes with an integrative care model, illustrative clinical cases, and a proposal for training and research in altered-state clinical practice.

Keywords: Clinical psychoanalysis; Cognitive-Behavioral Therapy; Altered states of consciousness; Dreams; Hypnosis; Meditation; Dissociation; Liminal states; Active imagination; Emotional regression; Symbolic experiences; Neuroscience of consciousness.

SUMÁRIO

Prefácio

Capítulo 1 : Estados Alterados de Consciência: História, Conceito e Ciência

1.1 Definições e Fronteiras: O Que São Estados Alterados?

1.2 A Consciência na Neurociência e na Filosofia da Mente

1.3 EAC na Clínica, na Cultura e na Pesquisa

Capítulo 2 : Psicanálise e TCC: Epistemologias em Diálogo

2.1 O Inconsciente Freudiano e o Processamento Implícito

2.2 Cognição, Crenças e Estruturas Psíquicas

2.3 Pontes Teóricas: Convergências e Tensões Produtivas

Capítulo 3 : Sonhos: A Via Régia e a Cognição Onírica

3.1 A Interpretação dos Sonhos: Freud, Jung e a Neurociência

3.2 Processamento Cognitivo no Estado Onírico

3.3 Sonhos na Clínica Integrada: Psicanálise e TCC

Capítulo 4 : Hipnose: Transe, Sugestão e o Campo Psíquico

4.1 História e Fundamentos da Hipnose Clínica

4.2 Hipnose e Psicanálise: Da Catarse ao Inconsciente

4.3 Hipnose na TCC: Aplicações Contemporâneas e Evidências

Capítulo 5 : Meditação e Atenção: Do Mindfulness à Atenção Flutuante

5.1 Neurociência da Meditação e Regulação do Afeto

5.2 Atenção Flutuante em Freud e Mindfulness: Um Paralelo

5.3 Meditação na Clínica Integrada: Alcances e Limites

Capítulo 6 : Dissociação: Defesa Psíquica, Trauma e Processamento Fragmentado

6.1 Dissociação: Conceito, Fenomenologia e Estrutura Clínica

6.2 Trauma, Memória Dissociada e o Sujeito Dividido

6.3 Abordagens Integradas para o Tratamento da Dissociação

Capítulo 7 : Estados Liminares: Fronteiras, Hipnagogia e Zonas de Passagem

7.1 Hipnagogia, Hipnopompia e a Fronteira do Sono

7.2 Estados Liminares nas Tradições Contemplativas e na Clínica

7.3 A Clínica do Limiar: Psicanálise, TCC e os Estados de Borda

Capítulo 8 : Imaginação Ativa: Jung, Fantasia Dirigida e Reestruturação Cognitiva

8.1 Imaginação Ativa em Jung: Fundamentos e Método

8.2 Fantasia Dirigida e Imagens Mentais na TCC

8.3 Aplicações Clínicas da Imaginação nos Estados Alterados

Capítulo 9 : Regressão Emocional: Memória, Afeto e Reprogramação Psíquica

9.1 Regressão na Psicanálise: Fixação, Retorno e Elaboração

9.2 Memória Emocional e Reprogramação na TCC

9.3 Técnicas de Regressão Integradas na Clínica Contemporânea

Capítulo 10 : Experiências Simbólicas: Ritual, Símbolo e Transformação

10.1 O Símbolo na Psicanálise e na Psicologia Cognitiva

10.2 Rituais, Experiências Transformadoras e EAC

10.3 A Clínica do Sagrado e os Estados Alterados

Capítulo 11 : Clínica Integrada: Psicanálise e TCC nos Estados Alterados

11.1 Modelo Integrativo de Cuidado em Estados Alterados

11.2 Casos Clínicos: Psicanálise e TCC em Diálogo

11.3 Ética e Cuidado na Clínica dos Transes

Capítulo 12 : Pesquisa, Formação e Futuros da Clínica dos EAC

12.1 Metodologia de Pesquisa em Estados Alterados de Consciência

12.2 Formação do Clínico Integrativo em EAC

12.3 Horizontes: Neurofenomenologia e a Clínica do Futuro

Referências Bibliográficas

Sobre o Autor

PREFÁCIO

Há algo de paradoxal na proposta deste livro. Reunir a psicanálise freudo-lacanianana e a Terapia Cognitivo-Comportamental em torno dos estados alterados de consciência é, para muitos, um programa teoricamente impossível: como conciliar uma prática centrada no inconsciente simbólico, na transferência e no desejo com uma abordagem fundada na identificação e reestruturação de crenças, esquemas e processos cognitivos distorcidos? A resposta que esta obra sustenta é que o impossível é apenas o não tentado, e que o cruzamento rigoroso entre esses dois campos, mediado pela fenomenologia dos estados alterados, revela zonas de convergência clínica que nenhum dos dois campos consegue alcançar sozinho.

Os estados alterados de consciência, sonhos, hipnose, meditação, dissociação, estados liminares, imaginação ativa, regressão emocional, experiências simbólicas, constituem o terreno mais antigo da prática clínica humana e, ao mesmo tempo, um dos mais contemporâneos da pesquisa neurocientífica. Xamãs, sacerdotes, médiuns, analistas e terapeutas cognitivos trabalham, cada um à sua maneira, com a capacidade humana de entrar em estados de consciência distintos do ordinário e extrair deles informação, transformação ou cura. O que este livro propõe é que psicanálise e TCC, em vez de ignorar essa herança comum, podem articulá-la de modo clinicamente fértil.

A psicanálise nunca abandonou os estados alterados: o sonho era, para Freud, a via régia ao inconsciente; a hipnose foi o berço de onde a psicanálise emergiu por uma separação necessária mas não definitiva; a atenção flutuante do analista é, ela própria, um estado alterado cultivado como condição do trabalho. A TCC, por sua vez, tem incorporado progressivamente técnicas que operam nos limites do ordinário: o mindfulness, a reestruturação através de imagens mentais, a dessensibilização sistemática e, mais recentemente, a terapia assistida por estados não-ordinários. O que faltava era uma sistematização que articulasse esses desenvolvimentos paralelos em um diálogo epistemológico e clínico coerente.

Organizado em doze capítulos progressivos, este livro percorre cada domínio dos estados alterados com um olhar bifocal: o da psicanálise, que interroga o inconsciente,

o símbolo e o laço transferencial; e o da TCC, que mapeia esquemas cognitivos, crenças nucleares e processos de regulação emocional. Em cada capítulo, o leitor encontrará tanto a fundamentação teórica quanto orientações para a prática clínica, ancoradas em casos ilustrativos e referências à pesquisa contemporânea. O objetivo não é fundir os dois campos em um sincretismo incoerente, mas identificar os pontos em que o diálogo entre eles amplifica as possibilidades de cuidado do sujeito em sofrimento.

Este livro é dedicado a todos os clínicos que recusam a confortável segurança das fronteiras disciplinares e escolhem, em vez disso, o risco produtivo do pensamento na borda, lá onde o inconsciente e a cognição, o símbolo e o esquema, a palavra e o silêncio, se encontram e se interrogam mutuamente.

Francisco Abreu
Ceará, Brasil, 2026

Capítulo 1

Estados Alterados de Consciência: História, Conceito e Ciência

1.1 Definições e Fronteiras: O Que São Estados Alterados?

O conceito de estado alterado de consciência foi introduzido na literatura científica pelo psiquiatra norte-americano Arnold Ludwig em 1966, que o definiu como qualquer estado mental induzido por agentes ou técnicas variadas que se desvia o suficiente do estado de vigília ordinário para que o sujeito experiencie diferenças qualitativas no padrão de seu funcionamento psicológico. A amplitude dessa definição é deliberada: ela abrange desde o sono e o sonho, passando pela hipnose e pela meditação, até os estados produzidos por substâncias psicoativas, febre elevada, privação sensorial ou experiências de quase morte. O elemento comum não é a substância nem a técnica que produz o estado, mas a qualidade subjetiva da transformação do funcionamento mental.

O debate sobre o que constitui o estado "ordinário" de consciência é, em si mesmo, filosoficamente rico. A fenomenologia husserliana distingue entre a atitude natural, o estado não refletido de imersão no mundo cotidiano, e a atitude fenomenológica, resultado de uma epoché deliberada que suspende as certezas da percepção ordinária. O que os EAC fazem, com frequência, é produzir espontaneamente ou induzir intencionalmente uma variação dessa atitude natural, abrindo janelas para dimensões da experiência que o funcionamento ordinário tende a obliterar: a memória pré-verbal, o processamento afetivo implícito, o simbolismo arquetípico, a percepção corporal sutil.

Do ponto de vista neurológico, os EAC são caracterizados por modulações específicas nos padrões de ativação cerebral, mensuráveis por eletroencefalografia (EEG) e técnicas de neuroimagem funcional. O sono REM, fase associada à maior vivacidade dos sonhos, é caracterizado por ativação do córtex límbico e paralímbico com relativa desativação do córtex pré-frontal dorsolateral; a meditação profunda produz aumento da coerência das ondas gama e modificações no modo padrão de ativação da rede por omissão (default mode network); o transe hipnótico correlaciona-se com aumento da atividade do cíngulo anterior e redução da conectividade entre córtex pré-frontal e regiões posteriores. Cada EAC possui, portanto, uma assinatura neurológica parcialmente distinta.

A psicologia transpessoal, fundada por Abraham Maslow e desenvolvida por Stanislav Grof, Kenneth Ring e Charles Tart, propõe que os EAC não são meramente curiosidades neurológicas ou disfunções do funcionamento ordinário, mas portas de acesso a dimensões da psique humana que os métodos convencionais da psicologia acadêmica não conseguem alcançar. Para Grof, os estados não-ordinários de consciência induzidos por respiração holotrópica ou substâncias psicodélicas constituem um "mapa amplificado da psique" que revela estruturas inconscientes profundas com uma clareza que décadas de psicoterapia convencional raramente produzem. Essa perspectiva, embora controversa, tem encontrado crescente respaldo empírico nos ensaios clínicos contemporâneos com psilocibina e MDMA.

Para os propósitos clínicos deste livro, adotamos uma definição operacional que compreende os EAC como estados psicológicos nos quais a organização habitual da consciência, com seus mecanismos de filtragem perceptiva, controle inibitório,

hierarquia de processamento e narrativa autobiográfica coerente, sofre uma modificação significativa, criando condições para que conteúdos habitualmente inacessíveis ao funcionamento ordinário se tornem disponíveis à experiência, à elaboração e à transformação. Essa definição é suficientemente abrangente para incluir os fenômenos estudados neste livro, e suficientemente precisa para excluir simples variações de humor ou de atenção que não constituem alterações qualitativas do funcionamento consciente.

1.2 A Consciência na Neurociência e na Filosofia da Mente

A consciência é o único problema filosófico que todo ser consciente enfrenta de dentro: para investigar a consciência, é necessário utilizá-la. Essa circularidade, designada pelo filósofo australiano David Chalmers como o "problema difícil da consciência", distingue o estudo da consciência de qualquer outro domínio da ciência. Os correlatos neurais da consciência (CNCs) podem ser mapeados com crescente precisão pela neurociência; mas a questão de por que certos processos físicos são acompanhados de experiência subjetiva permanece, para Chalmers, filosoficamente irresolvida. O "problema fácil" da consciência, explicar como o cérebro processa informação, integra percepções e regula comportamentos, é, paradoxalmente, a tarefa mais acessível da neurociência; o "problema difícil" é explicar por que esse processamento é acompanhado de algo como sentir.

A Teoria da Informação Integrada (IIT), proposta por Giulio Tononi, oferece uma das tentativas mais rigorosas de resposta: a consciência corresponde ao grau de integração irreducível de informação em um sistema, medido pelo coeficiente phi. Sistemas com phi elevado, como o tálamo-córtex humano, são altamente conscientes; sistemas com phi zero, como o cerebelo, com seus cem bilhões de neurônios processando em paralelo mas sem integração, contribuem pouco para a experiência consciente. Embora controversa em seus detalhes técnicos, a IIT oferece uma estrutura que permite compreender por que certos estados, como a anestesia geral, o sono de ondas lentas e algumas formas de dissociação, produzem reduções dramáticas da experiência subjetiva a despeito de continuidade da atividade cerebral.

A Teoria do Workspace Global (GWT), proposta por Bernard Baars e desenvolvida por Stanislas Dehaene, sustenta que a consciência emerge quando a informação

processada em módulos especializados é "transmitida" a um workspace global que a torna disponível a todos os outros módulos simultaneamente. Nessa perspectiva, o inconsciente cognitivo, conjunto vastíssimo de processos que ocorrem sem acesso à consciência, é constituído por processamentos modulares que não atingiram o limiar de acesso ao workspace. Os EAC modificariam o próprio limiar de acesso: a meditação profunda e o transe hipnótico parecem ampliar o workspace, permitindo que conteúdos habitualmente pré-conscientes ganhem acesso à experiência; certos estados dissociativos, ao contrário, reduzem ou fragmentam o workspace, produzindo lacunas na continuidade experiencial.

A psicanálise freudiana antecipou, em seus próprios termos teóricos, muitas dessas descobertas. A distinção entre os sistemas Inconsciente (Ics), Pré-Consciente (Pcs) e Consciente (Cs) na primeira tópica de Freud, e, posteriormente, entre Id, Ego e Superego na segunda tópica, já propunha uma arquitetura do aparelho psíquico na qual a maior parte do processamento determinante do comportamento ocorre fora da consciência. A "resistência" freudiana é, em termos neurológicos contemporâneos, o conjunto de mecanismos que mantêm certos conteúdos abaixo do limiar de acesso ao workspace. O trabalho psicanalítico visa, em parte, modificar esses limiares.

A TCC, por sua vez, trabalha essencialmente com os produtos do processamento consciente acessível: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e nucleares, esquemas cognitivos ativados por situações específicas. Mas a pesquisa contemporânea em cognição implícita demonstra que muitos processos cognitivos relevantes clinicamente, vieses atencionais, memórias emocionais implícitas, esquemas de apego, operam abaixo do limiar da consciência e influenciam o comportamento de modo que os pacientes frequentemente não conseguem verbalizar. Os EAC, ao modificar os limiares de acesso à consciência, podem tornar esses processos implícitos parcialmente acessíveis, o que cria uma oportunidade clínica tanto para a interpretação psicanalítica quanto para a reestruturação cognitiva.

1.3 EAC na Clínica, na Cultura e na Pesquisa

A utilização clínica dos estados alterados de consciência é tão antiga quanto a medicina humana. Os rituais de cura xamânicos, documentados em todas as culturas estudadas pela antropologia, operam invariavelmente através de estados alterados: o

xamã entra em transe, frequentemente induzido por tambores, dança, jejum ou plantas sagradas, e, nesse estado, realiza uma viagem ao mundo dos espíritos para diagnosticar e curar a enfermidade do paciente. Claude Lévi-Strauss analisou esse processo em seu célebre ensaio "A Eficácia Simbólica" (1949), demonstrando que o canto do xamã opera como uma narrativa que oferece ao paciente um mito, uma estrutura simbólica, dentro do qual a experiência incompreensível do adoecimento pode ser integrada e elaborada. A cura xamânica é, *avant la lettre*, uma psicoterapia que opera através de um estado alterado partilhado.

