

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**QUESTIONÁRIO DA VIDA NOCTURNA: O SONO E O SONHO
METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO**

Isa Alexandra Patrício Silvestre nº11607

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

QUESTIONÁRIO DA VIDA NOCTURNA: O SONO E O SONHO
METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO

Isa Alexandra Patrício Silvestre nº 11607

Dissertação orientada por Prof. Doutor António Francisco Mendes Pedro

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor António Francisco Mendes Pedro apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 Setembro 2006.

AGRADECIMENTOS

Desejo agradecer,

Em especial ao Prof. Doutor António Mendes Pedro por me ter acompanhado ao longo desta jornada com muita dedicação e disponibilidade. Obrigada por ter partilhado comigo os seus sábios conhecimentos. Obrigada pelo seu suporte contentor quando me confrontava com os meus medos e dificuldades. Obrigada por conseguir captar os momentos de maior ansiedade e contorná-los com humor. Obrigada por continuar a acreditar em mim e fazer deste ano um percurso de aprendizagem e de crescimento.

À Prof. Tânia Pinto que me orientou nos estudos estatísticos. Obrigada pelo seu interesse e dedicação, por conseguir ter a paciência e a tolerância de explicar de uma forma pedagógica as informações mais complexas.

Às instituições que me facultaram a possibilidade da recolha de dados para a análise neste Estudo: Hospital da Marinha, em especial à Sandra Henriques, pela disponibilidade e simpatia; à Universidade Sénior de Benfica, em especial ao Prof. Carlos Courseling, pela simpatia com que me recebeu e interesse em acompanhar o meu trabalho; à Universidade Sénior de Alvalade, em especial ao Prof. José Inês pela enorme disponibilidade com que me acolheu. Agradeço também a todos os participantes que colaboraram voluntariamente na minha Tese.

Aos meus pais pelo incentivo e reforço constante, por compreenderem as minhas ausências e por me fazerem sentir amada e que estamos sempre muito unidos.

Aos meus avôs pela simplicidade mas com muita sensibilidade em perceberem os outros. Obrigada pela vossa dedicação.

Ao João companheiro e amigo por toda a harmonia que nos une. Obrigada pelos sacrifícios, pela tua disponibilidade, serenidade e por me fazeres sentir tão feliz nesta etapa tão importante da minha vida.

Ao Luís Filipe Pires pela preocupação e disponibilidade que demonstrou com o meu trabalho, que prontamente aceitou fazer uma leitura atenta.

À Conceição pelas conversas de fim do dia, por partilhar conhecimentos médicos, área que tanto me fascina.

À Sandra pela sua presença em muitos momentos, pela sua amizade e pelo apoio ao longo deste ano.

Às minhas amigas e amigos por tolerarem as minhas falhas em momentos de lazer valorizarem a minha dedicação à Tese.

Ao ISPA por me ajudar a crescer como pessoa e como profissional. Por me propor tantos desafios, por me preparar para o futuro dando-me esta oportunidade de aprender e evoluir no campo da investigação em psicologia clínica.

A todos aqueles que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e que me permitiram chegar até aqui. Só com todo o vosso apoio e dedicação me foi possível concluir este trabalho.

RESUMO

Constitui objectivo do presente trabalho o processo de construção e de validação do *Questionário da vida nocturna: o sono e o sonho*, com população adulta. Este estudo, o qual envolveu a análise de seis estruturas factoriais hipotéticas, desenvolveu-se em dois momentos, pré-teste ($N=30$) e definitivo ($N=676$), tendo sido evidenciadas dificuldades métricas em operacionalizar as referidas estruturas. Após a *análise dos componentes principais*, o instrumento foi dividido em duas partes: a parte I é uma escala unidimensional que inclui 30 itens; a parte II engloba 81 itens distribuídos em quatro dimensões. A forma de resposta aos itens do questionário consubstancia-se numa *rating scale* de tipo-*likert* de cinco pontos. As escalas e sub-escalas definidas pela estrutura factorial exibem um *alpha* de Cronbach adequado. Foi inspeccionada a redundância dos itens que compõem a parte I e, no tocante à parte II, foi investigada a validade convergente-discriminante dos itens. No enquadramento teórico apreendemos as manifestações do sonho plasmadas na psicanálise e nas neurociências, procurando fixar semelhanças e diferenças. Nas conclusões, procurámos sistematizar as ideias mais importantes discutidas ao longo do trabalho incluindo a validade do questionário, quer na sua utilização na prática psicanalítica quer na investigação junto da população adulta.

Palavras-chave: Psicanálise, Neurociências. Construção do Questionário da vida nocturna: o sono e o sonho, Validação do questionário.

ABSTRACT

The purpose of the present work is the construction process and the validation of *Night life questionnaire: the sleep and the dream* concerning adult population. This study, which involved the analysis of six factorial hypothetical structures, has developed in two moments, pre-test ($N=30$) and definitive ($N=676$), that evidenced metrical difficulties regarding operationalisation of the said structures. After the *analysis of the major components*, the instrument was divided in two parts: part I is a unidimensional scale which includes 30 items; part II comprehends 81 items distributed by four dimensions. The form of reply to the questionnaire's items materialises in a *rating scale* of *likert-type* with five points. The scales and the sub-scales defined by factorial structure show an adjusted Cronbach *alpha*. The redundancy of the items comprehending part I was inspected and, in what part II is concerned, the items' converging-discriminating validity was researched. On the theoretical level we have apprehended the dream's expressions present in psychoanalysis and in neurosciences, envisaging the determination of the similarities and the differences. In the conclusions, we have systemised the most important ideas discussed throughout the work including the questionnaire's validity not only in its use on psychoanalysis' practice but also on the research before adult population.

Keywords: Psychoanalysis, Neurosciences. Construction of Night life questionnaire: the sleep and the dream, Validation of questionnaire.

ÍNDICE

Introdução	1
PARTE I – Enquadramento Teórico	6
1 – O Saber da Psicofisiologia sobre o Sono	6
1.1 – A descoberta do Sono REM e da Actividade Onírica	6
1.2 – Sono e Sono Paradoxal	8
1.2.1 – Mecanismos neurofisiológicos do sono paradoxal	12
1.3 – Modelo de Programação Genética Iterativa	13
1.4 – Um novo Modelo de Cérebro Sonhador: Hipótese Activação - Síntese	16
1.5 – A forma dos sonhos	18
1.5.1 – A forma das Sensações dos sonhos	20
1.5.2 – As formas do movimento onírico	20
1.5.3 – A Bizarria dos Sonhos	21
1.6 – Questionamentos à Hipótese Activação-Síntese	21
2 – Freud: o epistemólogo que investigou os sonhos	24
2.1 – O Desejo Inconsciente e a Deformação Onírica	24
2.2 – O Trabalho do sonho	26
2.3 – A Regressão no sonho	28
2.4 – A Metapsicologia dos processos oníricos: Freud revisitado	39
3 – Os sonhos: a fertilidade do encontro entre a psicanálise e a neurociência	32
4 – Entre o Biológico e o Relacional	36
4.1 – Os Ritmos Biológicos	36
4.2 – Envolvimento Relacional	38
4.3 – Ritmos e Patologias	42

5 – O Sonho e a Teoria Psicossomática	45
5.1 – O Espaço Imaginário do Sonho	45
5.2 – O Funcionamento Onírico e o Impasse	47
5.3 – Os Sonhos nos Pacientes Somáticos	50
5.4 – A Patologia do Banal	52
5.5 – O valor do Sonho na Clínica Psicanalítica	53
6 – Objectivos e Questões de Investigação	57
PARTE II – Estudos Empíricos	60
1º Estudo: Construção e Pré-Teste do Instrumento	60
1- Método	60
1.1 – Participantes	60
1.2 – Instrumento	60
1.3 – Procedimento	61
1.3.1 – Recolha de dados	61
1.3.2 – Tratamento dos dados	62
2 – Resultados	62
3 – Discussão	63
2º Estudo: Análise das Propriedades Psicométricas do Instrumento	64
1 – Método	64
1.1 – Participantes	64
1.2 – Instrumento	64
1.3 – Procedimento	66
1.3.1 – Recolha dos dados	66
1.3.2 – Tratamento dos dados	66
2 – Resultados	68
2.1 – Fiabilidade	68
2.2 – Inspecção da Redundância	72
2.3 – Validade Convergente-Discriminante dos itens	73
3 – Discussão	77

Conclusão	80
Referências Bibliográficas	82
Anexos	91

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Análise dos componentes principais para a parte II do Instrumento	69
Tabela 2 – Correlação entre a escala total e as sub-escalas do questionário para a parte II	71
Tabela 3 - Correlação inter itens da parte I do Instrumento	72
Tabela 4 - Correlação dos itens da dimensão “Forma dos Sonhos” com cada uma das dimensões	73
Tabela 5 - Correlação dos itens da dimensão “Representação dos Sonhos” com cada uma das dimensões	74
Tabela 6 - Correlação dos itens da dimensão “Envolvimento Relacional” com cada uma das dimensões	75
Tabela 7 - Correlação dos itens da dimensão “Intencionalidade dos Sonhos” com cada uma das dimensões	76

Índice de Anexos

Anexo A – Autorização do Hospital da Marinha para a recolha de dados do pré-teste	92
Anexo B – Instrumento de recolha de dados no pré-teste	94
Anexo C – Output da consistência interna do instrumento do pré-teste	101
Anexo D – Instrumento de recolha de dados no estudo definitivo ou	

segundo estudo	104
Anexo E – Autorização da Universidade Sénior de Benfica para a recolha de dados do estudo definitivo	115
Anexo F – Autorização da Universidade Sénior de Alvalade para a recolha de dados do estudo definitivo	117
Anexo G – Output da ACP para a parte II do instrumento com seis dimensões	119
Anexo H – Output da consistência interna para a parte I do instrumento	123
Anexo I – Output correspondente à tabela 1	125
Anexo J – Output correspondente à tabela 2	128
Anexo K – Output correspondente à tabela 3	130
Anexo L – Output correspondente à tabela 4	142
Anexo M – Output correspondente à tabela 5	146
Anexo N – Output correspondente à tabela 6	148
Anexo O – Output correspondente à tabela 7	150
Anexo P – Instrumento após análise factorial/validação	152

INTRODUÇÃO

A ideia de compreender os sonhos, concedendo-lhes uma utilidade tem atravessado todos os tempos da humanidade. Desde o mundo antigo que lhes eram atribuídas faculdades de adivinhação, em forma de premonições e profecias.

Seria necessária a intuição de alguns médicos alienistas e a audácia de alguns escritores para pressentir que no sonho fala um sonhador.

Esta viagem de procura incessante, sem rumo traçado em mapa, sofreu uma alteração profunda nos finais do século XIX. É nesta época que se dá um marco de viragem na compreensão dos sonhos com o aparecimento dos estudos psicanalíticos de Sigmund Freud. As suas experiências científicas vieram a confirmar a existência do inconsciente e, em 1900, quando publicou uma das suas obras mais importantes, *A Interpretação dos Sonhos*, criou a psicanálise e desvendou que os sonhos podiam traduzir a experiência inconsciente, porque o pensamento, durante o sono, tende a ser primitivo ou regressivo. Foi nesta obra que apresentou a sua célebre fórmula afirmando que «o sonho é o guardião do sono»¹. Com este marco, começou a *cartografia* do sonho e a viagem de rumos traçados sobre um universo que ainda está por desvendar na sua grandeza.

O certo foi que a partir de Freud, a ciência começou a desenvolver-se, levando a que filósofos e neuropsiquiatras se interessassem pelo fenómeno dos sonhos. Assim, ao longo de quarenta anos de actividade, a teoria dos sonhos foi sendo solidamente construída, recrutando seguidores das várias áreas do conhecimento, provocando ao mesmo tempo uma discussão controversa plena de críticas e de rupturas².

Ao longo das diversas épocas, foi possível constatar que os sonhos passaram a ser encarados como um instrumento analítico importante, oferecendo-nos a oportunidade de descobrir características pessoais, frustrações, medos, acontecimentos e dinâmicas que nos

¹ Enquanto Freud tratava Frau Emmy Von, em 1889-1890, descobriu que ela apresentava espontaneamente nos seus sonhos um material significativamente descritivo. Freud deixou de lado o método de hipnose e passou a encarar o sonho como um ponto de partida para associações que, em última instância, conduziam até às ideias inconscientes que se ocultavam atrás de sintomas e sonhos e eram responsáveis por ambos. Deste modo e pela primeira vez, o significado dos sonhos era cientificamente abordado.

² Com efeito, alguns estudiosos continuaram os caminhos de Freud, como Melanie Klien, Fairbain, Friedrich e muitos outros. Pelo contrário, outros houve que desencadearam rupturas como a que ocorreu com Carl Jung, que pôs em causa algumas ideias-chave de Freud, nomeadamente a concepção da sexualidade infantil, do complexo de Édipo e da libido.

perturbam. Com o seu estudo, abriu-se um novo campo de possibilidades no sentido de as gerir e transformar, de modo a encontrar uma forma mais activa e produtiva de viver.

Somente na década dos anos 50, marcada pela descoberta do sono REM, indicador efectivo de que o indivíduo estava a sonhar, emerge uma nova fase de pesquisa sobre os sonhos e alguns elementos da psicanálise passaram a ser questionados pelos neurocientistas.

Do ponto de vista estritamente neurobiológico, a actividade onírica é descrita como constante e inerente à condição humana. Deste modo, quando sonhamos, apesar de fisicamente adormecidos, o cérebro não pára, uma vez que os circuitos neuronais mantêm-se activos e os sonhos são a prova disso³.

Foi neste sentido, que Hobson (1996), para explicar a actividade onírica, apresentou uma visão do cérebro-mente unificado⁴.

Um novo enriquecimento é proposto por António Damásio que apresenta outra possível abordagem, ao considerar a tríade *corpo, cérebro, mente*: «quando estava a falar de corpo, cérebro e mente, falamos do facto de que temos imagens, que o cérebro produz padrões neurais que se transformam em imagens mentais, que têm a ver com aquilo que se passa no corpo ou no exterior do corpo» (Damásio, 2008, p. 3).

Em *O Erro de Descartes* (1994), Damásio centrou-se principalmente no estudo das emoções com experimentações criativas tanto em animais como em humanos, tendo vindo a confirmar que, estruturalmente, elas envolvem as emoções, o corpo e o cérebro. Neste sentido, procurou demonstrar que em primeiro lugar vem a emoção e depois o pensamento. Portanto, não é *penso logo existo* mas *existo e por isso penso*.

Foi este interesse pelo enigmático e insondável mundo do sonho que conjugou as perspectivas da psicanálise e da neurociência no presente trabalho.

Das leituras efectuadas, verificamos que a exploração da temática do sonho, embora não sendo um caminho peregrino, nem inovador é ainda uma área mais sugerida do que explicitada. Todavia, pensamos que a abordagem deste tema possui alguma originalidade, se contemplarmos as duas ciências e se não cingirmos os nossos olhares a uma única perspectiva.

A nossa intenção de cruzamento, socorrendo-nos do parentesco apurado entre a psicanálise e a biologia não é peregrino. Já Winograd e muitos outros autores (2005)

³ A ideia sublinhada por Pacheco e Filho (2003) de que alguns neurocientistas consideram o sonho como um estado primordial da mente, sendo a vigília a modificação desse estado por *inputs* trazidos do exterior e se tivermos em conta demonstrações de que o feto passa cerca de oito horas diárias em estado de sonho, estas ideias confirmam a teoria do narcisismo primário. Assim, ao contrário de demolir a obra freudiana como pretendiam e como ainda pretendem alguns, a neurociência comprova algumas das hipóteses fundamentais.

⁴ Hobson (1996) usa o termo *cérebro-mente*, por considerar que existe uma forte relação entre a forma da actividade mental na actividade onírica e a forma da actividade cerebral no sono REM. É neste sentido, que começa a conceber uma teoria unificada da mente e do cérebro.

destacaram esta ligação, sugerindo ser este o sentido do termo *metapsicologia*⁵. Este conceito, na verdade, além de caracterizar a psicologia de Freud, mais do que uma técnica psicoterapêutica ou mesmo uma teoria psicológica da consciência, ele organiza o esquema do aparelho psíquico a partir da origem, da estrutura e do funcionamento, segundo os pontos de vista tóxico, dinâmico e económico.

Para esta ideia, parece Freud convergir ao mostrar ter consciência que a realização do desejo apenas solucionava o problema psicológico, mas não o biológico, que julgava dizer respeito à pré-história da mente⁶.

Perante esta diversidade de abordagens, foi nossa intenção entrelaçar sentidos que são irradiados desta rede alargada de perspectivas. Assim, tomámos o propósito de restringir a um só campo de investigação, o sonho, corporizando-o no objectivo do nosso trabalho, de elaborar um instrumento. Isto é, construir um questionário que integre o sonho e o sono e, posteriormente, a análise das suas propriedades métricas⁷.

Posto isto, propomo-nos seguir a temática do sonho, estando atentos aos rasgos que se abrem quando abordamos o sonho sob a perspectiva da psicanálise e das neurociências que possam lançar alguma luz sobre as possíveis figurações do sonho.

Dando seguimento a este enquadramento e no âmbito do presente trabalho, é nossa intenção analisar as compreensões do sonho trazidas pela mediação subjectiva da psicanálise e científica da neurociência. Para isso, procuraremos ler o discurso escrito, atendendo ao sugerido pelo dito para, reflectindo sobre o colhido a partir de aproximações e distanciamos dos elementos científicos de cada ciência, concertar num fio estruturador os saberes sobre o sonho.

Para a prossecução deste objectivo e dadas as circunstâncias que o envolvem, acreditamos que a análise estatística é a metodologia mais adequada para nos proporcionar os instrumentos de trabalho mais adequados para o estudo das medidas métricas do questionário.

Considerando a importância que os sonhos têm para a vida das pessoas, bem como o uso dos mesmos como coadjuvante para o processo psicoterapêutico, acreditamos poder enriquecer com o nosso trabalho e reflexão pessoal o estudo dos sonhos.

Assim, o presente trabalho está estruturado em duas partes principais.

A primeira parte contempla uma revisão bibliográfica, dividida em cinco capítulos.

⁵ O termo *metapsicologia* foi utilizado por Freud numa carta ao seu amigo e confidente Wilhelm Fliess, datada de 10.03.1898 (Freud, 1898), para designar a sua psicologia.

⁶ Nesta época, a fisiologia do sono e sonhos era desconhecida, restando a Freud apenas a sua interpretação psicanalítica dos sonhos.

⁷ Muitos são os estudos sobre o sonho na perspectiva psicanalítica e neurocientífica. Embora, na nossa bibliografia, estejam referenciados os que serviram directamente e indirectamente o objectivo do nosso trabalho, a verdade é que a limitação espacial e temporal do presente trabalho não nos permitiu fazer uma pesquisa e estudo exaustivos de um horizonte de estudos mais abrangente.

No primeiro capítulo evidenciamos a abordagem das neurociências sobre os sonhos, abordando a descoberta do sono REM e do sono paradoxal, assim como os modelos elaborados por neurocientistas para explicar o fenómeno do sonho, designadamente a programação iterativa e a hipótese de activação-síntese.

Em seguida, no segundo capítulo, expomos a teoria freudiana sobre a compreensão dos sonhos, para tal detivemo-nos sob ideias, concepções expostas em algumas das suas obras centrais⁸.

No terceiro capítulo, procedemos a uma reflexão crítica, onde procuraremos salientar pontos de ligação científicos, assim como apontar caminhos divergentes entre a psicanálise e as neurociências, sobre o estudo dos sonhos, segundo um enquadramento comparativo.

No quarto capítulo, abordamos o biológico e o relacional e reflectimos sobre a forma modo como estas duas dimensões estão dinamicamente envolvidas e como influenciam a vida do homem. Assim, descrevemos noções importantes no campo da psicossomática, como os ritmos biológicos, os ritmos corporais, as patologias e as relações psíquicas intersubjectivas.

O quinto capítulo é dedicado ao estudo do sonho na perspectiva psicossomática e nele ocupamo-nos essencialmente com a análise das teorizações elaboradas por Coimbra de Matos, Sami-Ali, Mendes Pedro e Amaral Dias, um confesso estudioso de Bion, entre outros, ao mesmo tempo que reflectimos sobre o valor do sonho na clínica psicanalítica.

Na segunda parte do trabalho, são apresentados e analisados dois estudos empíricos.

O primeiro estudo é relativo à construção e pré-teste do questionário por nós elaborado, referindo todos os procedimentos adoptados neste estudo, descrevendo-os meticulosamente, fazendo, posteriormente, uma análise e discussão dos resultados apurados.

No segundo estudo, procedemos à análise das qualidades psicométricas do questionário, a qual assenta na análise dos componentes principais, na inspecção de redundância dos itens e na validade convergente-discriminante dos mesmos itens.

Por fim, na conclusão, é elaborada uma síntese dos principais resultados encontrados, discutindo as limitações do trabalho e sugerindo caminhos, não só para formas de aperfeiçoamento do questionário, como também para futuras investigações.

⁸ Muitas são as obras de Freud, no entanto, para a elaboração deste capítulo recorreremos às seguintes obras: *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1896); *A Interpretação dos sonhos* (1900), em especial o capítulo VII; *Formulações sobre Dois Tipos do Acontecer Psíquico* (1911); *O Inconsciente* (1915); *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (1916/1917); *Para Além do Princípio do Prazer* (1920); *Artigos sobre Metapsicologia* (1939) e *Esboço da Psicanálise* (1938). Pois são as obras que os estudiosos mais dão enfoque e onde se explana a teoria freudiana. Adoptámos a metodologia de colocar o ano de publicação nas obras de Freud.

Assim, acreditamos cumprir a base da nossa caminhada que teve como sustentação as palavras de Elie Cheniaux, as quais apontam para a confluência destas duas ciências na formulação de indagações que o estudo do sonho deve contemplar:

[...] o estudo dos sonhos representa uma grande oportunidade de exploração da relação entre corpo e mente. [...] os modelos da psicanálise e da neurociência para os sonhos, embora muito distintos entre si, não devem ser vistos como antagônicos ou inconciliáveis, mas sim como complementares. Reiser acredita que uma cooperação entre esses dois campos do conhecimento poderia ser mutuamente enriquecedora (Cheniaux, 2006, p. 59).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – Uma Abordagem da Psicofisiologia sobre o Sonho

1.1 - A descoberta do Sono REM e da Actividade Onírica

Embora a cronologia o desaconselhe a lógica sugere que iniciemos uma revisão do estudo dos sonhos, considerando contribuições provindas da neurofisiologia e da psicofisiologia, uma vez que tais contribuições derivaram em perspectivas que colocaram em causa aquilo que, a partir de outras visões, o psicanalítico em particular, se foi constituindo como *um saber* acerca da actividade onírica.

A compreensão dos processos neurobiológicos implicados no sonho organiza-se, no essencial, em redor do estudo específico do tronco cerebral. Donde, o conhecimento desses processos faz supor a identificação desse papel e, posteriormente, a realização de estudos experimentais mais finos conduziram a *novas diferenciações*.

Sob esta perspectiva, a expansão da compreensão do sono e do sonho está associada a dois marcos científicos. O primeiro, o electroencefalograma, que tornou possível identificar vários estádios do sono. O segundo, a percepção do sonho como um estágio autónomo do sono e não como simples fase do sono. Estas constatações tornaram possível a realização de análises experimentais cada vez mais especializadas, aprofundando o conhecimento do sonho.

Foi o primeiro marco, o electroencefalograma, que favoreceu os trabalhos de Allan Rechtschaffen e Anthony Kales (1968), permitindo estabelecer a nomenclatura e classificações dos estádios do sono. Estes autores assinalaram a existência de um *estádio vigil de sonolência*, para além do estágio vigil, caracterizado por ondas de alta frequência e baixa amplitude, expresso por ondas de 8-13 ciclos/segundo, alternando com ondas de frequência alta (fusos), seguido de um estágio 1.

O estágio 1 caracteriza-se por frequências rápidas e de baixa amplitude, desaparecimento dos fusos e aparecimento de ondas ditas de 3.5 a 7.5 ciclos/segundo. Esta fase do sono ocorre durante a sonolência e o início do sono nocturno. Quando os sujeitos são despertados do sono nesta fase, que corresponde ao início do sonho, relatam frequentemente actividade mental do tipo do sonho.

O estágio 2 caracteriza-se por ondas de 12 a 14 c/s durante pelo menos 0.5s, com ondas agudas seguidas de uma onda oposta mais amortecida e, por vezes, seguida por um fuso.

No estágio 3, o traçado é ocupado, entre 20% e 50% do tempo, por ondas lentas (2Hz), de grande amplitude.

Finalmente, o estágio IV é caracterizado por mais de 50% de ondas lentas (2Hz). A dificuldade em separar o estágio III do estágio IV leva, por vezes, a juntá-los no conceito de *sono lento profundo*.

No entanto, Jouvet (1992) identifica um estágio específico que designou de *Sono Paradoxal*, uma vez que se caracteriza pela ocorrência simultânea de traçado do tipo I, de movimentos oculares rápidos e da diminuição do tónus dos músculos do queixo.

É importante ter em conta que o electroencefalograma, por si só, não permite descodificar o sono paradoxal, sendo necessário associar-lhe o electro-oculograma e o electromiograma.

Os fisiologistas Aserinsky e Kleitman, já em 1953, com as suas investigações, procuravam uma descrição fisiológica completa do sono.

Aserinsky, nas suas observações clínicas sobre o estudo da atenção nas crianças, verificou que, ao contrário dos adultos, as crianças entram frequentemente na fase REM logo no início do sono. O investigador observou que, quando os seus jovens sujeitos perdiam o foco da atenção e adormeciam, nos electroencefalogramas eram registados padrões de activação cerebral e os electro-oculogramas mostravam movimentos oculares rápidos. Kleitman deduziu que este estado de sono activado pelo cérebro, com os movimentos oculares rápidos, podia estar associado à actividade onírica. Os dois investigadores aplicaram uma combinação de electroencefalograma (EEG) e electro-oculograma (EOG) ao sono de adultos humanos e conseguiram observar a alternância periódica do sono REM⁹ e do sono não-REM ao longo da noite. Simultaneamente, os despertares que provocaram durante o sono REM produziam relatos de sonhos.

Pouco tempo depois, estas hipóteses foram corroboradas por William Dement (1958), sublinhando que esses períodos de activação cerebral, durante o sono, têm uma elevada correlação com a actividade onírica. Isto é, quando se acordavam sujeitos normais do sono REM, estes faziam relatos pormenorizados da actividade do sonho. Esta capacidade para recordar os sonhos parecia estar relacionada com a natureza do processo do acordar. Ou seja, o acordar durante o sono REM com movimentos oculares rápidos

⁹ Na literatura científica, o termo Sono REM também pode ser designado por *Rapid Eye Movements*, movimentos oculares rápidos. O Sono não-REM também é chamado de sono sincronizado ou sono de movimentos oculares não rápidos.

produzia relatos correspondendo à definição da actividade onírica em 90 a 95 por cento dos casos.

Pelo contrário, despertar durante o sono REM, quando os olhos não se estavam a mover rapidamente, produzia relatos de menor intensidade e numa proporção inferior de despertares, verificando-se em 70 por cento dos casos. Quando os despertares aconteciam durante o sono não REM estes números baixavam para 5 a 10 por cento. Assim, obtiveram-se relatos qualitativamente indistinguíveis da actividade onírica a partir do sono da fase I no início do sono, uma fase sem movimentos oculares. Todavia, estes relatos eram quantitativamente menos impressionantes em duração e intensidade do que se fossem obtidos a partir de períodos de sono REM (Hobson, 1996).

Posto isto, Dement considerou que a actividade onírica não está inteiramente limitada à fase REM, levando-o a afirmar que: «o sono REM não pode ser o único considerado como sinónimo de sonhos, e o sono lento não constitui um vazio mental» (Dement, 1957, p. 390).

Há ainda a ter em conta uma outra variável, não mensurável, o esquecimento do sonho. Pois nada exclui que uma actividade onírica em fase REM seja lembrada com maior probabilidade do que em fase não REM, independentemente da sua efectiva ocorrência. A conclusão a que Dement chegou parece-nos, portanto, mais plausível: «há maior probabilidade de recordações oníricas aquando de um despertar em período REM» (Dement, 1957, p. 391).

1.2 - Sono e Sono Paradoxal

Na sequência da descoberta do sono REM humano em 1953, como já referimos, William Dement (1958), com os seus estudos, determinou que uma fase idêntica do sono ocorria nos gatos.

Com uma estratégia semelhante, o jovem neurocirurgião francês, Michel Jouvet (1992), também conduziu experiências destinadas a estudar a base cerebral da aprendizagem. Quando os seus gatos se aborreciam e entravam no sono REM, observou que perdiam todo o seu tónus muscular. A este facto apelidou-o de *atonía muscular*¹⁰ e constatou ser causada por uma inibição activa proveniente da protuberância occipital, que Jouvet identificou como centro do sono REM do cérebro.

¹⁰ A *atonía muscular ou postural* observa-se quando uma estrutura cerebral desempenha três critérios necessários: a sua estimulação fisiológica provoca uma atonia generalizada; a actividade eléctrica dos corpos celulares está associada aos sinais externos da atonia; a destruição dos corpos celulares suprime selectivamente o aparecimento da atonia. Durante o sono paradoxal, o desencadeador da atonia muscular, é comandado por um pequeno grupo de neurónios situados no *locus coeruleus alpha*.

Na sequência da descoberta da atonia muscular, Jouvét reconheceu que ele e seu colaborador tinham identificado um terceiro sinal fundamental da fase do sono que Dement tinha denominado REM. Jouvét usou o termo sono paradoxal para caracterizar o facto de um animal aparentemente adormecido poder ter um cérebro activado. Por outras palavras, ao mesmo tempo que o cérebro do animal adormecido era internamente activado, a maioria dos músculos do corpo estavam activamente inibidos, desencadeando a atonia que estes investigadores observaram como crucial para a compreensão desse paradoxo.

Assim, Jouvét considerou que: «o sonho torna-se o terceiro estado do cérebro, tão diferente do sono como este o é do estado vigíl» (Jouvét, 1992, p. 48).

Mas se o sonho é de facto um estado do cérebro, que sentido terá, então, questionarmo-nos sobre o seu sentido ou significação? Pois com a descoberta do sono paradoxal, Jouvét, inibiu outras abordagens do sonho, uma vez que põe de lado a problemática da significação, da narratividade¹¹, etc.

Na verdade, a diferença entre sono-REM e sono não-REM não coincide com a diferença entre sono paradoxal e sono não paradoxal. É que se o sono REM se caracteriza por uma actividade bioeléctrica do cérebro de alta frequência e com baixa amplitude e por uma actividade ocular muito visível, também o sono paradoxal se caracteriza por isso mesmo, acrescido por um abatimento notável do tonus muscular (Pereira, 2000).

Aliás, se observarmos dois relatos de sonho, um de sono lento, outro de sono paradoxal, o que parece mais importante de realçar é que a forma como o sonho é concebido ou conceptualizado, depende da variação de dados relativos à presença de sonhos em sono paradoxal ou sono lento.

Sonho em sono lento	<i>Sonhei que ia fazer um exame. Foi um sonho muito curto. É tudo. Não me inquietei com o assunto.</i>
Sonho em sono paradoxal (o mesmo sujeito)	<i>Sonhei com exames. No início do sonho tinha acabado de fazer um exame e o dia estava com muito sol. Passeava com um colega que tinha as mesmas aulas que eu. Então uma espécie de... de... corte; alguém mencionou um (...) exame de Sociologia e eu perguntei-lhe se já sabia a nota de Sociologia. Respondeu que sim. Não sabia as minhas porque tinha estado ausente todo o dia.</i>

In Jouvét, *O Sono e o Sonho*, 1992, p. 102.

¹¹ O termo *narratividade* está relacionado com as qualidades específicas da narrativa. Neste contexto, a narratividade está numa relação directa com o receptor. Pois para que o receptor tenha a percepção de que uma história está a ser contada, o discurso narrativo terá de fazer uso das capacidades com que está provido e que lhe permitem o fenómeno da produção de sentido.

O primeiro sonho, apresentado no quadro, é mais conceptual do que maleável. Ele é composto por fragmentos da realidade não organizados e não narráveis, os quais raramente são lembrados e apresentam uma participação mais passiva do sonhador.