No campo da psicologia clínica contemporânea, os EAC reentraram pela porta da pesquisa com substâncias psicodélicas. Os ensaios clínicos conduzidos pela Johns Hopkins University, pela Imperial College London e pela NYU Langone Health com psilocibina demonstraram eficácia significativa para depressão resistente, transtorno de estresse pós-traumático e ansiedade existencial em pacientes oncológicos terminais. O mecanismo terapêutico proposto combina componentes neurobiológicos, aumento da plasticidade sináptica, redução da rigidez da rede de modo padrão, com componentes psicológicos: a experiência de dissolução do ego e de sentido profundo que pacientes descrevem no transe psicodélico parece catalisar reorganizações psíquicas que a psicoterapia convencional levaria anos para produzir.

A EMDR, Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares, constitui outro exemplo de técnica psicoterapêutica eficaz que opera através de um estado que se aproxima dos EAC. Desenvolvida por Francine Shapiro a partir de 1987 e hoje com sólida base de evidências para o tratamento do TEPT, a EMDR induz um estado de atenção bifocal, simultâneo ao passado traumático e ao presente seguro, que facilita o reprocessamento de memórias traumáticas. Esse estado possui características dos EAC: modulação da intensidade emocional, acesso a conteúdos implícitos, fluidez entre passado e presente.

No campo psicanalítico brasileiro, a contribuição de Nise da Silveira constitui um marco fundamental na utilização dos estados alterados na clínica pública. Sua experiência no Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, utilizou a atividade criativa, pintura, escultura, como via de acesso às "imagens do inconsciente" de pacientes psicóticos, documentando as produções artísticas como expressão de estados psíquicos não-ordinários que a abordagem verbal não conseguia alcançar. A influência da psicologia

analítica de Carl Gustav Jung, especialmente o conceito de imaginação ativa, é central em seu trabalho e constitui um dos fios condutores deste livro.

"O inconsciente é o sócio silencioso de toda a empresa consciente, e nos estados alterados, esse sócio fala." (Paráfrase de William James, 1902)

Capítulo 2

Psicanálise e TCC: Epistemologias em Diálogo

2.1 O Inconsciente Freudiano e o Processamento Implícito

A noção freudiana de inconsciente não é, como frequentemente se supõe em leituras superficiais, meramente o "depósito" de conteúdos reprimidos. O inconsciente freudiano é, antes de tudo, uma hipótese estrutural sobre o funcionamento do aparelho psíquico: a afirmação de que existe um sistema de processamento que opera segundo leis próprias, processo primário, princípio do prazer, condensação, deslocamento, distintas das leis do pensamento consciente e que exercem uma influência determinante sobre os pensamentos, afetos e comportamentos do sujeito. O inconsciente freudiano é, portanto, um inconsciente dinâmico: seus conteúdos não são passivos, mas exercem uma pressão ativa em direção à consciência, confrontada pelos mecanismos de defesa que os mantêm recalçados.

A psicologia cognitiva contemporânea desenvolveu independentemente um vasto corpus de pesquisa sobre o que designa como processamento implícito: formas de processamento de informação que influenciam o comportamento sem que o sujeito tenha consciência de que esse processamento está ocorrendo. As memórias implícitas, memória procedural, condicionamento clássico, priming, são exemplos bem estabelecidos: o sujeito age sob sua influência sem ser capaz de acessar conscientemente o conteúdo que orienta seu comportamento. Os vieses atencionais, cognitivos e interpretativos estudados pela psicologia social e clínica cognitiva constituem outro conjunto de processos implícitos: o sujeito ansioso, por exemplo,

dirige sua atenção preferencialmente a estímulos de ameaça sem que esse viés seja consciente ou voluntário.

A aproximação entre o inconsciente freudiano e o processamento implícito cognitivo foi sistematizada pelo psicólogo Seymour Epstein em sua Teoria do Processamento Cognitivo-Experiencial (CEST), que propõe dois sistemas de processamento paralelos: um sistema racional, analítico, lento, verbal, governado por regras lógicas, e um sistema experiencial, associativo, rápido, afetivo, holístico, que Epstein identificou funcionalmente com o inconsciente freudiano. Essa proposta antecipou o modelo de dois sistemas de Daniel Kahneman (Sistema 1 e Sistema 2), que se tornou amplamente conhecido fora do campo clínico. Para os propósitos deste livro, o que importa é que ambas as tradições, psicanalítica e cognitiva, reconhecem a existência de um nível de processamento que influencia decisivamente o funcionamento psicológico sem ser diretamente acessível à consciência ordinária.

A diferença crucial entre as abordagens reside na teoria de como esse processamento implícito se torna clinicamente relevante e modificável. Para a psicanálise, o caminho é a transferência: o material inconsciente se atualiza na relação com o analista e pode ser interpretado, elaborado e modificado a partir dessa atualização relacional. Para a TCC, o caminho é a identificação dos produtos acessíveis do processamento implícito, pensamentos automáticos, imagens espontâneas, reações emocionais, e sua reestruturação através de técnicas cognitivas e comportamentais. Os EAC oferecem um terceiro caminho: tornar temporariamente mais permeável a fronteira entre o implícito e o explícito, permitindo que conteúdos habitualmente inacessíveis se tornem disponíveis tanto à elaboração psicanalítica quanto à reestruturação cognitiva.

A pesquisa em neurociência afetiva, conduzida por Joseph LeDoux e Antonio Damasio, entre outros, oferece um substrato empírico para esse diálogo. LeDoux demonstrou a existência de uma "via baixa" do medo, uma rota tálamo-amígdala que processa ameaças e produz respostas fisiológicas de alarme antes que a informação chegue ao córtex e se torne consciente, e uma "via alta", tálamo-córtex-amígdala, que permite a avaliação cognitiva consciente da ameaça. Essa via baixa é o substrato neurológico do que a psicanálise designa como angústia de sinal automática: uma resposta de defesa que se ativa antes que o sujeito possa deliberar. Os EAC que reduzem a reatividade amigdalár, meditação, certos estados hipnóticos, experiências

somáticas reguladas, podem, portanto, aumentar a janela de tolerância para a elaboração clínica de conteúdos que, em estado ordinário, desencadeariam respostas de alarme incapacitantes.

2.2 Cognição, Crenças e Estruturas Psíquicas

O modelo cognitivo de Aaron Beck propõe uma hierarquia de estruturas cognitivas que organizam a experiência subjetiva: na superfície, os pensamentos automáticos, rápidos, involuntários, frequentemente implícitos, que acompanham as situações cotidianas; em um nível intermediário, as crenças intermediárias, regras, atitudes e pressupostos que organizam os pensamentos automáticos; e, no núcleo, as crenças nucleares, representações absolutas e globais sobre o self, os outros e o mundo que foram formadas nas experiências precoces e que constituem o núcleo esquemático da personalidade. Os esquemas cognitivos, estruturas relativamente estáveis de organização da experiência, são o correlato beckniano do que a psicanálise designa como complexos, organizações transferenciais ou configurações do self.

A convergência estrutural entre o modelo esquemático beckiano e os modelos de representação de objeto da psicologia do ego e da teoria das relações de objeto é notável. Para Bowlby, cuja teoria do apego constitui uma ponte entre a psicanálise e a psicologia cognitiva, os modelos operativos internos que a criança forma a partir das experiências com seus cuidadores são precisamente representações cognitivo-afetivas das relações de objeto: eles organizam a percepção das relações futuras e são atualizados nas relações de apego ao longo de toda a vida, incluindo a relação terapêutica. Os "esquemas precoces mal-adaptativos" de Jeffrey Young, uma extensão do modelo beckiano voltada para os traços de personalidade e os transtornos crônicos, correspondem funcionalmente ao que a psicanálise object-relacional designa como configurações relacionais internalizadas defensivamente fixadas.

A diferença entre os dois campos reside menos na estrutura teórica das representações do que na teoria de como elas se modificam. A TCC, em sua forma clássica, propõe que os esquemas se modificam através da identificação consciente, do questionamento socrático, dos experimentos comportamentais e da reestruturação cognitiva deliberada. A psicanálise propõe que as representações mais profundas, as

que correspondem às experiências pré-verbais e às organizações defensivas mais precoces, são resistentes à modificação puramente cognitiva e exigem uma elaboração através da relação transferencial, na qual as configurações relacionais antigas se atualizam e podem ser experienciadas e transformadas em um novo contexto relacional. Os EAC podem oferecer um terceiro caminho: ao mobilizar estados que contornam as defesas habituais e permitem o acesso a representações mais arcaicas, eles podem abrir janelas para intervenções que operem simultaneamente no nível cognitivo e no nível relacional-transferencial.

A noção de esquema em TCC e a noção de fantasia inconsciente em psicanálise, embora originadas em tradições radicalmente diferentes e carregadas de implicações teóricas distintas, compartilham uma característica clínica fundamental: ambas são estruturas relativamente estáveis de organização da experiência que se atualizam nas situações interpessoais e afetivas, mas que resistem à modificação por insight intelectual isolado. O trabalho clínico de ambas as tradições enfrenta, portanto, o mesmo desafio: como produzir mudança em estruturas que, por definição, se defendem da modificação. Os estados alterados de consciência, ao modificar temporariamente as condições de processamento que sustentam essas estruturas, podem constituir um aliado terapêutico poderoso nesse trabalho.

2.3 Pontes Teóricas: Convergências e Tensões Produtivas

A aproximação entre psicanálise e TCC não é nova, mas tem permanecido superficial na maior parte das tentativas de integração. As chamadas terapias de terceira onda da TCC, Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Comportamental Dialética (DBT), Terapia Baseada em Esquemas, incorporaram elementos que se aproximam da perspectiva psicanalítica: a atenção à relação terapêutica, o trabalho com processos relacionais implícitos, a validação emocional como intervenção central, a aceitação como alternativa à luta contra os conteúdos internos. Reciprocamente, correntes psicanalíticas como a psicologia do self de Kohut, a teoria do apego de Bowlby e a abordagem mentalização-baseada de Fonagy e Target incorporaram conceitos e pesquisas da psicologia cognitiva do desenvolvimento.

As tensões que permanecem entre os dois campos são, em parte, epistemológicas: a psicanálise sustenta que o inconsciente é irreduzível ao processamento cognitivo

implícito, que o desejo e o gozo constituem dimensões da subjetividade que a neurociência e a psicologia cognitiva não conseguem capturar em sua singularidade radical; a TCC sustenta que a verificação empírica é condição de validade clínica e que a metapsicologia freudiana, na ausência de confirmação experimental, constitui especulação filosófica com pretensão científica. Essas tensões são produtivas: elas mantêm cada campo atento aos seus próprios limites e às contribuições do outro.

O terreno dos estados alterados de consciência oferece uma zona de contato especialmente fértil porque desafia as certezas de ambos os campos. A psicanálise, com sua teoria do inconsciente simbólico e da transferência como motor da cura, enfrenta nos EAC fenômenos que resistem à simbolização verbal, estados somáticos, imagens hipnagógicas, experiências dissociativas, que exigem ampliação de seus recursos técnicos. A TCC, com seu foco nos processos cognitivos conscientes e semi-conscientes, enfrenta nos EAC a influência de processos que escapam ao modelo de identificação e reestruturação de crenças, exigindo a incorporação de abordagens que trabalhem diretamente com os estados corporais, imagéticos e relacionais que os EAC mobilizam. O diálogo entre os dois campos, mediado pela fenomenologia dos EAC, pode produzir um modelo clínico mais abrangente e mais fiel à complexidade da experiência humana.

"A consciência é a ponta do iceberg. O que cuida do sujeito está, em grande parte, nas profundezas que a clínica deve aprender a mergulhar." (Paráfrase de Sigmund Freud, 1915)

Capítulo 3

Sonhos: A Via Régia e a Cognição Onírica

3.1 A Interpretação dos Sonhos: Freud, Jung e a Neurociência

"A interpretação dos sonhos é a via régia para o conhecimento das atividades inconscientes da mente." Com essa afirmação, publicada em 1900, Freud inaugurou não apenas sua obra mais monumental, mas uma revolução na concepção do sono e

do sonhar que continua a produzir desdobramentos teóricos e clínicos mais de um século depois. Para Freud, o sonho é a realização disfarçada de um desejo reprimido: o conteúdo manifesto, o enredo onírico tal como o sonhador o recorda ao despertar, é o resultado de uma elaboração secundária que disfarça, por meio de condensação e deslocamento, o conteúdo latente, o desejo inconsciente que o sonho expressa. O trabalho analítico de interpretação dos sonhos consiste em reverter essa elaboração, acompanhando as associações livres do sonhador em direção ao desejo latente.

Carl Gustav Jung ofereceu uma perspectiva distinta, não menos sofisticada: para ele, o sonho não é necessariamente a realização disfarçada de um desejo reprimido, mas a expressão espontânea de uma sabedoria psíquica mais profunda que a do ego consciente. Os sonhos, em Jung, são compensatórios: eles complementam a unilateralidade da atitude consciente com conteúdos que o ego suprimiu ou ainda não integrou. A dimensão arquetípica dos sonhos, a presença de imagens e narrativas que transcendem a experiência pessoal do sonhador e ressoam com os grandes mitos e símbolos da humanidade, é, para Jung, evidência de que o inconsciente pessoal é apenas a camada mais superficial de uma psique mais profunda e coletiva. A imaginação ativa, técnica junguiana que estende o trabalho onírico ao estado de vigília, será examinada no Capítulo 8.

A neurociência do sono produziu, nas últimas três décadas, descobertas que dialogam de modo surpreendente com as hipóteses psicanalíticas. Os trabalhos de Mark Solms, psicanalista e neurocientista sul-africano que desenvolveu o campo da neuropsicoanálise, demonstraram que o sonho não é exclusivo do sono REM, como a teoria hobsoniana sustentava, mas pode ocorrer também em fases não-REM, estando associado à ativação do sistema dopaminérgico mesolímbico, o sistema do desejo e da busca, e não ao brainstem. Essa descoberta sustenta a hipótese freudiana de que o desejo é o motor do sonhar, enquanto refuta a localização do fenômeno proposta pela neurobiologia anti-psicanalítica.

Hobson e McCarley propuseram, em 1977, o modelo de ativação-síntese: o sonho seria resultado da ativação aleatória do córtex pelo brainstem durante o sono REM, e o conteúdo onírico seria uma síntese narrativa post hoc dessa ativação sem significado psicológico intrínseco. Embora esse modelo tenha tido enorme influência e tenha colocado a teoria freudiana na defensiva, pesquisas posteriores,

especialmente o trabalho de Solms sobre pacientes com lesões cerebrais seletivas, demonstraram que a cessação da capacidade de sonhar correlaciona-se com lesões nas vias dopaminérgicas e nas regiões límbicas, e não com danos ao brainstem, contrariando o modelo de ativação-síntese e reabilitando a hipótese da motivação inconsciente como central no processo onírico.

Para a clínica integrativa, o que importa é que o sonho constitui um estado alterado de consciência com propriedades clínicas únicas: nele, o filtro habitual da consciência ordinária se afrouxa, permitindo que conteúdos afetivos, relacionais e simbólicos se expressem em formas imagéticas e narrativas que o trabalho de vigília tende a suprimir. Tanto a psicanálise, pela interpretação das associações ao conteúdo manifesto, quanto a TCC, pela identificação das crenças nucleares que os sonhos repetitivos expressam, encontram no material onírico uma janela clínica privilegiada para os processos implícitos que organizam o sofrimento do paciente.

3.2 Processamento Cognitivo no Estado Onírico

A psicologia cognitiva da memória oferece um enquadramento complementar à psicanálise para compreender o que acontece no cérebro durante o sonho. A teoria de consolidação da memória dependente do sono propõe que o sono, especialmente o sono REM, desempenha um papel crucial na consolidação das memórias episódicas e na integração de novas informações nas redes de conhecimento pré-existentes. Durante o REM, o hipocampo "repete" os registros do dia e os transmite ao córtex para consolidação; nesse processo, as novas memórias são conectadas a memórias antigas semanticamente relacionadas, produzindo associações que frequentemente emergem como conteúdo onírico.

O neurocientista Matthew Walker documentou extensamente como o sono REM funciona como uma forma de "terapia noturna": a neurobioquímica do sonho, especialmente a redução dos níveis de noradrenalina, o neurotransmissor associado ao estresse, cria condições únicas para que memórias emocionais intensas sejam reprocessadas com a carga afetiva reduzida. O sonhador revive as memórias perturbadoras em um estado neurobiológico que atenua o terror original, permitindo uma integração gradual do material traumático. Essa função terapêutica do sono REM pode estar comprometida em pacientes com TEPT, que frequentemente apresentam

pesadelos repetitivos e interrupções do sono REM, fenômeno que a neurobiologia explica pela hiperatividade noradrenérgica característica do TEPT, que contamina quimicamente o processamento onírico.

O conceito cognitivo de "processamento associativo" durante o REM é estruturalmente análogo ao que Freud designou como condensação e deslocamento: o trabalho onírico conecta elementos distantes pela via da semelhança emocional ou simbólica, produzindo imagens que condensam múltiplos significados e deslocam a ênfase de um elemento para outro adjacente na cadeia associativa. A diferença teórica reside na teoria da motivação: para Freud, essa associatividade é orientada pelo desejo inconsciente; para a psicologia cognitiva, ela é o resultado de um processo de integração de memória essencialmente funcional, sem motivação inconsciente intrínseca. Para a clínica, essa diferença importa menos do que a convergência prática: ambas as perspectivas utilizam o material onírico como acesso a processos que o funcionamento ordinário da vigília obscurece.

O sonho lúcido, estado no qual o sonhador toma consciência de que está sonhando enquanto o sonho continua, constitui um EAC de interesse crescente tanto para a neurociência quanto para a clínica. Estudos de EEG demonstram que o sonho lúcido é caracterizado por aumento de ondas gama de alta frequência no córtex pré-frontal, região associada à metacognição e à consciência reflexiva, durante o sono REM. Clinicamente, o treino de sonhos lúcidos tem sido explorado para o tratamento de pesadelos crônicos: a capacidade de reconhecer, dentro do sonho, que se trata de um sonho e de modificar ativamente seu enredo, técnica denominada ensaio de imagens, constitui uma intervenção cognitivo-comportamental dentro de um EAC, demonstrando a possibilidade de integração entre as duas abordagens no terreno onírico.

3.3 Sonhos na Clínica Integrada: Psicanálise e TCC

Na prática clínica psicanalítica clássica, os sonhos são trabalhados através das associações livres: o analista solicita ao paciente que fale livremente, sem censura, sobre os elementos do sonho, seguindo a cadeia associativa que emerge espontaneamente. A interpretação não é uma decifração unilateral pelo analista, mas uma construção compartilhada que emerge do encontro entre as associações do

paciente e a atenção flutuante do analista, que escuta não apenas o conteúdo semântico, mas os silêncios, as ênfases, os lapsos e as resistências que emergem no trabalho com o material onírico. A transferência atravessa o trabalho com os sonhos: frequentemente, o analista aparece no sonho, ou os afetos mobilizados pelo sonho se tornam o material da sessão.

A TCC incorporou o trabalho com sonhos de maneira diferente, especialmente nas abordagens voltadas para o tratamento do TEPT e dos transtornos de ansiedade. A técnica de Ensaio de Imagens (Image Rehearsal Therapy, IRT), desenvolvida por Barry Krakow, propõe que o paciente, em estado de vigília, escolha um pesadelo recorrente e o reescreva conscientemente, alterando o enredo em qualquer elemento que deseje, e então ensaie mentalmente, repetidamente, a versão reescrita. Essa intervenção demonstrou eficácia robusta na redução da frequência e intensidade dos pesadelos em pacientes com TEPT, operando, no vocabulário psicanalítico, como uma forma de domínio ativo do material traumático que, no pesadelo, se repete compulsivamente.

A integração clínica mais fértil entre as duas abordagens no trabalho com sonhos parece residir em uma sequência que começa com a exploração associativa psicanalítica, para identificar os afetos, as figuras relacionais e os conflitos que o sonho condensa, e avança para intervenções cognitivas que auxiliem o paciente a identificar as crenças nucleares que o sonho recorrente expressa e a construir respostas alternativas. Para o paciente com pesadelos de perseguição, por exemplo, a exploração psicanalítica pode revelar que o perseguidor é uma figura paterna internalizada; a intervenção cognitiva pode então trabalhar as crenças sobre o perigo, a impotência e a merecimento de punição que essa figura representa; e a técnica de ensaio de imagens pode oferecer uma via de modificação ativa do padrão onírico.

"O sonho é o guarda do sono, mas é também o guardião do inconsciente, e nele, a fronteira entre o passado e o presente se dissolve em imagens que merecem toda a atenção do clínico." (Paráfrase de Freud, 1900)

Capítulo 4

Hipnose: Transe, Sugestão e o Campo Psíquico

4.1 História e Fundamentos da Hipnose Clínica

A hipnose é o ancestral direto da psicanálise. Quando Freud viajou a Paris em 1885 para estudar com Jean-Martin Charcot na Salpêtrière, ele assistiu às demonstrações hipnóticas do mestre e retornou a Viena convicto de que a hipnose, capaz de produzir e remover sintomas histéricos por sugestão, demonstrava a existência de processos psíquicos inconscientes com poder causal sobre o corpo. Posteriormente, Freud e Breuer utilizaram a hipnose catártica, técnica que induzia os pacientes ao transe para acessar as memórias traumáticas que, sob sugestão pós-hipnótica ou repressão voluntária, eram inacessíveis ao estado de vigília, antes de abandoná-la em favor da associação livre e da análise da resistência. O abandono da hipnose por Freud foi, portanto, uma decisão clínica e teórica fundadora da psicanálise, mas não uma refutação dos fenômenos hipnóticos.

A hipnose é definida pela American Psychological Association como um procedimento no qual um profissional de saúde sugere que o paciente experiencie mudanças em sensações, percepções, pensamentos ou comportamentos. O estado hipnótico é caracterizado por aumento da sugestibilidade, foco atencional estreitado, redução da consciência periférica e aumento da capacidade de resposta às sugestões do hipnotizador. Neurológicamente, esse estado correlaciona-se com aumento da atividade do cíngulo anterior, região associada ao controle atencional e à monitorização do conflito, e redução da atividade do córtex pré-frontal dorsolateral, região associada ao pensamento crítico e à avaliação de realidade. Essa combinação produz, funcionalmente, uma suspensão temporária das defesas cognitivas habituais que permite maior responsividade às sugestões terapêuticas.

A teoria das "duas teorias" da hipnose opõe a teoria dos estados, que sustenta que a hipnose induz um estado especial de consciência com propriedades qualitativamente distintas do estado ordinário, à teoria sócio-cognitiva, que sustenta que os fenômenos hipnóticos são o resultado de expectativas, motivação e conformidade social, sem que qualquer estado especial seja necessário. A evidência contemporânea sugere que a realidade é mais complexa do que qualquer polo extremo: há diferenças neurológicas mensuráveis entre sujeitos altamente hipnotizáveis em transe e em vigília; ao mesmo

tempo, variáveis sócio-cognitivas como expectativa, motivação e qualidade da aliança terapêutica modulam significativamente a responsividade hipnótica e os resultados clínicos.

A hipnotizabilidade, traço relativamente estável que descreve a capacidade de resposta aos procedimentos hipnóticos, apresenta variação individual considerável: aproximadamente 10 a 15% da população são altamente hipnotizáveis, 20 a 30% são pouco responsivos, e a maioria situa-se em posições intermediárias. A hipnotizabilidade correlaciona-se com traços psicológicos como capacidade de absorção, imaginação vívida e facilidade de dissociação, o que sugere uma relação com a propensão geral para EAC. Psicologicamente, sujeitos altamente hipnotizáveis tendem a apresentar maior fluidez entre os estados de consciência, o que constitui simultaneamente um recurso terapêutico e uma vulnerabilidade para certos tipos de sofrimento psíquico.

As aplicações clínicas da hipnose com suporte empírico incluem: manejo da dor aguda e crônica, com evidências de qualidade moderada a alta; tratamento de fobias simples e transtorno de ansiedade generalizada; manejo de sintomas de síndrome do intestino irritável e outras condições psicossomáticas; cessação do tabagismo; preparação para procedimentos médicos em adultos e crianças; e, mais recentemente, como técnica adjuvante no tratamento do TEPT. A hipnose é contraindicada em estados psicóticos agudos, pela possibilidade de intensificação dos fenômenos dissociativos; e deve ser utilizada com cuidado em sujeitos com histórico de trauma grave, pela possibilidade de reativação de memórias traumáticas sem a contenção relacional adequada.

4.2 Hipnose e Psicanálise: Da Catarse ao Inconsciente

A relação entre hipnose e psicanálise é uma relação de origem e ruptura, o filho que cresce negando o pai sem jamais se desvencilhar de sua influência. Freud abandonou a hipnose por razões que ele mesmo enumerou: a impossibilidade de obter hipnose profunda em todos os pacientes; a constatação de que os efeitos terapêuticos da catarse hipnótica eram frequentemente temporários; e, principalmente, a descoberta de que a resistência à rememoração não era um obstáculo técnico que a hipnose podia contornar, mas uma peça central do funcionamento psíquico do sujeito, a

resistência revelava a estrutura da defesa, que se tornou o objeto central da investigação psicanalítica.

O filósofo e psicanalista Jean Laplanche propôs uma leitura da hipnose que reinsere o fenômeno no campo psicanalítico pela via da sedução: a hipnose seria uma forma de reativação da situação originária de sedução, a relação assimétrica entre o adulto que transmite mensagens com conteúdo sexual inconsciente e a criança que as recebe sem poder processar seu sentido. Na hipnose, o hipnotizador ocupa a posição do adulto sedutor e o sujeito hipnotizado regride a uma posição de receptividade passiva análoga à da criança. Essa leitura, embora especulativa, abre uma perspectiva clínica interessante: ela explica por que a hipnose pode reativar conteúdos traumáticos precoces com intensidade inesperada, e por que a qualidade da relação com o hipnotizador é tão determinante para os resultados.

Ferenczi, o discípulo de Freud que mais radicalmente explorou as formas relacionais do tratamento, nunca abandonou o interesse pela hipnose e pela sugestão. Sua técnica ativa, desenvolvida nos anos 1920, e sua posterior terapia de relaxamento aproximavam-se de estados hipnóticos ao propor que o analista adotasse uma postura de maior atividade e empatia, criando condições para que o paciente regresse a estados primitivos nos quais as defesas se afrouxavam e o trauma primário podia ser revivido e elaborado. Sua contribuição antecipa o que a clínica contemporânea do trauma reconhece como essencial: a necessidade de uma janela de tolerância regulada na qual o material traumático pode emergir sem retraumatizar.

Para o clínico contemporâneo, a hipnose pode ser integrada ao trabalho psicanalítico de maneiras que respeitam os fundamentos da escuta analítica: não como substituição da associação livre, mas como amplificação temporária da disponibilidade do paciente para o trabalho com o material pré-verbal e somático que a associação livre, por sua natureza verbal, não alcança diretamente. O estado hipnótico pode facilitar o acesso a memórias afetivas implícitas, reduzir a intensidade das defesas que bloqueiam o contato com o material traumático, e criar condições para intervenções que operem diretamente no nível somático e imagético do sofrimento.

4.3 Hipnose na TCC: Aplicações Contemporâneas e Evidências

A TCC incorporou a hipnose como técnica adjuvante em uma modalidade denominada Terapia Cognitivo-Hipnótica (CHT), que integra os procedimentos de hipnose com as técnicas cognitivas e comportamentais padrão. A lógica dessa integração é direta: o estado hipnótico aumenta a responsividade às sugestões terapêuticas e facilita o acesso a representações cognitivas e emocionais que, em estado de vigília, são protegidas pelas defesas habituais. Uma meta-análise conduzida por Kirsch e colaboradores demonstrou que a adição de hipnose a procedimentos cognitivos e comportamentais aumenta substancialmente a eficácia desses procedimentos, o que Kirsch caracterizou como "hipnose como potencializador cognitivo".

As técnicas específicas da CHT incluem: o uso do estado hipnótico para facilitar a identificação dos pensamentos automáticos e imagens espontâneas associadas às situações-problema; a sugestão hipnótica de estados alternativos, como a experiência de calma, segurança e competência, que contrabalançam os esquemas negativos habituais; a reestruturação cognitiva em estado hipnótico, na qual o paciente é guiado a reprocessar memórias perturbadoras com o filtro cognitivo reduzido pelo transe; e o uso de sugestões pós-hipnóticas para reforçar as novas crenças e comportamentos fora do contexto terapêutico. A ênfase na modificação de crenças através de sugestão hipnótica é consistente com o modelo de Albert Bandura sobre expectativas de autoeficácia: a hipnose pode ser um veículo especialmente eficaz para modificar as expectativas de competência que os esquemas negativos comprometem.

A integração entre hipnose e TCC no tratamento do TEPT merece atenção especial. O tratamento hipnótico do TEPT segue um protocolo em fases que começa pelo estabelecimento de recursos, imagens de segurança e competência instaladas em estado hipnótico, avança para o processamento controlado das memórias traumáticas, com o paciente acessando o material perturbador a partir de uma distância de observação regulada, e conclui com a integração das memórias em uma narrativa autobiográfica coerente. Esse protocolo estrutural partilha com as intervenções psicanalíticas para o trauma a ênfase na regulação da intensidade da reexperiência e na necessidade de um continente relacional estável como condição para o trabalho com o material traumático.