Em contrapartida, o segundo sonho é mais vívido e mais bizarro, apresentando uma maior participação do sonhador e uma maior estruturação espacial, sendo mais facilmente lembrado e relatado com maior número de palavras. Em sentido lato, é mais próprio do sonho.

Assim, se se considerar o primeiro sonho em sono lento como um não-sonho, então estamos a associar o sonho e o sono paradoxal. Mas se se considerar o primeiro sonho como um *verdadeiro* sonho, não nos podemos cingir à ideia do sonho como um *terceiro estado do cérebro*. Esta realidade sugere-nos que aquilo que o sono paradoxal introduz não é o sonho enquanto tal, mas a força da sua estrutura narrativa e da sua dimensão visual. O próprio Jouvét introduz outro aspecto importante ao afirmar que: «o sono lento se presta ao esboço de uma elaboração onírica, que teria o seu início nesse estado, sobretudo, sob a forma de pensamentos e reflexões, sem as contribuições visual e motora. Seria na fase do sono paradoxal que o sonho, na sua textura final, se expressaria com toda a riqueza sensorial, emocional e sobretudo motora» (Jouvét, 1992, p. 103).

Mas considerar que *o sono lento se presta ao esboço de uma elaboração onírica* é, ao mesmo tempo, afirmar que essa elaboração onírica que se enraizaria no sono lento é mais do que sono paradoxal, logo, o sonho não é redutível ao sono paradoxal e, por isso, compreender a dinâmica onírica é mais do que estudar a fase paradoxal do sono. Neste sentido, concordamos com Pereira (2000) ao considerarmos que tais factos proporcionam outras compreensões e perspectivas sobre o sonho e contrariam o reducionismo fisiológico dos trabalhos de Dement, Jouvét, Hobson e de muitos outros.

Todavia, se reduzíssemos a experiência onírica à fase paradoxal do sonho, ainda seria necessário responder a questões relativas a *mecanismos, funções e modelos* do sono paradoxal (Pereira, 2000)¹².

Investigações recentes mostram-nos que em todo o sono normal, 20% do sono total diz respeito a episódios de sono paradoxal. Pela observação de um hipnograma, onde são representados os quatro estádios do sono e do sono paradoxal, constatamos que esses estádios obedecem a uma organização temporal, e ocorrendo também a existência de ciclos de sono paradoxal todos a 90-100 minutos, embora a duração do sono paradoxal aumente na segunda metade da noite.

Assim, e na medida em que ao sono paradoxal corresponde o sonho, podemos concluir que, em situação normal, sonhamos ao longo de toda a noite, quer nos lembremos,

¹² Neste sentido, aproximamo-nos de Frederico Pereira (2000), pois conhecer os *mecanismos, funções e modelos* do sono paradoxal, é também, aprofundarmos o nosso conhecimento sobre a vida onírica.

quer não nos lembremos. Neste contexto, Sami-Ali (2001) considera importante a realização de estudos que analisassem a qualidade da actividade onírica em fase de sono paradoxal em situações de *repressão de função imaginária*, como aquelas, por exemplo, que se encontram na patologia psicossomática.

Centralizemo-nos no sonho propriamente dito e definido por Jouvét (1992) como aquele que é dotado de uma imagética¹³ forte e de componentes narrativas palpáveis. Nesta definição, o seu objectivo é estabelecer uma relação biunívoca entre sonho e sono paradoxal.

No entanto, esta ideia de Jouvét parece ser labiríntica. Neste sentido, concordamos com Pereira (2000) que salienta o facto de Jouvét se ter esquecido de cenários de sono paradoxal que não podem satisfazer tais critérios de sonho, como é o caso do sono paradoxal do recém-nascido. Sublinhamos que este não dispõe ainda de estruturas cognitivas susceptíveis de produzir imagens oníricas e muito menos a expressão narrativa.

A recorrência de sono paradoxal, bem como a sua importância no recém-nascido, maior do que no adulto, fazem pensar numa *função especial* do sonho. Os estudos, que revelam que o sono paradoxal se regista noutros mamíferos e pássaros, salientam essa importância funcional. Nas espécies em que se encontra o sono paradoxal também se verifica que a quantidade desse tipo de sono varia inversamente com a idade (Pereira, 2000).

Como exemplo, a cobaia apresenta uma percentagem de sono paradoxal de 80% vinte dias antes do nascimento, diminuindo para 20% de sono paradoxal no nascimento. É curioso constatar que o nível de maturidade cerebral da cobaia, vinte dias antes do nascimento, é idêntico ao nível de maturidade do gato e do rato recém-nascidos, respectivamente 90% e 80%. No homem, o sono paradoxal surge em maior percentagem logo nos primeiros dias de vida e vai gradualmente diminuindo com o aumento da idade (Jouvét, 1992).

Estes factos fazem pensar que o sono paradoxal tem alguma relação com os processos de maturação cerebral. Neste sentido, Michel Jouvét procurou demonstrá-lo com a *teoria da programação genética iterativa*, a qual abordaremos noutra secção.

Ainda a respeito dos dados anteriores, parece importante questionarmo-nos sobre quais serão os sonhos da cobaia com vinte dias antes de nascer? Certamente que esses sonhos não se encaixam nos verdadeiros sonhos, definidos pelo próprio Jouvét, com imagética forte e componentes narrativas. Deste modo, apontámos a ideia de Pereira (2000) de que o estudo científico do sonho não se reduz ao estudo do sono paradoxal e às especulações teóricas sobre as suas funções.

¹³ Utilizamos o termo *imagética* no sentido metafórico.

1.2.1 - Mecanismos neurofisiológicos do sono paradoxal

Uma vez identificadas as características e a evolução ontogénica do sono paradoxal, falta perceber quais são as estruturas cerebrais necessárias e suficientes para desencadear os fenómenos do sono paradoxal, ou seja, responsáveis pela actividade oculomotora, pela reprodução de imagens visuais e pela atonia muscular.

Um primeiro sistema que intervém no processo é designado *ponto-geniculado-occipital* (PGO). Este sistema inicia-se na formação reticular pôntica, mais concretamente dos núcleos *parabraquialis lateralis* e *dorso lateralis*, atinge os *corpos geniculados laterais* e projecta-se na *zona occipital* activando-a. Assim, as ondas PGO que são geradas pela activação celular do tronco cerebral estão associadas aos movimentos oculares rápidos que acompanham o sono paradoxal. Numa associação precisa com estes movimentos oculares rápidos fortes vibrações de excitação são transmitidas do tronco cerebral para o tálamo, por percursos independentes, para os córtices visual de associação. É desta forma que se geram as imagens visuais no sono paradoxal. Mas o gerador PGO estimula também sistemas motores, não só os responsáveis pelos movimentos oculares, mas também o próprio sistema piramidal. Activado o sistema piramidal, ele envia mensagens desencadeadoras de comportamentos. É por isso que um *sistema inibidor* tem de ser igualmente activado, caso contrário o sonhador agiria o seu sonho (Jouvet, 1992).

O travão do sistema motor, adjacente ao *núcleo coeruleus*, situa-se no chamado *núcleo coeruleus alpha*, que é controlado pelo *núcleo coeruleus* de tal forma que quando o *núcleo coeruleus* está activo, o *núcleo coeruleus alpha* está inactivo. À medida que o gerador PGO desencadeia as *mensagens sono paradoxal*, o *núcleo coeruleus* vai-se tornando menos activo, estando os neurónios SP¹⁴ em *off*, libertando assim, o *núcleo coeruleus alpha* que, por seu turno, envia sinais activadores, ou seja, os neurónios SP encontram-se em *on*, ao nível do *núcleo magno-celular-bulbar*. Finalmente, é o *núcleo magno-celular-bulbar* que inibe as transmissões dos sinais piramidais ao nível espinal, bloqueando os neurónios motores (Jouvet, 1992).

Todavia, a esta influência inibidora escapam os neurónios motores oculares e os mecanismos respiratórios. Pelo facto dos neurónios motores oculares escaparem aos mecanismos de inibição motora, levou diversos autores a conjecturarem que os movimentos oculares poderiam corresponder a uma expressão paralela de uma exploração visual da paisagem onírica (Pereira, 2000). É com base nestas evidências que Hobson afirma que: «a imagética visual da actividade onírica é tão completa como a da actividade do mundo exterior» (Hobson, 1996, p. 131).

¹⁴ SP significa sono paradoxal.

Foi com o estudo *Comportamento Onírico*¹⁵ que Jouvét pôs em evidência a importância do *núcleus coeruleus alpha*.

Para aprofundarem o estudo do comportamento onírico, Jouvét e Sastre (1979 *In* Jouvét, 1992) observaram que os gatos com lesões nas vias pontico-bulbares ou do *núcleus coeruleus alpha*, *punham o sonho em acção*, isto é, desencadeavam um comportamento onírico. O animal começava por levantar a cabeça e a realizar uma exploração visual aparente. Depois deslocava-se como se estivesse a explorar o espaço. Noutros momentos, adoptava o comportamento de aproximação de uma presa, simultaneamente adoptando uma outra postura característica, ficando quase imóvel com uma pata da frente ligeiramente levantada. Ainda noutras situações, lambia-se, bebia água, ou desenvolvia comportamentos de ataques terminados pela captura de uma presa imaginária, com os movimentos correspondentes das patas anteriores. Outra atitude típica é a do medo, o animal ficava ligeiramente colado ao chão, de orelhas rebatidas e cauda ligeiramente erguida. Para Jouvét (1992) os comportamentos oníricos observados parecem demonstrar que o sonho é uma actividade programada do cérebro.

Porém, as relações entre os diferentes comportamentos oníricos e a actividade PGO, apesar de prováveis, são difíceis de analisar. Pois se centrarmos a compreensão do sonho nos *disparos* PGO, fica-se em face de um paradoxo. De acordo com o carácter aleatório dos disparos PGO, este é incompatível com o carácter mais ou menos estruturado do sonho, em particular com a sua narratividade. Nesta perspectiva, Pereira (2000) classificou o modelo de Jouvét incompleto.

1.3 - Modelo de Programação Genética Iterativa

A partir de factos empíricos e das recentes descobertas neurofisiológicas, Jouvét procurou desvendar o mistério das funções da actividade onírica e criticar o modelo freudiano do sonho, bem como, as concepções psicanalíticas de entender o sonho e o sonhar. Para o autor, durante o sonho assiste-se ao que se designa por *programação genética iterativa*, que já referimos anteriormente.

Segundo esse modelo, durante o sono paradoxal, entraríamos em contacto com as nossas raízes instintivas e, treinando-as nesse cenário fictício, o sonho, tê-las-íamos disponíveis caso precisássemos delas, mesmo em ausência de um requerimento ambiental

¹⁵ O estudo do comportamento onírico surgiu com as descobertas de registos eléctricos idênticos durante o sono dos mamíferos e durante o sonho no homem. A partir destes factos a neurofisiologia experimental empenhou-se em demonstrar e em analisar os mecanismos do sono paradoxal no animal. Deste modo, foi possível desvendar as sequências estereotipadas de comportamento que ocorrem durante o sono paradoxal, mas que permanecem por exprimir, porque são bloqueadas antes de atingirem os neurónios motores. Estudo publicado em *Le Comportement Onirique chez le Chat* em *Psychology and Behaviour*, nº 22.

para se reproduzirem. O organismo precisa de saber como fazer tudo o que é essencial para sobreviver antes mesmo de produzir esses actos. A necessidade para o organismo desses treinos está em que o sistema nervoso é extremamente plástico e as conexões neuronais facilmente são modificadas pelas influências do ambiente. Neste sentido, sonhar reforçaria periodicamente conexões neuronais responsáveis pela herança psicológica aspirando mantê-las funcionais. É por isso que o comportamento onírico se manteria estável em cada indivíduo e pareceria idêntico em indivíduos com potencial genético idêntico.

Nesta perspectiva, seria possível reestabelecer determinados circuitos que teriam sido alterados por acontecimentos epigenéticos. No entanto, a não-activação de tais circuitos originaria o processo inverso, resultando numa identidade *lábil*¹⁶ (Pereira, 2000).

Deste modo, a função do sono paradoxal seria a de construção individual, garantindo a individualidade, apesar da polimorfia permanente das relações do indivíduo com o meio ambiente. No mesmo sentido, Andrade (2003), considerando a teoria do *marcador-somático*¹⁷, elaborada por António Damásio, em 1994, considera os afectos, ou os sentimentos na linguagem de Damásio, uma consequência de dispositivos de biorregulação formados por circuitos neurais cerebrais, activados ou inibidos, em função de processos bioquímicos do corpo em interacção com o ambiente.

Uma outra função do sono paradoxal apontada por Pereira (2000), é a de *desfazer* certos aspectos pouco compatíveis com a individualidade e de reforçar outros mais apropriados a essa mesma individualidade.

Essencialmente, durante o sonho, poder-se-ia efectuar um infinito jogo combinatório entre a herança psicológica e as aprendizagens adquiridas durante a vigília, disponibilizando novas estruturas de pensamento, que permitiriam enfrentar novos problemas. Por outras palavras, a forma mais eficaz de tais reforços ou apagamento de aspectos, sem influência da experiência externa, ocorre precisamente durante o sono. É por esta mesma razão que Jouvett, inverte o célebre conceito freudiano, afirmando que é o sono o guardião do sonho.

Para ilustrar o determinismo genético da individuação psicológica, Jouvett faz referência aos estudos de gémeos realizados por Bouchard em Minnesota. Este estudo diz respeito a dois gémeos homozigóticos, criados desde a primeira infância em famílias diferentes do *Middle West* americano, cujo grau de similaridade seria espantoso. Ambos teriam engordado 5 kg na mesma altura, se teriam divorciado de duas mulheres com o mesmo nome e teriam casado, pela segunda vez, com duas mulheres ainda com o mesmo nome. Teriam ambos um cão, ao qual deram o mesmo nome e cada um tinha um filho de nome idêntico, com uma pequena diferença que consistia em um chamar-se James Allan e

¹⁶ A palavra *lábil* é neste contexto empregada para definir uma característica da identidade do indivíduo. Neste caso, caracterizar-se-ia por uma instabilidade.

¹⁷ António Damásio (1994) define o termo técnico *somático* pelo facto da sensação ser corporal (em grego, *soma* quer dizer corpo); e porque o estado de sensação marca uma imagem, chamou de *marcador*.

o outro chamar-se James Alan. As semelhanças estendiam-se à ocupação dos tempos livres com a carpintaria e de ambos roerem as unhas (Jouvet, 1992).

Segundo a teorização de Jouvet podemos considerar que tudo aconteceria por causa da identidade genética realimentada pela programação genética iterativa durante o sono paradoxal.

Neste sentido, o autor refuta a teoria de Freud afirmando: «é extremamente difícil considerar que, na teoria de Freud, a força actuante primária e a “conspiração” do sonho são a ocultação de um desejo reprimido. A força actuante durante o sono paradoxal é uma activação biológica das células da ponte e não um desejo reprimido» (Jouvet, 1992, p. 144).

Na perspectiva de Frederico Pereira «reduzir a força actuante do sonho aos disparos PGO é tão absurdo como reduzir a linguagem à sua componente fonológica!» (Pereira, 2000, p. 62). Parece então que os avanços epistemológicos e as afirmações de Jouvet têm uma base de sustentação frágil ou redutora.

O mesmo autor considera que Jouvet, ao elaborar o modelo já exposto, parece apoiar-se em *curiosidades* como os estudos de Bouchard e esquecer a coerência relativa do sonho, isto é, um conjunto de factos, do sonho ser um fenómeno plural, do sonho corresponder a uma experiência psicológica e de uma tal experiência psicológica ocorrer sobre um fundo ele próprio psicológico.

As hipóteses de Jouvet parecem convergir às noções jungianas de *Grandes Sonhos* e do *processo de individuação*. Se Jouvet partiu da fisiologia do sistema nervoso, Jung fê-lo do estudo da mitologia dos sonhos.

Os sonhos constituem para Jung um processo de auto-regulação psíquica que, baseando-se nas experiências passadas, tanto do indivíduo quanto da espécie, as reorganiza para uma melhor adaptação futura. Quando a pessoa se encontra numa situação na qual precisa dos seus recursos instintivos, estes aparecem nos sonhos em forma de imagens míticas. Foram estas conclusões que terão levado Jung a falar em arquétipos em vez de instintos. É segundo esta aceção que os Grandes Sonhos eram definidos como aqueles nos quais predominava o material arquétipo (Jung, 1984).

Assim, no sentido jungiano, Jouvet parece dizer que todo o sonho é um Grande Sonho, pois conecta-se com as forças instintivas e actualiza-as (Bein, 2008).

Jung (1984) chama de *individuação*, palavra adoptada anos mais tarde por Jouvet, a um processo que pode ser observado ao analisar longas séries de sonhos. Através dos sonhos, o inconsciente compensa posições unilaterais da consciência. E ao examinar uma longa série de sonhos, ele observou como estas compensações, aparentemente isoladas, obedecem a um plano pré-determinado que as liga uma às outras subordinando-as. A este fenómeno do inconsciente, Jung chamou de *processo de individuação*. Mediante ele, gera-

se um novo centro de personalidade, chamado *Self*, composto ao mesmo tempo pela consciênciente e pelo inconsciente.

Não podemos afirmar que ambas as ideias sejam idênticas, pois para Jung a individuação tem como meta o desenvolvimento da personalidade individual, enquanto para Jouvét, o processo é resultado da selecção natural, isento desse carácter teleológico apontado por Jung. E aqui aproximamo-nos de Bein (2008) ao considerar que a semelhança entre a individuação jungiana e a jouvétiana não deixa de ser sugestiva.

1.4 - Um novo Modelo do Cérebro Sonhador: Hipótese Activação-Síntese

O modelo de *Interação Recíproca* nasceu nos anos 60 decorrente dos estudos de Raul Hernandez-Peon e da sua descoberta que consistia em induzir acetilcolina no tronco cerebral para aumentar o sono REM. Mais tarde, Michel Jouvét demonstrou que o sono REM, nos gatos, podia ser bloqueado com a administração de atropina. Mas foi em 1985, através de Gillin que este modelo adquiriu maior consistência, pois os sujeitos despertados em períodos REM artificialmente induzidos, relatavam actividade mental com todas as características formais da actividade onírica (Hobson, 1996).

Mais tarde, Hobson e McCarley (1977) desenvolveram a *hipótese activação-síntese*, que contemplava uma visão formal da actividade onírica e é revelada pelo modelo de interacção recíproca da fisiologia do sono REM, cujo ponto mais forte é a indução química da actividade onírica, através da manipulação do sistema acetilcolínico.

De acordo com este modelo, o sono REM e a actividade onírica ocorrem apenas quando a actividade da população neuronal aminérgica REM-*off* alcança um nível suficientemente baixo para permitir ao sistema reticular REM-*on* escapar ao seu controlo inibitório¹⁸. Esta oposição no sistema nervoso é assim expresso por excitação/inibição (Hobson, 1996).

Constatou-se ainda que esta reciprocidade entre os dois sistemas de neurónios aminérgicos e células gigantes reticulares é contínua ao longo dos três estados; a vigília, o sono não-REM e o sono REM. Ao mesmo tempo verificou-se que a actividade mudava continuamente, num modo que parecia rigorosamente recíproco.

Posto isto, o cérebro pode sofrer uma mudança periódica no rácio neurotransmissor de modo predominantemente aminérgico, com descargas das substâncias de noradrenalina

¹⁸ O sistema REM-*off* intervém na activação do mecanismo do sono REM. O sistema é constituído por *células gigantes reticulares*. O sistema REM-*on* está implicado na cessação do sono REM. As células constituintes deste sistema são as *células aminérgicas* do tronco cerebral pântico. As três zonas do tronco cerebral que contêm estas células: o *locus coeruleus noradrenérgico*; os *núcleos de raphe serotoninérgicos* e a *protuberância occipital peribraquial*.

e de serotonina, na vigília para um modo predominantemente colinérgico, com acréscimo da substância acetilcolina, durante o sono REM. Tendo como base estes factos, Hobson (1996) formulou duas hipóteses sobre a actividade onírica.

Uma primeira hipótese foi que o sono REM e a actividade onírica são as consequências da libertação de neurónios colinoceptivos a partir da inibição aminérgica, tendo como foco de excitação com início no tronco cerebral. Esta acção conduz à produção de sono REM e à actividade onírica, aumentando artificialmente a energia colinérgica no tronco cerebral.

Uma segunda hipótese considera os antagonistas colinérgicos como os agentes químicos que imitam a acção inibitória do sistema aminérgico, levando à diminuição de sono REM e da actividade onírica quando injectados na rede neuronal do gerador de sono REM.

Segundo este modelo, os sonhos provêm da consciência normal inerente a um cérebro-mente auto-activado, que possibilita o melhor ajuste possível de dados ainda primários, produzidos por este cérebro-mente auto-activado.

Não há ainda certezas sobre aquilo que ocorre na activação do cérebro-mente, neste mecanismo tão complexo que é o sono. Mas admite-se que no sono REM, em função de uma diminuição da actividade aminérgica, ocorre uma desinibição do sistema colinérgico, especialmente na protuberância. Isso faz com sejam geradas periodicamente as ondas ponto-genículo-occipitais, detectadas no eletroencefalograma do sono REM, as quais, para os dois autores, são os estímulos básicos dos sonhos. Elas originam-se na protuberância, propagando-se de seguida para o corpo geniculado lateral do tálamo e chegando ao córtex visual ou occipital, activando-o. Dessa forma, com base nos traços de memória visual armazenados, são produzidas as imagens do sonho. Como essa *activação* cortical dá-se de forma aleatória, formando imagens caóticas, as quais, num segundo momento, sofrem um processo de *síntese*, construindo, assim, uma narrativa sequencial.

Portanto, de acordo com a teoria, os sonhos nascem no tronco cerebral desprovidos de qualquer significação, ou seja, eles não estão a disfarçar nada, pelo contrário, expressam de forma transparente a actividade cerebral.

Assim, esta teoria activação-síntese surge como uma constestação à teoria psicanalítica sobre os sonhos.

Todavia, António Damásio (2008) nos seus estudos projecta-se mais além, contemplando a tríade *corpo, cérebro, mente*. Nesta tríade, a actividade fundamental do cérebro é regular a função da vida, tendo como efeito transversal a produção daquilo a que chamamos mente, onde a produção de imagens de toda a espécie são o resultado da modificação do corpo ou dos nossos órgãos sensoriais, isto é, com aquilo que se passa no exterior do corpo. Como nos explica o autor:

[...] Existe um corpo, o “body-proper”, existe um cérebro dentro do corpo, [...]. Existe cérebro porque é necessário coordenar a regulação do corpo num meio ambiental complexo. Se o meio fosse simples e as condições do corpo fossem simples, era possível com pequenos ajustamentos corpóreos, sem cérebro, manter a vida. O problema é que através da evolução, o corpo ganha novas unidades, novos sistemas ligados uns aos outros, enquanto o meio se torna também mais complexo, com perigos e oportunidades que se multiplicam [...]. Por tudo isso, o cérebro torna-se mais complicado. Desenvolveu-se assim um espaço que podemos chamar mental, que não é separado, e que é o resultado de todo esse funcionamento de organismo integrado do corpo com o cérebro dentro do corpo (Damásio, 2008, p. 2).

Deste modo, o corpo surge como um receptor de todas as modificações providas do interior e outras do exterior do corpo. Cabe ao cérebro produzir imagens de todas estas modificações e a mente surge como qualquer coisa dentro do cérebro que está dentro do organismo. Mas também como efeito paralelo do desejo do organismo de perdurar, isto corresponde ao desejo invencível de continuar. Segundo o autor o que temos de fazer é de regular a nossa vida, por isso é que às vezes choramos e outras vezes sentimo-nos poderosos.

1.5 - A forma dos Sonhos

Com base nas descobertas científicas da vida onírica, referidas anteriormente, Hobson define cinco aspectos formais da actividade onírica; a *alucinação visual e motora*; a *aceitação delirante dessa experiência alucinóide como real*; a *distorção espacial e temporal extremamente bizarra*; a *forte emoção*; a *falha de memória*.

O primeiro aspecto formal, a *alucinação* caracteriza-se por uma certa irrealdade. Pois apesar da actividade mental no sono ser diferente da da vigília, na medida em que as imagens construídas surgem na ausência de informação sensorial externa e saída de informação motora, constatam-se semelhanças pelo facto de vermos claramente e o movimento ser vividamente alucinado. Classifica-se de *vividamente*, porque refere-se a algo sentido como real, devido à activação específica dos circuitos cerebrais sensoriomotores e *alucinado* porque não acontece na realidade.

A perda de auto-referência a que assistimos na actividade onírica, de acordo com a activação-síntese, é provocada por uma alteração do modo de processamento da informação devido a uma interrupção do disparo neuronal aminérgico. No sono REM, o cérebro interpreta os sinais internamente gerados em termos da sua anterior experiência

com o mundo exterior, deixando no ar a interrogação de como o cérebro selecciona e combina essa experiência.

O segundo determinante formal, a *actividade onírica como delirante*, aparece como resposta à questão. A ausência de informação externa para estruturar a experiência permite que os sinais internamente gerados sejam sintetizados em histórias extraordinárias, mas que são igualmente aceites como realidades vivenciadas. O passado é assim interpretado como se fosse o presente, é isto que caracteriza a experiência na actividade onírica como desestruturada. Pois a ausência de indícios externos não permite que o cérebro-mente construa um enquadramento de orientação consistente.

Hobson, ao descrever os sonhos como *alucinóides* e *delirantes*, defende a actividade onírica como um modelo válido da psicose. Apesar da actividade onírica ser um processo mental normal e não psicopatológico, esta assume que o processo onírico pode auxiliar a compreensão da psicose. Porquanto o cérebro-mente atribui significado a sinais gerados internamente, quer esteja normalmente delirante como no sono REM ou anormalmente delirante como na psicose durante o estado de vigília.

O terceiro aspecto formal é a *desorientação*, em que *distorções de tempo, de lugar e de pessoa*, advêm do facto de no sono REM existirem múltiplos canais sensoriais que são activados. Sob tais circunstâncias, isto é, de introdução de toda a informação internamente gerada, qualitativamente semelhante e quantitativamente diferente daquelas que surgem do exterior do cérebro, tudo é sintetizado num único enredo. Pode ser a natureza involgar do estímulo que confere ao sonho um aspecto de distorção espacio-temporal ou bizarria onírica.

O quarto determinante formal caracteriza-se pela presença de *emoção* no sono REM, pois as emoções não só estão presentes nos sonhos como são intensas, uma vez que durante o sono REM, verifica-se a activação dos centros emocionais, nas regiões límbica e paralímbica. A intensificação dos componentes centrais da emoção pode ocorrer também através da activação do cérebro anterior, ou da retroacção proveniente dos mediadores autónomos da experiência.

O quinto e último aspecto formal da actividade onírica é a *amnésia*. Como já referimos, na activação-síntese, o sono REM é ligado quando o disparo dos neurónios aminérgicos do tronco cerebral é interrompido. A não activação dos neurónios aminérgicos, durante o sono REM significará uma ausência de memória, dado que, se estes neurónios não enviam a instrução *recordar* ao cérebro anterior, ele esquecerá. Deste modo, Hobson explica a razão da recordação dos sonhos que temos. Pois, para o autor, a experiência onírica reside temporariamente num sistema frágil de memória a curto prazo e só poderá ser armazenada se ocorrer um despertar com a reactivação dos neurónios aminérgicos.

O autor faz uma distinção entre a *forma* dos sonhos, universal e atribuível à fisiologia, e o *conteúdo* dos sonhos, provavelmente atribuível à experiência individual específica. Nesta definição formal ele «ambiciona tanto a simplicidade como a universalidade» (Hobson, 1996, p. 296).

Parece que a simplicidade é utilizada para explicar o complexo fenómeno fisiológico que é o conteúdo dos sonhos e a universalidade pressupõe que se assuma que uma simples hipótese acerca da forma dos sonhos será geralmente verdadeira da actividade onírica de toda a gente. Hobson considera que a forma dos sonhos é importante na *modelação* do seu conteúdo. Deste modo, os elementos oníricos não têm qualquer significado escondido, pois se o nosso interesse incidir sobre o significado dos sonhos, apenas temos de reconhecer as determinantes formais da actividade onírica (Hobson, 2002).

Para os seus estudos, Hobson extraiu um diário de sonhos de um indivíduo a que chamou o *Maquinista* (1996), com o interesse em analisar o contraste forma-conteúdo. Este diário descreve meticulosamente cerca de 233 sonhos, com ilustrações compostas por desenhos e legendas.

1.5.1 - A Forma das Sensações dos Sonhos

A activação-síntese assume a modelação do conteúdo onírico como fortemente sensorio-motora. Se o sentido da visão dominar os relatos de sonhos, haverá então activação neuronal visual no sono REM. Os sentidos estão presentes na actividade onírica, mas o modo sensorial dos sonhos é predominantemente *visual*. A *audição* apresenta-se mais frequentemente qualificada pela incerteza perceptiva, exprimindo-se com expressões do tipo, “Julgo que ouvi...”; “Parece-me que disse...”.

Interessante é constatar que, nos inúmeros sonhos estudados, não havia quaisquer descrições de sensações de prazer sexual e de dor. Poucas sensações térmicas, tácteis, olfactivas e gustativas também caracterizam os relatos dos sonhadores.

1.5.2 - A Formas do movimento onírico

No sono REM, os canais sensoriais cinestésicos são eficazmente activados. O movimento tem um papel muito importante na construção da actividade onírica. Esses movimentos oníricos podem ser considerados como acção, mas, para serem relatados, é necessário que sejam sentidos e percebidos, uma vez que são ilusórios e fictícios porque são gerado por padrões motores activos mas destituídos de expressão comportamental.

Os desenhos dos sonhos do Maquinista foram particularmente úteis para o estudo do movimento onírico. Hobson caracterizou esse movimento onírico em três aspectos.

Um primeiro aspecto, *activo e transitivo*, caracteriza os sonhos com movimento activos. A sensação de movimento está ligada à activação real e concreta dos centros de comando motor do cérebro.

O segundo aspecto, *intencional e eficaz*, em que o movimento aparece como aspecto fundamental na definição da história e na evolução das cenas oníricas. O movimento apresenta-se como decisivo, ou seja, é um acontecimento primário na formação do sonho.

O último aspecto, denominou-se, *trajectórias oníricas são bizarras*, porque muitas dessas acções oníricas, à luz do dia, são simultaneamente irracionais e involuntárias.

1.5.3 - A Bizarria dos Sonhos

Na activação-síntese, a bizarria dos sonhos é atribuída à condição fisiológica única do cérebro durante a fase de sono REM, não tendo, por isso, nenhum significado psicodinâmico especial. Deste modo, a bizarria é uma consequência directa de alterações nas propriedades operativas do cérebro no sono REM.

A partir do estudo da bizarria dos sonhos, distinguiram-se três traços característicos: as *descontinuidades*, alteração da identidade, tempo lugar, ou as suas características; as *incongruências*, traços desajustados; por fim, as *incertezas* ou *indefinição explícita*. Por sua vez, estes traços permitem à actividade onírica tornar-se única como estado mental.

No que respeita ao traço designado bizarria, consideram-se três aspectos de funcionamento mental; o de orientação, o contextual e o conceptual. Estes três aspectos são observáveis nos extremos opostos da vigília e da actividade onírica, estabilidade/instabilidade (de orientação); congruência/incongruência (de contexto); confiança/incerteza (de conceito).

1.6 – Questionamentos à Hipótese Activação-Síntese

As teorias de Hobson são certamente de grande interesse e importância, não só porque põem em causa os modelos freudianos, mas também, por proporcionarem importantes contributos ao estudo e compreensão dos mecanismos e estruturas inerentes ao sono e sonho.

Porém, toda a verdadeira ciência ensina a duvidar e a ser-se ignorante. É sobre esta premissa que entendemos que esta hipótese deixa aspectos por explicar, nomeadamente, as constâncias de temática narrativa da actividade onírica.

Coloquemos esta problemática sob a forma de uma pergunta, se o sonho é aleatório, depende e ocorre através de um cérebro-mente auto-activado e desconectado com o mundo exterior, como pode ser explicada a repetição de um mesmo sonho em noites distintas?