"A hipnose não é magia; é a demonstração de que a mente pode transformar o corpo quando as defesas habituais se afrouxam o suficiente para que a sugestão encontre receptividade." (Paráfrase de Milton Erickson, 1980)

Capítulo 5

Meditação e Atenção: Do Mindfulness à Atenção Flutuante

5.1 Neurociência da Meditação e Regulação do Afeto

As pesquisas em neurociência cognitiva têm documentado extensamente os efeitos da prática meditativa regular sobre a arquitetura funcional do cérebro. Estudos longitudinais conduzidos por Richard Davidson e colaboradores na Universidade de Wisconsin demonstraram que praticantes experientes de meditação de bondade amorosa apresentam padrões de ativação cerebral significativamente diferentes dos não-praticantes em repouso e em resposta a estímulos afetivos: maior ativação do córtex pré-frontal esquerdo, associado à afetividade positiva e à motivação de aproximação, e menor reatividade da amígdala a estímulos negativos. Essas diferenças, inicialmente observadas em praticantes de longa data, foram posteriormente demonstradas como produzíveis em praticantes relativamente novatos após oito semanas de treinamento em mindfulness.

A rede de modo padrão (default mode network, DMN), conjunto de regiões cerebrais ativas durante o repouso e a ruminação, incluindo o córtex pré-frontal medial, o córtex cingulado posterior e o hipocampo, desempenha um papel central na compreensão neurológica dos EAC meditativo. A atividade excessiva da DMN está associada à ruminação depressiva, à ansiedade antecipatória e à divagação mental; meditadores experientes apresentam redução significativa da atividade da DMN durante a prática e maior capacidade de controlar sua ativação em situações cotidianas. O mecanismo proposto é que a meditação fortalece as conexões entre o córtex pré-frontal lateral, associado ao controle cognitivo, e as regiões da DMN, aumentando a capacidade de observar os pensamentos ruminativos sem ser varrido por eles.

A regulação do afeto através da meditação opera por múltiplos mecanismos que merecem distinção clínica. A meditação de atenção focada, concentração sustentada

em um objeto único, como a respiração, fortalece a atenção e o controle inibitório, reduzindo a distratibilidade e a reatividade impulsiva. A meditação de monitoramento aberto, observação equânime de todos os fenômenos mentais que emergem sem fixar a atenção em nenhum, desenvolve a capacidade de metacognição: observar os próprios processos mentais com uma distância que não é desapego, mas presença não-reativa. A meditação de bondade amorosa, cultivo deliberado de sentimentos de benevolência em direção a si mesmo e aos outros, ativa circuitos de empatia e motivação pro-social que contrabalançam os padrões de autocrítica e hostilidade que muitos transtornos psicológicos envolvem.

Para a clínica integrativa, a relevância dessas descobertas é dupla. Do ponto de vista da TCC, elas oferecem um suporte neurobiológico para a prática da meditação como intervenção de regulação emocional e de desfusão cognitiva, a capacidade de observar os pensamentos como eventos mentais em vez de verdades absolutas, que constitui um dos eixos centrais das terapias de terceira onda. Do ponto de vista psicanalítico, elas sugerem que a meditação pode modificar a sensibilidade às experiências de apego e perda, à reatividade transferencial e à tolerância ao afeto negativo, preparando o terreno para um trabalho analítico mais profundo em pacientes que, em seu estado ordinário, apresentam janela de tolerância excessivamente estreita para o material inconsciente.

Um aspecto neurológico particularmente relevante para a clínica dos EAC é a relação entre meditação e plasticidade sináptica. Sara Lazar e colaboradores documentaram que praticantes de meditação de longa data apresentam maior espessura cortical no córtex pré-frontal e na ínsula anterior, regiões associadas, respectivamente, ao controle atencional e à introspecção somática, em comparação com não-praticantes. Embora a relação de causalidade exija prudência interpretativa, esses dados sugerem que a prática meditativa regular produz modificações estruturais que podem sustentar de forma durável as mudanças psicológicas alcançadas na clínica.

5.2 Atenção Flutuante em Freud e Mindfulness: Um Paralelo

Em suas "Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise" (1912), Freud prescreveu ao analista uma regra técnica fundamental: a atenção igualmente flutuante, que consiste em suspender intencionalmente qualquer direção particular da

atenção, não selecionar deliberadamente nenhum elemento do discurso do paciente e manter-se em uma postura de receptividade uniforme para tudo que emerge. Essa prescrição é, estruturalmente, a instrução para que o analista induza em si mesmo um estado alterado de atenção, um estado que Bion nomeou como "sem memória e sem desejo", no qual as categorias habituais de relevância e de seleção são temporariamente suspensas.

O paralelo com o mindfulness é imediato e fértil, mas exige precisão para não se tornar uma identificação apressada. O mindfulness, nas suas formulações tradicionais budistas e nas suas versões clínicas contemporâneas, propõe atenção intencional, no momento presente, sem julgamento. A atenção flutuante freudiana propõe receptividade sem seleção ao discurso do paciente, que inclui o passado, o presente e o futuro, o verbal e o não-verbal, o consciente e o inconsciente, o conteúdo e a forma. Ambos cultivam um estado de observação não-reativa, mas o mindfulness dirige essa observação ao momento presente da própria experiência do meditador, enquanto a atenção flutuante dirige essa observação à fala do outro, com a própria experiência do analista servindo como instrumento de recepção e não como objeto de investigação.

A distinção se aprofunda quando se considera o papel do inconsciente. Na atenção flutuante analítica, o analista suspende a consciência seletiva precisamente para que o seu próprio inconsciente possa funcionar como receptor do inconsciente do paciente, o que Freud descreveu como o analista que escuta com seu próprio inconsciente. Essa dimensão transferencial e contratransferencial é ausente do mindfulness, que não propõe a relação com outro sujeito como condição de sua prática. A atenção flutuante é, portanto, um estado alterado relacional, um EAC que só se produz na presença do outro e em função da escuta do outro. Essa distinção tem implicações importantes para a clínica: o mindfulness pode ser praticado pelo analista como preparação para a sessão, cultivando a disponibilidade receptiva; mas durante a sessão, a qualidade da atenção analítica é constituída pelo vínculo transferencial de uma maneira que o mindfulness solitário não captura.

Bion aprofundou o conceito freudiano com a noção de rêverie: a capacidade do analista, e, originalmente, da mãe, de receber as comunicações emocionais brutas do paciente (os elementos beta), metabolizá-las através de sua própria capacidade de

pensar (a função alfa), e devolvê-las em formas que o paciente possa utilizar para pensar e sentir. Essa função de contenção e transformação, central no trabalho com pacientes mais regredidos, é um estado alterado do analista que exige precisamente a suspensão do julgamento, da categorização imediata e da reatividade defensiva que o mindfulness e a atenção flutuante cultivam, cada um a sua maneira.

5.3 Meditação na Clínica Integrada: Alcances e Limites

A incorporação de práticas meditativas na clínica psicológica integrada, combinando elementos da TCC e da psicanálise, deve ser guiada por uma avaliação cuidadosa das indicações e contraindicações clínicas. Para a maioria dos pacientes com transtornos de ansiedade, depressão leve a moderada, dificuldades de regulação emocional e estresse relacionado ao trabalho, as práticas meditativas oferecem uma via de acesso ao próprio funcionamento mental que complementa o trabalho verbal e que os pacientes podem praticar de forma autônoma entre as sessões, o que a TCC designa como tarefa de casa e que a psicanálise compreende como uma forma de internalização do trabalho analítico.

O risco clínico mais significativo da meditação em contextos de saúde mental é o que Willoughby Britton denominou "efeitos adversos da meditação": estados de despersonalização, desrealização, ou emergência de material traumático que a prática meditativa pode mobilizar em sujeitos com histórico de trauma grave ou com estrutura psíquica mais vulnerável. Estudos conduzidos por Britton e colaboradores documentaram que uma proporção significativa de praticantes de meditação intensiva, especialmente em retiros de silêncio prolongados, experimenta estados de perturbação psicológica que, em alguns casos, exigem intervenção clínica. O material que emerge nesses estados é, com frequência, precisamente o tipo de conteúdo dissociado ou recalcado que a clínica integrada deve estar equipada para receber.

Para sujeitos com estrutura psicótica, a meditação pode produzir efeitos paradoxais: ao afrouxar os mecanismos habituais de organização da experiência, ela pode intensificar a fragmentação identitária e a permeabilidade entre o interno e o externo que já constituem o sofrimento central na psicose. O analista ou terapeuta que propõe práticas meditativas a pacientes com histórico psicótico deve fazê-lo com extrema cautela, preferindo formas breves e estruturadas, como o escaneamento corporal

guiado, às práticas de monitoramento aberto que implicam uma dissolução mais intensa das fronteiras habituais da consciência. A psicanálise, com sua atenção à estrutura clínica do sujeito, oferece aqui um recurso diagnóstico insubstituível para orientar a prescrição ou a contraindicação de práticas meditativas.

*"A meditação não é o esvaziamento da mente, mas sua habitação plena, e por isso pode ser tanto cura quanto desafio, dependendo de quem habita."
(Paráfrase de Jon Kabat-Zinn, 1990)*

Capítulo 6

Dissociação: Defesa Psíquica, Trauma e Processamento Fragmentado

6.1 Dissociação: Conceito, Fenomenologia e Estrutura Clínica

A dissociação é um dos conceitos mais complexos e clinicamente relevantes no cruzamento entre psicanálise, TCC e a fenomenologia dos estados alterados de consciência. Em sua acepção mais ampla, a dissociação designa uma desintegração ou compartimentalização dos processos psíquicos habitualmente unificados: memória, identidade, percepção e consciência deixam de funcionar de modo integrado, produzindo experiências de estranhamento, automatismo, lacuna mnêmica ou fragmentação identitária. O espectro dissociativo vai desde fenômenos normais e ubíquos, como o automatismo de dirigir um trajeto familiar sem consciência do percurso, até condições clínicas graves como o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI).

Pierre Janet, contemporâneo e rival de Freud, foi o primeiro teórico sistemático da dissociação. Para Janet, a dissociação era o resultado de uma "fraqueza psicológica", insuficiência da função de síntese que organiza as experiências em uma narrativa autobiográfica coerente, que permitia que grupos de ideias, afetos e sensações se separassem do fluxo principal da consciência e passassem a existir de forma autônoma, como "idéés fixes subconscientes". Essa concepção antecipou o que a

clínica do trauma contemporânea designa como "partes dissociadas da personalidade", configurações identitárias parciais que encapsulam experiências traumáticas com seus afetos e percepções correspondentes.

Freud propôs um modelo alternativo: o recalque, não a dissociação, seria o mecanismo defensivo central da neurose. Nele, as representações incompatíveis com o ego não se separam horizontalmente em compartimentos paralelos, mas são expulsas verticalmente para o inconsciente, mantidas afastadas da consciência pela força da resistência. A distinção entre recalque e dissociação, entre um mecanismo que apaga mas mantém o traço inconsciente ativo e um mecanismo que fragmenta sem necessariamente apagar, tem implicações clínicas importantes: o material recalcado tende a retornar através dos sintomas neuróticos; o material dissociado tende a emergir em estados alterados, em fragmentos sensoriais não-verbais ou em irrupções intrusivas típicas do TEPT.

A Teoria Estrutural da Dissociação (TSD), proposta por Van der Hart, Nijenhuis e Steele, oferece o modelo mais desenvolvido para a compreensão clínica dos estados dissociativos em contextos de trauma. A TSD propõe que o trauma produz uma divisão da personalidade em uma parte da personalidade aparentemente normal (ANP), que funciona nas demandas cotidianas, e uma ou mais partes emocionais da personalidade (EP), que permanecem fixadas na experiência traumática e tendem a se reativar quando estímulos relacionados ao trauma são encontrados. Essa divisão é compreendida não como uma patologia exótica, mas como um espectro: o TEPT simples envolve uma ANP e uma EP; as formas mais complexas de trauma crônico envolvem múltiplas EPs com diferentes funções defensivas.

Os estados dissociativos constituem, por definição, EAC: são estados nos quais a organização habitual da consciência se fragmenta, produzindo experiências qualitativas distintas do funcionamento ordinário. Despersonalização, sensação de ser um observador externo de si mesmo, e desrealização, sensação de que o ambiente é irreal, onírico ou distante, são os EAC dissociativos mais comuns na população geral e são significativamente mais prevalentes em pacientes com transtornos de ansiedade, depressão, TEPT e transtornos de personalidade do que na população não-clínica. A abordagem clínica desses estados exige integrar a compreensão

psicanalítica dos mecanismos defensivos com o protocolo terapêutico estruturado que a TCC para o trauma oferece.

6.2 Trauma, Memória Dissociada e o Sujeito Dividido

Bessel van der Kolk, um dos pesquisadores mais influentes da neurobiologia do trauma, sintetizou décadas de pesquisa na afirmação que se tornou o título de sua obra mais conhecida: "o corpo guarda o placar". O trauma, quando não elaborado, não se armazena no aparelho psíquico como uma memória narrativa, localizada no passado, integrada à autobiografia, acessível ao pensamento verbal, mas como um conjunto de fragmentos sensoriais, emocionais e motores que persistem no presente sem marcação temporal: imagens intrusivas, sensações corporais de ameaça, respostas de alarme automáticas, impulsos de fuga ou congelamento. Essa fenomenologia do trauma não elaborado é, neurobiologicamente, o resultado da fragmentação do processamento hipocampal, que normalmente contextualiza as memórias no tempo e no espaço, sob condições de estresse extremo.

A psicanálise compreende esse fenômeno como o retorno do recalcado através do corpo: o trauma que não pode ser simbolizado e narrado retorna como sintoma conversivo, como ataque de pânico, como automatismo comportamental, como repetição compulsiva de padrões relacionais destrutivos. Lacan radicaliza essa compreensão ao propor que o trauma é, por definição, o que resiste à simbolização, aquilo que o sujeito encontrou no real, antes de qualquer mediação simbólica, e que por isso mesmo não pode ser narrado, apenas repetido. O trabalho clínico com o trauma é, lacanianamente, o trabalho de criar, retroativamente, as condições de simbolização para o que ocorreu antes e além das palavras.

A TCC para o trauma, especialmente nas suas versões mais recentes, como a Terapia de Processamento Cognitivo (CPT) e a Terapia de Exposição Prolongada (EP), opera de modo complementar: a CPT identifica as crenças distorcidas que o trauma gerou sobre o self, o mundo e os outros, e trabalha sua reestruturação cognitiva; a EP guia o paciente através de uma reexperiência controlada e progressiva do material traumático, reduzindo a intensidade da resposta de alarme através da habituação e do processamento emocional. Ambas as intervenções visam, em última análise, o mesmo objetivo psicanalítico: transformar o trauma em memória, dotá-lo de

localização temporal, contextualização narrativa e distância afetiva suficiente para que o sujeito possa relacionar-se com o passado como passado, e não como presente ameaçador eterno.