Segundo a teoria activação-síntese, são os aspectos formais do sonho que reflectem as leis como é encaminhado o armazenamento, a organização e a recuperação de informação no cérebro. É durante o sono REM que o cérebro de um indivíduo interpreta os sinais internamente gerados em termos da sua anterior experiência com o mundo exterior. Este cérebro-mente auto-activado, desconectado e auto-estimulado, processa os sinais internamente gerados em termos de informação armazenada na memória. Todavia, outra questão subsiste. Como é que o cérebro-mente selecciona e combina essa informação?

É com o modelo de activação-síntese que Hobson (2005) contesta a visão psicanalítica acerca da construção dos sonhos, nomeadamente, o trabalho de Freud sobre *A Interpretação dos sonhos*.

O autor argumentou que o modelo psicanalítico não apresenta qualquer base cerebral, sendo a estranheza dos sonhos atribuída à dissimulação activa pelo censor de desejos inconscientes inaceitáveis que, juntamente com a experiência recente, os denominados resíduos diurnos constituem os instigadores da actividade onírica.

Em oposição, no modelo de activação-síntese, a estranheza dos sonhos é atribuída às características fisiológicas típicas da construção do sono REM. Através das quais, dados internos díspares e caóticos devem ser integrados tanto na ausência da estrutura de dados espaço-temporais externos, como na inexistência dos controlos químicos internos necessários ao pensamento lógico, à atenção e ao entendimento.

A diferença fundamental dos dois modelos assenta no modo como se processa a estrutura cérebro-mente. Para a psicanálise, o relato onírico insinua-se como uma transformação simbolicamente codificada do verdadeiro estímulo do sonho, necessitando de interpretação para revelar o seu conteúdo latente. Já, para a activação-síntese, o sonho, tal como é contado, é o produto transparente e directamente legível de um modo invulgar de processamento de informação (Hobson, 1996).

Segundo a abordagem de Frederico Pereira, os mesmos esquecimentos encontrados no modelo de Juvet, também estão presentes em Hobson e MacCarley, com excepção da coerência relativa do sonho. Por outro lado, ele aponta à teoria de activação-síntese algumas lacunas, como o facto do sonho ser um fenómeno plural, ao contrário da simplicidade e universalidade ambicionada para os aspectos formais da actividade onírica; do sonho corresponder a uma experiência psicológica e do facto dessa experiência ocorrer sobre uma base de natureza psicológica.

Pelo que atrás referimos, esta perspectiva choca com o pensamento de Hobson, para quem «a actividade onírica e o sono são ambos reflexos da fisiologia» (Hobson, 1996, p. 389).

Também Mark Solms (2000) crítica a teoria da activação-síntese, considerando que o sono REM e o sonho são estados dissociáveis, isto é, um pode ocorrer sem o outro. Este investigador estudou pacientes que apresentavam uma lesão na protuberância e, conseqüentemente, perda total ou parcial do sono REM, mas a maioria destes pacientes mantinham a capacidade de sonhar. Por outro lado, Solms refere que, existem casos em que se observa uma eliminação do sonhar provocada por lesões no cérebro anterior que preservaram a protuberância e o sono REM. De acordo com Solms, o sistema dopaminérgico mesolímbico-mesocortical é o gerador do sonho. Este sistema está associado aos estados motivacionais, os quais favorecem comportamentos que visam a satisfação das necessidades biológicas. Na sua concepção, o autor considera que o sono REM é activado pela actividade colinérgica da protuberância e os sonhos são activados pelos circuitos dopaminérgicos do cérebro anterior.

O sonho existe enquanto experiência lembrada e o memorizar parece reenviar para uma actividade significativa que, a partir do caos, procura encontrar algum sentido, pois numa memorização do sonho o que se verifica é um esforço de ordenação.

Muitas vezes, quando o sujeito acorda diz: “sonhei com isto... não tem sentido”, o que por si só já introduz uma significação.

Partilhamos com Pereira (2000) a ideia de que é neste ponto preciso que se localiza a impotência da fisiologia, já que, precisamente, sobre os sentidos dos sonhos, esta abordagem nada tem a dizer.

2 - Freud: o epistemólogo que investigou os sonhos

2.1 – O Desejo Inconsciente e a Deformação Onírica

Para integrar a teoria do sonho num *modelo geral da mente* e para aprofundar a teoria do conflito e da defesa, Freud elaborou a primeira tópica¹⁹. Subdividindo esta em instâncias psíquicas em Consciente, Pré-Consciente e Inconsciente, como apresentou no capítulo VII, da *A Interpretação dos Sonhos* (1900). Mais tarde, esta concepção é substituída pela segunda tópica, dividindo a personalidade em *Eu* (Ego), *Isso* (Id) e *Super-eu* (Superego).

Relativamente à primeira tópica, esta é composta por uma área que não acede à consciência a não ser mediante profundas transformações, isto é o inconsciente, donde parte o impulso para o sonho.

Para Freud, o sonho é *uma realização (disfarçada) de um desejo (reprimido)*, possuindo um conteúdo *manifesto* que corresponde à experiência durante o sono e um conteúdo *latente*, que é inconsciente para o sonhador.

O conteúdo latente do sonho é composto por três elementos: as *excitações sensoriais nocturnas*, que podem ser externas ou objectivas e internas ou subjectivas dos órgãos dos sentidos; os *restos diurnos*, que são memórias mais ou menos insignificantes do dia ou dos dias anteriores; as *pulsões do id*, relacionadas com fantasias de natureza sexual ou agressiva.

Freud introduz ainda outro factor básico na formação dos sonhos, aquilo que designou por *marcha regrediente* no aparelho psíquico, isto é, o reinvestimento das regiões sensoriais visuais, em vez da descarga motora. Isto ocorre devido a *processos adicionais de inibição*²⁰.

No entanto, sabemos hoje que não se trata de uma marcha regrediente, mas é o impulso originado no inconsciente e que normalmente tem a forma de um desejo infantil, que não permite que o sonho passe para o campo da motricidade. Curioso é o facto de Freud o afirmar *avant la lettre*: «represento-me que o desejo consciente não suscita um sonho senão quando consegue despertar um outro desejo, inconsciente, pelo qual se fortaleça» (1900). Mas a seguir é mais decisivo: «o desejo representado no sonho é necessariamente infantil» (1900).

¹⁹ A palavra *tópica* advém do grego *topos* ou lugar, é uma *teoria de lugares*.

²⁰ É importante salientar que o termo *regrediente* não é regressivo mas uma regressão regrediente. Regrediência é neologismo em todas as linguagens, mas surgiu de Freud, do alemão *regredient*, que é o trabalho do sonho. Todavia, Freud empregou esta expressão apenas para o momento em que se tem um sonho (Botella, 2007).

O que atrás foi referido coloca o problema de saber como se podem manifestar no sonho esses desejos infantis. Este contexto remete-nos para um outro aspecto central do pensamento de Freud, a *teoria da representação*, mas sobre o qual não nos deteremos por não se enquadrar neste trabalho.

Muitos desses desejos infantis não são directamente apresentáveis ao sonho, em primeiro lugar porque não são eles próprios pensáveis, na medida em que correspondem a estruturas sub-representativas.

Esta incompatibilidade entre determinadas memórias e o *sistema* está na origem da *censura endopsíquica* e da *deformação* dos processos representativos associados a estas memórias²¹.

É a deformação da representação ou do conteúdo latente que conduz ao carácter incompreensível do sonho. Parece então que o sonho e a deformação no sonho infundem na tríade freudiana do *recalcamento – insucesso do recalcamento – retorno do recalcado*, fora desta teoria o sonho manter-se-ia incompreensível.

A partir daqui entramos num outro tópico fundamental da metapsicologia freudiana, que introduziu as noções de *energia livre* ou *processo primário*, em oposição à *energia ligada* e *processo secundário*²².

Quando um pensamento onírico não é aceite no espaço do sonho e também na consciência, um elemento psíquico irá transferir a sua energia a outros elementos a ele ligados. Este processo repete-se sucessivamente até que seja encontrado um elemento aceitável no sistema consciente.

Assim, por oposição a uma descarga imediata dos processos mentais em regime de energia livre, ocorre uma estabilização dos processos mentais em regime da energia ligada, que os determina como não aleatórios e estáveis. Estes processos são designados como *secundários*, aos quais Freud associa o pensamento racional. Para Frederico Pereira (2000), a existência de processos mentais primários ou energia livre, explica, em parte, o carácter bizarro do sonho.

Retomando as memórias infantis, estas por não serem pensadas emergem à superfície do pensamento sob a forma de fantasmas, fantasias conscientes, sintomas, e, evidentemente no que respeita ao sonho, *restos diurnos* (Pereira, 2000).

Aquilo a que Freud chama de restos diurnos, mais não fazem do que associar-se a um desejo inconsciente. Pois uma vez que a representação inconsciente não pode entrar

²¹ Freud (1900) designou por *sistema* o facto de existirem memórias incompatíveis com as *crenças* mais básicas que o sujeito tem de si próprio. É a *censura endopsíquica* ou onírica que transforma os pensamentos oníricos latentes, no conteúdo manifesto acessível à consciência.

²² O *processo primário* ou *energia livre* é dirigido pelo Princípio da Inércia, correspondendo ao percurso da energia pelas representações do inconsciente. Já o *processo secundário* ou *energia ligada* é guiado pelo Princípio da Constância, ou seja, dos processos pré-consciente e consciente, que supõem uma ligação de energia (Oliveira, 2002).

directamente no pré-consciente, tem de se ligar a uma representação pré-consciente transferindo para esta a sua intensidade e fazendo-se encobrir por ela. Após esta ligação, a representação pré-consciente continua inalterada ou é forçada a modificações oriundas do conteúdo da representação inconsciente. É com vantagem que o inconsciente compõe ligações a impressões e representações pré-conscientes que são indiferentes ou banais e por isso não lhes é dispensada atenção consciente. Por este motivo, estas impressões insignificantes e recentes do sonho, isto é, os restos diurnos, escapam à censura imposta pela resistência.

Para além de serem banais, os restos diurnos são impressões recentes, o que implica uma necessidade de transferência da intensidade da representação inconsciente para um material ainda livre de associações.

De tudo isto, resulta que os restos diurnos recentes, de natureza banal e indiferente, recebem do inconsciente, uma força pulsional do desejo recalcado, para participarem na formação do sonho.

Todos os elementos dos sonhos têm como característica a aleatoriedade, daí a insistência de Freud nas associações fornecidas pelo sonhador para a compreensão do sonho. Foi a partir do sonho *como produto final* que Freud identificou as características próprias do processo de formação do sonho, a que chamou *trabalho do sonho*.

2.2 – O Trabalho do Sonho

No estudo designado por *Trabalho do Sonho*, Freud identificou como características centrais do sonho; a *condensação*, o *deslocamento*, a *consideração de representabilidade*, o *simbolismo* e a *elaboração secundária*²³.

O trabalho do sonho estabelece relações entre os pensamentos oníricos latentes e o conteúdo manifesto do sonho e é a partir destes processos que o conteúdo latente se transforma no conteúdo manifesto.

Impõe-se neste ponto explicitar cada um destes processos à luz das teorizações freudianas (Freud, 1900).

A *condensação* revela-se evidente quando se compara o conteúdo manifesto reduzido com a riqueza dos pensamentos latentes. A análise produz um desdobramento dos elementos manifestos do sonho em feixes de associações, as quais assinalam as ligações existentes com os pensamentos latentes. Nem todos os pensamentos latentes conseguem introduzir-se no conteúdo manifesto, havendo uma selecção na base da condensação. A

²³ Parte substancial da *A Interpretação dos Sonhos* (1900) consiste na descrição dos processos que formam o trabalho do sonho.

existência de uma *entidade intermediária* tem um ponto fundamental no sonho, pois é a partir dela que convergem associações de ideias, e pode ter entrada no conteúdo manifesto do sonho porque possui vários contactos com vários pensamentos latentes²⁴.

A condensação utiliza outro método na formação do sonho, que são as figuras colectivas e estruturas compostas. Uma única figura do sonho pode representar muitas outras, reveladas pela análise, ou pode reunir feições de duas ou mais pessoas numa única imagem. Deste modo, vários elementos juntam-se para formar elementos complexos, pois é desta forma que são facilmente seleccionados para o conteúdo do sonho.

Os elementos principais do conteúdo manifesto do sonho, segundo Freud, não devem merecer o mesmo destaque nos pensamentos do sonho. Todavia, o inverso também acontece, isto é, o que é importante para os pensamentos oníricos pode não ser representado no sonho. Este é o trabalho do *deslocamento*.

Ocorre um deslocamento das intensidades psíquicas que vai contribuir para acentuar as diferenças entre o texto manifesto do sonho e o texto dos pensamentos latentes. Deste modo, o deslocamento serve como método para distorcer o sonho e este facto obriga a censura que uma instância psíquica exerce sobre outra. É esta a segunda condição para que um elemento dos pensamentos latentes seja aceite no sonho, ou seja, poder escapar à censura activada pela resistência.

Numa comparação entre os pensamentos oníricos e o conteúdo manifesto, foi constatado que o material dos pensamentos oníricos sofre modificação para formar o sonho. A este respeito, o trabalho do sonho realiza uma *consideração de representabilidade*²⁵.

Neste processo, a expressão abstracta dos pensamentos latentes deve aderir a uma expressão pictural, a qual é representável para o sonho. Pois o sonho dá preferência aos pensamentos oníricos que favoreçam uma representação visual. Deste modo, os elementos inadapáveis são remodelados sob uma forma verbal nova que facilite a representação. Aqui encontramos novamente a condensação.

Quanto à representação pelo *simbolismo*, segundo Freud, não temos de atribuir ao sonho uma forma peculiar de simbolismo, porque o sonho utiliza as simbolizações presentes no Inconsciente para disfarçar os pensamentos latentes, tendo em conta a representabilidade e a possibilidade de escaparem à censura.

Neste sentido, a relação simbólica parece ser de natureza genética e é, neste ponto, que reside o interesse particular de Freud. Assim, as coisas que hoje se encontram simbolicamente ligadas devem ter estado unidas em épocas pré-históricas pela identidade

²⁴ Uma *entidade intermediária* é um elemento manifesto do sonho. No entanto, é importante acrescentarmos que não são só os elementos do sonho que são determinados por vários pensamentos oníricos como cada pensamento onírico é representado no sonho por vários elementos.

²⁵ Realce-se que se trata de uma representabilidade em imagens visuais.

conceptual e linguística. Deste modo, parece que o símbolo denuncia uma identidade anterior (Curado, 1998).

O trabalho do sonho não se satisfaz em condensar elementos representativos, em deslocar valores psíquicos, em recorrer ao simbolismo inconsciente, em avaliar os elementos segundo a sua representabilidade. Também realiza uma *elaboração secundária*, que consiste numa primeira interpretação do sonho e na introdução de continuidade e coordenação lógicas. Este processo é um contributo do pensamento pré-consciente, activado pela censura onírica.

Um outro elemento deformativo dá-se quando a elaboração secundária opera a transformação do visual para o linguístico. Daqui emerge uma nova ordem que já não é a do sonho sonhado, mas da *ordem da narrativa*. Neste mesmo sentido aponta a reflexão de Frederico Pereira quando afirma: «o impulso original para o sonho e o acto de contar o sonho, para alguém ou para si próprio: Impulso para o sonho – representação – representação visual – registo (consciência) – arquivo – narrativa (Pereira, 2000, p. 98)²⁶.

Já em 1972, Shevrin faz a articulação entre a *metáfora*, como recurso da expressão narrativa, com a condensação. Também Sharpe (1972) considera que a *metonímia* na formação do sonho favorece a censura, porque o conteúdo latente remete para a própria coisa e o conteúdo manifesto para a coisa que lhe está ligada. Assim, a metonímia utiliza como recurso o deslocamento.

2.3 – A Regressão no Sonho

Freud sempre insistiu nos aspectos regressivos do sonho e o quanto de arcaico os sonhos podem devolver a uma consciência capaz de os interpretar. Os sonhos permitem retornar, por um lado, à infância e ao desenvolvimento do indivíduo, isto é a ontogénese e, por outro lado, recapitular o desenvolvimento da espécie, permite retornar à pré-história da espécie humana. E é pela regressão que o sonho revive a infância do sonhador.

Nesta perspectiva, o fenómeno da regressão é central na formação do sonho, sendo de três tipos: *tópica*, uma vez que o investimento excitatório se move do Pré-Consciente para o Inconsciente, sendo reforçado por este e reavivando alucinatariamente a percepção; *temporal*, retomando a estruturas psíquicas mais antigas; *formal*, na medida em que os métodos habituais de representação e expressão são substituídos por métodos mais primitivos (Freud, 1900).

²⁶ O mesmo autor, sobre este ponto da deformação do sonho através do uso da linguagem, assinala a *metáfora* e a *metonímia* como dois recursos da linguagem frequentes nas várias construções narrativas dos sonhos.

Uma característica saliente do sonho é que, o pensamento sobre algo desejado é materializado no sonho, representado como uma cena, isto é, *dramatizado*²⁷. Como Freud assinala, o sonho transforma aquilo que é desejado no presente do indicativo. Assim, o sonho distingue-se do sonho diurno ou devaneio consciente porque as imagens sensoriais que representam os pensamentos parecem estar a ser vivenciadas.

O carácter alucinatório dos sonhos deve-se ao movimento regressivo da excitação, que durante o sono, se propaga em direcção à extremidade sensorial do aparelho psíquico, alcançando o sistema perceptivo. Como o estado de sono imobiliza a extremidade motora, que assim não pode clarificar a excitação, esta é obrigada ao movimento regressivo.

Como refere Amaral Dias (1996), o desinvestimento do pólo motor e a realização do sonho sob a forma de elementos de representação de coisas no pólo perceptivo impõe-nos a questão do espaço do sonho²⁸.

O movimento regressivo também está presente noutros processos no interior do aparelho psíquico, mas no estado de vigília a regressão não ocorre, ou seja, não se verifica uma revivescência alucinatória das imagens perceptivas. No sonho, as representações são assim retransformadas nas imagens sensoriais de onde derivaram originalmente.

No sonho, a transformação dos pensamentos em imagens visuais resulta, em parte, da atracção pelas lembranças infantis existentes. Assim, regressão é reforçada pela interrupção dos estímulos que durante o dia emana dos órgãos dos sentidos. Parece então, que a condição de representabilidade pode estar vinculada a esta atracção selectiva exercida pelas cenas visualmente recordadas, tocadas associativamente pelos pensamentos oníricos.

2.4 – A Metapsicologia dos processos oníricos: Freud revisitado

A *metapsicologia* foi o termo criado por Freud, em 1896, para distinguir as concepções teóricas psicanalíticas das perspectivas da psicologia clássica. Os modelos propostos na metapsicologia estão para além do observável e referem-se a um conjunto de teorias que definem as instâncias do aparelho psíquico; a teoria das pulsões, o recalçamento e a interpretação dos sonhos, entre outros processos. A metapsicologia divide-se nas perspectivas *dinâmica*, relativa ao conflito psíquico e à composição das forças de origem pulsional; *tópica*, relativa à diferenciação da psique em sistemas ou instâncias

²⁷ Esta característica do sonho, de que a realização alucinatória de um desejo é apresentada como estando a ocorrer na realidade, *dramatização*, é apontada por Freud como fundamental em 1900.

²⁸ A questão do espaço do sonho será abordada no sub-capítulo *O espaço imaginário do sonho*.

com diferentes funções e *económica*, relativa à distribuição e circulação da energia psíquica ou pulsional.

No *Suplemento Metapsicológico à teoria dos Sonhos* (1917), Freud estuda os efeitos que o estado do sono produz nos diferentes sistemas psíquicos, o que o leva a examinar a alucinação e o modo como podemos distinguir entre fantasia e realidade. Se no delírio, o impulso carregado de desejo avança para o pré-consciente e para a consciência, no sonho sofre uma regressão, isto é, a excitação encontra interdito na extremidade motora do aparelho psíquico e tem de efectuar um caminho regressivo que o reconduz ao pré-consciente e, através do inconsciente, até à extremidade perceptiva do aparelho psíquico, produzindo uma satisfação alucinatória deformada, o sonho, e assim restaurando o funcionamento psíquico primitivo.

Considerando que afinal a estimulação para o sonho é interna e autónoma, independente dos restos diurnos ou de qualquer estimulação do pólo perceptivo do aparelho psíquico. Freud, no mesmo trabalho, afirma que embora o sonho seja um processo interno, é designado como *projecção, exteriorização* desse mesmo processo.

Neste sentido, constatamos que Freud sempre se afastou do sonho como um simples epifenómeno. Os *sonhos de angústia*, assim como os *sonhos traumáticos* são a clara evidência de que a função do sonho não corresponde única e simplesmente à realização alucinatória de um desejo²⁹:

Devemos admitir que estes sonhos correspondem a um outro objectivo, o qual deve ser realizado antes que o princípio do prazer possa afirmar o seu domínio. Eles têm por fim fazer nascer no sujeito o estado de angústia que lhes permite escapar-se ao domínio da excitação sofrida e cuja ausência era a causa da neurose traumática. Eles abrem-nos assim uma perspectiva de sobre a função do aparelho psíquico que, sem estar em oposição com o princípio do prazer, dele é independente, sendo mais primitiva que a tendência para procurar o prazer e evitar o desprazer. Há aqui lugar para colocar uma primeira excepção à lei segundo a qual os sonhos seriam a realização dos desejos (Freud, 1920, p. 38).

Surge, deste modo, uma outra função do sonho denominada de *função elaborativa do sonho*, que ganhou sentido após a compreensão de Freud sobre o sonho traumático. Esta função trata-se de ligar o material psíquico não ligado, ou seja, tornar possível um investimento suficiente para permitir uma deformação onírica estabilizadora. No caso do sonho traumático, a função de elaboração do sonho, que deveria transformar os traços

²⁹ Os *sonhos de angústia* são uma sub-espécie particular dos sonhos de conteúdo desagradáveis. Os *sonhos traumáticos* correspondem a uma excepção à teoria de Freud, de o sonho é uma realização do desejo. Assim, estes sonhos são definidos como aqueles nos quais se repete uma cena terrível que provocou susto, já que o sonhador se deparou com ele sem que estivesse reparado.

mnésicos dos acontecimentos traumáticos *não conseguiu materializar-se*. Essa insuficiência na deformação confere ao sonho aspectos idênticos às memórias reais traumáticas, reproduzindo no mundo interno aquilo que outrora aconteceu na realidade externa, a reacção traumática. Por isso mesmo, constata-se que o sonho tem repercussões na vida psicológica do sujeito, como está enunciado nos textos clínicos fundamentais, como por exemplo o *Caso do homem dos Lobos*, publicado em 1918.

Posto isto, parece estarmos cada vez mais longe das ideias que, em Freud, nos fazem ver o sonho como um simples produto final de um processo. Agora torna-se ainda mais claro que o sonho não revela apenas, mas o sonho transforma. Neste sentido, aproximamo-nos de Frederico Pereira ao considerar que o paradigma freudiano do sonho é uma medalha com duas faces:

[...] numa face está a noção da realização do desejo, quando o nível de desenvolvimento do aparelho psíquico e a natureza da origem do impulso para o sonho o permitem; na outra face está a noção de um permanente processo de elaboração mental e construção representativa – ou seja, um processo de transformação (Pereira, 2000, p. 109).

Este processo de transformação, que implica uma elaboração mental e construção representativa, é também fundamental nos processos de reconhecimento de afectos e emoções. Pois o afecto vivenciado no sonho pertence ao seu conteúdo latente, e permanece intocado pela deformação que se apoderou do seu conteúdo de representações.

Neste sentido, parece pertinente, fazermos referência ao conceito de António Damásio (1994) sobre a tríade corpo-cérebro-mente. A partir desta tríade, a produção de imagens mentais são o resultado das modificações do corpo ou dos órgãos sensoriais. Ao retomarmos a formulação de Freud segundo a qual o sonho, tal como a alucinação, é uma condição regressiva do funcionamento da mente, apresentamo-nos, através dos seus aspectos formais e dos desafios que lança à interpretação psicanalítica, o movimento regressivo que vai das palavras às coisas e experiências que estão na origem das palavras.

Assim, se a questão essencial da elaboração onírica é transformar pensamentos verbais em imagens sensoriais predominantemente visuais, num movimento regressivo, percebemos como é que os pensamentos, num movimento evolutivo, surgiram originalmente de imagens sensoriais, partindo das imagens mnésicas de impressões de sentidos até que as palavras vieram a vincular-se-lhes, e as palavras ligaram-se a pensamentos. A elaboração onírica, que assume esta tarefa de traduzir pensamentos num modo de expressão arcaico, conta ainda com o desejo inconsciente.

3 – Os sonhos: a fertilidade do encontro entre a psicanálise e a neurociência

No último século, a invenção do computador pessoal e o surgimento da cibernética e da inteligência artificial mudaram radicalmente as nossas vidas e as nossas relações com os outros e com o mundo. Esta nova realidade contemporânea trouxe também inevitáveis repercussões ao campo das ciências do psiquismo, donde, segundo os novos modelos psicológicos construídos, o acto de pensar passou a ser encarado como um processar de informações³⁰.

Na década de setenta do século passado, as ciências do cérebro agruparam-se sob o título de Neurociência, defendendo a importância da arquitectura e da materialidade cerebral, não apenas como suporte do cognitivo, mas principalmente como sua determinação. O binómio problemático *corpo/mente* recebeu uma nova designação com a dicotomia *hardware/software*, remodelando as questões sobre a materialidade da mente e sobre os níveis de causalidade em jogo (Winograd, 2004).

Mais próximo do nosso tempo, a neurociência tem vindo a suscitar um interesse crescente no mundo científico, mostrando-se muito empenhada em conhecer melhor como funciona a mente do ser humano. Este interesse não é novo, uma vez que também está presente na psicanálise.

A este desenvolvimento das ciências do cérebro correspondeu uma rejeição de considerações tidas *não científicas* e que pertencem às noções psicanalíticas do *afecto*, *pulsão*, *fantasia*. Enfim, tudo o que constrói a vida do homem. Outro aspecto controverso consistiu no facto do inconsciente ser visto como uma teorização não aceitável, porque se assumiu que não ocorrem processos activos de rejeição de uma grande parte da vida psíquica sob o efeito de recalçamento, como pretendem os psicanalistas. Também a paixão, enquanto noção psicanalítica, foi rejeitada como pitoresca. Mas é curioso ver como alguns cientistas sustentam, com tanto entusiasmo, que a paixão não tem importância científica³¹.

Enquanto os neurocientistas se dedicam ao estudo das estruturas e funções cerebrais envolvidas na produção do sonho, os psicanalistas interessam-se pelo significado deste, considerando os aspectos biológicos irrelevantes para a sua compreensão. Todavia, para outros autores, como Reiser (2001), o estudo dos sonhos representa uma grande

³⁰ Esta ideia de processamento de informação pode também ser encontrada noutras áreas do conhecimento, nomeadamente na filosofia e na sociologia. Veja-se a reflexão de Edgar Morin sobre o sujeito, o homem, e a sua relação com o outro, o mundo. O pensador francês realça a autonomia do sujeito, porém, põe em evidência a sua dependência do outro. Este outro, no caso de Edgar Morin, é o meio ambiente onde se localiza o sujeito, de onde retira energia e informação para se auto-eco-organizar (Morin, 1995, p.69).

³¹ Neste sentido, urge a necessidade de uma pesquisa que, com criatividade e abertura crítica, possa investigar tanto o novo campo formado, quanto os efeitos deste movimento na psicanálise. Parece assim que a psicanálise não pode mais manter sua indiferença relativamente à neurociência, nem esta deve ser descartar a psicanálise por considerá-la uma teoria ficcional, que não segue a via tradicional da experimentação científica.

oportunidade de exploração da relação que existe entre o corpo e a mente. Segundo o autor, os modelos da psicanálise e da neurociência para os sonhos, embora muito distintos entre si, não devem ser vistos como antagónicos ou inconciliáveis, mas sim como complementares. Reiser acredita que uma cooperação entre esses dois campos do conhecimento pode ser muito enriquecedora.

A partir da nossa revisão bibliográfica realizada a respeito dos sonhos, neste capítulo, o nosso propósito interesse assenta numa comparação das visões psicanalíticas e neurocientíficas, com o objectivo de identificar possíveis pontos de contacto e de divergências entre ambas, promovendo um *diálogo* entre as duas ciências.

Se nos centrarmos no contexto da psicanálise, vemos que sobressai a teoria freudiana sobre os sonhos, a qual tem sido bastante contestada, dentro e fora da psicanálise.

Noutro sentido, as neurociências colocaram em evidência uma problemática do sonho, especificamente, que a actividade onírica está ligada às fases do sono e encontra-se em relação com a fase do sono paradoxal.

Todavia, a hipótese de Freud de que os desejos são os instigadores dos sonhos encontrou algum apoio na teorização de Solms (2000), o qual estabeleceu uma relação entre os sonhos e a activação do *sistema dopaminérgico mesolímbico-mesocortical*³². O investigador baseou-se na observação de pacientes com lesões no cérebro anterior, a fim de verificar o efeito que os agonistas dopaminérgicos tinham sobre os sonhos. Constatou existirem diversos aspectos em comum entre os sonhos e a psicose. No entanto, algumas dúvidas ainda pairam sobre esta teoria, nomeadamente, o facto dos sonhos e a esquizofrenia serem diferentes do ponto de vista fenomenológico. Pois, enquanto os sonhos são constituídos basicamente por imagens visuais, na esquizofrenia predominam as alucinações auditivas, sendo bem mais raro o modo sensorial visual. Não nos podemos esquecer que o próprio Freud reconheceu existirem excepções à sua regra, que se prendem com os sonhos repetitivos pós-traumáticos³³.

Neste contexto, Frederico Pereira encara o desejo como a força psíquica motora do sonho, deixando assim de lado as conclusões decisivas de Juvet e de Hobson. Este investigador considera que: «a morte desses desejos seria a morte do sujeito, o fim da sua vida» (Pereira, 2000, p. 100). Mas o autor acrescenta, ressaltando que o sonho pode ser mais do que a realização do desejo, mesmo na teoria freudiana.

³² Mark Solms (2000) a partir dos seus estudos concluiu que o *sistema mesolímbico-mesocortical* é o gerador de sonhos. As concepções de Solms foram abordadas neste trabalho no sub-capítulo *Questionamentos à Hipótese de activação-síntese*.

³³ A excepção à sua formulação é enunciada por Freud, em 1920, em *Para Além do Princípio do Prazer*. Nesta obra, refere que os sonhos repetitivos que sucedem eventos traumáticos e os que evocam traumas da infância não são realizações de desejos. Estes sonhos são abordados Para Além do Princípio do Prazer.

Uma outra concepção freudiana aponta para a existência de um sistema que está na raiz da censura endopsíquica, donde resulta a deformação dos sonhos, mas que tem encontrado pouco apoio. Para Robins (2004) o conteúdo manifesto é o próprio sonho, alegando que o córtex pré-frontal, fundamental em qualquer mecanismo mental de disfarce dos sonhos, encontra-se inactivo durante a fase de sono REM.

No mesmo sentido, surge a visão de Hobson e McCarley (1977), de que os sonhos não possuem qualquer significado, perspectiva comprovada pela constatação de que são as emoções experimentadas durante o estado de vigília que irão determinar o conteúdo dos sonhos. Esta hipótese, colocada por Hobson e McCarley, é considerada bastante coerente para outros autores. Para reforçar esta ideia salientamos os trabalhos descritos por Hartmann (1998) que referem que os aspectos emocionais das recordações são codificados como memórias implícitas, as quais provavelmente são consolidadas durante o sono REM e os estudos de Stickgold e outros autores (2001), que revelam que o sono REM pode fomentar o processamento de memórias emocionais.

Neste sentido, aproximamo-nos de Cheniaux (2006) ao considerar que o modelo computacional das neurociências sobre o papel dos sonhos na elaboração psíquica é idêntico ao modelo psicanalítico.

Centralizemo-nos nos sonhos traumáticos, com o reconhecimento deste tipo de sonhos, Freud descreve que o desenvolvimento de múltiplas associações para a representação do trauma corresponderia à incorporação dessa representação ao pensamento do processo secundário, que é racional, obedece à lógica e ao princípio da realidade. Fomentar a modalidade de pensamento do processo secundário em detrimento do pensamento do processo primário representa um fortalecimento da capacidade do ego de dominar o id, o que consiste num dos principais objectivos do tratamento analítico.