Os EAC desempenham um papel ambíguo no trabalho com o trauma dissociado: podem facilitar o acesso ao material dissociado, como no caso da hipnose ou das técnicas somáticas que trabalham diretamente com os fragmentos corporais do trauma, mas também podem desencadear reativações traumáticas intrusivas se utilizados sem a contenção e a regulação adequadas. A janela de tolerância, conceito proposto por Dan Siegel para designar a zona de ativação ótima na qual o processamento emocional é possível sem desregulação, é o parâmetro clínico central: qualquer intervenção que utilize EAC no trabalho com o trauma deve ser cuidadosamente calibrada para manter o paciente dentro dessa janela.

6.3 Abordagens Integradas para o Tratamento da Dissociação

O tratamento dos transtornos dissociativos exige, por definição, uma abordagem que integre diferentes níveis de intervenção: a relação terapêutica como contendor das oscilações identitárias; o trabalho com as crenças e os esquemas cognitivos que sustentam a divisão dissociativa; e a atenção às dimensões somáticas e relacionais do trauma que a abordagem verbal isolada não alcança. É precisamente nessa tríplice exigência que a clínica integrada, articulando recursos psicanalíticos, cognitivo-comportamentais e de trabalho com os EAC, demonstra sua vantagem sobre as abordagens unimodais.

A fase inicial do tratamento dos transtornos dissociativos, denominada fase de estabilização na maioria dos protocolos contemporâneos, prioriza o estabelecimento de segurança e regulação antes de qualquer trabalho direto com o material traumático. Técnicas de grounding, que mobilizam a percepção sensorial do ambiente presente para interromper estados dissociativos, e de ancoragem no momento presente são recursos da TCC que demonstraram eficácia nessa fase. O trabalho psicanalítico nesse período foca na construção da aliança terapêutica e na contenção transferencial, a criação de um espaço relacional no qual as diferentes partes dissociadas possam emergir sem ameaçar a integridade do sujeito.

A integração das partes dissociadas, objetivo final do tratamento, é um trabalho que combina elementos psicanalíticos e cognitivos: a elaboração dos afetos encapsulados nas partes emocionais exige a presença relacional e a interpretação transferencial típicas da psicanálise; a construção de uma narrativa coerente que integre as experiências traumáticas na autobiografia do sujeito é um trabalho cognitivo de reestruturação da memória autobiográfica. Os EAC podem ser aliados nessa fase: a hipnose terapêutica pode facilitar o diálogo entre as partes dissociadas; técnicas de imaginação dirigida podem criar espaços internos de segurança nos quais as partes traumatizadas possam ser abordadas com cuidado.

"O trauma não é o que aconteceu com o sujeito, mas o que permaneceu no sujeito sem conseguir acontecer, sem conseguir se inscrever, se narrar, se transformar em passado." (Paráfrase de Bessel van der Kolk, 2014)

Capítulo 7

Estados Liminares: Fronteiras, Hipnagogia e Zonas de Passagem

7.1 Hipnagogia, Hipnopompia e a Fronteira do Sono

Os estados liminares são, por definição, estados de fronteira: condições psicológicas que ocorrem nas transições entre estados de consciência e que possuem propriedades distintas de qualquer um dos estados que conectam. O mais universalmente experienciado é o estado hipnagógico, o período de transição entre a vigília e o sono, caracterizado pelo surgimento espontâneo de imagens, vozes, sensações e narrativas que possuem a vivacidade dos sonhos, mas ainda são parcialmente observáveis pela consciência de vigília. O estado hipnopômico, a transição inversa, do sono para a vigília, possui características semelhantes, mas frequentemente inclui a persistência de paralisias de sono e alucinações pré-acordar que podem ser extraordinariamente perturbadoras para os não-informados.

A fenomenologia hipnagógica é notavelmente consistente entre culturas e indivíduos: imagens geométricas (fosfenos), rostos de estranhos, fragmentos de cenas, vozes falando o nome do sujeito ou pronunciando frases incompreensíveis, sensações de queda ou flutuação. Neurobiologicamente, o estado hipnagógico corresponde à transição das ondas alfa de vigília relaxada para as ondas teta do sono superficial, acompanhada de ativação pontual de regiões visuais e auditivas sem a inibição motora característica do REM, o que explica por que as alucinações hipnagógicas são frequentemente percebidas como externas ao sujeito, ao contrário dos sonhos, que são reconhecidos como internos mesmo durante o sonho.

Do ponto de vista psicanalítico, os estados hipnagógicos constituem uma janela para os processos primários que a vigília mantém em latência: as imagens hipnagógicas frequentemente expressam, de forma condensada e deslocada, preocupações afetivas e conflitos relacionais do dia, análogos ao conteúdo manifesto dos sonhos, mas mais próximos da superfície da consciência e, portanto, mais facilmente acessíveis à reflexão e à interpretação. Herbert Silberer, discípulo de Freud, propôs que os fenômenos hipnagógicos constituem uma "autossimbolização" do estado mental do sujeito naquele momento: a mente adormecente representa, em imagem, o processo cognitivo que estava tentando sustentar antes de sucumbir ao sono.

Para a clínica, os estados hipnagógicos e hipnopômnicos possuem relevância diagnóstica e terapêutica. A maior prevalência de estados hipnagógicos perturbadores em pacientes com TEPT, ansiedade e depressão sugere que a transição entre vigília e sono é especialmente vulnerável à irrupção de material não-elaborado. A técnica de utilização deliberada do estado hipnagógico como via de acesso a conteúdos inconscientes, praticada por artistas como Salvador Dalí e cientistas como Thomas Edison, que descreviam adormecer em cadeira com objeto na mão para acordar no momento da queda e capturar as imagens hipnagógicas, constitui uma forma empírica de trabalho com os EAC liminares que a clínica pode sistematizar.

A paralisia de sono, fenômeno liminar no qual o sujeito encontra-se na transição do sono para a vigília em estado de consciência mas com imobilidade motora e frequentemente com alucinações vívidas de presença ameaçadora, exemplifica o potencial perturbador dos estados liminares e a necessidade de um enquadre clínico informado para acolhê-los. A psicoeducação sobre a neurobiologia do fenômeno, que

consiste simplesmente na persistência da atonia muscular do sono REM na consciência de vigília, sem qualquer agente externo, é a intervenção cognitiva mais eficaz; mas o conteúdo específico das alucinações de paralisia de sono frequentemente reflete material traumático ou conflitual que merece exploração psicanalítica.

7.2 Estados Liminares nas Tradições Contemplativas e na Clínica

As grandes tradições contemplativas reconheceram e sistematizaram os estados liminares muito antes de a ciência desenvolvesse os instrumentos para estudá-los. O bardo, na tradição budista tibetana, especialmente no Bardo Thodol ou Livro dos Mortos Tibetano, é a condição intermediária entre morte e renascimento, caracterizada por uma sequência de experiências que o praticante treinado pode reconhecer e navegar conscientemente. Do ponto de vista da psicologia profunda, especialmente na leitura de Jung e de Timothy Leary, o bardo é uma metáfora para os estados liminares que os EAC produzem: a dissolução temporária da identidade habitual e o encontro com conteúdos psíquicos de intensidade extraordinária que, sem preparação, produzem terror e confusão, mas com o suporte adequado, podem constituir experiências de profunda transformação.

O conceito de liminaridade foi introduzido na antropologia por Arnold van Gennep e desenvolvido por Victor Turner para designar a fase intermediária nos ritos de passagem: o período em que o iniciando não é mais o que era e ainda não é o que será, suspenso entre identidades, à margem das estruturas sociais habituais, em um estado de vulnerabilidade e de potencial transformador. As experiências liminares são, nas culturas tradicionais, necessariamente coletivas e ritualizadas: a estrutura do ritual oferece a contenção necessária para que a desestruturação identitária temporária não produza colapso, mas transformação. A clínica contemporânea pode aprender com essa sabedoria: os EAC liminares, hipnose profunda, estados meditativos intensos, experiências psicodélicas terapêuticas, exigem um enquadre ritual equivalente, no qual a relação terapêutica funciona como o continente que a comunidade oferece ao iniciando.

Na clínica psicanalítica, os estados liminares emergem espontaneamente em certos momentos do tratamento: aqueles em que o paciente flutua entre estados de

consciência, semiadormecido no divã, ou em estados de atenção difusa que precede as associações mais significativas, e produz material onírico de uma riqueza que as sessões habituais não alcançam. O analista experiente reconhece esses momentos e modifica sua postura técnica para acolhê-los: menos intervenção verbal, maior atenção à qualidade da presença, disponibilidade para permanecer no silêncio que esses estados frequentemente exigem. Essa modulação da técnica em função do estado alterado espontâneo do paciente é, ela própria, uma forma de clínica dos estados liminares.

7.3 A Clínica do Limiar: Psicanálise, TCC e os Estados de Borda

Os estados de borda, denominação clínica para os fenômenos que ocorrem nos limites entre estruturas psíquicas distintas, entre organização e desorganização, entre consciência e inconsciência, constituem o terreno mais exigente e potencialmente mais transformador da clínica integrativa. O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), de modo algum por coincidência assim denominado, é a condição clínica que mais sistematicamente habita esses estados de borda: pacientes borderline experimentam oscilações rápidas entre estados de consciência radicalmente distintos, frequentemente acompanhadas de despersonalização, pensamento dicotômico extremo e intensa labilidade afetiva que caracterizam uma existência liminar, entre mundos.

A Terapia Comportamental Dialética (DBT), desenvolvida por Marsha Linehan para o tratamento do TPB, é a intervenção com maior evidência empírica para essa população e constitui uma integração notável entre elementos cognitivo-comportamentais e elementos que ressoam com a perspectiva psicanalítica. A dialética central da DBT, aceitação radical versus mudança, é estruturalmente análoga à dialética lacaniana entre o real (o que é, inassimilável) e o simbólico (o que pode ser transformado pela palavra). As habilidades de mindfulness ensinadas na DBT podem ser compreendidas como o cultivo de uma posição de observação equânime dos próprios estados de consciência, uma metacognição dos EAC liminares que o TPB produz involuntariamente.

Para a psicanálise, os estados limítrofes colocam questões clínicas específicas: o borderline não opera predominantemente nos mecanismos de recalque e retorno do

recalcado, território da neurose, mas nos mecanismos mais arcaicos de divisão (splitting) e projeção, que fragmentam a experiência em categorias absolutas de bom e mau sem capacidade de integração. O trabalho analítico com o TPB, desenvolvido por Otto Kernberg e pela teoria das relações de objeto, visa precisamente a integração dessas partes clivadas da experiência, processo que exige uma relação terapêutica suficientemente estável para conter as oscilações intensas que essa integração produz. Os EAC não devem ser introduzidos de forma precipitada no trabalho com pacientes borderline; mas a compreensão da psicologia dos estados liminares oferece ao clínico uma perspectiva mais compassiva sobre as oscilações de estado que esses pacientes experienciam como involuntárias e aterrorizantes.

"A liminaridade não é falha do sujeito; é o espaço em que a transformação é possível, e por isso exige, antes de tudo, que o clínico saiba habitar o limiar sem pressa de resolvê-lo." (Paráfrase de Victor Turner, 1969)

Capítulo 8

Imaginação Ativa: Jung, Fantasia Dirigida e Reestruturação Cognitiva

8.1 Imaginação Ativa em Jung: Fundamentos e Método

A imaginação ativa é uma das contribuições mais originais e subestimadas de Carl Gustav Jung à clínica psicológica. Desenvolvida ao longo das décadas de 1910 e 1920, em parte a partir da experiência pessoal de Jung com seus próprios conteúdos inconscientes durante o período de ruptura com Freud, a imaginação ativa propõe um método pelo qual o sujeito, em estado de vigília relaxada, foca sua atenção em uma imagem, sentimento, sonho ou fantasia espontânea e a deixa se desenvolver autonomamente, como uma narrativa viva, sem interferir com o pensamento discursivo deliberado. O sujeito observa e participa ativamente do desdobramento da imagem interior, dialoga com as figuras que emergem e registra a experiência em palavras, desenhos ou outros meios expressivos.

O pressuposto teórico da imaginação ativa é a autonomia dos conteúdos inconscientes: as imagens que emergem não são produções aleatórias ou meros reflexos dos pensamentos conscientes, mas expressões de processos psíquicos com uma lógica e uma finalidade próprias. Para Jung, o inconsciente não é apenas um repositório de conteúdos reprimidos, mas uma fonte viva de imagens, símbolos e narrativas que o ego precisa integrar para alcançar o processo de individuação, o desenvolvimento da personalidade em direção à totalidade. A imaginação ativa é o método privilegiado desse diálogo entre ego e inconsciente fora do sono.

O método da imaginação ativa compreende quatro etapas: a quietude da mente consciente, que consiste em reduzir deliberadamente a atividade discursiva habitual para criar o espaço necessário ao emergimento do inconsciente; a confrontação com o inconsciente, na qual a atenção é direcionada a uma imagem ou afeto espontâneo e se permite que ele se desenvolva; a participação com o ego, em que o sujeito não é apenas observador passivo, mas dialoga ativamente com as figuras que emergem, expressando seus próprios afetos e posições; e a ética da integração, que consiste em dar forma concreta à experiência, escrita, pintura, escultura, e refletir sobre seu significado para a vida cotidiana. Esse quarto passo é crucial e distingue a imaginação ativa do devaneio passivo: sem a integração ética, o trabalho com as imagens internas pode produzir inflação psíquica ou dissociação aumentada.

A imaginação ativa é, por definição, um EAC: ela implica uma modificação deliberada do funcionamento ordinário da consciência para criar condições de acesso a conteúdos que o estado de vigília habitual suprime. Sua semelhança com o transe hipnótico é notável, a suspensão da atividade discursiva, o foco atencional estreitado, a vivacidade das imagens internas, e é provável que os mecanismos neurobiológicos subjacentes sejam parcialmente sobrepostos. A diferença crucial é a autonomia do sujeito: na hipnose, o estado é induzido e guiado por outro; na imaginação ativa, o sujeito conduz seu próprio mergulho nas imagens internas, mantendo a soberania sobre o processo.

A clínica psicanalítica pode incorporar a imaginação ativa como complemento ao trabalho verbal, especialmente em momentos de impasse, quando o paciente se encontra repetindo os mesmos padrões sem acesso a novos materiais, ou quando os sonhos, as fantasias e os sintomas somáticos sinalizam a presença de conteúdos

inconscientes que resistem à simbolização verbal. Pedir ao paciente que feche os olhos e dê atenção à imagem que espontaneamente emerge associada a um afeto ou a uma situação problemática é, em essência, uma instrução para a imaginação ativa que pode abrir dimensões do material clínico inacessíveis à associação livre convencional.