As duas disciplinas voltam a divergir quando Robins (2004) discorda de Freud ao considerar que os sonhos expressam exclusivamente o pensamento do processo primário e os relatos de sonhos é que estão relacionados com o processo secundário. Pois Freud afirma que tanto o irracional, que corresponde ao processo primário, como o racional, processo secundário, participam na elaboração dos sonhos. Por outro lado, o neurocientista Gottesman (2000) certifica que os sonhos da fase não-REM do sono são semelhantes ao pensamento do processo secundário.

Pelo que atrás foi referido, surge a necessidade de nos questionarmos, pois se os sonhos são terapêuticos por possibilitarem uma ampliação do campo de actuação do ego e incremento do pensamento do processo secundário, como é que eles se podem apresentar com características do pensamento do processo secundário?

Freud, na *A Interpretação dos sonhos* (1900), revela que é a transformação de pensamentos em imagens visuais que irá favorecer a ligação com pensamentos que sofreram o mesmo processo de transformação³⁴.

Desta forma, aproximamo-nos de Cheniaux (2006) ao considerar que talvez o sonho represente apenas uma parte do processo de elaboração psíquica que ocorre durante o sono. Pois, embora o aumento do número de associações das representações mentais ocorra durante grande parte ou na totalidade do sono, apenas os sonhos, principalmente os que são produzidos na fase REM, chegam à nossa consciência informações sobre esse processo. Como durante o sono REM o córtex pré-frontal, responsável pela atenção e o pensamento racional da vigília, está inactivo, a nossa consciência só é capaz de funcionar em consonância com o processo primário e é, segundo esta forma, que só captamos parcialmente o processo que se está a desenrolar (Cheniaux, 2006).

Assim, parece que durante o sono estão sendo criadas novas associações entre os pensamentos, ou seja, só conseguimos sonhar com condensações e deslocamentos³⁵.

Parece que a diferença fundamental entre a visão psicanalítica e neurocientífica dos sonhos é que a psicanálise vê o sonho como uma expressão da mente, no sentido de que ela se refere às figuras ou representações que acabam por assumir uma dimensão sagrada dentro de nós, os sonhadores, porque estão relacionadas como os nossos objectos internos. Portanto, a diferença encontra-se na história efectiva do sujeito, que a psicanálise, diversamente das neurociências, considera central para o significado do sonho.

Pelo que foi exposto, podemos considerar que a psicanálise não precisa aderir irreflectidamente ao modelo que a neurociência propõe, mas antes é preciso escutá-la como quem escuta um indivíduo que traz os seus sonhos para dentro dos consultórios. Só assim ambos os modelos serão úteis para um maior refinamento das teorias que propõem.

³⁴ Pelo facto de *A Interpretação do Sonhos* ser uma obra extensa, pretendemos assinalar que o assunto está exposto no capítulo VII da obra.

³⁵ A *condensação* e o *deslocamento* representam apenas duas características próprias do processo de formação de sonho, ao qual Freud chamou de trabalho do sonho. Esta temática foi por nós abordada no capítulo anterior do presente trabalho.

4 - Entre o Biológico e o Relacional

4.1 - Os Ritmos Biológicos

Desde tempos longínquos que procuramos saber viver com ciclos e ritmos. Porém, há pouco mais de meio século, as ciências da saúde vieram a considerar o impacto e a importância das variáveis rítmicas. A mais importante contribuição da *cronobiologia* é a noção de variabilidade das funções biológicas e comportamentais ao longo das vinte e quatro horas do dia, o que faz com que os trabalhadores respondam ou tendam a responder diferentemente a uma mesma situação de trabalho conforme o momento do dia em que ela ocorra³⁶.

Este facto parece decorrer da existência no organismo humano de mecanismos denominados *ritmos biológicos*, resultantes de todas as funções biológicas que variam ciclicamente. Deste modo foi possível identificar um número significativo de ritmos biológicos, quer na esfera específica das funções biológicas, como a temperatura corporal, os níveis de cortisol plasmático, a frequência cardíacas, a tensão arterial, entre muitos outros; quer numa esfera mais comportamental, como por exemplo, o humor, a atenção e os tempos de reacção (Carvalho, 2001).

Evidências sugerem que o ritmo sono-vigília se mantém em condições de isolamento temporal. Por exemplo, pessoas retidas em cavernas, por períodos de semanas ou meses, continuam a dormir com uma periodicidade de aproximadamente vinte e cinco horas. Contudo, a causa dessa periodicidade não é o meio ambiente mas os processos endógenos próprios do cérebro, certamente interiorizados ao longo da evolução. No conjunto estes processos designam-se de *relógio biológico*³⁷.

O ritmo biológico é sincronizado com a periodicidade das 24 horas do dia através dos sincronizadores temporais externos. De todos os sincronizadores, o mais forte é o ciclo dia-noite, mas hoje no mundo moderno há muita interferência com a iluminação artificial, luz-escuro. Surgem então, outros importantes factores sincronizadores como as condições sociais, o barulho e a temperatura.

Nos mamíferos, o relógio biológico encontra-se no núcleo supra-quiasmático (NSQ), do núcleo hipotalâmico, e é sincronizado biologicamente pela luz (fotoperíodo) através do tracto retino-hipotalâmico (TRH), feixe que deriva do quiasma óptico. O TRH está envolvido na secreção de uma hormona, a *melatonina* (Silva et al., 1996).

³⁶ A *cronobiologia* é a ciência que estuda os ritmos e os fenómenos físicos e bioquímicos periódicos que ocorrem nos seres vivos.

³⁷ O conceito *relógio biológico* é utilizado para denominar toda e qualquer estrutura naturalmente presente nos seres vivos. Permite uma previsão de quando algum acontecimento vai ocorrer.

Esta hormona, cuja secreção é activada na ausência da luz e inibida na presença da luz, para além de ter um papel fundamental na abertura, durante a noite, do portão do sono dos jovens adultos normovisuais, também tem outros papéis importantes que influenciam todos os ritmos do corpo via endócrina, como por exemplo, ao nível do controlo da actividade cerebral (Lavie, 1998).

Neste sentido, compreende-se o papel do NSQ ao nível do controle da hierarquia dos relógios a todos os níveis do corpo, constituindo-se a luz como o principal sincronizador. Mas, para além do fotoperíodo, as investigações revelam que o NSQ também é sincronizado ao nível dos ritmos exteriores, através de factores sociais e relacionais. A explicação desta circunstância reside no facto do hipotálamo também ser influenciado pelas restantes estruturas límbicas e pelo córtex cerebral, pelo que afectividade e as actividades sociais se constituem como potenciais sincronizadores (Silva et al., 1996).

As investigações têm, também, revelado a existência de variações do sono ao longo da vida. O sono parece diminuir com a idade; se as crianças passam grande parte do tempo a dormir, já os mais velhos sofrem de um sono interrompido e, conseqüentemente, dormitam várias vezes durante o dia (Lavie, 1998).

No que diz respeito à duração do sono, que nas primeiras semanas de vida o bebé passa cerca de metade do seu tempo de sono em sono activo, decrescendo gradualmente este tipo de sono durante o primeiro ano de vida até estabilizar nos cerca de 25% a 30% aos 12 meses de vida. O ritmo do sono da criança, é também mais rápido do que o do adulto: o tempo que decorre entre um sono activo e o próximo é de apenas 60 minutos, ao contrário dos 90 minutos que dura o ciclo REM do adulto (Lavie, 1998).

O ritmo do sono do adulto fica consolidado aproximadamente entre o décimo e o vigésimo ano de vida, assim dividido, em 20% a 25% de sono REM; 20% a 25% de sono profundo, nos estádios III ou IV; 50% a 60% de sono superficial, no estádio II.

O envelhecimento humano está ligado a mudanças substanciais na qualidade do sono. A maioria das pessoas de idade queixa-se de frequentes interrupções no seu sono nocturno, queixas com uma forte tradução na componente fisiológica. Os registos electrofisiológicos do sono nas pessoas de idade mostram variações características que ajudam a explicar as queixas subjectivas. As investigações realizadas evidenciam, sobretudo, uma diminuição na duração do sono profundo de 20% a 25% no adulto jovem para 5% a 10% no idoso entre os 70 e os 80 anos. Assim, o sono dos idosos é constituído principalmente por sono superficial, onde o sono REM ocupa cerca 10% a 20% do seu tempo total de sono. A mudança na consolidação do sono, por exemplo crescentes despertares de sono, excepto situações clínicas particulares, assinalam frequentemente o envelhecimento (Lavie, 1998).

Centralizemo-nos no ritmo sono-vigília, onde parece ser pertinente investigar os estados de transição ou *períodos hipnagógicos*, do sono para a vigília para o adormecer, e da vigília para o adormecer. Ou seja, o modo como esse trajecto se processa e os estados corporais a ele associados.

O que parece ir ao encontro deste interesse é o facto de alguns estudos revelarem que perturbações transitórias do sono e da vigília podem estar associados a mudanças repentinas dos sincronizadores exógenos, como acontece por exemplo numa viagem transmeridiana ou no trabalho por turnos. A síndrome de mudança rápida do fuso horário caracteriza-se por uma sonolência diurna, por uma insónia com dificuldade de dormir no novo horário e queda do desempenho nas diversas tarefas mentais e físicas. Caso estas mudanças ocorram de forma sistemática, os sintomas podem agravar-se a ponto de constituírem um risco para várias doenças, como distúrbios neurológicos, sonolência excessiva e/ou insónia, problemas cardiovasculares e gastrointestinais (Gonzalo, 1991).

Quanto aos períodos hipnagógicos, ele foram estudados por Alfred Maury. Mas o verdadeiro interesse deste investigador incidiu nas imagens visuais e nos complexos acontecimentos de tipo onírico que ocorrem no início do sono, as chamadas *alucinações hipnagógicas*. Também a ele devemos a designação de imagens hipnopômicas, aquelas que podem ocorrer antes do despertar. Para Maury, a unidade substancial de qualquer processo *alucinóide* consistia num estímulo com origem no sistema nervoso periférico. Foram estas experiências que atribuíram um carácter protocientífico ao estudo da actividade onírica³⁸.

Deste modo, o sonho perde o seu carácter intemporal, e começa a tornar-se fisiológico. O fenómeno do sonho torna-se, assim, dependente da qualidade do sono e da sua interacção com o despertar. (Jouvet, 1992).

4.2 - *Envolvimento Relacional*

Desde o tempo de Freud que os psicoterapeutas sabem que os seus próprios corpos *espelham* as emoções que o paciente está a sentir, se o paciente chora devido a uma recordação dolorosa, o terapeuta sente as lágrimas nos olhos.

É neste sentido que nos aproximamos de Coimbra de Matos ao afirmar que: «Tudo é relacional» (Coimbra de Matos, 2007, p. 45).

³⁸ Certos estados hipnagógicos estão muito próximos do *fenómeno Isakower* (1949 In Pereira, 2000), pois este fenómeno ocorre frequentemente quando o sujeito está no momento do adormecimento. Encontramo-lo contudo, ainda que mais raramente, no momento do acordar e muito frequentemente nas doenças acompanhadas de febre.

É na relação com o outro que a nossa mente se desenvolve. Na perspectiva das neurociências, a descoberta dos *neurónios espelho* veio demonstrar como ao nível neurobiológico, participamos nos estados emocionais das outras pessoas com quem estamos a interagir³⁹. Pois no cérebro são activados em espelho inter-neurónios pré-motores quando observamos as acções intencionais dos outros, sem necessidade de realizarmos as mesmas acções (Mendes Pedro, 2008).

Os neurocientistas afirmam que quanto mais activos forem os sistemas de neurónios espelho de uma pessoa, mais forte será a sua empatia (Goleman, 2006).

Como demonstrou António Damásio (1994) tudo o que se passa no corpo, quer no seu interior quer face às acções com o ambiente, está continuamente a ser representado em mapas cerebrais e o que existe na mente está a ser propagado pelo corpo, e nas acções deste com o ambiente, ainda que isso não seja consciente.

Inúmeras investigações têm revelado que o ser humano possui um potencial para se desenvolver como um todo ainda antes do nascimento. Entre muitos exemplos de competências do ser humano, referimos um que se observa ainda na vida intra-uterina, onde *um bebé já sabe ler, muito bem, a mãe por dento*.

É neste sentido que se considera que a relação primária e essencial do bebé é com a mãe, pois esta relação estabelece-se a partir da dinâmica, dos ritmos, tempos e das harmonias. Isto corresponde ao que Daniel Stern chamou as *representações de interacções generalizadas* ou *envelopes protonarrativos* (Coimbra de Matos, 2007).

Para Coimbra de Matos (2007) o que parece promover, orientar e suportar a relação não é o *attachment*, do bebé à mãe, mas sim o *bonding*, da mãe ao filho⁴⁰. Considerando estas duas concepções, somos levados a assumir então que a relação entre pais-bebés é, predominantemente, da responsabilidade do prestador de cuidados.

As *teorias da Vinculação* são contestadas por muitos autores por serem consideradas teorias do comportamento. Pois, estas teorias tiveram como ponto de partida as observações dos comportamentos em animais. Mas a complexidade humana é bem diferente do animal, porque na relação entre seres humanos existe subjectividade. Assim, o conceito de *bonding* introduz, essencialmente, a subjectividade desde o início da vida.

Na mesma linha de pensamento, encontramos a perspectiva de Sami-Ali (1992) que considera que a relação primária estabelece-se antes e desenvolve-se depois do

³⁹ Os *neurónios espelho* são uma célula fusiforme que funciona mais rapidamente do que todos guiando instantaneamente as nossas decisões sociais.

⁴⁰ Estes conceitos podem ser traduzidos: *attachment* aponta para uma vinculação do filho à mãe; *bonding* aponta para uma ligação entre a mãe e o filho.

nascimento. Assim, é a mãe que assume não só o papel de *pára-excitação* mas também de *sincronizador dos ritmos* da criança⁴¹.

O autor afirma: «à partida há um potencial relacional biológico, e a evolução deve ser concebida como uma modificação progressiva que vai permitir a este potencial desenvolver-se sempre nas situações relacionais» (Sami-Ali, 1992, p. 166).

As relações precoces moldam a aquisição de ritmos e estilos de interacção e é desta proto-linguagem do corpo em interacção dinâmica que surgem as primeiras representações do mundo físico, construindo-se sobre o ritmo do corpo as primeiras coordenadas que orientam o pensamento (Cady, 1992).

No mesmo sentido, Eduardo Sá cita Bion:

já Bion considera que os pensamentos são anteriores à capacidade de os pensar. Queria com isso ele dizer que um bebé tem disponíveis todas as competências do pensamento mas requer um aparelho mental que transforme emoções e afectos em pensamentos. Comunicando com o bebé pela pele, pelo olhar e os outros sentidos, a mãe, ao aprender os afectos do filho, dá-lhe a ler, dando-lhe um alfabeto de emoções com que ele virá a ler a ela, à família e ao mundo (Eduardo Sá, 1995, p. 43).

Como se tem constatado, Coimbra de Matos (2007) refere que por volta dos oito/nove meses o bebé é já experiente em descodificar as expressões emocionais, como os olhares, os gestos, as vocalizações e as carícias. Estas experiências conduzem à formação de representações *implícitas* e *explícitas* da relação afectiva, e que por sua vez, estão na base das sequências interactivas. As memórias e as lembranças emocionais vão assim formar o núcleo do *self*, a figura do objecto e o modo de relação⁴².

Mendes Pedro oferece-nos, num dos seus últimos trabalhos, *O Poder da Acção* (2008) duas novas hipóteses científicas de pensar as relações precoces. Uma primeira hipótese é relativa à própria *representação mental* e a segunda à *intencionalidade das acções*⁴³.

⁴¹ Os termos *pára-excitação* e *sincronizador dos ritmos*, remetem para uma mãe que é competente no plano da *rêverie*, mas também competente no plano da organização de ritmos e regularidades.

⁴² As representações *implícitas* referem-se às representações infra-verbais, isto é, aquilo que não manifestado pela palavra mas pelas acções, atitudes; e as representações *explícitas* correspondem às representações reflexivas, expressas pela palavra (Mendes Pedro, 2008).

⁴³ Neste contexto, os neurónios espelho parecem estar subjacentes à *intencionalidade*.

No entanto, este conceito foi elaborado pelo pai da fenomenologia, Edmund Husserl. Segundo ele, a intencionalidade diz respeito à direcção da consciência em relação aos seus objectos. A teoria da intencionalidade defende que aquilo que é observado se revela através do acto da percepção, por meio dos aspectos dependentes da atitude e da determinação do ponto de vista do observador. Assim, esta teoria desperta o problema da existência de outros sujeitos, porque, por um lado, não é possível perceber a experiência de outra pessoa para si mesma e, por outro lado, a consideração a percepção implica a promoção dos aspectos apreendidos por um observador e que se relacionam com aqueles percebidos por outros observadores a partir de outros pontos de vista (Honda, 2004).

A primeira hipótese, a representação mental, é definida como um conhecimento implícito infra-verbal e infra-simbólico, que se desenvolve desde o início da vida baseado em acções e emoções. É isto que possibilitará à criança apreender as formas de agir dos seus pais e desenvolver acções concretas, como envolver-se ou retirar-se da relação. Estas situações correspondem às representações implícitas construídas no seio das interacções. As representações simbólicas encontram-se associadas às representações implícitas, e são reveladas sob uma forma não-verbal e pelos conteúdos verbais implícitos.

A segunda hipótese diz respeito ao princípio da intencionalidade de si e do outro. Este princípio de origem inata, é organizador da descoberta do sentido relacional implícito que as coisas têm para o bebé. Quando um sujeito observa o comportamento do outro consegue depreender qual a intenção que esse outro tem ao agir de determinada maneira. Assim, a forma como alguém se relaciona connosco dá-nos a conhecer esse alguém.

Neste sentido, o que parece ser realmente importante é que a relação pais-bebés tenha como base uma boa regulação afectiva.

No pensamento de Coimbra de Matos (2008), é a memória emocional dos acontecimentos que estrutura a relação do bebé com o mundo. Pois é através dos afectos que se organizam os factos e as vivências, ou seja, traçando a *pré e a proto-história* do sentimento de si e da alternativa da relação com os outros.

Estas memórias emocionais ou dos *afectos comemorativos* possibilitam uma construção identitária, de si e do outro, e ao mesmo tempo esboçar estilos relacionais: «e assim se vão definindo identidade e relação de objecto – as duas faces da sedimentação do processo relacional» (Coimbra de Matos, 2007, p. 48)⁴⁴.

É a capacidade de sintonizar, como fazíamos quando éramos bebés que nos guia e auxilia, ao longa da vida, em todas as nossas interacções sociais. Pois a nossa vida mental é *co-criada* numa *matriz bi-pessoal interligada*, e isto corresponde ao espaço para a *intersubjectividade*⁴⁵.

⁴⁴ Os *afectos comemorativos* são definidos por Coimbra de Matos (2007), como os afectos que marcam a importância que um acontecimento teve para a história do indivíduo.

⁴⁵ O termo *intersubjectividade* surgiu da filosofia Kantiana, nomeadamente da impossibilidade do objecto ser experienciado tal como é em si próprio pelo sujeito. Deste modo, a intersubjectividade prende-se com o facto do mundo ser partilhado por vários observadores e, assim, o conhecimento baseado nos limites dos horizontes e naquilo que se sub-entende para além desses horizontes necessita de confirmação intersubjectiva.

4.3 - Ritmos e Patologias

Na segunda metade do século passado, Franz Halberg e colaboradores, empenharam-se em investigar experimentalmente o ritmo da vulnerabilidade do organismo às agressões. Realizaram estudos com ratos, e através das conclusões apuradas formularam o conceito de *tempo de resistência mínima*⁴⁶ (Carvalho, 2001).

Com o intuito de investigar se o ser humano também tinha esse *tempo* de resistência mínima, Reinberg e seus colaboradores (1964, citado por Reinberg, 1998) realizaram uma experiência que veio a confirmar a ocorrência do fenómeno⁴⁷.

Actualmente, estão bem fundamentadas as numerosas investigações que comprovam a existência de variações circadianas dos efeitos tóxicos de diferentes substâncias, nomeadamente atinentes à cronotoxicidade dos medicamentos, em seres humanos (Reinberg, 1998). Assim, os resultados obtidos parecem testar que, também, a vulnerabilidade do organismo às agressões apresenta variações rítmicas.

Se pensarmos que estas variações movimentam um grande número de ritmos biológicos e que os próprios agentes de agressão ambientais também variam de forma cíclica, com picos altos e pontos mais baixos, as possíveis combinações resultantes destas variações são um conhecimento a não desprezar na ocorrência das doenças e, conseqüentemente, na compreensão e intervenção terapêutica de muitas patologias.

Neste sentido, concordamos com Carvalho (2001) ao considerar que no campo de estudo das doenças, um conhecimento eficaz sobre os ritmos das múltiplas variáveis envolvidas nos processos e mecanismos patológicos tem-se revelado muito útil. Presentemente é possível prever e controlar alguns fenómenos e acontecimentos da vida humana devido ao conhecimento de vários tipos de ritmos, o que nos permite actuar em conformidade.

Muitas são as doenças que permitem ilustrar a importância do conhecimento dos ritmos a favor do combate à patologia. Como por exemplo, a asma, o enfarte do miocárdio, o trabalho por turnos.

⁴⁶ Halberg (1955-1960, citado por Carvalho, 2001) estudou linhagens de ratos geneticamente definidas, a viverem num laboratório onde a temperatura e humidade eram mantidas constantes. A sincronização externa estava, ainda sujeita à alternância constante de doze horas de luz, no caso, das 06h00 às 08h00, e de doze horas de escuridão, das 18h00 às 06h00. Posteriormente, dividiu os ratos em dois grupos injectando-os com uma dose fixa e única de um *endotoxina* de *Escherichia coli* a horas diferentes. Observou que o efeito tóxico da droga, avaliado pela taxa de mortalidade em cada grupo, se acentuava por volta das 16h00, período em que a taxa de mortalidade se situava à volta dos 80%. Apurou conclusões de que a mesma dose de *endotoxina*, administrada ao longo das várias horas do dia e relativamente à qual os ratos mostravam resistência, quando aplicada por volta do período de descanso diurno tornava-se fatal em 80% dos casos.

⁴⁷ O método experimental consistia em inocular uma pequena dose fixa de histamina na derme do antebraço, procedimento repetido de quatro em quatro horas durante vinte e quatro horas. Observou-se que a reacção de todos os sujeitos experimentais variava segundo um ritmo circadiano de grande amplitude (diferença de 70%), entre o pico (cerca de vinte e três horas) e o ponto mais baixo (onze horas) (Reinberg, 1964 citado por Reinberg, 1998).

Desde sempre, a história da saúde e da doença é feita de tentativas de construção de sentidos e significações sobre a estrutura, funcionamento e idiossincrasia do corpo humano, incluindo as presumíveis mas, muitas inexplicáveis relações entre o corpo e a mente ou entre a pessoa e os factores ambientais. Qualquer revisão da literatura sobre a patologia humana mostra-nos que há muito de *corpo* nas perturbações *mentais* e muito de *mental* nas perturbações *corporais*.

A Psicossomática é encarada como a Ciência que procura articular o *biológico* e o *relacional intersubjectivo*. É neste sentido, que Mendes Pedro (1997) propõe uma nova metodologia que considere duas complexidades.

A primeira complexidade assume a existência de uma isomorfia e de causalidade circular recíproca entre o biológico e o relacional, de forma que o relacional e o biológico são dois aspectos complementares de uma única realidade.

A segunda complexidade considera que em toda a patologia psicossomática está presente uma causalidade circular entre os funcionamentos relacionais e específicas situações conflituais. Isto verifica-se tanto ao nível biológico como ao nível relacional.

Esta metodologia está presente nas teorias psicossomáticas que Sami-Ali e outros autores têm vindo a desenvolver. O objecto central dessas teorias é a relação ao outro, que existe mesmo antes do nascimento, sendo simultaneamente de nível biológico e psíquico. Dentro destes parâmetros, esta relação ao outro pode ser analisada através «do processo imunitário, dos ritmos biológicos, dos ritmos corporais e da relação psíquica intersubjectiva» (Mendes Pedro, 1997, p. 6).

Relativamente, às perturbações precoces da infância, onde o impacto biológico predomina, também é possível perceber a importância da atitude materna, tanto consciente como inconsciente, sobre a instauração de um ritmo característico do tempo e do corpo, oscilando entre o real e o imaginário (Cady, 1992)⁴⁸.

O que muitas vezes nos é dado a observar, em certos casos de patologia relacional, é que a mãe, mesmo que consiga assegurar as funções corporais da criança, parece fazê-lo de um modo impessoal, constituindo-se em *super-ego corporal*, isto é, substituindo a vivência subjectiva pelos esquemas banais e as trocas relacionais por comportamentos estereotipados (Carvalho, 2001).

Sami-Ali numa das suas últimas obras, *Le Rêve et le l'Affect - Une theorie du Somatique* (1999), apresenta uma descrição dos afectos como ritmos, propondo mesmo seis pares antagónicos que constituem as categorias formais mais importantes dos afectos: *continuidade/descontinuidade; lento/rápido; amplo/restrito; fraco/forte; profundo/superficial; violento/suave*. Estas categorias formadas por tensões e relaxamentos, constituem o ritmo

⁴⁸ Sobre a importância da atitude materna em relação ao seu filho, leia-se o sub-capítulo *Envolvimento relacional*.

fundamental da experiência afectiva. Este ritmo afectivo é modelado pela mãe nos primeiros meses de vida e são estas experiências precoces que contribuem para o estabelecimento de um ritmo corporal subjectivo.

Nos casos psicossomáticos, explica-nos Mendes Pedro (2008), as mães deprimidas parecem inibir a capacidade de reflectir e de representar os seus bebés, o que na realidade existe são interacções sem invariantes, que obrigam o bebé a um estado de hiper-vigilância constante e stress para captar o reconhecimento da mãe-pai, provocando vulnerabilidade à doença. A criança deprimida, face a interacções maternas insatisfatórias e insuficientes aprendeu a suprimir a raiva porque os seus pais, em vez de se interrogarem, lidavam com indiferença às suas reacções de revolta.

Assim, em função das tonalidades das relações precoces, onde se poderia incluir, o *bebé imaginário*, podemos afirmar que estas podem facilitar e promover, ou não, a diferenciação de ritmos individuais, a construção de um corpo próprio e a noção de espaço e de tempo⁴⁹.

Algumas vezes observa-se que algumas crianças parecem possuir limites corporais mal definidos, dificuldades em perceber as relações espaciais dos objectos entre si e em constituir um ritmo individualizado, ou seja, parecem não compreender a organização temporal e espacial. Em termos sociais, como refere Carvalho (2001), este é um quadro muito típico, por exemplo, das crianças irrequietas.

O que pretendemos concluir é que muitas vezes, por dificuldades nos processos rítmicos, quer sejam biológicos quer sejam relacionais, instala-se um ritmo adaptativo em detrimento da subjectividade, tornando a criança mais imune à patologia.

⁴⁹ O conceito de *bebé imaginário* foi elaborado por Lebovici (1983).

5 – O Sonho e a Teoria Psicossomática

5.1 – O Espaço Imaginário do Sonho

Considerando a relação precoce que cada sujeito estabelece com o outro e a sua projecção sensorial, o *corpo*, como esquema de representação, o corpo apreendido pelo sujeito parece assumir o seu estatuto de intermediário na *constituição do imaginário* enquanto *espaço de projecção*.

Ora, uma compreensão do espaço do sonho passa pela análise de elaborações patológicas, campo que inicialmente a psicanálise tocou, quando se propôs à compreensão da histeria de angústia.

Retornemos ao sonho, pois é ele que nos conduz para o centro do imaginário de forma mais directa do que a patologia, nomeadamente a histérica. De facto, é no imaginário que se materializa o corpo próprio e as suas partes, tanto o corpo do Sujeito como o corpo do Outro, enquanto corpo próprio narcisicamente investido. Assim, como nos revela Sami-Ali (1974), o espaço onírico deriva da vivência corporal. Parece então, que a simbolização corporal constitui aspectos formais e materiais do espaço onírico.

No mesmo sentido encontramos o pensamento de Gorot ao afirmar que: «o corpo, no processo onírico, é tanto real como imaginário, e a realidade corporal, oferecendo-se à elaboração projectiva, serve de material de base às metamorfoses do corpo imaginário» (Gorot, 2002, p. 98).

Foi Freud que intuiu que o espaço onírico tem relações estreitas com o corpo e com a projecção do corpo enquanto espaço: «sonho é uma projecção, uma exteriorização de um processo interno» (Freud, 1917, p. 230), Esta sua afirmação é de grande relevância porque indicia a projecção não como um afastamento defensivo, mas como um processo constitutivo de um mundo, especificamente, o mundo onírico.

Na verdade, o espaço no qual se desenrola o sonho, deriva primariamente da *espacialidade do Ego corporal* (Sami-Ali, 1974) e exige que tenhamos em conta o facto estabelecido por Freud, de que o *Ego é inicialmente uma superfície*. No entanto, este enquadramento faz emergir questões pertinentes: «será que o espaço do sonho é pura superfície, zona exclusivamente bidimensional? Ou pelo contrário, no espaço onírico manifesta-se a representação de uma tridimensionalidade?» (Pereira, 2000, p. 200).

Assim, para assumirmos que no espaço onírico está presente uma tridimensionalidade, torna-se necessário elucidar como se passa de um espaço inicialmente bidimensional para um espaço tridimensional.

Em resposta à primeira questão, Frederico Pereira revela-nos que o espaço, como superfície, acolhe a realização alucinatória do desejo-realizado. Contudo, se o pré-objecto, ou pré-sujeito, assegurasse inteiramente a satisfação, o imaginário confundir-se-ia com o real, isto é, ele próprio se tornaria real, cabendo à frustração introduzir a diferença entre o desejo e a realidade.

Por outras palavras, é por meio de movimentos de *diferenciação* e de *identificação* que o sujeito organiza o *espaço real* como *espaço imaginário*, deixando um outro espaço real como espaço verosímil que acolhe o conjunto dos objectos da percepção.

Ao nível do imaginário, o corpo próprio é a imagem do outro, e o outro é a imagem do corpo próprio, ou seja, constitui-se um *duplo* do espaço real no interior do espaço imaginário.

Por seu turno, Sami-Ali (1974) aponta como característica central do espaço imaginário, enquanto espaço oposto ao espaço real, o seu foco na dinâmica do duplo ou do *especular* e na dinâmica da inclusão recíproca, instaurando uma identidade entre o todo e a parte, o dentro e o fora, o perto e o longe, *a* inclui *b* que, por sua vez, inclui *a*.

Todavia, Pereira alerta para o facto que as propriedades de um espaço são *propriedade de uma relação sujeito-objecto* e são inconcebíveis fora desta relação. Daqui podemos deduzir que um espaço *em si* não existe, tal como não existe um objecto em si. Sendo assim, o espaço propriedade de uma relação não é formado por uma tridimensionalidade que a constitui, mas pela *alteridade* do objecto que se posiciona em face do sujeito⁵⁰. A não-alteridade, pelo contrário, constitui espaços bidimensionais: «já que o outro que *longe* está, não é mais do que o duplo do sujeito que *aqui* se localiza. Em suma, um outro-*eu*» (Pereira, 2000, p. 214).

Mas como será possível compreender este aparente paradoxo de fazer coexistir a bidimensionalidade do espaço onírico com a aparente tridimensionalidade que dele parece ser característica.

Para respondermos a esta questão, é importante referir uma dimensão pré-latente do sonho, o qual se revela em patologias graves, os *sonhos evacuativos*⁵¹. Esse carácter evacuativo de certos sonhos supõe alguns aspectos a considerar, como a diferenciação entre o *Self*, o espaço onírico e o espaço externo. De facto, o processo evacuativo supõe uma *distância* topologicamente complexa entre o espaço do *Self* e o espaço do sonho, por sua vez, contido no espaço do *Self*. É esta distância que denuncia uma pré-

⁵⁰ Este conceito atravessa várias áreas do conhecimento. Aqui, referimo-nos ao facto ou estado de ser Outro, diferente do sujeito; Este conceito opõe-se a identidade, bem como do mundo interior e, naturalmente, da subjectividade.