8.2 Fantasia Dirigida e Imagens Mentais na TCC

A TCC desenvolveu independentemente técnicas de trabalho com imagens mentais que partilham características estruturais com a imaginação ativa junguiana, mas operam dentro de um enquadre teórico e técnico distinto. A reestruturação cognitiva através de imagens, proposta por Aaron Beck e desenvolvida por Arnoud Arntz e outros, propõe que as imagens mentais espontâneas constituem uma via de acesso aos esquemas cognitivos mais profundos e emocionalmente mais carregados, frequentemente mais eficaz do que a reestruturação de pensamentos automáticos verbais, por sua maior proximidade com o processamento afetivo.

A Terapia de Reescrita de Imagens (Imagery Rescripting, IR) é a técnica de trabalho com imagens mais amplamente utilizada na TCC contemporânea e com crescente suporte empírico. O protocolo padrão compreende três fases: na primeira, o paciente revive a imagem perturbadora, frequentemente uma memória traumática ou um cenário de fracasso antecipado, com o máximo de detalhe sensorial possível; na segunda, o terapeuta intervém na imagem revisitando a cena com uma figura protetora ou de cuidado, que pode ser o próprio paciente adulto, outro adulto significativo ou uma figura imaginária, que oferece o cuidado, a proteção ou o confronto que a cena original não incluiu; na terceira, o paciente integra a versão reescrita e verifica as mudanças nas crenças associadas.

A eficácia da reescrita de imagens para o tratamento de pesadelos, TEPT, vergonha e esquemas precoces mal-adaptativos tem suporte empírico crescente e seu mecanismo de ação é objeto de investigação ativa. Uma hipótese promissora é que a IR opera por reconsolidação mnêmica: as memórias, ao serem reativadas em estado emocional, tornam-se temporariamente lábeis e suscetíveis de modificação antes de serem reconsolidadas, um processo que a neurobiologia denomina "janela de reconsolidação". A intervenção da IR nessa janela pode, portanto, produzir

modificações duradouras nas representações de memória, análogas ao que a psicanálise designa como elaboração.

Do ponto de vista psicanalítico, a reescrita de imagens pode ser vista com suspeita: ela modifica intencionalmente o conteúdo das representações internas, o que parece inverso à postura analítica de escuta sem direcionamento. A objeção tem fundamento quando a IR é utilizada de forma mecânica, sem atenção à estrutura clínica do sujeito e ao significado inconsciente da imagem perturbadora. Mas quando a IR é precedida de exploração associativa psicanalítica, identificando o que a imagem expressa antes de modificá-la, e realizada no contexto de uma relação terapêutica que sustenta a transferência, ela pode constituir uma intervenção complementar poderosa que opera no nível imagético onde a interpretação verbal não chega.

8.3 Aplicações Clínicas da Imaginação nos Estados Alterados

A utilização clínica das técnicas de imaginação no contexto dos EAC exige atenção a uma variável que os manuais frequentemente negligenciam: o estado de consciência no qual a técnica é realizada influi decisivamente em seus efeitos. A mesma instrução para visualização de uma cena de segurança produzirá efeitos qualitativamente diferentes se realizada em estado de vigília plena, produzindo uma representação cognitiva deliberada, ou em estado de relaxamento profundo ou transe hipnótico, produzindo uma experiência mais imersiva, somática e afetivamente carregada. A clínica integrativa deve ser sensível a essa dimensão e calibrar as técnicas de imaginação em função do estado do paciente e das metas terapêuticas.

Para pacientes com alta capacidade de imaginação, correlacionada com hipnotizabilidade, absorção e propensão para EAC, as técnicas de imaginação em estado alterado podem constituir a via de acesso terapêutico mais rápida e profunda. Para pacientes com baixa capacidade imaginativa ou com defensividade cognitiva elevada, frequente em pacientes com traços obsessivos ou com histórico de intelectualização como defesa principal, pode ser necessário um trabalho preparatório de cultivo da capacidade imaginativa, análogo ao que os praticantes de meditação descrevem como desenvolvimento da visualização, antes de introduzir as técnicas mais elaboradas.

Casos clínicos ilustrativos demonstram a riqueza dessas possibilidades: um paciente com fobia de elevadores, trabalhado primeiro com a exposição imaginária padrão da TCC em estado de vigília, sem resultado satisfatório, pôde, após uma indução hipnótica leve, acessar a imagem de si mesmo criança preso em um espaço fechado e reencontrar a memória traumática original que sustentava a fobia. A imaginação ativa jungiana foi então utilizada para explorar as figuras que emergiam em torno dessa memória; e a reescrita de imagens ofereceu uma intervenção de cuidado da cena traumática que produziu modificação duradoura da resposta ansiosa. O trabalho integrou, em uma mesma sequência, a abordagem neurobiológica do EAC hipnótico, o enquadre psicanalítico da memória traumática e a técnica cognitiva da reescrita de imagens.

*"A imagem não é ilustração do pensamento; ela é o pensamento em sua forma mais primitiva, mais afetiva e mais próxima do que o inconsciente quer dizer."
(Paráfrase de Carl Gustav Jung, 1935)*

Capítulo 9

Regressão Emocional: Memória, Afeto e Reprogramação Psíquica

9.1 Regressão na Psicanálise: Fixação, Retorno e Elaboração

A regressão é um dos conceitos mais fundamentais e tecnicamente relevantes da metapsicologia freudiana. Em sentido amplo, designa o retorno a modos de funcionamento psíquico mais primitivos, no que diz respeito à organização dos processos mentais, ao tipo de satisfação buscada ou à fase do desenvolvimento libidinal. Freud distinguiu três tipos de regressão: a temporal, retorno a fases mais primitivas do desenvolvimento; a formal, substituição dos processos elaborados pelos processos primários; e a tópica, movimento regressivo no aparelho psíquico do sistema consciente para o inconsciente. Na prática clínica, esses três tipos frequentemente ocorrem simultaneamente, produzindo os estados regredidos que caracterizam certos momentos do processo analítico.

A regressão no contexto clínico é, ao mesmo tempo, fenômeno espontâneo e instrumento técnico. Como fenômeno espontâneo, ela emerge quando o paciente, sob a influência da transferência, do setting analítico e da associação livre, progressivamente abandona as defesas adultas e entra em contato com formas mais primitivas de experiência: afetos brutos, configurações imagéticas pré-verbais, sensações corporais não-mediadas pelo pensamento. Como instrumento técnico, ela pode ser facilitada, pelo silêncio, pela posição no divã, pela abstenção deliberada do analista, ou restringida, pela intervenção verbal ativa e pela orientação para o presente, dependendo das necessidades clínicas e da estrutura psíquica do paciente.

A distinção entre regressão a serviço do ego, proposta por Ernst Kris para designar a regressão adaptativa que serve ao crescimento psíquico, como na criatividade artística e no trabalho analítico produtivo, e a regressão maligna, que compromete o funcionamento do ego e pode produzir desorganização psíquica ou acting out, é clinicamente crucial. Michael Balint, discípulo de Ferenczi, distinguiu a regressão benigna, na qual o paciente recua a uma fase primitiva para receber o cuidado que não teve e, a partir dele, avançar, da regressão maligna, na qual a regressão serve à demanda insaciável de gratificação e produz uma espiral de dependência e frustração. Essa distinção orienta o manejo técnico dos estados regredidos no setting analítico.

Do ponto de vista dos EAC, a regressão é, por definição, um estado alterado: ela modifica qualitativamente o funcionamento da consciência, o acesso às memórias, a organização do pensamento e a qualidade dos afetos. Os estados hipnóticos, meditativo profundos e de respiração controlada podem facilitar a regressão ao remover temporariamente os filtros cognitivos e defensivos que a mantêm abaixo do limiar da consciência ordinária. A questão clínica é sempre a mesma: o espaço terapêutico tem contenção suficiente para acolher o que emerge na regressão e transformá-lo em elaboração, ou o EAC produz uma inundação que sobrecarrega a capacidade de processamento do sujeito?

A clínica ferencziana, que propunha um analista mais ativo, mais empático e capaz de oferecer ao paciente a reparação relacional que o trauma originário havia negado, antecipa o que a neurociência do apego hoje confirma: as experiências de cuidado reparador em estados regredidos podem produzir modificações nas representações de apego que a insight cognitivo isolado não alcança. A perspectiva da

neuroplasticidade apoia a hipótese de que as experiências emocionais corretivas em estados de regressão, quando o sujeito está em um estado de abertura e receptividade semelhante ao da infância, podem reprogramar representações de memória emocional que pareciam imutáveis.

9.2 Memória Emocional e Reprogramação na TCC

A TCC aborda a regressão de modo fundamentalmente diferente: não como um retorno a fases primitivas do desenvolvimento que o analista acompanha e elabora, mas como a ativação de esquemas precoces, representações cognitivo-afetivas formadas nas experiências precoces, que podem ser identificadas, compreendidas e modificadas através de intervenções cognitivas e experienciais estruturadas. A terapia focada em esquemas (Schema Therapy) de Jeffrey Young é a abordagem que mais sistematicamente trabalha com esses conteúdos, propondo um modelo de "modos" de funcionamento esquemático, estados afetivo-cognitivos que o paciente alterna em resposta a gatilhos emocionais, que se aproxima funcionalmente do conceito psicanalítico de estados regredidos.

O conceito de "criança interior", amplamente utilizado na terapia de esquemas e em várias abordagens humanistas, é uma metáfora cognitiva para o que a psicanálise designa como os objetos internalizados precoces: representações do self infantil e dos cuidadores primários que continuam a organizar a experiência afetiva do adulto. As técnicas de trabalho com a criança interior na terapia de esquemas, especialmente a visualização do paciente adulto cuidando do seu self infantil em situações de sofrimento precoce, são funcionalmente equivalentes à reescrita de imagens e têm um componente explícito de regressão induzida deliberadamente: o terapeuta solicita ao paciente que volte, em imaginação, a uma cena de sofrimento infantil e a revise com os recursos do adulto.

A reprogramação de memórias emocionais através da reconsolidação mnêmica é o mecanismo neurocientífico que oferece suporte empírico para essas intervenções. O princípio da reconsolidação, estabelecido pelos trabalhos de Karim Nader, Joseph LeDoux e, no campo clínico, de Alain Brunet e colaboradores, propõe que as memórias emocionais, ao serem reativadas, se tornam temporariamente instáveis e suscetíveis de modificação. A janela de reconsolidação, estimada em algumas horas

após a reativação, é o período no qual uma intervenção pode modificar a representação original antes de sua restauração. Esse mecanismo oferece uma justificativa neurobiológica tanto para a reescrita de imagens quanto para a experiência de cuidado reparador no estado regredido: ambas intervêm na memória reativada durante sua janela de plasticidade.

O protocolo de Reconsolidação de Memórias Traumáticas (Reconsolidation of Traumatic Memories, RTM), desenvolvido por Gray e colaboradores, oferece um exemplo de integração entre neurofisiologia da memória e intervenção psicoterapêutica breve: em estado de relaxamento leve, o paciente revisita a memória traumática a partir de uma posição de observador distanciado, modifica elementos perceptivos, como a transformação da imagem em preto e branco, ou a aceleração do enredo, e repete o processo várias vezes. O resultado é uma modificação da carga afetiva associada à memória que persiste além da sessão, com redução significativa dos sintomas de TEPT. Esse protocolo é, em essência, um EAC leve induzido deliberadamente para criar as condições de reprogramação mnêmica.

9.3 Técnicas de Regressão Integradas na Clínica Contemporânea

A clínica integrativa dos estados regredidos exige a combinação criteriosa de recursos de diferentes tradições: o enquadre relacional e a atenção à transferência da psicanálise; as técnicas estruturadas de acesso e modificação das representações da TCC; e a compreensão dos EAC como facilitadores do acesso ao material regredido. A sequência clínica mais eficaz parece ser aquela que começa por estabelecer uma aliança terapêutica suficientemente sólida para conter a regressão; utiliza técnicas de indução de EAC leves, respiração controlada, relaxamento muscular progressivo, visualização guiada, para criar as condições de acesso ao material precoce; explora o conteúdo que emerge com uma escuta psicanalítica atenta ao desejo, ao conflito e à transferência; e intervém cognitivamente nas representações ativadas através de técnicas de reescrita ou de reestruturação.

Um desafio técnico central no trabalho com a regressão é a gestão do afeto: os estados regredidos mobilizam afetos de alta intensidade, terror, desamparo, raiva primitiva, vergonha devastadora, que podem sobrecarregar tanto o paciente quanto o terapeuta se não forem adequadamente regulados. A técnica do "pêndulo", proposta

por Peter Levine no contexto da Somatic Experiencing, oferece um princípio de gestão do afeto em estados regredidos que a clínica integrativa pode incorporar: alternar entre breves imersões no material perturbador e retornos ao recurso de segurança, uma sensação somática neutra ou positiva no corpo presente, evitando tanto a evitação que impede o processamento quanto a inundação que retraumatiza.

A questão da sugestionabilidade nos estados regredidos é clinicamente crítica e eticamente fundamental: sujeitos em estados de alta regressão são significativamente mais suscetíveis à influência das sugestões do terapeuta, o que cria responsabilidades técnicas e éticas específicas. A literatura sobre "memórias falsas", produzida a partir dos anos 1990 em resposta ao pânico da síndrome da memória reprimida, demonstrou que terapeutas podem inadvertidamente implantar memórias de eventos que não ocorreram em pacientes em estados regredidos ou hipnóticos, com consequências devastadoras. O clínico integrativo deve, portanto, cultivar a consciência de sua influência sobre o paciente em estado alterado e adotar uma postura de facilitação e acompanhamento, não de direcionamento, do processo de regressão e elaboração.

"Regredir não é perder o caminho; é retornar ao ponto em que o caminho se bifurcou mal, para, desta vez, escolher diferente." (Paráfrase de Michael Balint, 1968)

Capítulo 10

Experiências Simbólicas: Ritual, Símbolo e Transformação

10.1 O Símbolo na Psicanálise e na Psicologia Cognitiva

O símbolo ocupa posições radicalmente distintas na psicanálise e na psicologia cognitiva, e compreender essa distinção é essencial para a clínica integrativa dos EAC. Para a psicanálise lacaniana, o símbolo é a unidade mínima da ordem simbólica, o grande Outro, a estrutura da linguagem que precede o sujeito e o constitui. O

símbolo não representa simplesmente uma coisa ausente; ele mata a coisa, a substitui, e é nessa substituição que o sujeito se constitui como ser de linguagem e de desejo. A função simbólica é, portanto, fundadora da subjetividade e do inconsciente: o recalque é a repressão de um significante, e o inconsciente é estruturado como uma linguagem de significantes.