⁵¹ Os *sonhos evacuativos* são constituídos por múltiplas imagens incómodas e destrutivas, que podem ser literalmente evacuadas para dentro do sonho e, posteriormente, evacuadas pelo texto do sonho para o exterior que poderá funcionar como um toilet-breast (Bion *in* Pereira, 2000).

tridimensionalidade do espaço do *Self*, «em que o aqui do sonho se diferencia do aí do *Self*» (Pereira, 2000, p. 215).

Pelo que atrás referimos, aproximamo-nos do pensamento de Frederico Pereira (2000) ao considerarmos que a tridimensionalidade no espaço do sonho resulta da *distenção* extrema do espaço bidimensional, da deformação topológica que possibilita que, sobre o fundo da relação principal dentro-fora, se desenvolva a intuição da profundidade. Por sua vez, é a profundidade do sonho, que irá possibilitar a abertura à distância⁵².

Em suma, o cenário onírico parece ser constituído por vários actores elaborados por diversas identificações projectivas, o que permitirá ao sujeito «contemplar as características e movimentos do seu próprio mundo interno» (Pereira, 2000, p. 222).

Por outras palavras, podemos dizer que aquilo que é experienciado na vivência relacional, cliva-se e objectiva-se no espaço do sonho. Simultaneamente supõe uma diferenciação entre partes internas e acções, que só são possíveis de ocorrer num espaço *aberto* à tridimensionalidade, à diferença e à distância.

Todavia, importa ressaltar que não existem espaços sem fronteiras, e assim, é com o espaço do sonho. Pois a ausência de fronteiras do espaço indica que existe uma malformação, o que permite que esse espaço e os seus conteúdos invadam outros espaços funcionalmente diferentes e os transformem.

O caso da psicose é suficiente para nos chamar a atenção para a importância das fronteiras. Segundo o pensamento clínico de Bion, o psicótico não diferencia o espaço do sonho do espaço externo, nem ambos do espaço do *Self* (Symington & Symington, 1997).

Deste modo é necessário existir uma fronteira, que Anzieu designou por *película do sonho*, para que o sonho e o espaço do sonho não invadam o mundo diurno e para que as ocorrências primárias do sonho se mantenham num *aí* onde possam ser transformadas em imagens diferenciadas e em relações entre imagens, isto corresponde à narrativa intra-onírica⁵³ (Pereira, 2000).

5.2 – O Funcionamento Onírico e o Impasse

Nesta linha de pensamento, e como já foi sublinhado, o mundo onírico do sujeito é altamente valorizado. É neste mesmo sentido que Sami-Ali (1974) vê o sonho como a projecção do sujeito fora de si e dentro de si, num universo que é ele próprio sendo outro.

⁵² Empregamos o termo *distenção* para ressaltar a ideia de que o espaço do sonho é muito vasto, não o circunscrevendo uma área.

⁵³ O termo *película do sonho* é definido por Anzieu como «uma fina membrana que protege e envolve certas partes dos organismos» (Missenard, 1987 citado por Pereira, 2000).

Segundo esta linha de pensamento o sonho liga-nos à nossa identidade enquanto espécie e enquanto sujeito. A relação do indivíduo com o seu mundo onírico reflecte, em parte, o seu relacionamento consigo próprio, com os seus conflitos, desejos, forças, medos e afectos, isto é, o que sonhamos tem necessariamente a ver com o que somos, que decorre daquilo que nos vai moldando e edificando.

Ao sonho são associadas múltiplas funções que não se limitam apenas à realização alucinatória do desejo. Para Sami-Ali, a essência do sonho está no facto dele ser «antes de tudo a criação de uma realidade que, certamente, se torna ilusória quando se sai do sonho, mas que não deixa de se afirmar como realidade enquanto dura o sonho» (Sami-Ali, 2001, p. 30-31).

Parece então que os sonhos integram-se num processo mais amplo, a que Sami-Ali designa como *função do imaginário* e que engloba muitas variantes ou equivalentes oníricas diurnas, tais como: «*o fantasma, a fantasia, a alucinação, o afecto, a ilusão, a crença, o jogo, a transferência, etc.*» (Sami-Ali, 2001, p. 33). Atente-se nas palavras do autor para melhor ilustrar o que aqui explanamos:

Todos estes fenómenos nascem igualmente da projecção, esse mesmo poder de criar uma realidade à qual se adere, mas no entanto não são exactamente o sonho, porque se encontram mais ou menos modificados pela consciência vigil (...) importa compreender que não se trata de factos isolados, mas de fenómenos aparentados que deriva, do mesmo fenómeno fundamental, o sonho, e que, a partir daí, constituem aquilo a que chamo a função do imaginário. E é tomado em consideração este conjunto de fenómenos pelos quais se define o funcionamento onírico, oscilando entre o sono e a vigília, que se torna possível abordar a problemática da psicossomático (Sami-Ali, 2001, p. 33).

Do que atrás apresentámos, podemos extrair que mais importante do que acontece durante o processo inerente ao sonho, trata-se de compreender o funcionamento onírico. Este funcionamento desenvolve-se numa consciência que emerge do dentro e do fora, oscilando entre o corpo real e o corpo imaginário.

Interessa salientar que o trabalho mais recente de Sami-Ali tem-se baseado na compreensão e teorização de funcionamentos em que há possibilidade de uma dupla relação de inclusão e de exclusão da consciência onírica e da consciência vigil, conceitos que, de alguma forma, reformulam o que se disse anteriormente sobre o real e o imaginário, como prolongamento da actividade onírica na consciência vigil (Carvalho, 2001).

Deste modo, devemos estar cientes que as modificações do funcionamento onírico, em cada indivíduo, devem ser analisadas segundo um *impasse*. Podemos referir que

estamos perante um impasse quando uma situação é encarada sem saída e torna todo o conflito insolúvel, pois implica uma contradição. Deste modo toda a solução se destrói a si mesma e conduz constantemente ao ponto inicial, já que os conflitos não puderam ser pensados nem elaborados.

Este conflito *sem saída* diz respeito a uma situação interna e externa que engloba o indivíduo na sua totalidade e está presente em toda a patologia que possa ser considerada uma *somatização*, indiciando uma situação traumática.

Na vida onírica, os *sonhos traumáticos* traduzem a existência de um conflito sem saída e o esforço em vão para os solucionar. Nestes casos, o que se observa é que a actividade onírica deixa de ser sentida como uma fonte de prazer⁵⁴.

No mesmo sentido fazemos referência aos trabalhos que Mendes Pedro (2001) que realizou junto de sujeitos toxicodependentes. O autor constatou uma forte tendência para a ausência de sonhos nestes sujeitos, que é explicada pela ausência de sono paradoxal, consequentemente, inibido pelo consumo de heroína. Contudo, nos períodos de abstinência verificou-se a emergência de sonhos sob a forma de pesadelos repetitivos, ou sonhos traumáticos, que não exercem a sua função porque, o sonho é sentido como algo traumático, por isso, irá ser combatido com novos consumos de heroína. É deste modo que o impasse do sujeito toxicodependente começa a ser revelado, centralizando-se permanentemente no problema.

Como Mendes Pedro concluiu: «o sentido profundo das toxicodependências não é o do prazer, mas o de eliminar e excluir a conflitualidade psíquica, afastando a relação com os outros por um processo em que o sujeito se distancia o mais possível de si mesmo» (Mendes Pedro, no prelo, p. 260).

Esta prisão vivida no momento presente é que desenvolve a repressão e que segundo Sami-Ali impede que a actividade onírica estabeleça uma relação com o passado, consequentemente, os acontecimentos traumáticos não são resolvidos, mas mantidos em suspensão, o que conduz, por sua vez, ao reaparecimento de um *novo trauma*, agora associado a uma patologia orgânica que já se manifesta num funcionamento caracterial. Explica o autor: «a actividade onírica em vez de ser o meio para superar o trauma, torna-se ela mesma um trauma» (Sami-Ali, 1992, p. 62)⁵⁵.

De todo este processo, resulta um afastamento da pessoa cada vez maior da sua subjectividade o que irá traduzir-se num novo impasse.

⁵⁴ Os *sonhos traumáticos* foram sintetizados por Freud em 1920, *Para Além do Princípio do Prazer*. Estes sonhos, segundo ele, caracterizam-se pela sua repetição.

⁵⁵ A *repressão* corresponde a um dos factores que induz à regressão do sonho. É caracterizada por uma impossibilidade de acesso à consciência para efectua a acção específica, sono, fadiga, doença e trauma têm o mesmo efeito.

Temos então, fortes indícios que ao sonho é concedido um papel fundamental na elaboração do impasse em relação com a patologia orgânica. Para que possamos compreender melhor este papel do sonho, vejamos o que diz Sami-Ali:

[...] em estado de vigília, a abertura ao sonho permanece total: trata-se menos de interpretar do que, verdadeiramente, de descobrir. Só uma tal prática de sonhos é capaz de transformar o funcionamento caracterial e dar ao conflito, conduzido às suas raízes históricas, a possibilidade de se elaborar de outro modo. O facto de o sonho conter potencialmente este poder de pensar o impensável, só por si já lhe confere um carácter paradoxal, que lembra esta fase do sono justamente denominada paradoxal, na medida em que ele reúne perfeitamente uma actividade cerebral próxima do estado de vigília e um sono profundo em ruptura com o meio. Parece que nos encontramos aqui em presença de um único e mesmo processo criativo, transcendendo a oposição do real e do imaginário, e deixando-se entrever, ao mesmo tempo, do lado de dentro e do lado de fora (Sami-Ali, 2001, p. 46).

Daqui, gostaríamos de referir a diluição da fronteira entre a realidade e o imaginário, deixando em suspenso o espaço onde os sonhos serão concebidos. A esta ideia tornaremos mais à frente, quando abordarmos o sonho sob a perspectiva da clínica psicanalítica.

5.3 – Os Sonhos nos Pacientes Somáticos

Uma das suas particularidades do funcionamento psicossomático reside na ligação entre a actividade onírica e a patologia orgânica. Pois se esta ligação se pode interromper, irá dar lugar a um funcionamento em que os sonhos deixam de existir. Nestes casos, surgem constatações como: *eu não sonho, eu nunca me recordo dos sonhos*, para está presente qualquer coisa que parece impedir a passagem da consciência onírica à consciência vigil (Sami-Ali, 2002).

Mas o que é o sonho senão a sua recordação?

Como Amaral Dias refere: «recordar um sonho, pensar um sonho é muitas vezes a única forma que o ser vigil tem para continuar acordado ou para acordar a parte dormente da psyché» (Amaral Dias, 1993, p. 62). Entendemos, deste modo, que o sonho existe para ser recordado, o que, no plano humano, introduz de imediato a dimensão do esquecimento, a dimensão do recalçamento persistente. O que parece ser próprio do homem não é o sonho, mas sim a força interna que conduz ao apagamento do sonho até tornar no banal da adaptação perfeitamente inacessível (Sami-Ali, 2002).

Efectivamente, a vivência do sonho pode ser vedada pelo recalçamento, que pode ser mobilizado como recurso para resolver o conflito. No caso específico do funcionamento psicossomático dá-se o *recalçamento caracterial*. Este tipo de recalçamento parece suceder-se a si mesmo, quer pela ausência de sonhos quer pela ausência de afecto. Donde, o resultado pode não ser a resolução do conflito, mas o seu desaparecimento como acontecimento interno.

Em última instância, mesmo considerando que todos sonhamos, exceptuando os casos em que o consumo excessivo de certos medicamentos ou de drogas acabam por destruir no ser as condições biológicas do sono paradoxal que tornam o sonho possível, este recalçamento caracterial caracteriza-se por uma *supressão da função do imaginário* (Sami-Ali, 2002), mas não se singulariza apenas pela ausência de sonhos, mas sobretudo pelo desinteresse pelos sonhos. O sujeito que *não sonha* modifica a sua atitude em relação aos sonhos, ou seja, no limite pouco importa que haja sonho ou não. Assistimos, então, a um rompimento entre o sonho e os seus equivalentes.

Na perspectiva de Pierre Marty (1996), a ausência de sonhos corresponde a um isolamento do inconsciente, que leva a que as excitações pulsionais sejam investidas noutras vias diferentes da representação e da elaboração onírica.

Muitas vezes, o que observamos na experiência vivida dos sonhos é uma tendência em certas pessoas, para sonhos que retratam acontecimentos insignificantes e sem afectos que apenas reproduzem a realidade. Por exemplo, «a pessoa quando sonha só sonha com o trabalho» (Mendes Pedro, 2002, p. XXV). Este tipo de sonhos também foi classificado por Marty como *sonhos operatórios*. Para ele, estes sonhos poderiam traduzir uma quase ausência de sonhos, ou pelo menos uma ausência de investimento na vida futura do trabalho onírico, sendo tudo manifesto e de pertença ao diurno, sem manifestação pulsional.

Esta mesma linha de pensamento também é partilhada por Sami-Ali, particularmente, quando encara o sonhar com o trabalho como uma negação de sonhar, constituindo-se o sonho um *continuum* da realidade. Se tomarmos a perspectiva freudiana neste ponto, temos que o desejo do sonho é que não haja sonho de desejo, ou o sonho é a realização deformada de um desejo recalçado. Esse tipo de sonho pertence a um registo *literal*, em que não há participação dos processos primários e que Sami-Ali tão bem ilustrou ao evocar a apreciação que Andy Warhol proferiu sobre a sua obra: «*I'm a factory*», valorizando o trivial e o efémero do objecto quotidiano, o momento em que «não há nada por trás» (Sami-Ali 2002, p. XXVI)⁵⁶.

⁵⁶ Refira-se como complemento desta ideia e da sua transversalidade com outras áreas e linguagens, particularmente a *Pop Art*, Andy Warhol (1928-1987). Este artista defendia que a arte se transfere para o mesmo plano dos *media*. Daí a sua célebre afirmação: «cada um tem direito a cinco minutos de fama». O que interessa era o presente, a vida quotidiana e os cinco minutos de fama. Depois disso caía o esquecimento. Assim, qualquer beleza é efémera, transitória e fugitiva.

Outro tipo de sonhos presentes nos pacientes somáticos, estudados por Marty (1996), foi designado como *sonhos crus*. Estes sonhos foram assim chamados por figurarem cenas directas de realização de fins pulsionais, como o controle, o poder agressivo oral ou anal e o poder genital. O simbolismo nestes sonhos é atenuado no desejo de morte, em que as vítimas são reconhecidas e nomeadas pelo sonhador. Assim, o que parece caracterizar estes sonhos é a explosão instintiva e a descarga pulsional, aparentemente irruptivos, sem defesas e que acordam facilmente o indivíduo que sonha.

Desta forma, neste tipo de sonhos parece não estar presente a censura que dirige o recalçamento, localizado entre o inconsciente e o pré-consciente.

Após esta breve descrição dos tipos de sonhos presentes na vida onírica dos doentes somáticos, é importante salientar a ideia de que os sonhos devem constituir pontos de referência, por vezes, prenunciadores da saúde somática. Pois como Marty afirma: «A primeira definição dos pacientes somáticos em função das suas qualidades mentais e da sua dinâmica nos leva directamente ao problema da vida onírica» (Marty, 1996, p. 5).

5.4 – A Patologia do Banal

No âmbito da problemática que temos vindo a desenvolver, o método clínico parece sublinhar, cada vez mais, que onde a representação da função imaginária não se concretiza é na anulação da subjectividade que se elabora e, simultaneamente, a construção do conformismo do literal e do banal.

Surge então, a *Patologia do Banal ou da Adaptação* que se caracteriza pelo facto da pessoa se encontrar afastada do seu funcionamento onírico e viver em conformidade com o real, consoante as normas ditadas pela sociedade. O imaginário tende a reduzir-se e parece pertencer cada vez mais à banalidade, onde a criação se tornou uma subjectividade sem sujeito. O enigma da subjectividade sem sujeito é um *mistério* que está presente numa vasta forma de patologia (Sami-Ali, 2002).

Olhando para a problemática psicossomática, onde sobretudo surgem pessoas a dizer que nunca sonham ou demonstram total indiferença para com a vida onírica, vemos que elas ocultam a vida onírica e afectiva, o que implica uma modificação do funcionamento psíquico, fazendo emergir à superfície aspectos caracteriais, que cobrem a subjectividade do ser humano.

Outro aspecto da problemática é salientada por Mendes Pedro, quando faz o apontamento de que a doença orgânica surge em pessoas bem adaptadas ao meio familiar e social, mas que, em certos momentos da sua vida, tiveram de enfrentar conflitos relacionais, ou situações excessivas, e de repente ficaram em situação de impasse. Para o

autor, é a ausência de ligação entre o biológico e o psíquico, impulsionada pela ausência geral do sonho e em condições de stress extremo, que pode activar a patologia orgânica, como por exemplo, uma hipertensão, uma doença gástrica, uma alergia, um cancro.

No mesmo sentido aponta Coimbra de Matos: «sem sonho resta a adaptação e o desenvolvimento cognitivo. A clivagem razão/emoção com desprezo pelo afecto e hiperinvestimento no real e lógico será porventura, o processo efectivo no desenvolvimento da vulnerabilidade somática» (Coimbra de Matos, 2003, p. 35).

Relativamente à adaptação, Mendes Pedro refere que é o vazio da vida interna que leva a pessoa a adaptar-se ao meio exterior. Esta adaptação está presente na adopção das regras do funcionamento sócio-cultural proporcionado pela moda, pela TV e por outros *mass-media*, os quais têm o poder de restituir uma identidade conformista, emprestada. O autor cita Andy Warhol como exemplo paradigmático de uma «identidade de superfície» (Mendes Pedro, no prelo, p. 261).

Esta adaptação às normas da sociedade também está presente nos indivíduos toxicodependentes. É o imaginário do indivíduo consumidor que se adapta às normas da sua sociedade, formando-se então *uma sociedade toxicodependente*, onde ocorre uma aproximação ao imaginário dos restantes toxicodependentes. Daqui é construída uma identidade que tem como base a substância e não a subjectividade do indivíduo.

Em síntese, numa patologia psicossomática, para além do êxito da adaptação e do recalçamento de toda a actividade onírica, o banal parece ocupar o lugar do imaginário.

Na continuidade do pensamento e da obra de Sami-Ali (2002), surgiu um novo conceito entre o banal e o onírico; o *Ordinário*⁵⁷. Esta nova teorização é vista pelo autor como uma variedade do banal, intermédia, e que permanece descritiva. Pode-se dizer que no banal só existe a consciência vigil, enquanto no ordinário as duas consciências, a consciência onírica e a vigil, podem coexistir e dar um novo estatuto ao sonho na consciência vigil.

5.5 – O valor do Sonho na Clínica Psicanalítica

O valor da própria actividade onírica, no funcionamento global do sujeito, é tão grande que lhe confere uma expressão significativa na saúde e na doença, quer física quer mental (Sami-Ali, 2001)⁵⁸.

⁵⁷ O termo *ordinário* surge associado ao campo da patologia, ou seja, ocupa cada vez mais esse campo quando o funcionamento banal assumiu um extenso controlo no indivíduo (Sami-Ali, 2001).

⁵⁸ Os gregos clássicos entendiam o sonho como um fenómeno de diagnóstico, praticando a incubação dos sonhos. De facto, pessoas doentes iam dormir num templo e, durante o sono, eram acordadas por padres que as faziam relatar os seus sonhos. Estes sonhos eram depois usados como base para uma sistema de diagnóstico

Esta associação estreita entre o sonho e o corpo também é sublinhada por Gotor, que o encara como um processo de projecção: «o próprio corpo é considerado como o esquema de representação» (Gorot, 2001, p. 98). Este autor defende que se considerarmos a actividade onírica um processo biológico, constataremos variações fisiológicas que testemunham um processo de activação das funções orgânicas que podem tornar possível o reconhecimento precoce das sensações e dos sofrimentos corporais:

[...] a capacidade diagnóstica do sonho reside na compreensão dos cenários oníricos, mediatizados por objectos-imagens do corpo, pela relação do sonho e da problemática orgânica, da projecção e da realidade, que podem ao mesmo tempo diagnosticar, a existência de uma patologia orgânica ou pressagiar-lhe a evolução. Só o trabalho analítico e de interpretação do sonho pode trazer qualquer informação ao aspecto premonitório da vida onírica. O interesse do analista pelo oculto constituiria a condição necessária à produção de sonhos preditivos (Gorot, 2001, p. 99).

Para além da função diagnóstica do sonho, a ele são atribuídas diversas funções por diferentes autores. Para Coimbra de Matos (2002) é pelo sonho e pela imaginação criadora que recuperamos elementos da nossa experiência vivida e que expulsamos outros elementos da consciência por serem pensamentos menos relevantes à nossa atenção, ou por os conteúdos psíquicos a eles associados gerarem conflitualidade. Assim, o sonho constitui-se como um importante processo de vivificação da memória e uma forma de reelaborar a continuidade da experiência vivida, na medida em que possibilita a associação e a articulação de memórias antigas e recentes, de vivências infantis e de restos diurnos.

Poderemos, assim, afirmar que através do sonho é possível delinear a historicidade da relação de objecto e a sequência de transferências, regrada e interpretada, permitindo o preenchimento de falhas no contínuo vivencial.

O mesmo autor atribui ao sonho nocturno uma função de tratar os excessos de experiências fortes e traumáticas, que ocupam espaço e consomem energia em processos defensivos, os quais, por sua vez, restringem e debilitam o funcionamento mental, para além de poderem abrir uma área de funcionamento psicopatológico. Mas a actividade criativa e o *sonho acordado*, podem utilizá-los e transformá-los, isto é, reciclar os materiais deteriorados e o sonhos e a criação permitem solucionar problemas.

Porém, sendo o sonho encarado como um fenómeno associado à criatividade, donde resulta esta criação? Será, provavelmente, do relacionamento amoroso alcançado com o mundo significativo das pessoas.

médico arcano, no qual certos elementos oníricos representavam certas partes do corpo e a acção num sonho representava as condições patológicas dessas partes.

É para esta perspectiva que Coimbra de Matos se direcciona quando afirma: «a criatividade é uma qualidade e função da mente amante, e não apenas desejante: o desejo conduz ao sonho; o amor à criação. No sonho predomina um funcionamento narcísico, de regulação da auto-estima, enquanto que na actividade criativa prevalece o funcionamento objectal, onde os outros são os destinatários da obra criada» (Coimbra de Matos, 2002, p. 430).

Pelo que foi atrás apresentado, temos que o homem é um criador de significância que transforma a coisa e o acontecimento bruto em objecto e eventos significativos, algo que tem sentido na sua história e para o seu projecto com alguém a que esteve ou está vinculado. O que corresponde aos elementos β e α de Bion, introduzidos na teoria que elaborou sobre o *aparelho de pensar os pensamentos*⁵⁹.

Abordaremos agora a importância do sonho no contexto psicanalítico. Desde já importa reter a ideia de sonho veiculada por Coimbra de Matos, que caracteriza o sonho como algo que é único e genuíno, mas ao ser contado é transformado, porque nele são introduzidas várias alterações ao sonho original, constituindo-se como uma criação para o outro, que é portadora de uma intencionalidade (Matos, 2002).

Outra ideia partilhamos com o mesmo autor, pois entendemos que o sonho contado é também transformado, correspondendo, desta forma, como uma oferta do analisando para o analista. Essa obra criada, que é o sonho transformado, repercute no analista, fazendo-o um espectador, desencadeando o sonhar ou o criar, nomeadamente quando a relação é harmoniosa. É assim que se inicia o círculo da criação, alimentada por duas ou mais pessoas e assegurando o seu desenvolvimento.

A finalidade do sonho como actividade criadora é a de organizar a informação disponível, em torno da escolha emocional, que é ditada pelos desejos e preocupações mais profundas. Confrontamo-nos com um sujeito aprisionado em crenças inabaláveis, rígidas e dogmáticas que está fortemente adaptado ao real e não tendo possibilidade de aprender com a experiência, está limitado o seu crescimento mental (Coimbra de Matos, 2002).

Temos, pois uma livre circulação de pensamentos e afectos, desejos e fantasias constitui-se como uma condição básica para o sonho, para a descoberta e para a criação. Constituinte uma correspondência com o que Freud falava de energia livre e energia ligada, respectivamente no processo primário e secundário.

Ainda reflectindo sobre o valor do sonho na clínica psicanalítica, sustentado em Bion, Amaral Dias (1998) descreve o conceito *α -Dream Work* elaborado por Bion. Refere que este

⁵⁹ A teoria de Bion o *aparelho de pensar os pensamentos*, assume que aquilo que é excretado da mente, isto é, o que não é assimilado, não está ao serviço de extrojecção, mas está ainda ao serviço da procura de um significado. É isto que acontece desde a relação precoce, onde a mãe é outorgadora de significação para o filho. Neste sentido, Bion dá muita importância à função de *rêverie* materna, que permite à mãe acolher as projecções-necessidades do bebé, uma vez que lhes atribui um sentido. Em Bion, a emoção é algo que está ligada ao vínculo, à relação.

conceito corresponde à capacidade de criar elos associativos que a todo o momento estruturam a própria condição de se pensar, é provavelmente, a melhor descrição da actividade que conduz à organização de protopensamentos, que constituem para Bion, pensamentos disponíveis para o sonho, para o trabalho do sonho.

O α -Dream Work é algo que se localiza na mente do ser humano enquanto funcionamento, seja de dia, seja de noite, ou seja, algo que tem a ver com a fantasia inconsciente. É desta forma que este conceito tem implicações importantes no modo como entendemos certos fenómenos na clínica psicanalítica, por exemplo, as interrupções do discurso, as dificuldades de comunicação. Em alguns casos o que se verifica é um fracasso e uma reversão do α -Dream Work, ou seja, algo que devia estar encadeado numa cadeia associativa é revertido a um momento como se fosse um elemento β . Nesses momentos a obrigação do analista é pôr em funcionamento um α -Dream Work que está nitidamente a falir. Caso contrário, o que se observa é um bloqueamento da capacidade de pensar, provocando um decréscimo na mente do analisando (Amaral Dias, 1998).

Concluimos que é no núcleo da relação analítica que se torna possível reconquistar as relações perdidas ou suspensas, com um novo objecto, ou o objecto renovado pelo trabalho interno da criação analítica, assim como das outras relações. Deste modo, aproximámo-nos de Coimbra de Matos ao afirmar que: «a matriz do sonho é a relação» (Coimbra de Matos, 2002, p. 436).

A tendência da psicanálise contemporânea parece ser privilegiar a *intersubjectividade*, na medida em que as limitações da interpretação do reprimido se foram tornando evidentes, ao mesmo tempo em que a relação surgida da transferência tem-se mostrado o instrumento mais eficaz de mudança psíquica.

6 - Objectivos e Questões de Investigação

Com o debate que se trava entre os neurocognitivistas e os neuropsicanalistas, no que respeita aos sonhos, torna-se imprescindível que se comece a olhar para o mundo onírico com uma visão mais alargada e multidisciplinar.

Acresce, hoje, o conhecimento de que os sonhos estão ligados a um ritmo biológico específico, o sono paradoxal. Deste modo, o sonho deixa de ter um estatuto unicamente psicológico, obrigando a uma multiplicidade de entendimentos para melhor o compreendermos.

Foi neste contexto que o nosso interesse se direccionou para o mundo insondável do sonho. Esta vertente de trabalho havia já sido iniciado pelo Prof. Doutor António Francisco Mendes Pedro, que nos sensibilizou para esta problemática complexa e lançou o desafio de acrescentarmos o nosso cunho pessoal a esse projecto. Desta associação de vontades resultou a formulação de um questionário que avaliasse a qualidade do sonho, contemplando os seus aspectos biológicos, nomeadamente o sono.

Assim, delineámos os objectivos e formulámos as hipóteses que balizaram o nosso questionário, com validação dos resultados.

Para a prossecução dos nossos objectivos, realizámos dois estudos. O primeiro estudo visou a construção do questionário e o seu pré-teste. O segundo estudo incidiu sobre a análise das propriedades métricas do questionário, isto é, a validação dos resultados. No geral, o questionário destina-se à população adulta e poderá ser utilizado em contexto clínico, assim como no campo da investigação.

O nosso ponto de partida foi o de tentarmos elaborar um instrumento que favorecesse uma análise profunda dos sonhos, enquadrado na visão psicanalítica e nas descobertas recentes da neurofisiologia. Daqui surgiu a seguinte hipótese: será que o sonho é o guardião do sono? Para isso elaborámos o questionário que denominámos: *Questionário da vida nocturna: o sono e o sonho*.

Considerámos dois tipos de variáveis latentes, a qualidade do sono e a qualidade do sonho.

Numa primeira parte do questionário construímos as variáveis de qualidade do sono. Nela centrámo-nos numa única dimensão; *Hábitos de sono e períodos de transição sono-vigília/vigília-sono*.

Para a formulação dos itens, baseámo-nos nas revisões teóricas na área e nas reflexões faladas com os participantes. Para uma maior consistência no nosso trabalho

apoiamo-nos em questionários específicos que avaliassem os hábitos de sono⁶⁰.

Na segunda parte, elaboramos as variáveis de qualidade do sonho. Para alcançar este objectivo, subdividimos esta parte nas seguintes dimensões: *Forma dos sonhos*; *Representação dos sonhos*; *Envolvimento relacional*; *Intencionalidade dos sonhos*.

A formulação das dimensões e, conseqüentemente, dos itens a elas associados foi impulsionada pela expressão de diversas hipóteses teóricas ao longo do processo de construção do questionário. Estes foram sendo, igualmente, construídos a partir de revisões literárias nesta área e do precioso contributo clínico do Prof. Doutor António Mendes Pedro, assim como do que se auscultou dos participantes do estudo.

Para a primeira dimensão da qualidade do sonho, a forma dos sonhos, os itens que a contemplam descrevem emoções, sensações, movimento onírico e muitas outras características dos sonhos.

A segunda dimensão, a representação dos sonhos, está caracterizada por itens que avaliam os conteúdos implícitos e explícitos dos sonhos.

Para a formulação dos itens que integram a terceira dimensão, contemplámos as seguintes hipóteses. Será que as experiências relacionais influenciam a vida onírica do indivíduo sonhador? Será que a existência de sonhos favorece a subjectividade do sonhador? A partir destas conjecturas formulámos itens que favorecessem a análise do envolvimento relacional do indivíduo com os outros.

Na quarta dimensão, a intencionalidade dos sonhos, as hipóteses teóricas subjacentes para a construção dos itens foram as seguintes. Será que os sonhos têm repercussões na vida psicológica do indivíduo? Será que os sonhos podem influenciar o dia-a-dia da pessoa que sonha? Será que os sonhos nos podem ajudar a resolver problemas emocionais?

Por fim, partindo da seguinte hipótese teórica; será que uma má qualidade do sonho está presente apenas em pessoas com doença orgânica? Delineámos um quadro com o intuito de verificar a existência de doenças quer somáticas, quer psicológicas e o contexto de vida que o indivíduo considerou ser a causa do seu adoecer. Neste sentido, o que pretendemos é correlacionar a qualidade do sonho e a presença ou não de doença orgânica⁶¹.

Finalizado o questionário, concluindo deste modo a primeira etapa do trabalho, partimos para a inspecção das qualidades psicométricas do questionário, conscientes de que todos os testes devem respeitar critérios métricos que são próprios da generalidade das

⁶⁰ Os questionários que avaliam a qualidade do sono utilizados neste trabalho foram: *Índice de Qualidade de Sono Pittsburg (PSQI)* e *Escala de Epworth para a Avaliação da Sonolência*. Ambos foram facultados pela Neurologista Teresa Paiva.

⁶¹ Esta mesma ideia foi bastante sublinhada nm estudo realizado por V. Sartori (1999) que propôs-se estudar a relação entre ansiedade-traço e o padrão onírico de voluntários sadios. Concluiu que o perfil onírico estabelecido se correlacionava com a ansiedade-traço da amostra estudada.

medidas.

Dando cumprimento a esta intenção, interrogámo-nos se o questionário apresenta uma medida de sono e sonho com coeficiente *alpha* de Cronbach adequado. Por outro lado, questionámo-nos se será possível alcançar medidas psicométricas fiáveis para a validação do questionário. Por último, operacionalizámos e testámos estas últimas hipóteses segundo procedimentos estatísticos apropriados.

Importa ainda ressaltar o método utilizado para cotar o questionário. A qualidade do sono será expressa pelo somatório dos itens da escala que a compõe e a qualidade do sonho pelo somatório dos itens das quatro dimensões que a constituem. Definimos intervalos de valores ou pontos de corte, de forma a possibilitar uma análise mais pormenorizada destes resultados. Assim temos que tanto a qualidade do sono como a qualidade do sonho serão analisadas como tendo uma qualidade *muito boa*, *média* ou *má*.

Todavia, subsiste a hipótese sobre o que estes resultados poderão traduzir na vida relacional do indivíduo.

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

1º Estudo: Construção e Pré-teste do Instrumento

1 – Método

1.1 – Participantes

Recorremos a uma amostra aleatória de 30 participantes, distribuídos simetricamente por sujeitos internados e não internados, recrutados no Hospital da Marinha em Lisboa. A população era maioritariamente do género feminino (79.3%) e tinham idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos ($M = 48.36$ anos). Relativamente à residência, catorze tinham residência no Sul do país, onze no Centro, quatro no Norte do país. Apenas um participante tinha residência fora do continente. Quanto ao estado civil, estes participantes, 63.8% eram casados.

1.2 – Instrumento

O instrumento a que o presente trabalho se refere é o *Questionário da vida nocturna: o sono e o sonho* é um questionário que se propõe avaliar a *qualidade do sono e do sonho* da população adulta. Defendemos que este questionário avalia o sono e o sonho numa perspectiva multidimensional, e o modelo por nós assumido insere-se numa perspectiva psicanalítica.

Para a construção do questionário considerámos a literatura na área, decidindo acerca da dimensionalidade do domínio em análise, como o construto e a população alvo e da abrangência dos indicadores para o representar, como o conteúdo e a *poule* de itens.

O cuidado tido com a validade de conteúdo (Haynes, Richard, & Kubany, 1995) englobou a avaliação dos itens por especialistas, para saber se cada item mede o construto que se propõe medir, e teve em conta a forma de resposta e a sequência de apresentação dos itens, bem como a elaboração das instruções a fornecer aos participantes. Também se auscultaram os membros da população alvo a propósito da formulação e do significado dos itens.

Este questionário deveria reunir cinco dimensões.

A primeira dimensão foi relativa aos hábitos de sono e incluímos questões referentes ao adormecer e ao acordar. Ela contém aspectos *como a pessoa costuma adormecer e acordar, como se sente durante o estado de vigília e durante o sono*.

A segunda dimensão prendia-se com os sonhos gerais das pessoas, reportando-se a lembranças generalizadas dos sonhos de cada um e da atitude da pessoa perante os mesmos. Nela incluímos aspectos *como com que frequência recorda os sonhos e se partilha os sonhos a outros*.

A terceira dimensão agrupava os conteúdos dos sonhos, os conteúdos implícitos e os explícitos. Nela incluímos as *sensações* e as *emoções* presentes nos sonhos.

Na quarta dimensão passava pelas relações interpessoais. Nela incluímos aspectos *como a relação com os outros*.

Por fim, a quinta dimensão prendia-se como o contexto de vida. Contemplou aspectos *como se a pessoa considera ser saudável e se teve ou tem alguma doença*.

Quanto à forma de resposta aos itens do questionário, trata-se de uma *rating scale* de tipo-*likert* de cinco pontos: que varia entre “nunca” (1) e “sempre” (5). Mas os primeiros seis itens do questionário obedecerem a respostas nominais, como “sim” (1) e “não” (2); “infância” (1), “adolescência” (2), “jovem-adulto” (3), “adulto” (4) e “idoso” (5). É por este motivo, que estes itens apenas foram considerados ao nível da estatística descritiva por não apresentarem variabilidade para serem estudados. Os 98 itens que constituíram o questionário, na sua totalidade, foram distribuídos consoante as dimensões a que pertenciam; a primeira e segunda dimensão com 23 itens cada, a terceira com 33 itens, a quarta dimensão 16 itens e a quinta dimensão com 3 itens.

1.3 – Procedimento

1.3.1 – Recolha dos dados.

Após a autorização da comissão de ética do Hospital da Marinha, em Lisboa (vd. Anexo A), fez-se a deslocação à instituição em Maio de 2007.

O questionário aplicado no pré-teste (vd. Anexo B) é de auto-preenchimento. As instruções estavam impressas na folha com as perguntas, assim como o espaço para assinalar as respostas. Como se trata de um questionário que não põe questões de realização, qualquer sítio com condições mínimas pode ser utilizado para o preenchimento.

Os participantes foram previamente informados dos objectivos do estudo e da pertinência da administração do instrumento, solicitando a colaboração voluntária para participarem no mesmo. Referiu-se também que não teriam retro-informação porque os dados seriam analisados em conjunto e não individualmente. Nesse seguimento garantiu-se a confidencialidade dos resultados.

De seguida, explicou-se como deveriam responder ao questionário, e clarificou-se que em caso de dúvida, poderiam chamar, que seriam esclarecidos.

A aplicação individual de cada questionário demorou entre 15 a 20 minutos e todos os indivíduos interpelados a participar no estudo aceitaram.

1.3.2 – Tratamento dos dados.

Utilizamos o *SPSS 15.0 for Windows* para efectuar o tratamento estatísticos deste estudo. Os itens do questionário tinham, como já foi dito, uma resposta do tipo-*likert* de cinco pontos, variando desde “nunca”_1; “raramente”_2; “algumas vezes”_3; “muitas vezes”_4; “sempre”_5.

Iniciámos a depuração do questionário pela análise estatística da distribuição dos resultados para cada item (valores máximos e mínimos, mediana, assimetria e curtose) para que pudéssemos apreciar acerca do respectivo grau de dispersão das respostas. Para todos os itens, exceptuando os itens com escala nominal, procedemos ao cálculo do coeficiente *alpha* de Cronbach, que fornece a medida de consistência interna. Assumimos que o questionário teria uma boa consistência interna com um *alpha* de 0.80 (Ribeiro, 1999).

No que respeita ao critério de exclusão de itens, recorremos à análise da consistência interna ou ao cálculo do *alpha* de Cronbach dos itens. Foram excluímos outros itens porque não apresentavam uma função discriminativa, e ainda, os que pertenciam a escalas nominais.

2 - Resultados

Através da análise de consistência interna do questionário, esta foi fraca (0,63) (vd. Anexo C). Excluimos um item 4E para aumentar o coeficiente *alpha* de Cronbach, que passou para um valor razoável (0,70). Foram igualmente eliminados dois outros itens porque constatámos problemas de distribuição nas respostas a esses itens, designadamente os itens 2R e 6B. Excluimos mais oito itens, os itens A, B, 1, 1_1, 1_2, porque pertenciam a escalas do tipo nominal e os itens 3_9, 3_10, 3_11, porque foram formulados sob a forma de perguntas abertas.

3 - Discussão

Constatámos que o questionário apresenta um valor razoável para o coeficiente de *alpha* de Cronbach. Deste modo, a existência de uma fiabilidade adequada não foi alcançada. Para Hill e Hill (2005) uma medida pode ter boa fiabilidade e ter pouca validade mas sem fiabilidade adequada não pode ter validade adequada.

Por outro lado, a análise preliminar da distribuição das respostas a cada item, permitiu identificar os itens que não tinham uma função discriminativa. Um item que receba como resposta “nunca” na quase totalidade da amostra, não tem qualquer função no questionário.

A análise das respostas dadas numa escala nominal e de perguntas abertas, requer técnicas estatísticas específicas e diferentes, em relação a respostas com uma escala do tipo ordinal. Neste sentido, foram eliminados os itens que apresentavam essas características de discordância.

Entretanto, com os resultados obtidos o questionário ficou reduzido a 87 itens, mas o problema de fiabilidade inadequada permaneceu. Com a finalidade de solucionarmos este problema formulámos novos itens, aumentando-os consideravelmente, e reformulámos os itens conservados no pré-teste. Outra estratégia, consistiu na aplicação do questionário a uma amostra representativa da população (cinco sujeitos por cada item).

2º Estudo: Análise das Propriedades Psicométricas do Instrumento

1 - Método

1.1 – Participantes

Colaboraram voluntariamente neste estudo, 676 participantes do Hospital da Marinha, da Universidade Sénior de Benfica e de Alvalade e do Instituto Superior de Psicologia Aplicada⁶². Da população global, 439 dos participantes são do género feminino e 236 dos indivíduos são do género masculino. Quanto à faixa etária, esta varia entre 18 e 91 anos, mas a maioria de idades que prevalece nesta amostra é compreendida entre os 18 e os 30 anos, para os dois géneros. Para além da idade foram solicitados outros dados sócio-demográficos, como o estado civil, as habilitações literárias e a zona de residência.

Relativamente à população feminina, a maioria era solteira (47.4%), foi o grau de licenciatura que superou (45.3%) e 52.6% desta população residia no centro do país.

Nos participantes do género masculino, o estado civil maioritário foi o casado (42.8%), o ensino secundário correspondeu ao grau académico predominante nesta população (33.7%) e era no centro do país que a maioria desta população (40.3%) tinha residência.

1.2 - Instrumento

O instrumento a ser validado corresponde àquele que foi enunciado no estudo anterior, com o acréscimo de variáveis e reformulação da dimensionalidade. Portanto, mais uma vez, foi tida em conta a validade de conteúdo (Haynes, Richard, & Kubany, 1995) que abrangeu a reflexão falada com a população alvo, a avaliação dos itens por especialistas; com a finalidade de se saber se cada item parece medir o construto que se propõe medir, se há outra forma mais simples ou adequada de apresentar o item, se o formato do conjunto de itens é o mais adequado e saber se o tipo de resposta pedido é adequado.

O questionário aplicado neste estudo incluiu 128 itens conservados com base na validade de conteúdo (vd. Anexo D) que deveriam agrupar-se em seis dimensões.

Para a primeira dimensão assumimos a avaliação dos hábitos de sono e dos períodos de transição do sono-vigília e vigília-sono. Englobamos aspectos como *a pessoa costuma adormecer e acordar, como se sente durante o sono e no estado de vigília*.

⁶² Todas as Instituições acima referidas situam-se na zona metropolitana de Lisboa.

A segunda dimensão prendia-se com a forma dos sonhos. Nela incluímos uma análise dos sonhos segundo a *bizarria*, o *movimento*, a *memória* dos sonhos, as *sensações* e as *emoções* neles representados⁶³.

A terceira dimensão passava pela representação que cada indivíduo tinha acerca dos sonhos. Incluímos os conteúdos explícitos e implícitos dos sonhos, como por exemplo, *se o indivíduo sonha com pessoas que já faleceram, se se identifica com os seus sonhos*, entre muitos outros aspectos.

A quarta dimensão pode ser assumida como mais afectiva ou emocional, reportando-se a vivências íntimas do indivíduo. Nela incluímos itens que avaliassem as emoções envolvidas nas relações com os outros, como a *alegria*, a *tristeza*, a *raiva*, a *possessão*, a *desilusão*, a *agressividade*, a *preocupação*, o *medo*, a *indiferença*.

A quinta dimensão prendia-se com a intencionalidade dos sonhos. Incluímos aspectos relativos à *importância que os sonhos têm no dia-a-dia do sujeito e na construção de novos projectos*, isto é, como do interior do sonho se pode agir no exterior. Também nesta dimensão, foram formuladas perguntas abertas que sugeriam ao sujeito que relatasse um sonho marcante e, posteriormente, que o desenhasse. Contudo, estas perguntas necessitam de um tratamento específico, nomeadamente uma análise de conteúdo. Por esta razão, não foram sujeitas à análise estatística deste estudo.

A sexta dimensão prendia-se com os hábitos de vida e as vivências do adoecer ao longo da vida. Incluímos aspectos que avaliavam os hábitos adoptados pelo indivíduo no seu dia-a-dia, como por exemplo, o *consumo de substâncias tóxicas*, e as sensações internas, como a *ansiedade*. Nesta dimensão, também incluímos dois quadros que relacionavam a presença de doenças, somáticas e/ou psicológicas e o contexto de vida.

As respostas ao questionário são dadas numa escala tipo-*likert* de cinco posições, variando entre “nunca”(1) e “sempre” (5). O questionário ficou constituído com um total de 129 itens que foram organizados de acordo com as dimensões definidas *a priori*, e depois foi aplicado à nossa amostra.

Relativamente à cotação dos itens, foi feita atribuindo um ponto ao registo mais à esquerda, dois ao seguinte, três ao seguinte, quatro ao seguinte e cinco ao registo mais à direita, exceptuando os itens invertidos em que a atribuição da nota é inversa. Os itens invertidos: 1.1, 1.2, 1.4a, 1.4c, 1.4f, 1.5, 1.6, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.13, 1.14b, 1.14c, 1.14d, 1.14f, 1.14g, 5b, 5c, 5f, 5l, 5p, 5q, 5s, 5r, 5v, 6c, 6i, 6n, 6o, 6p, 6q, 6r 6.1b, 6.1d, 6.1e, 6.1g, 6.1h, 6.1i, 6.1j, 6.1k, 6.1l, 6.1n, 6.1o, 6.2b, 6.2d, 6.2f, 7e, 7f, 7h, 7i, 7k, 7m, 7n, 7o). Posteriormente, somaram-se os itens de cada uma das dimensões e obtivemos a nota de cada dimensão e com o somatório da totalidade dos itens alcançamos a nota total da

⁶³ Neste caso, utilizámos o termo *bizarria* para descrever um sonho que causa estranheza ao sonhador.

escala⁶⁴. Assim, chegámos a valores, a nota mais baixa indicava menor qualidade do sono e do sonho, uma nota intermédia, média qualidade e a mais elevada, muito boa qualidade. Deste modo, a cotação deverá englobar duas notas, a primeira nota resultante do somatório dos itens que serão representantes da qualidade do sono e a segunda nota será o somatório dos itens para a qualidade do sonho.

Para a avaliação da qualidade do sonho, colocámos duas hipóteses. Será que a qualidade do sonho poderá ser avaliada pelo somatório dos itens que compõem as dimensões forma dos sonhos, representação dos sonhos, envolvimento relacional e intencionalidade dos sonhos? Ou será que a qualidade do sonho será avaliada pelo somatório dos itens que estruturam as dimensões forma dos sonhos, representação dos sonhos e intencionalidade dos sonhos?

1.3 – Procedimento

1.3.1 – Recolha dos dados.

O número de instituições que consentiram na recolha de dados (vd. Anexo A, E e F) é em maior número. Assim foi necessário porque a amostra aumentou consideravelmente em relação ao primeiro estudo. Os procedimentos de recolha dos dados decorreram da mesma forma que no estudo anterior.

1.3.2 – Tratamento dos dados.

Utilizámos o *SPSS 15.0 for Windows*, para efectuar as análises estatísticas deste estudo. Os itens invertidos do questionário foram recodificados. Depois de verificarmos que não existiam problemas de colinearidade e de distribuição dos itens, os dados foram tratados pelo mesmo programa.

A escolha dos procedimentos estatísticos adoptados vai ao encontro das hipóteses a serem testadas neste trabalho. No entanto, a escolha destes procedimentos estatísticos deparou-se com algumas limitações. Com efeito, as respostas ao questionário são dadas numa escala de *Likert* que é uma escala ordinal e, por isso, deveriam ser analisadas com recurso à estatística não-paramétrica. Todavia, decidimos utilizar a estatística paramétrica.

Justificamos esta opção, segundo Pais-Ribeiro (1999) que considera que os testes não-paramétricos são restritivos acerca da natureza dos dados, porque a maioria assume apenas uma medida ordinal. A razão porque os testes não-paramétricos são menos utilizados deriva de os paramétricos serem, geralmente, mais poderosos. O poder de um teste é a sua capacidade para detectar diferenças significativas entre dois conjuntos de

⁶⁴ Na cotação falamos de dimensões ou factores que permitem uma estrutura definitiva do questionário. Esta estrutura dimensional será analisada a seguir.

medidas. Este maior poder dos testes paramétricos deriva do facto de fazerem uso de toda a informação disponível nos dados, enquanto os não-paramétricos apenas consideram a sua ordenação.

Para identificar a dimensionalidade do questionário procedeu-se à análise dos componentes principais (ACP). Em 1987, Dawis e também Tabachnick e Fidell (1996) consideraram que a ACP era uma solução privilegiada como primeira abordagem da análise factorial.

A mesma visão encontrámos em Maroco (2007) que definiu a ACP como uma análise muito útil quando o investigador está interessado na redução de um grande número de variáveis a um pequeno número de componentes.

Assim sendo, a análise factorial dá-nos a possibilidade de produzirmos inúmeras soluções factoriais por limitação, por exemplo, do número de factores ou do número de interacções. Mas para garantirmos que as soluções por nós adoptadas seriam as mais correctas, considerámos determinados critérios.

No primeiro momento do nosso estudo, a escolha da estrutura factorial final do questionário tomou em conta os seguintes critérios (Ribeiro, 1994):

(1) a percentagem da variância total que é explicada por cada dimensão factorial, deverá ser superior a 50%. Embora, no presente estudo, para definição dos factores foram considerados os que apresentavam *eigenvalue* superior ou igual a 1. Adoptamos esta estratégia estatística por defeito no *SPSS 15.0 for Windows*, porque a percentagem de variância total que explica cada solução factorial não foi dada;

(2) a coerência de cada solução factorial. Coerência significa que a análise de conteúdo dos itens que saturam cada factor não apresenta discrepância incompatível com a solução teórica original, isto é, o construto ou o conceito;

(3) cada factor deverá ter, pelo menos, três itens;

(4) parcimónia: quanto mais pequeno melhor. Isto é, perante duas soluções factoriais com as mesmas propriedades métricas, a que incluir menor número de itens será preferida.

Esta fase do tratamento estatístico foi concluída com a decisão sobre o número de factores e de itens a incluir na escala, e ainda com a análise da consistência interna da escala e de cada sub-escala definida pela análise factorial. Assumimos que uma consistência interna boa com valores de *alpha* de 0.80.

No entanto, a inexistência de um critério estável de apreciação desta qualidade métrica, leva a que alguns autores considerem adequados valores de *alpha* de 0.60 (Clark & Watson, 1995). Todavia, os resultados devem ser enquadrados em razão do número de itens em análise (Cortina, 1993).

Nos casos em que os itens ficaram organizados apenas num único factor ou dimensão, formou-se uma escala unidimensional. Para esta escala optámos por

inspeccionar a redundância dos itens. A finalidade dês procedimento foi para averiguarmos se existiam itens que mediam exactamente a mesma coisa e/ou apresentavam conteúdos semelhantes.

Para a inspecção da redundância dos itens considerámos o critério de que estaríamos perante uma redundância numa correlação entre dois itens superior 0.90. Pois um valor desse tipo é susceptível de falsificar os resultados totais do questionário. (Tabachnick & Fidell, 1989).

As correlações entre os itens da escala unidimensional, foram realizadas através do *SPSS 15.0 for Windows*, recorrendo a estatísticas bivariadas não-paramétricas (correlações de Spearman).

No último momento deste estudo, a finalização da análise factorial, inspeccionámos a validade convergente-discriminante dos itens⁶⁵.

Para esta inspecção apoiámos em critérios definidos por Pais-Ribeiro (no prelo):

(1) para considerarmos que um item está correlacionado com o factor, é necessário haver uma correlação igual ou superior a 0.40 entre o item e esse hipotético factor, isto é a validade convergente;

(2) a correlação do item com a sub-escala a que pertence deverá ser superior em 0.15 pontos à da correlação com as sub-escalas a que não pertence. Assim, inspeccionamos a validade discriminante.

No tratamento dos dados calcularam-se os somatórios da escala e das sub-escalas do questionário, posteriormente, efectuámos as correlações. De seguida, recorreu-se a estatísticas bivariadas não-paramétricas (correlações de Spearman).

2 - Resultados

2.1 – Fiabilidade.

Num primeiro momento, procedemos à análise dos componentes principais (ACP) para todos os itens do questionário. Limitamos a estrutura factorial a seis factores.

Apesar da ACP ter considerado o conjunto de variáveis observadas (itens) como consequentes das variáveis latentes hábitos de sono, forma dos sonhos, representação dos sonhos, envolvimento relacional, intencionalidade dos sonhos e contexto de vida e doenças, como nos sugeriu a análise dos *eigenvalues*, 18.05, 11.17, 7.55, 3.60, 3.08 e 2.96, respectivamente para cada variável latente. Todavia, esta não foi a estrutura factorial que

⁶⁵ A validade convergente-discriminante dos itens é um tipo de validade que nos indica se o item mede o mesmo construto da sub-escala ou da dimensão a que pertence e não o construto de outra dimensão do mesmo teste (Ribeiro, 1999).

assumimos porque verificámos a existência de incompatibilidades entre alguns itens que saturavam cada factor e o construto teórico original (vd. Anexo G).

Com o objectivo de solucionarmos a discrepância teórica entre os itens e os factores, dividimos o questionário em duas partes.

Na primeira parte ou *parte I* incluímos todos os itens que avaliassem os hábitos de sono e os períodos de transição do sono-vigília e vigília-sono, obtivemos um total de 31 itens.

Na segunda parte ou *parte II* englobámos os restantes itens, que avaliam a qualidade do sonho; no total foram 97 itens.

Para testarmos se esta solução era adequada, procedemos ao cálculo da consistência interna para estas duas partes do questionário.

Os resultados, do coeficiente de *alpha* de cronbach, que apurámos para a parte I, foi uma consistência interna fraca (0.57) (vd. Anexo H). Mas excluímos o item P2_6 que tornou o *alpha* de Cronbach aceitável (0.65).

A parte II do instrumento apresentou, ao nível da consistência interna, uma boa precisão (0.93).

Vamos agora deter-nos à ACP para a parte II do instrumento⁶⁶. Em primeiro lugar limitamos a ACP a cinco factores, a partir daqui foram eliminados dezasseis itens porque apresentavam um fraco peso factorial e revelaram existir discordância com os conceitos teóricos.

Assim, a solução factorial encontrada foi de quatro factores, em consonância com a análise dos *eigenvalues*: o primeiro factor apresenta 16.05; o segundo com 5.94; o terceiro tem 4.89 e o quarto factor com 2.89.

Na tabela 1 (vd. Anexo I) apresentamos os pesos factoriais dos itens em F1, F2, F3 e F4 (corrigidos para sobreposição).

Tabela 1 – Carga factorial dos itens. Dimensões do questionário: F1 – Forma dos Sonhos; F2 - Representação dos Sonhos; F3 – Envolvimento Relacional; F4 – Intencionalidade dos Sonhos.

Itens	F1	F2	F3	F4
P5 A	0,48	(0.42)	(0.41)	(0.39)
P5 B	0,39			
P5 I	0,43			
P5 P	0,48			
P5Q	0,47			
P5R	0,40			
P5S	0,45			
P5 U	0,41			
P5 V	0,44			
P6 D	0,40			
P6 E	0,46			
P6 J	0,43			

⁶⁶ A *Parte II* do questionário avalia a qualidade do sonho, é uma escala pluridimensional.

Tabela 1 (Continuação) – Carga factorial dos itens. Dimensões do questionário: F1 – Forma dos Sonhos; F2 - Representação dos Sonhos; F3 – Envolvimento Relacional; F4 – Intencionalidade dos Sonhos.

Itens	F1	F2	F3	F4
P6 K	0,47			(0.39)
P6 M	0,47			
P6 P	0,40			
P6 T	0,45			
P6_1 A	0,53			
P6_1 B	0,60			
P6_1 C	0,60			
P6_1 D	0,61			
P6_1 E	0,53			
P6_1 F	0,58			
P6_1 G	0,50			
P6_1 H	0,54			
P6_1 I	0,51			
P6_1 J	0,54			
P6_1 K	0,42			
P6_1 L	0,58			
P6_1 M	0,65			
P6_1 N	0,56			
P6_1 O	0,50			
P6_2 A	0,49			
P6_2 B	0,52			(0.44)
P6_2 C	0,54			(0.48)
P6_2 D	0,54			(0.45)
P6_2 E	0,58			
P6_2 F	0,47			
P6_2 I	0,49			
P6_2 K	0,42			
P5 C		0,45		
P5 N		0,60		
P6A		0,49		
P6 B		0,42		
P6C		0,54		
P6 F		0,43		
P6 G		0,51		
P6 H		0,46		
P6 I		0,41		
P6 L		0,41		
P6 N	(0.38)	0,43		
P6 O		0,49		
P6 Q		0,45		
P6 R		0,48		
P5 F			0,57	
P7 A			0,47	
P7 B			0,45	
P7C			0,46	
P7 D			0,40	
P7 E			0,43	
P7 F			0,56	
P7 G			0,48	
P7 H			0,40	
P7 I			0,39	
P7 J			0,51	
P7 K			0,42	
P7 L			0,44	
P7 M			0,46	
P7 N			0,40	
P7 O			0,43	
P5 D			(0.43)	0,48
P5 E				0,47
P5 G				0,63
P5 H				0,57
P5 J	(0.48)			0,53
P5 L				0,62
P5 M				0,56

Tabela 1 (*Conclusão*) – Carga factorial dos itens. Dimensões do questionário: F1 – Forma dos Sonhos; F2 - Representação dos Sonhos; F3 – Envolvimento Relacional; F4 – Intencionalidade dos Sonhos.

Itens	F1	F2	F3	F4
P5 O				0,46
P5 T				0,67
P6 U				0,67
P6 V	(0.49)			0,57
P8_1				0,61
<i>Eigenvalue</i>	16.05	5.94	4.89	2.89

Como podemos constatar pela tabela conservámos 81 itens que se agregaram em torno dos quatro factores. Quanto ao número de item que satura cada factor temos 39 itens no F1, 14 itens no F2, 16 itens no F3 e 12 itens no F4.

Designámos os factores do seguinte modo: o primeiro factor *Forma dos sonhos* (FS), o segundo factor *Representação dos sonhos* (RS), o terceiro *Envolvimento relacional* (ER) e o quarto *Intencionalidade dos sonhos* (IS).

Segundo uma apreciação geral, a carga factorial dos itens do questionário é satisfatória, porque todos os itens apresentaram um peso factorial igual ou superior a 0.40. Contudo, este critério não se aplicou aos itens 5B e 7I, que tinham um peso factorial de 0.39. No entanto, não retiramos nenhum item, porque cada item deve ser considerado *amostra*, isto é, a própria resposta deve ser analisada.

Entretanto, com os resultados obtidos na análise da consistência interna, para escala e sub-escalas, verificámos que a parte II do instrumento tem uma boa precisão (0.94). Quanto ao *alpha* de Cronbach para as sub-escalas; o factor FS apresentou muito boa consistência (0.90) mas o mesmo já não acontece com o factor RS (0.66) e com o factor ER (0.64), ambos com consistência interna aceitável. O último factor, o IS, apresentou muito boa consistência interna (0.85).

De seguida, procedemos à correlação entre a escala total e as sub-escalas da parte II do instrumento, apresentada na tabela 2 (vd. Anexo J).

Tabela 2 – Correlação entre a escala total e as sub-escalas do questionário para a parte II. ETOTAL – Nota da escala total da parte II; FS – Forma dos sonhos; RS – Representação dos sonhos, ER – Envolvimento relacional; IS – Intencionalidade dos sonhos.

	ETOTAL
FS	0.73
RS	0.70
ER	0.67
IS	0.68

Apurámos que a sub-escala que melhor explicou a variância da escala total é a forma dos sonhos, seguida da sub-escala intencionalidade dos sonhos. Mas logo a seguir, surgirão as sub-escalas representação dos sonhos e envolvimento relacional.

2.2 – Inspeção da Redundância.

Como referimos anteriormente, o nosso instrumento foi dividido em duas partes.

A primeira parte, ficou constituída com trinta itens organizados numa única dimensão. Assim, estamos perante uma escala unidimensional que designámos *Hábitos de sono e períodos de transição sono-vigília/vigília-sono* (HT).

Foi devido a este facto que inspeccionámos a correlação entre os itens que a compõem.

Na tabela 3 (vd. Anexo K), apresentamos sumariamente os valores de redundância para cada item⁶⁷.

Tabela 3 – Correlação inter itens da escala HT/Parte I do Instrumento. Itens – Itens da escala HT.

Itens	1.1	1.2	1.3	1.4A	1.4B	1.4C	1.4D	1.4E	1.4F	1.4G	1.4H	1.4I	1.4J	2.1	2.2
1.1		0.45	0.21	0.61	0.06	0.05	0.11	0.18	0.26	0.03	0.02	0.03	0.05	0.38	0.01
1.2			0.24	0.41	0.05	0.14	0.25	0.21	0.27	0.10	0.02	0.04	0.12	0.29	0.03
1.3				0.22	0.09	0.69	0.02	0.07	0.13	0.16	0.15	0.18	0.21	0.04	0.08
1.4 A					0.07	0.04	0.17	0.21	0.20	0.08	0.05	0.02	0.06	0.37	0.07
1.4B						0.22	0.15	0.05	0.05	0.01	0.13	0.06	0.11	0.07	0.01
1.4C							0.05	0.03	0.15	0.06	0.01	0.07	0.09	0.01	0.38
1.4D								0.40	0.19	0.05	0.10	0.10	0.02	0.16	0.06
1.4E									0.21	0.08	0.04	0.05	0.07	0.18	0.07
1.4F										0.13	0.14	0.11	0.16	0.22	0.10
1.4G											0.31	0.26	0.25	0.12	0.15
1.4H												0.40	0.30	0.03	0.05
1.4I													0.42	0.07	0.03
1.4J														0.04	0.04
2.1															0.15
2.2															

Tabela 3 (Conclusão) – Correlação inter itens da escala HT/Parte I do Instrumento. Itens – Itens da escala HT.

Itens	2.3	2.4	2.5	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2 ^a	4.2B	4.2C	4.2D	4.2E	4.2F	4.2G	4.2H
1.1	0.04	0.12	0.09	0.08	0.21	0.16	0.01	0.01	0.17	0.18	0.02	0.01	0.23	0.13	0.21
1.2	0.03	0.07	0.09	0.01	0.20	0.11	0.02	0.03	0.28	0.24	0.13	0.07	0.30	0.11	0.16
1.3	0.06	0.16	0.03	0.06	0.17	0.09	0.08	0.01	0.09	0.22	0.05	0.01	0.16	0.15	0.07
1.4 A	0.10	0.07	0.05	0.07	0.11	0.04	0.02	0.01	0.20	0.20	0.10	0.01	0.18	0.01	0.12
1.4B	0.11	0.02	0.01	0.05	0.08	0.05	0.10	0.02	0.03	0.07	0.05	0.02	0.05	0.05	0.02
1.4C	0.30	0.07	0.24	0.28	0.05	0.03	0.17	0.28	0.08	0.16	0.12	0.27	0.14	0.04	0.02
1.4D	0.11	0.01	0.07	0.06	0.03	0.01	0.07	0.08	0.07	0.06	0.07	0.07	0.14	0.05	0.21
1.4E	0.08	0.06	0.03	0.09	0.04	0.01	0.05	0.02	0.27	0.21	0.04	0.01	0.16	0.05	0.25
1.4F	0.09	0.13	0.13	0.03	0.18	0.17	0.07	0.10	0.31	0.23	0.09	0.12	0.33	0.11	0.19
1.4G	0.07	0.09	0.09	0.07	0.13	0.16	0.09	0.07	0.07	0.07	0.09	0.05	0.14	0.15	0.11
1.4H	0.04	0.10	0.08	0.12	0.18	0.14	0.12	0.11	0.13	0.12	0.11	0.11	0.13	0.17	0.04
1.4I	0.03	0.09	0.07	0.04	0.20	0.12	0.11	0.01	0.16	0.12	0.08	0.03	0.18	0.18	0.01
1.4J	0.04	0.21	0.09	0.06	0.24	0.16	0.08	0.05	0.17	0.21	0.11	0.01	0.17	0.26	0.06
2.1	0.08	0.09	0.07	0.53	0.17	0.02	0.04	0.44	0.18	0.13	0.15	0.09	0.20	0.03	0.10
2.2	0.53	0.07	0.47	0.47	0.10	0.08	0.29	0.39	0.04	0.12	0.26	0.33	0.07	0.04	0.01
2.3		0.04	0.33	0.12	0.01	0.06	0.17	0.11	0.01	0.05	0.24	0.22	0.02	0.01	0.07
2.4			0.21	0.45	0.20	0.17	0.14	0.37	0.22	0.18	0.24	0.07	0.28	0.19	0.11
2.5				0.45	0.02	0.01	0.26	0.53	0.06	0.11	0.29	0.26	0.03	0.03	0.11
3.1					0.10	0.14	0.40	0.10	0.05	0.05	0.32	0.37	0.05	0.09	0.10
3.2						0.33	0.17	0.13	0.23	0.24	0.14	0.04	0.28	0.15	0.12
3.3							0.05	0.38	0.14	0.26	0.01	0.13	0.14	0.46	0.15
4.1								0.38	0.13	0.10	0.28	0.30	0.09	0.23	0.08
4.2 A									0.04	0.05	0.36	0.36	0.03	0.12	0.10
4.2B										0.34	0.32	0.05	0.35	0.11	0.15
4.2C											0.08	0.16	0.32	0.14	0.20
4.2D												0.12	0.29	0.05	0.02
4.2E													0.16	0.15	0.01
4.2F														0.17	0.16
4.2G															0.15
4.2H															

⁶⁷ Dividimos a tabela 3 devido a dificuldades técnicas e estéticas em apresentar os dados. Considerámos ser esta a melhor forma de visualização.