Para a psicologia cognitiva, o símbolo é uma representação mental que pode ser verbal, imagética ou abstrata, e que substitui ou designa algo fora de si mesmo. O processamento simbólico é a capacidade de operar com representações em vez de com estímulos concretos, e constitui a base da linguagem, do pensamento conceitual e da planificação. A riqueza do processamento simbólico, medida pela flexibilidade e pela capacidade de reorganização das representações, é um indicador de saúde cognitiva e de capacidade adaptativa. Esquemas cognitivos mal-adaptativos podem ser compreendidos como sistemas de representações simbólicas que perderam flexibilidade e se tornaram rígidos, repetitivos e resistentes à modificação pela experiência corretiva.

O campo dos EAC é especialmente relevante para a compreensão do símbolo porque é precisamente nos estados alterados que o processo de simbolização se modifica mais dramaticamente. No sonho, os processos primários produzem condensações e deslocamentos que criam símbolos oníricos, representações que condensam múltiplos significados em uma única imagem, de uma riqueza que o pensamento diurno raramente alcança. No estado hipnótico, as sugestões metafóricas e simbólicas operam com uma eficácia que as instruções literais não atingem, porque a mente em transe processa preferencialmente no modo analógico e imagético. Na meditação profunda, surgem imagens simbólicas espontâneas que as tradições contemplativas denominam visões ou revelações e que a psicologia profunda compreende como expressões dos arquétipos.

A capacidade de simbolização, de criar representações que transformam a experiência bruta em significado compartilhável, é, tanto para a psicanálise quanto para a psicologia cognitiva, um indicador central de saúde psíquica e o objetivo fundamental do trabalho clínico. O autismo grave, a psicose não-tratada e as formas mais profundas de alexitimia representam perturbações da capacidade simbólica: nesses casos, a experiência não encontra significante, não se transforma em

representação compartilhável, e o sujeito fica preso em um real não-mediado que constitui a forma mais radical de sofrimento psíquico. A clínica dos EAC pode, nesses casos, oferecer vias pré-verbais de simbolização, através da imagem, do ritmo, do gesto, do ritual, que contornam a via linguística comprometida.

Jung propôs a distinção entre o símbolo vivo, que carrega uma carga de energia psíquica e ainda não esgotou sua função de mediação entre consciente e inconsciente, e o sinal, que é apenas uma convenção arbitrária cujo significado está completamente explicitado. Os EAC, ao mobilizar o sistema de processamento analógico e afetivo, produzem preferencialmente símbolos vivos: imagens que não se deixam traduzir completamente em palavras sem perder algo essencial de sua carga. O trabalho clínico com esses símbolos, seja pela interpretação psicanalítica, seja pela reestruturação cognitiva das crenças que eles expressam, deve preservar a vivacidade do símbolo sem reduzi-lo prematuramente a um significado fixo.

10.2 Rituais, Experiências Transformadoras e EAC

O ritual é uma das tecnologias humanas mais antigas de produção deliberada de estados alterados de consciência com fins de cura e transformação. Antropólogos e historiadores da religião documentaram a ubiquidade dos rituais de cura em todas as culturas estudadas, sempre envolvendo componentes que produzem EAC: ritmos percussivos, dança, canto, uso de plantas sagradas, privação sensorial ou sobrecarga sensorial, isolamento, jejum, exposição a estímulos intensos. O mecanismo comum é a produção de um estado não-ordinário no qual as representações habituais do self e do mundo se tornam mais fluidas e, portanto, mais suscetíveis de reorganização.

Lévi-Strauss, em seu estudo da cura xamânica, demonstrou que o ritual não opera apenas pelo EAC em si, mas pela narrativa simbólica que o acompanha: o xamã oferece ao paciente um mito, uma estrutura narrativa que confere significado à sua experiência de sofrimento, e é esse significado, tanto quanto o estado alterado, que constitui o veículo terapêutico. A eficácia simbólica do ritual reside na correspondência estrutural entre a narrativa mítica e a experiência interna do paciente: o paciente encontra, na história do xamã, o mapa de sua própria jornada interior. A psicoterapia contemporânea pode ser compreendida como uma forma de ritual de cura que opera pelo mesmo mecanismo: o encontro regular, o espaço protegido, a narrativa que o

terapeuta e o paciente constroem juntos são componentes rituais que sustentam o trabalho de transformação.

As experiências psicodélicas terapêuticas, objeto de crescente pesquisa científica, como mencionado no Capítulo 1 : constituem o exemplo contemporâneo mais dramático de EAC produzido ritualmente para fins terapêuticos. Os protocolos de pesquisa com psilocibina, MDMA e ketamina combinam invariavelmente a substância com um enquadre terapêutico cuidadosamente estruturado: preparação prévia, setting confortável e seguro, acompanhamento por terapeutas treinados, e integração posterior da experiência. Esse enquadre é, essencialmente, um ritual: a estrutura que confere significado ao EAC e cria as condições para que a experiência produzida pela substância possa ser integrada de forma terapêuticamente produtiva. Sem o ritual, sem o enquadre terapêutico, as mesmas substâncias produzem experiências que não necessariamente se traduzem em benefícios clínicos.

10.3 A Clínica do Sagrado e os Estados Alterados

A clínica dos EAC inevitavelmente encontra a dimensão que as tradições humanas designam como sagrada: a experiência de estar além do ordinário, em contato com algo que transcende o ego habitual e que os sujeitos descrevem com o vocabulário do numinoso, maravilha, dissolução das fronteiras do self, sensação de unidade, encontro com uma presença. William James, em suas "Variedades da Experiência Religiosa" (1902), sistematizou as características das experiências místicas: inefabilidade, resistência à descrição verbal; qualidade noética, sensação de acesso a um conhecimento mais profundo; transitoriedade, brevidade; e passividade, sensação de que o self habitual é ultrapassado por algo maior.

Para o clínico formado nas tradições acadêmicas modernas, essas experiências colocam um desafio de posicionamento: como recebê-las sem reduzi-las a sintomas, como a psiquiatria clássica fazia com as experiências místicas dos pacientes psicóticos, e sem validá-las acriticamente de modo que ignore a estrutura psíquica do sujeito que as vive? William James oferece uma orientação pragmática: o critério de avaliação das experiências religiosas não é sua origem, natural ou sobrenatural, mas seus frutos: as experiências que produzem expansão da compaixão, do sentido e da

capacidade de relacionamento são benéficamente integradas, independentemente de sua fenomenologia.

A psicanálise tem uma relação ambivalente com a espiritualidade: Freud reduziu a experiência religiosa a uma "ilusão" derivada do desamparo infantil e do desejo de proteção paterna; Jung, ao contrário, compreendeu a dimensão religiosa como uma expressão legítima da psique profunda e da necessidade de individuação. Na clínica contemporânea, a posição mais produtiva parece ser a de neutralidade reflexiva: o clínico não impõe nem recusa a interpretação espiritual das experiências do paciente, mas as acolhe como material clínico e as explora em sua função psíquica, o que elas expressam sobre a história, o desejo e os conflitos do sujeito, sem antecipar uma resposta sobre sua natureza última. Essa posição é, curiosamente, análoga à posição psicanalítica diante do sintoma: escuta sem categorização prematura.

"A experiência do sagrado não é fuga da realidade; é a realidade encontrada em sua profundidade máxima, e o clínico que a recebe deve ter tamanho o respeito quanto a rigor para não a trair." (Paráfrase de William James, 1902)

Capítulo 11

Clínica Integrada: Psicanálise e TCC nos Estados Alterados

11.1 Modelo Integrativo de Cuidado em Estados Alterados

O modelo integrativo de cuidado que este livro propõe articula a psicanálise e a TCC nos EAC não como uma mistura eclética de técnicas, mas como uma abordagem que reconhece o nível de processamento em que cada intervenção opera e seleciona, em função da estrutura clínica do paciente e do estado de consciência presente, a combinação mais adequada. A psicanálise oferece o enquadre relacional e interpretativo, a atenção à transferência, à resistência, ao desejo e ao gozo que organizam o sofrimento singular do sujeito, como o continente fundamental de qualquer trabalho com os EAC. A TCC oferece as técnicas estruturadas, identificação

de esquemas, reestruturação cognitiva, reescrita de imagens, regulação emocional, como instrumentos que podem ampliar o alcance do trabalho analítico em domínios que a interpretação verbal isolada não penetra.

O instrumento central do modelo integrativo é o que pode ser denominado mapa de estados: uma avaliação sistemática dos diferentes estados de consciência que o paciente frequenta, seus precipitantes, sua fenomenologia e sua função psíquica. Pacientes com trauma complexo frequentemente oscilam entre estados dissociativos, estados de hiperarousal e estados de funcionamento ordinário sem compreensão dos mecanismos que governam essas oscilações. Mapear esses estados, identificar o que os ativa, o que os encerra, o que o paciente experiencia em cada um deles, constitui um passo diagnóstico e terapêutico crucial que orienta as intervenções subsequentes.

O modelo propõe uma hierarquia de intervenção que segue a lógica da janela de tolerância: na base, o trabalho de regulação que cria condições de segurança somática e relacional suficientes para que qualquer outro trabalho seja possível; no meio, o trabalho com os conteúdos que emergem nos EAC, memórias, afetos, imagens, crenças, utilizando intervenções psicanalíticas e cognitivas conforme indicado; e, no topo, o trabalho de integração que conecta as experiências dos EAC à narrativa autobiográfica do sujeito e às mudanças comportamentais e relacionais que constituem o objetivo final do tratamento. Essa hierarquia não é rígida: o processo clínico move-se frequentemente entre os três níveis em uma mesma sessão.

A qualidade da relação terapêutica é, nesse modelo, simultaneamente o continente e o instrumento mais poderoso do trabalho com os EAC. O terapeuta integrativo deve ser capaz de manter uma presença regulada e reguladora, que ofereça ao paciente a co-regulação somática que os EAC frequentemente requerem, enquanto sustenta a neutralidade analítica necessária para não contaminar com suas próprias expectativas e ansiedades o processo de emergência dos conteúdos. Essa combinação de presença e neutralidade, de calor e distância clínica, é precisamente o que as tradições de cura, xamânica, analítica ou cognitiva, sempre exigiram dos seus praticantes mais habilidosos.

A supervisão e a análise pessoal do terapeuta são condições especialmente importantes no trabalho com os EAC. O trabalho com estados alterados mobiliza, no terapeuta, conteúdos e estados análogos: é difícil acompanhar um paciente em um

estado hipnótico profundo sem entrar, em alguma medida, em um estado alterado próprio. O terapeuta que não conhece seus próprios estados alterados, que não explorou em sua análise pessoal seus sonhos, suas fantasias, suas próprias capacidades de regressão e de dissociação, estará mal equipado para acompanhar o paciente nesses territórios. A formação integrativa exige, portanto, uma dimensão de autoconhecimento que transcende o domínio técnico.

11.2 Casos Clínicos: Psicanálise e TCC em Diálogo

Caso A, Sonhos Repetitivos e Trauma de Apego: Paciente do sexo feminino, 34 anos, apresenta pesadelo recorrente no qual está perdida em uma casa que conhece mas não reconhece, procurando alguém que nunca encontra. A exploração psicanalítica das associações ao sonho revela a figura materna: uma mãe emocionalmente indisponível que a paciente buscou, na infância, sem jamais encontrar. A crença nuclear identificada pela abordagem cognitiva: "Sou fundamentalmente desamparável; o cuidado que preciso nunca estará disponível". O trabalho integrado combinou interpretação transferencial, a busca da analista como repetição da busca materna, com reescrita de imagens do pesadelo, na qual a paciente adulta, em estado de relaxamento profundo, volta à cena do pesadelo e oferece à criança perdida o cuidado que a analista representa. A modificação do pesadelo e da crença nuclear ocorreu de forma gradual ao longo de oito meses.

Caso B, Dissociação e Identidade Fragmentada: Paciente do sexo masculino, 28 anos, diagnóstico de Transtorno Dissociativo de Identidade, com três partes identificadas: uma parte adulta funcional que trabalha e se relaciona; uma parte infantil que emerge em situações de ameaça, com linguagem e comportamento infantis; e uma parte adolescente raivosa que interfere nas relações interpessoais. O trabalho integrado mapeou os gatilhos de cada estado, identificou as crenças nucleares de cada parte e trabalhou o diálogo interno entre elas através da imaginação ativa em estado de relaxamento leve. A abordagem psicanalítica explorou a função defensiva de cada parte e os vínculos transferenciais que cada uma estabelecia com o terapeuta. Ao longo de dois anos, as partes tornaram-se progressivamente mais cooperativas e a parte adulta assumiu crescente capacidade de regular as oscilações.

Caso C, Hipnose e Dor Crônica Psicossomática: Paciente do sexo feminino, 52 anos, com fibromialgia diagnosticada e histórico de abuso emocional crônico na infância. Tratamento prévio com TCC para dor crônica havia produzido melhora parcial. A adição de sessões de hipnose clínica, com sugestões de analgesia e de acesso a um estado de recursos corporais positivos, produziu redução significativa da intensidade da dor e permitiu, no estado hipnótico, o acesso a memórias de sofrimento infantil que a paciente dissociara. A elaboração psicanalítica desse material, conduzida nas sessões de vigília, a partir do material emergido no transe, ofereceu um enquadre narrativo e de sentido para a dor que a TCC convencional não havia alcançado.

11.3 Ética e Cuidado na Clínica dos Trases

O trabalho clínico com os EAC cria condições específicas de vulnerabilidade para os pacientes que exigem atenção ética diferenciada. Em estado alterado, os pacientes estão em posição de maior abertura, sugestionabilidade e confiança, o que amplia tanto o potencial terapêutico quanto o risco de influência indevida. O terapeuta que induz ou acompanha EAC tem um poder sobre o paciente que, mal manejado, pode produzir dependência, implantação de sugestões não-terapêuticas, ou reativação traumática sem contenção adequada. A ética do cuidado nos EAC exige, portanto, uma consciência contínua da assimetria de poder da relação terapêutica e um compromisso com o uso desse poder exclusivamente a serviço do crescimento e da autonomia do paciente.

O consentimento informado no contexto dos EAC tem características específicas: o paciente deve compreender, antes de qualquer procedimento que modifique seu estado de consciência, o que é o estado alterado que será induzido, como ele é produzido, o que pode emergir durante a experiência e como o terapeuta irá acompanhá-lo. Esse consentimento não é apenas uma formalidade legal, mas uma intervenção terapêutica: ela posiciona o paciente como sujeito ativo do processo, e não como objeto de uma técnica aplicada por um especialista. A psicoeducação sobre a fenomenologia dos EAC reduz a ansiedade antecipatória e aumenta a capacidade do paciente de observar e relatar sua experiência durante o estado alterado.

A questão das memórias recuperadas em estado alterado exige atenção ética e técnica especial. A pesquisa sobre memória falsa demonstrou inequivocamente que

a sugestibilidade elevada dos estados hipnóticos e regredidos torna esses contextos particularmente suscetíveis à contaminação mnêmica inadvertida. O terapeuta deve adotar uma postura de curiosidade não-diretiva sobre os conteúdos que emergem nos EAC, evitando perguntas tendenciosas, interpretações prematuras e confirmações entusiastas que possam cristalizar representações incertas como memórias de eventos concretos. O mesmo material pode ser clinicamente trabalhado enquanto "experiência vivida internamente" sem necessidade de verificação de sua correspondência com eventos históricos reais.

"A ética na clínica dos tranSES não é a proteção do paciente contra o poder do terapeuta; é o uso consciente e responsável desse poder para que o sujeito se torne mais livre." (Paráfrase de Lacan, 1964)

Capítulo 12

Pesquisa, Formação e Futuros da Clínica dos EAC

12.1 Metodologia de Pesquisa em Estados Alterados de Consciência

A pesquisa sobre EAC enfrenta desafios metodológicos peculiares que derivam da natureza do objeto de estudo: os estados alterados são, por definição, experiências subjetivas, e a subjetividade oferece resistência aos métodos de objetivação científica. A pesquisa em terceira pessoa, aquela que descreve os EAC a partir de fora, através de medidas fisiológicas, neuroimagem e questionários padronizados, captura correlatos mensuráveis do estado, mas não a experiência vivida. A pesquisa em primeira pessoa, aquela que descreve o estado a partir de dentro, através de relatos fenomenológicos, análise de narrativas e métodos introspectivos, acessa a experiência diretamente, mas enfrenta questões de validade intersubjetiva. A neurofenomenologia, proposta pelo filósofo Francisco Varela, é a tentativa mais sistemática de integrar ambas as perspectivas: uma metodologia que correlaciona sistematicamente os dados de primeira pessoa, treinados e rigorosos, com os dados de terceira pessoa da neurociência.

A abordagem qualitativa é indispensável na pesquisa sobre EAC e seus efeitos terapêuticos. As entrevistas fenomenológicas em profundidade, conduzidas logo após a experiência, enquanto a memória ainda está vívida, capturam a textura subjetiva dos estados alterados de um modo que nenhum questionário padronizado consegue reproduzir: a sensação de dissolução do tempo, a qualidade das imagens, os afetos sutis que acompanham o estado, as insights que emergem e que o sujeito sente como de importância incomum. A análise temática e a análise interpretativo-fenomenológica (IPA) são as metodologias qualitativas mais adequadas para trabalhar esse tipo de material.

O estudo de caso psicanalítico constitui uma metodologia de pesquisa legítima e rigorosa para a transmissão do saber clínico sobre os EAC. A escrita de caso, que documenta de forma sistemática a fenomenologia dos estados alterados, as intervenções utilizadas, as modificações observadas ao longo do tratamento e a leitura clínica da estrutura do sujeito, é um instrumento de produção de conhecimento que complementa e corrige os resultados das pesquisas quantitativas. Ela captura a singularidade que os ensaios clínicos, por definição, apagam; e transmite, através da narrativa clínica, o saber implícito da experiência terapêutica de um modo que os artigos metodológicos não conseguem.

Os ensaios clínicos randomizados em EAC enfrentam desafios metodológicos específicos: a impossibilidade de cegamento, tanto o paciente quanto o terapeuta sabem qual tratamento está sendo administrado; a heterogeneidade das intervenções, dois terapeutas que conduzem hipnose ou imaginação ativa podem utilizar técnicas radicalmente diferentes; e a dificuldade de definir desfechos que capturem as dimensões de significado, integração e transformação de identidade que as intervenções com EAC frequentemente produzem, mas que os desfechos padronizados de ansiedade e depressão não medem. A pesquisa em EAC está progressivamente desenvolvendo instrumentos de avaliação da qualidade da experiência subjetiva, como as escalas de experiência mística (MEQ30) e de insight oceânico, que permitem capturar dimensões do estado alterado relevantes para sua eficácia terapêutica.

A colaboração entre campos, neurociência cognitiva, psicologia clínica, psicanálise, antropologia e filosofia da mente, é especialmente produtiva na pesquisa sobre EAC,

dado que nenhum campo disciplinar isolado possui os instrumentos necessários para abarcar a complexidade do fenômeno. Grupos de pesquisa interdisciplinares, como os que emergiram em torno da psiquiatria psicodélica nas últimas duas décadas, têm demonstrado que a colaboração entre neurocientistas, psicanalistas, filósofos da mente e pesquisadores qualitativos produz uma compreensão dos EAC significativamente mais rica do que a soma das abordagens isoladas.

12.2 Formação do Clínico Integrativo em EAC

A formação do clínico que trabalha com EAC em uma perspectiva integrativa exige um percurso que integra três dimensões indissociáveis: o conhecimento teórico dos diferentes campos, psicanálise, TCC, neurociência da consciência, fenomenologia dos EAC, e suas respectivas epistemologias; a experiência pessoal dos estados alterados, através da análise pessoal, da prática meditativa, da formação em hipnose ou em outras técnicas que o clínico pretende utilizar; e a supervisão clínica continuada em um espaço que integre perspectivas teóricas distintas. A ausência de qualquer uma dessas três dimensões compromete a qualidade do trabalho clínico com os EAC de um modo que pode produzir dano.

A análise pessoal, tripé da formação psicanalítica, é uma condição indispensável para o trabalho clínico com os EAC, independentemente da orientação teórica do clínico. O analista ou terapeuta que não explorou seus próprios estados alterados, seus sonhos, suas fantasias, seus estados regredidos, sua própria hipnotizabilidade ou suas experiências meditativas, estará clinicamente limitado em sua capacidade de acompanhar o paciente nesses territórios. Pior: poderá reagir defensivamente, com ansiedade, desqualificação ou prematura "normalização", às experiências dos pacientes que ressoam com seus próprios conteúdos não-elaborados. A análise pessoal é, portanto, não apenas uma exigência ética da formação psicanalítica, mas uma condição técnica para o trabalho com os EAC.

A formação específica em hipnose clínica, obtida em programas credenciados pelas sociedades científicas de hipnose, e em técnicas de meditação e imaginação ativa deve ser complementada por uma formação em trauma e em psicopatologia que permita ao clínico identificar as contraindicações dos EAC e manejar as emergências que podem ocorrer quando conteúdos traumáticos ativados pelos estados alterados

ultrapassam a janela de tolerância do paciente. A supervisão clínica com um colega mais experiente na clínica dos EAC é indispensável nas fases iniciais da prática e constitui um recurso valioso ao longo de toda a carreira clínica.

O desenvolvimento profissional contínuo na clínica dos EAC exige a manutenção de uma postura de aprendiz permanente: os campos da neurociência da consciência, da psicologia psicodélica e da psicoterapia de terceira onda estão em rápida evolução, e o clínico que congelou seu conhecimento em sua formação inicial estará rapidamente desatualizado. A participação em grupos de estudo interdisciplinares, em conferências de pesquisa e em programas de atualização constitui, portanto, uma obrigação não apenas intelectual, mas ética para o profissional que trabalha em campos onde o saber científico está se transformando de forma acelerada.

12.3 Horizontes: Neurofenomenologia e a Clínica do Futuro

O futuro da clínica dos EAC será, em grande medida, determinado pelo desenvolvimento da neurofenomenologia, a disciplina que integra a investigação científica dos correlatos neurais dos estados alterados com a análise rigorosa da experiência subjetiva. Francisco Varela, Evan Thompson e Eleanor Rosch fundaram essa perspectiva em "The Embodied Mind" (1991), propondo que a consciência não pode ser adequadamente compreendida a partir de fora, como objeto de estudo da neurociência, nem a partir de dentro, como objeto exclusivo da fenomenologia, mas apenas pela articulação sistemática das duas perspectivas. A neurofenomenologia oferece um programa de pesquisa que pode, em princípio, fundamentar a clínica integrativa dos EAC em bases epistemológicas mais sólidas do que qualquer uma das tradições isoladas.

A psiquiatria psicodélica, a utilização terapêutica de substâncias como psilocibina, MDMA e ketamina em contexto clínico estruturado, representa o front de pesquisa mais dinâmico da clínica dos EAC na atualidade. Os resultados preliminares dos ensaios em andamento nos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá sugerem que essas abordagens podem produzir remissão de transtornos como depressão resistente, TEPT e dependência química em casos que não responderam a décadas de tratamento convencional, o que, se confirmado por estudos maiores, representaria uma revolução na psiquiatria comparável à introdução dos antidepressivos. Para a

clínica integrativa, a psiquiatria psicodélica oferece ao mesmo tempo uma oportunidade e um desafio: a oportunidade de um EAC de alta intensidade que pode acelerar dramaticamente o processo terapêutico; o desafio de garantir que o enquadre terapêutico, a dimensão psicanalítica e cognitiva do trabalho, seja suficientemente sofisticado para integrar as experiências produzidas.

A interface entre inteligência artificial e clínica dos EAC é outro horizonte que começa a emergir: algoritmos de análise de narrativas de sonhos, sistemas de biofeedback que monitoram e respondem em tempo real aos estados fisiológicos durante a meditação ou a hipnose, e ambientes de realidade virtual que podem induzir e modular EAC de forma controlada. Esses desenvolvimentos tecnológicos oferecem possibilidades clínicas reais, mas exigem uma reflexão crítica sobre o risco de substituir a dimensão relacional, o encontro entre sujeitos, por uma interface técnica que, por mais sofisticada que seja, não pode sustentar a transferência como condição do trabalho clínico profundo.

O horizonte mais fundamental que este livro vislumbra é, contudo, epistemológico: o reconhecimento, por parte das comunidades clínicas e científicas, de que a consciência em seus estados alterados é um campo legítimo, rigoroso e clinicamente indispensável de investigação, que a ciência do ordinário não pode monopolizar o saber sobre o humano, e que a integração entre as tradições psicanalítica, cognitiva, fenomenológica e neurocientífica é não apenas possível, mas necessária para uma clínica que ambicione ser fiel à complexidade do sujeito que sofre e que, ao sofrer, ainda busca.

Ao fechar este livro, o leitor encontra não uma conclusão, mas uma abertura: para o estudo aprofundado de cada um dos campos aqui apresentados, para a exploração pessoal dos estados de consciência que a clínica exige que o terapeuta conheça em si mesmo antes de acompanhar no outro, e para a pesquisa e a produção de conhecimento em um campo que ainda possui muito mais perguntas do que respostas, o que é, precisamente, o sinal de que vale a pena continuar.

"A mente humana é maior do que qualquer teoria que já criamos para compreendê-la, e é por isso que a clínica dos estados alterados permanecerá, sempre, uma fronteira aberta." (Francisco Abreu, 2026)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Hypnosis. In: APA Dictionary of Psychology. Washington, DC: APA, 2022.

ARNTZ, A.; WEERTMAN, A. Treatment of childhood memories: theory and practice. Behaviour Research and Therapy, v. 37, n. 8, p. 715-740, 1999.

BALINT, M. A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BECK, A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press, 1976.

BION, W. R. Atenção e Interpretação. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

BOWLBY, J. Apego: a natureza do vínculo. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CHALMERS, D. The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory. Oxford: Oxford University Press, 1996.

DAMASIO, A. O Erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

DAVIDSON, R. J.; KABAT-ZINN, J. et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosomatic Medicine, v. 65, n. 4, p. 564-570, 2003.

EPSTEIN, S. Cognitive-experiential theory: an integrative theory of personality. New York: Oxford University Press, 2014.

FERENCZI, S. Confusão de Língua entre os Adultos e a Criança (1933). In: Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FREUD, S. A Interpretação dos Sonhos (1900). In: Edição Standard Brasileira, v. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

FREUD, S. Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise (1912). In: Edição Standard Brasileira, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GROF, S. Psicologia Transpessoal. São Paulo: Summus, 1988.

JAMES, W. The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature. New York: Longmans, Green, 1902.

JUNG, C. G. Psicologia e Alquimia. Petrópolis: Vozes, 1991. (Obras Completas, v. 12)

JUNG, C. G. Dois Escritos sobre Psicologia Analítica. Petrópolis: Vozes, 1987. (Obras Completas, v. 7)

KABAT-ZINN, J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Bantam, 2013.

KAHNEMAN, D. Rápido e Devagar: Duas Formas de Pensar. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

KERNBERG, O. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson, 1975.

KIRSCH, I.; MONTGOMERY, G.; SAPIRSTEIN, G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 63, n. 2, p. 214-220, 1995.

LACAN, J. O Seminário, livro 7: A Ética da Psicanálise (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LEDOUX, J. O Cérebro Emocional. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

LEVINE, P. A. O Despertar do Tigre: Curando o Trauma. São Paulo: Summus, 1999.

LINEHAN, M. M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.

LUDWIG, A. M. Altered states of consciousness. Archives of General Psychiatry, v. 15, n. 3, p. 225-234, 1966.

NISE DA SILVEIRA. Imagens do Inconsciente. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SIEGEL, D. J. The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. New York: Guilford Press, 1999.

SOLMS, M. The Neuropsychology of Dreams: A Clinico-Anatomical Study. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1997.

VAN DER HART, O.; NIJENHUIS, E. R. S.; STEELE, K. O Eu Assombrado: Trauma Estrutural e Tratamento da Dissociação Crônica. Porto Alegre: Artmed, 2010.

VAN DER KOLK, B. O Corpo Guarda o Placar: Cérebro, Mente e Corpo na Cura do Trauma. São Paulo: Paralela, 2020.

VARELA, F. J.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience. Cambridge: MIT Press, 1991.

WALKER, M. Por Que Dormimos: A Nova Ciência do Sono e dos Sonhos. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2018.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press, 2003.

SOBRE O AUTOR

Francisco Abreu

Francisco Abreu é pesquisador, formador e clínico na área de psicanálise clínica, com sólida formação teórica nas tradições freudiana e lacaniana. Dedicou-se à transmissão do saber psicanalítico, à articulação entre teoria e prática clínica contemporânea e ao desenvolvimento de programas de formação que integram rigor acadêmico e escuta ética do sofrimento singular do sujeito.

Desenvolve atividades de pesquisa, supervisão clínica e ensino, com foco nas intersecções entre psicanálise, psicopatologia contemporânea, Terapia Cognitivo-Comportamental, estados alterados de consciência, neurociência da mente e saúde mental coletiva. Seu interesse pela clínica integrativa dos estados alterados de consciência emerge da convicção de que a psicanálise e a TCC, em vez de permanecerem em campos separados, podem produzir juntas um modelo de cuidado mais fiel à complexidade da experiência humana.

Participa ativamente de grupos de estudo, cartéis e redes de formação em psicanálise no Brasil, além de colaborar com iniciativas de formação interdisciplinar que articulam neurociência, filosofia da mente e prática clínica. Sua produção científica abrange artigos, capítulos de livros e obras de referência na área de psicanálise clínica e saúde mental.

Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7438212451832590>

País: Brasil

Estado: Ceará

Ano da publicação: 2026