A partir da inspeção da tabela verificamos que as correlações entre os itens da escala HT, segundo uma perspectiva global, são moderadas a baixas mas sem itens sobrepostos. Para os itens que apresentaram correlações mais baixas, deverá ser recomendada, em aperfeiçoamentos futuros, uma revisão desses itens.

Por outro lado, esta tendência para correlações baixas já tinha sido deduzida pela análise do coeficiente *alpha* de Cronbach.

2.3 – Validade Convergente-Discriminante dos itens.

Para a parte II do questionário inspeccionamos a validade convergente-discriminante dos itens.

Os resultados destas correlações estão apresentados em quatro tabelas distintas. Importa ainda salientar que a correlação com a dimensão a que o item pertence não o inclui a ele próprio na soma da nota dessa dimensão.

A tabela 4 (vd. Anexo L) mostra a correlação dos itens da dimensão forma dos sonhos com cada uma das dimensões; representação dos sonhos, envolvimento relacional, intencionalidade dos sonhos (corrigido para sobreposição).

Tabela 4 – Correlação dos itens da dimensão “Forma dos sonhos” com cada uma das dimensões (corrigido para sobreposição). Dimensões do questionário: (FS) – Forma dos Sonhos; (RS) - Representação dos Sonhos; (ER) – Envolvimento Relacional; (IS) – Intencionalidade dos Sonhos.

Itens	FS	RS	ER	IS
P5A	0,41	0,38	0,37	0,37
P5B	0,41	0,27	0,25	0,26
P5I	0,42	0,22	0,26	0,28
P5P	0,40	0,30	0,09	0,23
P5Q	0,49	0,37	0,05	0,23
P5R	0,49	0,35	0,10	0,21
P5S	0,41	0,31	0,04	0,16
P5U	0,45	0,31	0,22	0,26
P5V	0,42	0,15	0,18	0,13
P6D	0,40	0,19	0,21	0,21
P6E	0,42	0,27	0,31	0,32
P6J	0,44	0,28	0,21	0,32
P6K	0,40	0,29	0,22	0,38
P6M	0,41	0,33	0,06	0,22
P6P	0,49	0,29	0,16	0,22
P6T	0,47	0,30	0,26	0,34
P6_1 A	0,44	0,30	0,36	0,30
P6_1B	0,52	0,36	0,25	0,44
P6_1C	0,49	0,35	0,29	0,37
P6_1D	0,59	0,44	0,19	0,42
P6_1E	0,51	0,33	0,09	0,29
P6_1F	0,48	0,35	0,27	0,42
P6_1G	0,46	0,35	0,12	0,28
P6_1H	0,49	0,39	0,23	0,34
P6_1I	0,48	0,38	0,15	0,34
P6_1J	0,43	0,36	0,34	0,31
P6_1K	0,45	0,30	0,20	0,23
P6_1L	0,50	0,35	0,18	0,33

Tabela 4 (*Conclusão*) – Correlação dos itens da dimensão “Forma dos sonhos” com cada uma das dimensões (corrigido para sobreposição). Dimensões do questionário: (FS) – Forma dos Sonhos; (RS) - Representação dos Sonhos; (ER) – Envolvimento Relacional; (IS) – Intencionalidade dos Sonhos.

Itens	FS	RS	ER	IS
P6_1M	0,56	0,36	0,30	0,48
P6_1N	0,53	0,37	0,15	0,33
P6_1 O	0,40	0,21	0,24	0,16
P6_2 A	0,47	0,20	0,26	0,35
P6_2B	0,49	0,30	0,25	0,44
P6_2C	0,49	0,33	0,29	0,47
P6_2D	0,44	0,35	0,19	0,42
P6_2E	0,53	0,36	0,09	0,29
P6_2F	0,46	0,38	0,21	0,33
P6_2I	0,46	0,34	0,31	0,30
P6_2K	0,43	0,24	0,21	0,26

A inspecção dos resultados mostrou que todos os itens exibem validade convergente com escala a que pertencem (FS). Ao nível da validade discriminante, a maioria dos itens exibiu uma correlação com uma diferença substancial entre a soma dos itens da dimensão a que pertence e as restantes dimensões.

Contudo, constataram-se excepções, para o item 5A que evidenciou uma magnitude menor com as outras dimensões. Pois a diferença com a dimensão RS é igual a 0.3 e com as dimensões ER e IS é de 0.4.

Os itens 6K, 6_2B, 6_2C e 6_2D, revelaram uma baixa magnitude com a IS. Nos itens 6K, 6_2C e 6_2D a magnitude é apenas de 0.2; para o item 6_2B é de 0.5. Assim, estes quatro itens têm um fraco poder discriminativo com a dimensão IS. O que parecia ser indicador de tais constatações, foi o facto de na ACP a carga factorial destes itens com as dimensões a que não pertenciam serem muito semelhantes à carga factorial da dimensão que saturaram.

A tabela 5 (vd. Anexo M) representa a correlação dos itens da dimensão Representação dos sonhos (RS) com cada uma das dimensões (corrigido para sobreposição).

Tabela 5 – Correlação dos itens da dimensão “Representação dos sonhos” com cada uma das dimensões (corrigido para sobreposição). Dimensões do questionário: (FS) – Forma dos Sonhos; (RS) - Representação dos Sonhos; (ER) – Envolvimento Relacional; (IS) – Intencionalidade dos Sonhos.

Itens	FS	RS	ER	IS
P5C	0,19	0,45	0,01	0,12
P5N	0,42	0,65	0,43	0,39
P6A	0,39	0,45	0,25	0,32
P6B	0,16	0,31	0,13	0,11
P6C	0,19	0,30	0,07	0,12
P6F	0,24	0,40	0,26	0,39
P6G	0,23	0,41	0,25	0,17
P6H	0,28	0,47	0,28	0,31
P6I	0,21	0,45	0,01	0,16
P6L	0,38	0,48	0,17	0,27
P6N	0,39	0,42	0,14	0,27
P6O	0,33	0,47	0,08	0,24
P6Q	0,33	0,46	0,16	0,26
P6R	0,26	0,49	0,21	0,28

A análise dos resultados demonstrou que os itens 6B (0.31) e 6C (0.30) não satisfazem o critério, por nós assumido, de que a correlação de cada item com a dimensão a que pertence deveria ter um valor superior ou igual a 0.40.

Contudo, estes dois itens exibiram uma correlação com uma diferença substancial entre a soma dos itens da dimensão a que pertenciam e as restantes dimensões.

Quanto à validade discriminante, constatámos que o item 6N tem um fraco poder discriminativo com a dimensão forma dos sonhos, com uma diferença de 0.2. Mas para restantes itens, que representam a maioria da dimensão, revelaram que o índice de discriminação, entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude de correlação com as outras escalas, é igual ou superior a 0.15 pontos.

A tabela 6 (vd. Anexo N) representa a correlação dos itens da dimensão “Envolvimento Relacional” (ER) com cada uma das dimensões (corrigido para sobreposição).

Tabela 6 – Correlação dos itens da dimensão “Envolvimento Relacional” com cada uma das dimensões (corrigido para sobreposição). Dimensões do questionário: (FS) – Forma dos Sonhos; (RS) - Representação dos Sonhos; (ER) – Envolvimento Relacional; (IS) – Intencionalidade dos Sonhos.

Itens	FS	RS	ER	IS
P5F	0,42	0,38	0,57	0,36
P7A	0,19	0,18	0,49	0,28
P7B	0,14	0,07	0,47	0,14
P7C	0,07	0,06	0,40	0,12
P7D	0,23	0,12	0,40	0,21
P7E	0,23	0,25	0,47	0,26
P7F	0,25	0,20	0,42	0,31
P7G	0,03	0,01	0,40	0,11
P7H	0,06	0,02	0,33	0,13
P7I	0,13	0,30	0,47	0,30
P7J	0,06	0,09	0,43	0,22
P7K	0,23	0,35	0,47	0,35
P7L	0,10	0,10	0,41	0,01
P7M	0,24	0,22	0,42	0,33
P7N	0,17	0,26	0,44	0,21
P7O	0,12	0,04	0,39	0,18

A inspecção dos resultados revelou que os itens 7H (0.33) e 7O (0.39) não exibiram validade convergente com a dimensão a que pertencem.

Porém, não apresentaram uma correlação superior com as outras sub-escalas à que em relação à correlação com a sub-escala que saturaram.

Relativamente à validade discriminante destes itens, observámos que todos os itens satisfazem o valor discriminativo.

A tabela 7 (vd. Anexo O) representa a correlação dos itens da dimensão “Intencionalidade dos sonhos” (IS) com cada uma das dimensões (corrigido para sobreposição).

Tabela 7 – Correlação dos itens da dimensão “Intencionalidade dos sonhos” com cada uma das dimensões (corrigido para sobreposição). Dimensões do questionário: (FS) – Forma dos Sonhos; (RS) - Representação dos Sonhos; (ER) – Envolvimento Relacional; (IS) – Intencionalidade dos Sonhos.

Itens	FS	RS	ER	IS
P5D	0,31	0,29	0,45	0,47
P5E	0,39	0,32	0,27	0,43
P5G	0,48	0,47	0,48	0,64
P5H	0,43	0,44	0,44	0,59
P5J	0,44	0,39	0,20	0,46
P5L	0,44	0,47	0,40	0,67
P5M	0,41	0,41	0,43	0,59
P5O	0,32	0,33	0,37	0,52
P5T	0,55	0,53	0,53	0,68
P6U	0,45	0,37	0,37	0,54
P6V	0,56	0,39	0,34	0,56
P8_1	0,24	0,25	0,22	0,47

Na análise destes resultados, o item 5D evidenciou baixa magnitude com a ER. O item 5J revelou ter um fraco poder discriminativo com a dimensão FS e o item 6V correlacionou-se igualmente com a dimensão a que pertence (IS) e com a dimensão FS.

No que respeita à validade convergente, todos os itens exibiram este tipo de validade com a escala que saturaram.

3 - Discussão

Com a análise dos resultados constatámos que não foi possível manter a estrutura hipotética do *Questionário da vida nocturna: o sono e o sonho*, porque não organizámos qualquer sub-escala que representasse o contexto de vida e doença, reduzindo-se substancialmente o número de itens do instrumento proposto neste estudo. A não determinação desta dimensão pode explicar-se pelo facto dos itens que a constituíam saturarem outras dimensões, revelando incompatibilidade com os constructos teóricos originais e por apresentarem uma carga factorial inferior a 0.40. Outro aspecto relevante, prende-se com o facto deste ser um instrumento construído de raiz e alvo de estudo estatístico pela primeira vez.

Para os restantes itens que foram, igualmente, excluídos constatámos a presença de inconstâncias entre a dimensão que saturavam e a nossa base teórica.

Importa salientar que, após a análise dos componentes principais, o questionário ficou dividido em duas partes.

Na parte I incluímos uma única dimensão, que avalia especificamente a qualidade do sono de cada indivíduo.

A parte II ficou formada segundo quatro dimensões que avaliam a qualidade do sonho.

No que respeita à cotação do questionário, designámos duas notas distintas para cada parte do instrumento. Estas notas resultam do somatório dos itens das escalas. Deste modo, a qualidade do sono será avaliada pelo somatório dos itens da escala hábitos de sono e períodos de transição sono-vigília e vigília-sono.

Para a cotação da parte II do instrumento, levantámos duas hipóteses, já referidas neste estudo.

Se considerarmos a primeira hipótese que, salienta a importância que os aspectos relacionais de cada indivíduo influenciam a sua actividade onírica, os resultados obtidos através da correlação entre a escala total e as sub-escalas que formam a parte II do instrumento, permitiram constatar que a sub-escala que melhor explica a qualidade do sonho é a relativa à forma dos sonhos, mas logo seguida das sub-escalas intencionalidade dos sonhos, envolvimento relacional e representação dos sonhos. Deste modo, estes resultados parecem infirmar a nossa primeira hipótese.

Neste sentido, podemos assumir que o somatório dos itens das dimensões forma dos sonhos, representação dos sonhos, envolvimento relacional e intencionalidade dos sonhos, revelará uma única nota para a avaliação da qualidade do sonho de cada indivíduo.

Para Murphy e Davidshofer (1998, cit in Ribeiro, 1999), todos os critérios utilizados para validar os testes são adequados para validar os itens. Parece assim, que cada item deverá ser considerado como uma amostra ou teste e tratado estatisticamente.

Neste sentido, inspeccionamos a redundância dos itens que compõem a parte I do instrumento, representada por uma escala unidimensional. Esta análise não mostra que a existência de itens sobrepostos. Pelo contrário, o que se verifica é a tendência para correlações baixas. Este facto pode ser explicado pela análise da consistência interna dessa escala, ou seja, o *alpha* de Cronbach é aceitável mas com um valor baixo. No entanto, formalmente, os itens foram considerados como amostras, o que diminuiu a necessidade da existência de valores de consistência elevados.

Todavia, é importante ter em conta que os itens com valores muito baixos nas correlações inter itens da escala, deverão ser revistos em aperfeiçoamentos futuros.

Um questionário tem de ter fiabilidade e validade. O estudo da fiabilidade foi concluído, passaremos para o estudo da validade. Segundo Ribeiro (1999), a validade de um teste é a propriedade que garante que o teste mede os aspectos que se propõe medir.

Por último, inspeccionámos a validade de conteúdo do questionário e a validade convergente-discriminante dos itens incluídos na parte II do instrumento.

A validade de conteúdo, é basicamente, um julgamento e o modo mais usual de identificar a análise de conteúdo é através do juízo de vários especialistas. Esta análise evidenciou que o conteúdo dos itens avalia os domínios que se propõe.

Em relação à validade convergente-discriminante dos itens, com os resultados obtidos podemos afirmar que os itens pertencentes a quatro sub-escalas diferentes (FS, RS, ER e IS) exibiram validade convergente com a escala a que pertencem⁶⁸.

No entanto, foram observadas algumas excepções para os itens 6B e 6C, ambos pertencem à sub-escala RS, o mesmo se verificou para os itens 7H e 7O, que fazem parte da sub-escala ER. Estes resultados já tinham sido evidenciados pela análise de consistência interna que exibiu um valor de *alpha* de Cronbach de 0.66 para a dimensão RS e de 0.64 para a dimensão ER.

Em termos de validade discriminante, em geral, os itens satisfazem o valor discriminativo. Somente nove itens não satisfazem o critério de discriminação, o que pode ser explicado pela análise de componentes principais. Essa análise permitiu constatar que a magnitude da carga factorial de cada um destes nove itens é semelhante na dimensão que satura e nas dimensões com fraco poder discriminativo.

Por forma, a clarificar melhor, vamos descrever os nove itens: cinco itens pertencem à sub-escala FS são eles o item 5A que revelou uma magnitude na carga factorial com as

⁶⁸ As abreviaturas FS, RS, ER e IS são utilizadas para simplificar a visualização do discurso. FS, Forma dos sonhos; RS, Representação dos sonhos; ER, Envolvimento relacional e IS, Intencionalidade dos sonhos.

dimensões FS, RS, ER e IS semelhantes, respectivamente, 0.48, 0.42, 0.41 e 0.39. Também a magnitude da carga factorial dos itens 6_2B e 6_2C com as dimensões FS e IS estavam muito próximas: o item 6_2B, respectivamente 0.52 e 0.44. E o item 6_2C com 0.54 de peso factorial na dimensão a que pertence e 0.44 na dimensão mais próxima. O mesmo se verificou para o item 6_2D, com peso factorial de 0.54 na dimensão a que pertence semelhante ao valor factorial da dimensão IS (0.45).

Também o item 6N, que pertence à sub-escala RS não satisfaz o critério de discriminação. O que justifica esta falta de discriminação é a magnitude da carga factorial do item com a dimensão a que pertence e FS ser semelhante, propriamente de 0.43 e 0.38.

Por fim, os itens 5D, 5J e 6V, que fazem parte da sub-escala IS, revelaram fraco poder discriminativo com outras sub-escalas. No item 5D, esse baixo poder discriminativo foi evidenciado pela semelhança na carga factorial do item com as dimensões RS e ER, respectivamente de 0.48 e 0.43. A magnitude factorial dos itens 5J e 6V com as dimensões IS e FS encontrava-se muito próxima: item 5J, 0.53 e 0.48 e item 6V, 0.57 e 0.49.

CONCLUSÃO

Estreitando mais o nosso horizonte para nos fixarmos nas conclusões, ressalta, na nossa perspectiva, desde logo, uma ideia basilar. O sonho apresenta-se como um eixo científico estruturante e uno nas duas ciências abordadas. Porém, reverte-se em concretos diferenciados, quando cada uma decalca a sua originalidade nas teorizações elaboradas.

Como temos procurado demonstrar o diálogo entre a psicanálise e a neurociência sobre os sonhos parece ser bastante proveitoso, pois proposições da psicanálise têm inspirado e guiado investigações neurocientíficas, e as descobertas da neurociência têm sido muito úteis para um maior refinamento da teoria psicanalítica.

Apesar das teorias freudianas serem bastante contestadas dentro e fora da psicanálise, Freud parece ser o epistemólogo dos sonhos. Pois ainda hoje as suas teorizações são contestadas mas também aplaudidas.

Com este trabalho construímos e validámos a estrutura factorial de um questionário passível de representar a qualidade do sono e do sonho da população adulta.

O questionário foi operacionalizado sob a forma de duas escalas; uma, mais restrita, respeitante à qualidade do sono e outra, mais abrangente, respeitante à qualidade do sonho. Quanto à dimensionalidade destas escalas elas podem ser consideradas como unidimensionais e pluridimensionais, respectivamente para a escala do sono e para a escala do sonho.

No modelo unidimensional, a qualidade do sono pode ser tomada na sua dimensão Hábitos de sono e períodos de transição sono-vigília/vigília-sono.

No modelo pluridimensional, a qualidade do sonho, incluiu quatro dimensões, a Forma dos sonhos, a Representação dos sonhos, o Envolvimento relacional e a Intencionalidade dos sonhos. É a dimensão Forma dos sonhos que melhor representa a qualidade do sonho, mas logo seguida das restantes dimensões.

As sínteses estatísticas efectuadas permitiram, pois, definir um questionário de 111 itens, devem ser cotados directamente exceptuando os itens 1.1, 1.2, 1.4a, 1.4c, 1.4f, 1.5, 1.6, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.13, 1.14b, 1.14c, 1.14d, 1.14f, 1.14g, 5b, 5c, 5f, 5l, 5p, 5q, 5s, 5r, 5v, 6c, 6i, 6n, 6o, 6p, 6q, 6r, 6.1b, 6.1d, 6.1e, 6.1g, 6.1h, 6.1i, 6.1j, 6.1k, 6.1l, 6.1n, 6.1o, 6.2b, 6.2d, 6.2f, 7e, 7f, 7h, 7i, 7k, 7m, 7n, 7o. Este instrumento permite avaliar a qualidade do sono e do sonho da população adulta.

A replicabilidade dos resultados agora obtidos contribuiria para testar alguns itens e para um melhor esclarecimento acerca das origens substantivas e/ou procedimentais, das

baixas correlações dos itens da escala Hábitos de sono e períodos de transição sono-vigília/vigília-sono. Porventura, terão ficado a dever-se ao facto desta escala ter uma única dimensão.

Todavia, serão necessários mais estudos a partir deste questionário. Sugerimos a aplicação a uma população com características somáticas e/ou psicológicas, com o intuito de testar o quadro referente ao contexto de vida e existência de doenças somáticas e/ou psicológicas. Pois só assim conseguiremos chegar a resultados mais consistentes, de modo a podermos tirar conclusões mais fidedignas.

Outra sugestão de estudos posteriores remete para a análise dos itens formulados sob a forma de questões abertas. O facto destes itens necessitarem de uma análise específica, nomeadamente a análise de conteúdo, não permitiu que eles tivessem sido contemplados na operacionalização do questionário. Deste modo, para as análises de conteúdo, propomos a utilização do *sistema Hall e Van De Castle* (Domhoff, 1999)⁶⁹.

Este trabalho parece-nos um domínio de estudo cada vez mais relevante em face do interesse crescente pelos sonhos no dia-a-dia dos indivíduos. Assim, acreditamos na utilidade do questionário da vida nocturna: o sono e o sonho, numa lógica de possibilitarmos um conhecimento mais profundo da vida onírica e relacional do indivíduo.

⁶⁹ O sistema *Hall e Van De Castle* é um sistema de análise de conteúdo, composto por dez categorias, como por exemplo, as Emoções, que está sub-dividida em fúria, tristeza, felicidade, apreensão e confusão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral Dias, C. (1993). *Palcos do Imaginário. Textos Psicodramáticos*. Lisboa: Fenda.
- Amaral Dias, C. (1996). Seminário sobre a Obra *A Interpretação dos Sonhos* de Freud. Texto inédito.
- Amaral Dias, C. (1998). α – Dream Work. In A. M., Rezende & D., Zimerman (Eds), *Bion Hoje* (pp.13-36). Lisboa: Fim de Século.
- Andrade, V. M. (2003) *Um diálogo entre a psicanálise e a neurociência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). Regularly Occuring Periods of Eye Motility and Concurrent Phenomena During Sleep. *Science*, 118, 273-274.
- Bastos, P. (2005). *As consequências do trabalho por turnos nos enfermeiros do Hospital de Santa Marta [texto policopiado]*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: ISPA.
- Bein, C. (2008). Sono Paradoxal. *Psicologia com competência*, 1-5. Consultado em 12 de Janeiro de 2008 através de <http://clinicaceaap.com.br/ceaap>
- Bértolo, H., & Paiva, T. (2001). Conteúdo Visual em Sonhos de Cegos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 23-33.
- Botella, C. (2007). Uma Entrevista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41 (1), 19-29. Consultado em 1 de Junho de 2008 através de http://www.pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de Dados em Ciências Sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows* (3ª ed.). Lisboa: Celta.

- Cady, S. (1992). *Le corps, le mouvement et la parole: contribution à la psychosomatique de l'enfant*. Paris: Païdos-Bayard Éditions.
- Carvalho, A. N. (2001). *A relação sem afecto, a subjectividade sem sujeito, a depressão sem objecto, o sonhador sem sonho e o conflito sem solução: a expressão do "mal psicossomático" em 2 casos clínicos*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: ISPA.
- Cheniaux, E. (2006). Os sonhos: psicanálise e neurociências. *Revista de Psiquiatria*, 28 (2), 69-76. Consultado em 23 de Dezembro de 2007 através de <http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/806.pdf>
- Coimbra de Matos, A. (1978/1979). Teoria Psicanalítica dos Afectos. *Escrito 7: Artigos publicados nas Revistas "Jornal do Médico" e "Médico"* (pp. 113-115). Lisboa: Bial.
- Coimbra de Matos, A. (2002). Sonho dirigido e reinvestimento narcísico. *O Desespero* (pp. 131-132). Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2002). Psicanálise e poesia; sonho e mito. *O Desespero* (pp. 289-292). Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2002). Sonho e Criatividade. *O Desespero* (pp. 429-437). Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais Amor Menos Doença – a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *Vária. Existo porque fui amado*. Lisboa: Climepsi.
- Comrey, A. L. (1973). *A first course in factor analysis*. New York: Academic Press.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1), 98-114.

- Curado, V. (1998). *Da representação de coisa à representação de palavra: sonho, delírio e linguagem*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA.
- Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2008). (2008, 24 de Maio). Sinto-me um exilado intelectual. *Jornal Expresso*, p. 2-3.
- Dement, W. & Kleitman, N. (1957). The relation of eye movements during sleep to dream activity: an objective method for the study of dreaming. *Journal of experimental psychology*, 53, 389-394.
- Dement, W. (1958). The Occurrence of Low Voltage, Fast, Electroencephalogram Patterns during Behavioral Sleep and Their Relation to Eye Movements, Body Mobility and Dreaming. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 10, 291-296.
- Domhoff, G. W. (1999). *Using Hall/Van De Castle Dream Content Analysis to Test New Theories: An Example Using a Theory Proposed by Ernest Hartmann*. Santa Cruz: University of Califórnia. Consultado em 4 de Novembro de 2007 através de http://www.dreamresearch.net/Library/domhoff_1999e.html
- Eco, H. (2005). *Como se faz uma tese em Ciências Humanas* (12ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Foret, J. (1992). Variations Spontanées et Experimentales. In O. Benoit, & J. Foret (Eds.), *Le Sommeil Humain*. Paris: Masson.
- Faveret, B. M. (2006). Neurociência e Psicanálise: há possibilidade de articulação? *Psicologia Clínica*, 18 (1), 15-26. Consultado em 3 de Março de 2008 através de <http://www.scielo.b/pdf/pc/v18n1/v18n1a02.pdf>
- Freud, S. (1987). *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*. Obras Psicológicas Completas, III. Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1896).

- Freud, S. (1987). *Carta de 6 de Dezembro a Wilhelm Fliess*. Obras Psicológicas completas, I. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1898).
- Freud, S. (1987). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. Obras Psicológicas Completas, XII. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1911).
- Freud, S. (1987). *O Inconsciente*. Obras Psicológicas Completas, XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (1987). *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. Obras Psicológicas Completas, XV. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1916/1917).
- Freud, S. (1987). *Suplemento Metapsicológico à teoria dos sonhos*. Obras Psicológicas Completas, XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (1987). *Extracto de uma História de uma Neurose Infantil*. Obras Psicológicas completas, XVII. Rio de Janeiro: Imago. (Obra publicada em 1918).
- Freud, S. (1987). *A Negação*. Obras Psicológicas Completas, XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1925).
- Freud S. (1987). *Esboço de Psicanálise*. Obras Psicológicas Completas, XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1940).
- Freud, S. (1999). *Artigos sobre Metapsicologia*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1939).
- Freud, S. (2001). *A Interpretação dos Sonhos*. Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1900).
- Freud, S. (2003). *Para Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1920).
- Freud, S. (2006). *Sobre os Sonhos*. Lisboa: Relógio D' Água Editores. (Obra original publicada em 1901).

- Ganhito, N. (2002) Dormir nos braços da mãe: a primeira guardiã do sono. *Psyché*, VI (10), 65-84. Consultado em 2 de Dezembro de 2007 através de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n3/v30n3a10.pdf>
- Goleman, D. (2006). *A Inteligência Social*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gomes, G. (2005). O Problema Mente-Cérebro em Freud. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (2), 149-155. Consultado em 2 de Março de 2008 através de <http://www.scielo.b/pdf/ptp/v21n2/a04v21n2.pdf>
- Gorot, J. (2001). Sonho e Diagnóstico. In Sami-Ali; Cady, S.; Froli, G.; Gauthier, M.; Mendes Pedro, A., & Robert, M. (Eds.). *Sonho e Psicossomática* (pp. 97-113). Lisboa: Dinalivro.
- Gonzalo, L. M. (1991). *O Sono e o Sonho: Do tratamento da Insónia ao Significado dos sonhos*. Barreiro: Edições Temas da Actualidade, S. A. (Tradução do original em espanhol *El Sueño*. Ediciones Temas de Hoy. S. A., 1991).
- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment. A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assssment*, 7 (3), 283-247.
- Hernandez-Peon, R. (1965). A Cholinergic Hypnogogic Limbic Forebrain-Hindbrain Circuit. *Neurophysiologie des États du Sommeil* (pp. 63-88). Editado por Michel Jouvet. França: Lyons.
- Hobson, J. A., & McCarley, R. W. (1977). The Brain as a Dream-State Generator: An Activation-Synthesis Hypothesis of the Dream Process. *American Journal of Psychiatric*, 134, 1335-1368.
- Hobson, J. A. (1996). *O Cérebro Sonhador*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hobson, A. J. (2002). *Dreaming: An introduction to the science of sleep*. Oxford: University Press.
- Hobson, A. J. (2005). *13 Dreams Freud Never Had: The New Mind Science*. New York: Pi Press.

- Honda, H. (2004). Intencionalidade e sobredeterminação: Merleau-Ponty leitor de Freud. *Psicologia em Estudo*, 9 (3), pp. 417-427.
- Husserl, E. (1975). Études psychologiques pour la logique elementaire. In E. Husserl (Ed.) *Articles sur la logique*. Paris: Puf. (Obra original publicada em 1894).
- Jouvet, M. (1992). *O Sono e o Sonho*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Jung, C. G. (1984). *A dinâmica do inconsciente*. Obras completas de Jung, VIII. Petropólis: Vozes.
- Lavie, P. (1998). *O mundo encantado do sono*. Lisboa: Climepsi.
- Lebovici, S. (1983). *Nourrison, la Mere et le Psychanalystes. Les Interactions Precoces*. Paris: Paidos.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Marty, P. (1996). A propósito dos pacientes psicossomáticos. *Aletheia*, 4, 5-15.
- Miller, S. (1984). *Experimental design and statistics*. London: Methuen.
- Mendes Pedro, A. F. (1997). Teorias e Modelos em Psicossomática: uma nova metodologia para o somático. *Actas do Colóquio Internacional de Psicossomática – VI Colóquio ISPA* (no prelo).
- Mendes Pedro, A. F. (no prelo). O paradoxo da modernidade na obra de Andy Warhol. *Análise Psicológica*.
- Mendes Pedro, A. F. (2001). Vigília e sonho nos toxicodependentes. In Sami-Ali; Cady, S.; Froli, G.; Gauthier, M.; Mendes Pedro, A., & Robert, M. (Eds.), *Sonho e Psicossomática* (pp. 115-128). Lisboa: Dinalivro.
- Mendes Pedro, A. F. (2002). Conversas com o Autor. A propósito da ligação entre o banal e o onírico. *O Banal* (pp. XVII-XXIX). Lisboa: Dinalivro.

- Mendes Pedro, A. F. (2008). O poder da acção. In João Costa (Ed.), *Um olhar para a criança Psicomotricidade Relacional* (pp. 289-297). Lisboa: Trilhos.
- Morin, E. (1995). La noción de sujeto. In Schnitman & Dora Fried (Eds.), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (pp. 65-71). Buenos Aires/Barcelona/México: Paidós.
- Oliveira, F. C. (2002). Determinismo e indeterminismo nos primeiros textos de Freud. *Pulsional Revista de Psicanálise*, X V (155), 20-27. Consultado em 3 de Maio de 2008 através de http://www.editoraescuta.com.br/pulsional.155_02.pdf
- Pacheco, A. C., & Filho, S. (2003). Psicanálise e neurociências. *Revista Psiquiatria Clínica*, 30 (3), 104-107. Consultado em 13 de Março de 2008 através de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n3/v30n3a10.pdf>
- Pereira, F. (1998). Prefácio a Sami-Ali. *O Banal* (pp. VI-XVI). Lisboa: Dinalivro.
- Pereira, F. (2000). *Sonhar ainda: do sonho-desejo-realizado ao sonho emblemático*. Lisboa: Ispa.
- Pilar, R., & Pimental, T. (Org) (2004). *A Patologia do Sono*. Lisboa: Lidel.
- Rechtschaffen, A., & Kales, A. (1968). *A Manual of Standardized Terminology. Techniques and scoring system for sleep stages of human subjects*. U. S.: Government Printing Office.
- Reinberg, A. (1998). *O Tempo Humano e os Ritmos biológicos*. Lisboa: Piaget Editora. (Tradução do original em francês *Le Temps Humain Et Les Rythmes Biologiques*. Éditions du Rocher, 1964).
- Reiser, M. F. (2001). The dream in contemporary psychiatric. *Am Journal Psychiatry*, 158 (3), 351-359.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). Adaptação do The Self-Perception profile for college students à população portuguesa como instrumento para ser utilizado no contexto da Psicologia da saúde. *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*, pp. 129-138. Braga: APPORT.

- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (no prelo). Questionário de manifestações físicas de mal-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças*.
- Roheim, G. (1973). *Les portes du rêve*. Paris: Payot.
- Rossi, J. C. (2007). Representation transposes Freud from neurology to psychology. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (2), 169-175. Consultado em 4 de Maio de 2008 através de <http://www.scielo.b/pdf/ptp/v23n2/a07v23n2.pdf>
- Sá, Eduardo. (1995). *Psicologia dos Pais e do Brincar* (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Sami-Ali (1974). *L' Espace Imaginaire*. Paris: Gallimard.
- Sami-Ali (1992). *Pensar o Somático – Imaginário e Patologia Orgânica*. Lisboa: ISPA. (tradução do original francês *Penser le Somatique – Imaginaire et Pathologie*. Paris: Dunod, 1987)
- Sami-Ali (1999). *Le Rêve et le l'Áffect – Une theorie du Somatique*. Paris: Dunod.
- Sami-Ali (2001). Sonho e Funcionamento onírico. In Sami-Ali; Cady, S.; Froli, G.; Gauthier, M.; Mendes Pedro, A., & Robert, M. (Eds.), *Sonho e Psicossomática* (pp. 25-27). Lisboa: Dinalivro.
- Sami-Ali (2001). Sonho e Psicossomática. In Sami-Ali; Cady, S.; Froli, G.; Gauthier, M.; Mendes Pedro, A., & Robert, M. (Eds.), *Sonho e Psicossomática* (pp. 29-47). Lisboa: Dinalivro.
- Sami-Ali (2002). *O Banal*. Lisboa: Dinalivro.
- Sartori, V. (1999). *A relação entre o perfil onírico e a ansiedade-traço de voluntários sadios*. São Paulo: Artes Médicas.

- Sharpe, E. (1972). Mécanismes du rêve et procédés poétiques. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 5.
- Shevrin, H. (1972). Condensation et métaphore. *Nouvell Revue de Psychanalyse*, 5.
- Sickgold, R., Hobson, J. A., Fosse, R., & Fosse, M. (2001). Sleep, learning and dreams: off line memory reprocessing. *Science*, 94, 105-110.
- Silva, C., Pereira, A., Matos, P., Silvério, J., Parente, S., Ferreira, A., Cruz, A., Machado, A., & Azevedo, M. (1996). *Introdução às Cronociências*. Coimbra: Formasau.
- Solms, M. (2000). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behav Brain Science*, 23 (6), 843-850.
- Symington, J., & Symington, N. (1997). *O pensamento clínico de Wilfred Bion*. Lisboa: Climepsi.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics* (2th ed.). New York: Harper & Row, Publishers.
- Tinsley, H. E., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (4), 414-424.
- Winograd, M. (2004). Thinking matter – the fertility of the encounter between psychoanalysis and neuroscience. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 56 (1), 21- 34. Consultado em 22 de Novembro de 2007 através de <http://www.cscielo.br/pdf/pc/v18n1/v18n1a17.pdf>
- Winograd, M., Sollero-de-Campos, F., & Landeira-Fernandez (2005). Resenha: Um diálogo entre a psicanálise e a neurociência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (1), 121-122. Consultado em 22 de Novembro de 2007 através de <http://www.scielo.b/pdf/ptp/v21n1/a16v21n1.pdf>

ANEXOS

Anexo A – Autorização do Hospital da Marinha para a recolha de dados do pré-teste

Anexo B – Instrumento de recolha de dados no pré-teste

Anexo C – Output da consistência interna do instrumento do pré-teste

Anexo D – Instrumento de recolha de dados no segundo estudo

Anexo E – Autorização da Universidade Sénior de Benfica para a recolha de dados do segundo estudo

Anexo F – Autorização da Universidade Sénior de Alvalade para a recolha de dados do segundo estudo

Anexo G – Output da ACP para a parte II do instrumento com seis dimensões

Anexo H – Output da consistência interna para a parte I do instrumento

Anexo I – Output correspondente à tabela 1

Anexo J – Output correspondente à tabela 2

Anexo k – Output correspondente à tabela 3

Anexo L – Output correspondente à tabela 4

Anexo M – Output correspondente à tabela 5

Anexo N – Output correspondente à tabela 6

Anexo O – Output correspondente à tabela 7

Anexo A**Autorização do Hospital da Marinha para a recolha de dados do pré-teste**

Anexo B
Instrumento de recolha de dados no pré-teste

Instrumento correspondente ao **Anexo B****Questionário da vida nocturna: o Sonho e o Sono***(António Mendes Pedro, Isa Silvestre, Lucília Candeias)*

Pedimos-lhe para responder às questões apresentadas com a maior exactidão possível. A informação que nos der é estritamente confidencial e anónima e será utilizada unicamente para fins académicos.

Assinale para cada uma das seguintes questões, a resposta que melhor se aplica ao seu caso, colocando uma cruz na respectiva coluna.

Obrigado pela sua colaboração!

Dados Sócio-demográficos

Dados de Identificação

Idade: _____

Sexo: F___ M___

Profissão: _____

Estado civil: _____

Região Geográfica: Norte___ Centro___ Sul___ Ilhas___

Contexto de vida

a) Considera-se uma pessoa saudável? Sim___ Não___

b) Teve ou tem alguma doença? Sim___ Não___

<u>Doença</u> (Indique o nome da sua doença)	<u>Idade</u> (Indique a idade em que esteve doente)	<u>Contexto</u> (Assinale com uma cruz o contexto que considera ser a causa do seu adoecer)
		- Depressivo <input type="checkbox"/> - Stressante <input type="checkbox"/> - Estilo de Vida <input type="checkbox"/> - Nenhum <input type="checkbox"/>
		- Depressivo <input type="checkbox"/> - Stressante <input type="checkbox"/> - Estilo de Vida <input type="checkbox"/> - Nenhum <input type="checkbox"/>
		- Depressivo <input type="checkbox"/> - Stressante <input type="checkbox"/> - Estilo de Vida <input type="checkbox"/> - Nenhum <input type="checkbox"/>

1. O SONHO

1. Nos últimos 6 meses da sua vida sonhou? Sim Não

1.1. Se **Não**, em que fase da sua vida deixou de sonhar?
 Infância Adolescência Jovem-Adulto Adulto Idoso

1.2. Em que fase da sua vida se recorda dos sonhos?
 Infância Adolescência Jovem-Adulto Adulto Idoso

2. Em relação às afirmações seguintes, assinale com uma cruz a opção mais adequada ao seu caso.					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Sei que sonho.					
b) Costumo recordar os meus sonhos.					
c) Gosto de sonhar.					
d) Conto os meus sonhos a pessoas íntimas.					
e) Conto os meus sonhos a pessoas ocasionais.					
f) Conto os meus sonhos às pessoas com quem sonho.					
g) Sinto que os meus sonhos interessam àqueles a quem os conto.					
h) Os meus sonhos têm sentido para mim.					
i) Através dos meus sonhos comunico com os meus ausentes.					
j) Os meus sonhos anunciam acontecimentos que se vão realizar (premonições).					
k) Os meus sonhos indicam as doenças que tenho.					
l) Os meus sonhos ajudam-me a reflectir sobre a minha vida.					
m) Os meus sonhos inspiram-me para a criatividade.					
n) Identifico-me com os meus sonhos.					
o) Os meus sonhos dão-me segurança.					
p) Costumo ter pesadelos.					
q) Tenho terrores nocturnos (acordar sobressaltado).					
r) Sou sonâmbulo.					
s) Considero os meus sonhos bizarros.					
t) Os meus sonhos ajudam-me a projectar o meu futuro.					

3. O ADORMECER

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3.1. Tenho dificuldade em adormecer.					
3.2. Tomo medicação para adormecer.					
3.3. Preciso de mais de 30 minutos para adormecer.					

3.4. Costumo adormecer:					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Automaticamente (como uma "pedra")					
b) Suavemente e com fantasia					
c) Com sensações corporais estranhas (formigueiros, dores, dormência, paralisado)					
d) Com sensações corporais agradáveis (relaxado, tranquilo, calmo)					
e) Preocupado					
f) Triste					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3.5. Acordo habitualmente durante a noite.					
3.6. Respiro bem durante o sono.					
3.7. Sinto frio e/ou calor durante o sono.					
3.8. A qualidade do meu sono no geral é recuperadora.					

3.9. A que horas se costuma deitar? _____ horas.
3.10. Quantas horas costuma dormir por noite? _____ horas.
3.11. Quantas horas precisaria de dormir para se sentir bem? _____ horas.

4. Nas afirmações seguintes, pretendemos conhecer os conteúdos dos seus sonhos. Pedimos-lhe que seja o mais específico que conseguir.					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Os meus sonhos são nítidos.					
b) As histórias dos meus sonhos têm uma narrativa.					
c) As histórias dos meus sonhos são fragmentadas e imprecisas.					
d) Nos meus sonhos aparecem imagens visuais.					
e) Existe movimento nos meus sonhos.					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
f) Costumo aparecer nos meus sonhos.					
g) Aparecem outras pessoas nos meus sonhos.					
h) Os meus sonhos têm cor.					
i) Sonho sempre com o mesmo.					
j) Os meus sonhos são pensamentos, conjecturas ou divagações.					
k) Os meus sonhos têm fantasia.					
l) Sonho com o trabalho.					
m) Nos meus sonhos costumo voar.					
n) Faço pesadelos que reproduzem mesmo aquilo que me acontece na realidade.					
o) Os meus pesadelos causam estranheza.					
p) Tenho pesadelos em que caí (abismos, poços, vazio).					
q) Nos pesadelos, costumo sentir-me perseguido.					
r*) Tenho emoções nos meus sonhos.					
s*) Tenho sensações nos meus sonhos.					

4.1. Se respondeu “**Algumas vezes**”, “**Muitas vezes**” ou “**Sempre**”, à questão 4 r*) que diz respeito ao aparecimento de **emoções** nos seus sonhos assinale com uma cruz a opção mais adequada ao seu caso.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Alegria					
b) Tristeza					
c) Culpa					
d) Vergonha					
e) Raiva					
f) Medo					
g) Ciúme					

4.2. Se respondeu “**Algumas vezes**”, “**Muitas vezes**” ou “**Sempre**”, à questão 4 s*) que diz respeito ao aparecimento de **sensações corporais** nos seus sonhos assinale com a opção mais adequada ao seu caso.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Bem-estar					
b) Desconforto					
c) Frio					
d) Ansiedade/Angústia					
e) Calor					
f) Paralisia					
g) Sufoco					

5. O ACORDAR

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
5.1. Sinto dificuldade em acordar.					
5.2. Costumo acordar:					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Bem-disposto					
b) Angustiado					
c) Em estado de alerta					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
5.3. Ando sonolento durante as actividades diárias.					
5.4. Preciso fazer uma sesta à tarde.					
5.5. Quando costumo dormir durante o dia tenho pequenos sonhos.					

6. Em relação às afirmações seguintes, sobre a sua vida Relacional, assinale com uma cruz a opção mais adequada ao seu caso.					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) A minha vida tem fantasia.					
b) A minha vida tem fantasmas.					
c) A minha vida é feita de coisas práticas e concretas.					
d) As emoções fazem-me sonhar acordado.					
e) Tenho relações de intimidade.					
f) Sou tímido nas relações com os outros.					
g) Sei que posso confiar em certas pessoas.					
h) Algumas pessoas podem confiar em mim.					
i) Preocupo-me com algumas pessoas.					
j) Gosto de me dar igualmente com todos.					
k) É difícil saber o que sinto em relação às pessoas.					
l) As relações que tenho é que me dão asas para sonhar.					
m) As relações impedem de me concentrar nas minhas coisas.					
n) As minhas relações dão-me prazer.					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
o) Tenho projectos na minha vida relacional que me fazem sonhar.					
p) Sinto-me entusiasmado com a vida que levo.					

7. Lembre um Sonho que o/a tenha marcado (independentemente do tempo em que ocorreu).

7.1. Quando teve esse sonho?

7.2. Liga esse sonho a um vivido particular da sua vida? Sim Não

Qual? _____

Agradecemos a sua colaboração.

Anexo C**Output da consistência interna do instrumento do pré-teste**

Output corresponde ao Anexo C

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P2A	277,4000	907,145	,209	.	,622
P2B	277,8333	910,420	,161	.	,623
P2C	277,6333	880,861	,452	.	,614
P2D	277,8000	877,200	,591	.	,613
P2E	279,0333	901,964	,375	.	,620
P2F	278,2000	886,234	,455	.	,616
P2G	277,9667	888,930	,369	.	,617
P2H	277,9333	891,444	,385	.	,617
P2I	278,9333	894,823	,368	.	,618
P2J	278,7000	888,079	,393	.	,617
P2K	279,3667	921,344	-,055	.	,626
P2L	278,1667	888,971	,367	.	,617
P2M	278,5000	900,466	,270	.	,620
P2N	278,2333	882,875	,518	.	,615
P2O	278,4000	902,317	,229	.	,621
P2P	278,2667	914,547	,014	.	,627
P2Q	279,0333	901,620	,339	.	,620
P2R	279,5333	916,740	,047	.	,625
P2S	278,9000	900,576	,302	.	,620
P2T	278,7667	890,323	,458	.	,617
P3_1	278,0000	905,931	,159	.	,622
P3_2	278,6667	915,540	,011	.	,627
P3_3	278,0000	897,931	,256	.	,620
P3_4 ^a	278,3667	919,895	-,030	.	,627
P3_4B	278,4667	902,395	,256	.	,621
P3_4C	278,8000	902,993	,213	.	,621
P3_4D	277,7667	911,220	,112	.	,623
P3_4E	277,9667	896,654	,315	.	,619
P3_4F	278,3000	899,528	,247	.	,620
P3_5	277,9667	912,171	,104	.	,624
P3_6	276,8000	905,752	,163	.	,622
P3_7	278,3333	898,644	,312	.	,619
P3_8	276,8667	911,292	,114	.	,623
P3_9	261,1333	954,947	-,200	.	,627
P3_10	273,7667	926,530	-,108	.	,629
P3_11	272,8333	912,006	,036	.	,626
P4A	277,4000	906,455	,174	.	,622
P4B	277,9333	899,651	,313	.	,620
P4C	278,1667	909,868	,131	.	,623
P4D	277,4667	905,085	,160	.	,622
P4E	277,3667	905,344	,197	.	,703
P4F	277,8000	885,131	,518	.	,615
P4G	277,2667	890,961	,509	.	,617
P4H	277,3333	882,575	,483	.	,615
P4I	278,7333	908,961	,242	.	,622

P4J	278,0667	887,444	,503	.	,616
P4K	278,0333	892,447	,423	.	,617
P4L	277,7667	895,495	,326	.	,619
P4M	278,9667	918,930	-,010	.	,626
P4N	279,0333	907,344	,223	.	,622
P4O	278,6333	906,240	,223	.	,622
P4P	278,3333	893,747	,391	.	,618
P4Q	277,7667	907,289	-,014	.	,638
P4R	277,6000	902,386	,361	.	,620
P4S	277,6333	894,240	,470	.	,618
P4_1 ^a	277,6333	897,895	,335	.	,619
P4_1B	278,2000	906,579	,229	.	,622
P4_1C	278,7667	904,875	,258	.	,621
P4_1D	278,9000	913,679	,097	.	,624
P4_1E	278,7000	919,734	-,026	.	,626
P4_1F	278,0000	906,552	,191	.	,622
P4_1G	278,7000	912,838	,070	.	,624
P4_2 ^a	277,6333	926,102	-,127	.	,628
P4_2B	278,3667	898,378	,391	.	,619
P4_2C	278,9333	907,926	,210	.	,622
P4_2D	278,1333	899,499	,324	.	,620
P4_2E	278,5000	922,948	-,086	.	,627
P4_2F	279,0333	922,309	-,079	.	,626
P4_2G	278,8667	917,292	,013	.	,625
P5_1	278,3667	911,757	,072	.	,624
P5_2 ^a	277,1000	928,990	-,169	.	,629
P5_2B	278,3000	912,700	,072	.	,624
P5_2C	278,7333	901,926	,341	.	,620
P5_3	278,3000	890,700	,426	.	,617
P5_4	278,6333	916,033	,020	.	,626
P5_5	278,7667	900,944	,305	.	,620
P6A	277,9667	892,792	,426	.	,617
P6B	279,1333	905,430	,330	.	,621
P6C	276,9667	917,413	,016	.	,625
P6D	277,9667	886,102	,448	.	,616
P6E	277,8333	886,833	,469	.	,616
P6F	278,1333	896,947	,330	.	,619
P6G	277,2000	917,269	,022	.	,625
P6H	276,2667	914,064	,123	.	,624
P6I	276,3333	898,989	,527	.	,619
P6J	274,8333	709,523	,261	.	,658
P6K	278,5667	909,151	,144	.	,623
P6L	278,0667	900,064	,274	.	,620
P6M	278,5667	889,289	,486	.	,616
P6N	277,1000	894,852	,408	.	,618
P6O	277,8667	893,844	,394	.	,618
P6P	277,4333	926,323	-,139	.	,628
PB	279,2667	921,857	-,096	.	,626

Anexo D**Instrumento de recolha de dados no segundo estudo**

Questionário da vida nocturna: o Sono e o Sonho

(António Mendes Pedro, Isa Silvestre, Lucília Candeias)

Certamente que ao longo da sua vida sonhou várias vezes. Pedimos-lhe que se vire para as suas lembranças e para os sonhos que costuma ter.

Este questionário pretende avaliar o seu sono e os seus sonhos.

Responda às questões apresentadas com a maior exactidão possível. A informação que nos der é estritamente confidencial e anónima e será utilizada unicamente para fins académicos.

Assinale para cada uma das seguintes questões, a resposta que melhor se aplica ao seu caso, colocando uma cruz na respectiva coluna.

Obrigado pela sua colaboração!

Dados Sócio-demográficos

Idade: _____

Sexo: F M

Grau académico: Ensino Básico Ensino Secundário Licenciatura Mestrado
Doutoramento

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

Região Geográfica: Norte Centro Sul Ilhas

1. As seguintes afirmações descrevem a forma como costuma adormecer. Assinale com uma cruz em frente a cada afirmação indicando a frequência com que as afirmações são verdadeiras para si.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1.1 Preciso mais de 30 minutos para adormecer.					
1.2 Tomo medicação para adormecer.					
1.3 Gosto de adormecer acompanhado.					

1.4 Costumo adormecer:	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Automaticamente (como uma “pedra”)					
b) A fantasiar					
c) Com sensações estranhas no corpo (formigueiro, dores, etc...)					
d) Com sensações agradáveis no corpo (relaxado, calmo, etc...)					
e) Feliz					
f) Preocupado					
g) A ver televisão					
h) A ler					
i) A ouvir música					
j) Com rituais (a balançar, a mexer no cabelo, etc...)					

2. Indique com que frequência as afirmações sobre a qualidade do sono são verdadeiras para si.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
2.1 Acordo habitualmente durante a noite.					
2.2 Levanto-me para comer.					
2.3 Respiro bem durante o sono.					
2.4 Durante a noite, sinto uma desregulação na temperatura do meu corpo.					
2.5 Costumo risonar durante a noite.					
2.6 A qualidade do meu sono, no geral, é recuperadora.					

3. Faça uma cruz que indique com que frequência as afirmações estão presentes durante o seu estado de vigília.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3.1 Passo a noite acordado.					
3.2 Preciso fazer uma sesta à tarde.					
3.3 Quando costumo dormir durante o dia tenho pequenos sonhos.					

4. Agora pense na forma como costuma despertar, e assinale com uma cruz a frequência com que as afirmações descritas, em baixo, estão presentes.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
4.1 Sinto dificuldade em acordar.					

4.2 Costumo acordar:					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Bem disposto					
b) Angustiado					
c) Em estado de alerta					
d) Confuso					
e) Espontaneamente					
f) Com formigueiro					
g) Levo muito tempo a acordar					
h) Motivado					

5. É apresentado uma lista de afirmações relativas aos sonhos que teve. Faça uma cruz para cada afirmação, de forma a indicar a com que frequência estas afirmações são verdadeiras para si.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Sinto que sonho.					
b) Sinto-me desorientado nos meus sonhos.					
c) Não gosto dos sonhos que tenho.					
d) Conto os meus sonhos a pessoas que me são próximas.					
e) Sinto que os meus sonhos interessam àqueles a quem conto.					
f) As relações com os outros deixam-me triste.					
g) Os meus sonhos ligam-me às pessoas com quem sonho.					
h) Os meus sonhos têm sentido para mim.					
i) Os meus sonhos são nítidos.					
j) Os meus sonhos anunciam acontecimentos que se vão realizar.					
k) Os meus sonhos são fragmentados/imprecisos.					
l) As relações que tenho favorecem os meus projectos futuros.					
m) Os meus sonhos favorecem a minha criatividade.					
n) Os meus sonhos têm a ver comigo.					
o) Os meus sonhos dão-me segurança.					
p) Costumo ter pesadelos.					
q) Tenho terrores nocturnos.					
r) Acordo de repente no meio de um sonho.					
s) Considero os meus sonhos bizarros.					
t) Os meus sonhos permitem-me criar projectos para a minha vida futura.					
u) Tenho sonhos que permanecem na minha memória.					
v) Tenho sonhos que me lembro, mas rapidamente me esqueço deles.					

6. O conjunto de afirmações descreve os conteúdos dos seus sonhos. Assinale com uma cruz a frequência com que as afirmações são verdadeiras para si.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Os meus sonhos têm uma história.					
b) Costumo ter sonhos sexuais.					
c) Sonho com as minhas doenças.					
d) Os meus sonhos têm movimento.					
e) O movimento nos meus sonhos é vivido como real.					
f) Costumo aparecer nos meus sonhos.					
g) Aparecem outras pessoas nos meus sonhos.					
h) Os meus sonhos têm cor.					
i) Sonho sempre com o mesmo.					
j) Os meus sonhos são pensamentos.					
k) Os meus sonhos são fantasiosos.					
l) Sonho com o meu trabalho.					
m) Nos meus sonhos costumo voar.					
n) Tenho pesadelos que reproduzem mesmo aquilo que me acontece na realidade.					
o) Os meus pesadelos causam-me estranheza.					
p) Tenho pesadelos em que sinto que estou a cair.					
q) Nos pesadelos, costumo sentir-me perseguido.					
r) Sonho com pessoas que já faleceram.					
s) Os meus sonhos são visuais.					
t) Julgo que oiço nos meus sonhos.					
u) Os meus sonhos permitem-me perceber o que os outros esperam de mim.					
v) Sinto que os meus sonhos influenciam-me no meu dia-a-dia.					

6.1. No seguinte quadro estão descritas algumas **emoções** que certamente já foram experimentadas por si. Assinale com uma cruz a frequência com que cada emoção está presente nos seus sonhos.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Alegria					
b) Tristeza					
c) Desejo					
d) Vergonha					
e) Raiva					
f) Paixão					
g) Ciúme					
h) Desamparo					
i) Humilhação					
j) Angústia					
k) Culpa					
l) Medo					
m) Surpresa					
n) Chorar					
o) Rir					

6.2. No próximo quadro são enunciadas determinadas **sensações** que certamente já experimentou. Assinale com uma cruz a frequência com que cada sensação está presente nos seus sonhos.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Bem-estar					
b) Desconforto					
c) Frio					
d) Ansiedade					
e) Calor					
f) Paralisia					
g) Falta de ar					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
h) Vazio					
i) Excitação					
j) Dor					
k) Euforia					

7. Preencha o quadro assinalando com uma cruz, indicando com que frequência as seguintes afirmações estão presentes na forma como se costuma relacionar com outros.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) A minha vida é feita de coisas práticas e concretas.					
b) Sinto que sou capaz de perceber as acções daqueles com quem me relaciono.					
c) As emoções fazem-me sonhar acordado.					
d) Tenho tendência para me preocupar demais com os outros.					
e) As relações com os outros provocam-me medos.					
f) Não costumo dar importância às relações com os outros.					
g) Tenho relações afectuosas com os outros.					
h) Costumo ser possessivo com aqueles que me relaciono.					
i) É difícil saber o que sinto em relação às pessoas.					
j) As relações que tenho é que me dão asas para fantasiar.					
k) Os outros provocam raiva em mim.					
l) As relações com outros tornam-me alegre.					
m) Costumo ser agressivo com os outros.					
n) Sonho acordado para fugir da vida que levo.					
o) Por vezes, afasto-me com raiva do contacto mais íntimo com os outros.					

8. Na questão 8.1 assinale com uma cruz com que frequência a afirmação é verdadeira para si. A seguir, responda às questões apresentadas.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
8.1 Tive um ou mais sonhos que me marcaram.					

8.2 Pedimos-lhe que descreva um dos sonhos que o(a) marcou.

8.3 Quando teve esse sonho?

8.4 Liga esse sonho a uma experiência particular da sua vida? Sim Não

Qual? _____

8.5 Desenhe o seu sonho.

9. Preencha o quadro de acordo com os seus hábitos de vida. Assinale com uma cruz.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Sinto que sou uma pessoa saudável.					
b) Pratico exercício físico.					
c) Tenho passatempos (dança, música, teatro, etc...)					
d) Consumo substâncias tóxicas (drogas, álcool, tabaco, café)					
e) Vivo o dia-a-dia stressado.					
f) Vivo o dia-a-dia ansioso.					
g) Vivo o dia-a-dia deprimido.					

10. Certamente que desde criança até ao momento actual da sua vida esteve doente. Para cada fase do seu desenvolvimento, assinale com uma cruz indicando a frequência com que esteve doente.

10.1 Estive doente em...					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Bebê (0 – 2 anos)					
b) Criança (3 – 11 anos)					
c) Adolescente/Jovem (12 – 24 anos)					
d) Adulto (25 – 70 anos)					
e) Terceira Idade (a partir dos 70 anos)					

10.2 Recorde as doenças (Somáticas/Físicas e/ou Psicológicas) que teve ao longo do seu crescimento. E, de modo a termos conhecimento das suas doenças, preencha os dois quadros em baixo.

	Bebé	Criança	Adolescente	Adulto	Idoso
Escreva a(s) sua(s) Doença(s) Somática(s) Diagnosticadas (e.g.: Enxaquecas, Infecções Respiratórias, Repetitivas, Cancro, Alergias, etc.)					
Essas doenças somáticas foram sujeitas a que tipo de Tratamento?	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
Assinale com uma cruz o contexto do seu adoecer.	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____

	Bebé	Criança	Adolescente	Adulto	Idoso
Escreva a(s) sua(s) Doença(s) Psicológica(s) Diagnosticadas (e.g.: Fobias, Obsessões, Alucinações, Perturbações do Comportamento, etc.)					
Essas doenças psíquicas foram sujeitas a que tipo de Tratamento?	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
Assinale com uma cruz o contexto do seu adoecer.	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____

Obrigado pela sua participação.

Anexo E

Autorização da Universidade Sénior de Benfica para a recolha de dados do segundo estudo

Anexo F

Autorização da Universidade Sénior de Alvalade para a recolha de dados do segundo estudo

Anexo G**Output da ACP para a parte II do instrumento com seis dimensões**

Output correspondente à ACP da parte II do instrumento com 6 dimensões – **Anexo G****Component Loadings**

	Dimension					
	1	2	3	4	5	6
P1_1	,264	-,342	-,354	-,216	-,337	-,154
P1_2	,192	-,348	-,420	-,140	-,240	-,076
P1_3	,272	-,328	-,309	-,257	-,298	-,086
P1_4	,215	-,207	-,082	-,128	,016	,132
P1_5 ^a	-,114	,306	,294	,233	,385	,114
P1_5B	,211	,190	,196	,084	,101	,080
P1_5C	-,304	-,335	,275	-,091	,044	-,024
P1_5D	,100	,344	,351	,021	,100	,220
P1_5E	-,178	,286	,290	-,010	,230	,191
P1_5F	,390	-,301	-,359	-,116	,019	-,076
P1_5G	,346	-,321	-,338	-,146	-,145	-,032
P1_5H	,081	-,328	-,097	-,030	,161	,175
P1_5I	,242	-,237	,020	-,117	,369	,269
P1_5J	,210	-,188	,015	-,094	,335	,304
P1_5K	,368	-,236	,008	-,063	,321	,209
P2_1	,129	-,341	-,309	-,157	-,268	-,090
P2_2	-,181	-,576	,426	,082	-,064	,018
P2_3	,205	,502	-,314	-,088	,235	-,053
P2_4	,278	-,274	-,041	,059	,180	,130
P2_5	-,070	-,371	,453	,032	,051	,094
P2_6	-,280	,404	,250	,130	,087	-,163
P3_1	,051	,568	-,367	,003	-,006	,027
P3_2	,329	-,348	-,109	-,121	,051	,104
P3_3	,354	-,269	-,047	-,024	,136	,095
P4_1	-,019	-,323	,251	-,134	,113	,153
P4_2 ^a	,138	,551	-,368	-,023	-,134	-,072
P4_2B	,324	-,384	-,242	-,184	,017	,015
P4_2C	,398	-,250	-,317	-,043	-,026	,091
P4_2D	,065	-,456	,109	-,056	,006	-,070
P4_2E	,094	,310	-,349	,021	-,083	,050
P4_2F	,359	-,390	-,261	-,083	,036	,075
P4_2G	,248	-,191	-,026	-,131	,254	,200
P4_2H	,252	-,218	-,046	-,127	,327	,258
P4_2I	-,141	,288	,300	,173	-,027	,071
P5A	,457	,085	,195	-,133	-,104	-,213
P5B	,361	-,042	,271	-,135	,003	-,173
P5C	,271	-,393	-,232	-,092	,081	,084
P5D	,431	,214	,286	-,255	,094	-,116
P5E	,477	-,050	,048	-,075	,251	-,041
P5F	,541	,132	,230	-,214	,149	-,130
P5G	,596	,193	,200	-,235	,190	-,134
P5H	,529	,196	,238	-,318	-,002	-,126
P5I	,273	,198	,240	-,171	-,248	-,116
P5J	,547	-,136	-,093	-,081	,085	-,153
P5K	,085	-,279	-,302	,032	,317	-,019

P5L	,575	,199	,237	-,306	-,041	-,141
P5M	,518	,161	,297	-,245	,045	-,130
P5N	,537	,255	,332	-,319	-,146	-,149
P5O	,397	,271	,383	-,185	-,092	-,080
P5P	,437	-,309	-,308	-,062	,100	-,131
P5Q	,431	-,368	-,283	-,063	,139	-,083
P5R	,388	-,355	-,318	-,050	,198	-,004
P5S	,299	-,317	-,338	,027	,310	-,092
P5T	,660	,049	,139	-,232	,129	-,109
P5U	,380	,208	,043	-,182	-,041	-,155
P5V	,175	,029	,125	-,117	,072	,273
P6A	,473	,359	-,234	-,155	,064	-,102
P6B	,250	-,163	,378	,080	-,069	-,076
P6C	,212	-,431	,414	-,003	-,155	-,083
P6D	,261	,110	,279	-,159	-,174	-,001
P6E	,314	,194	,321	-,112	-,073	,042
P6F	,409	,436	-,212	-,077	,019	,014
P6G	,302	,470	-,177	-,189	-,031	,048
P6H	,316	,252	,245	-,152	-,027	-,038
P6I	,239	-,405	-,021	-,043	,030	-,124
P6J	,411	,235	-,095	-,022	,161	-,156
P6K	,459	,331	-,236	-,102	,038	-,135
P6L	,410	,091	-,064	,011	-,018	-,223
P6M	,396	-,243	-,008	,065	-,093	-,242
P6N	,457	-,164	-,076	,020	-,078	-,168
P6O	,429	-,097	-,106	,001	-,139	-,119
P6P	,402	-,269	,287	,013	-,099	-,149
P6Q	,403	-,334	,319	,027	-,178	-,085
P6R	,371	-,188	,292	,032	-,054	-,060
P6S	,398	,319	-,156	-,018	-,252	-,013
P6T	,429	,215	,049	-,021	-,115	,174
P6U	,541	,476	-,195	,035	-,053	,108
P6V	,585	,359	-,122	,098	-,030	,114
P6_1 ^a	,489	,314	,130	,061	-,044	,172
P6_1B	,583	,155	-,075	,115	-,067	,134
P6_1C	,576	,287	-,116	,165	-,139	,072
P6_1D	,616	,010	-,094	,300	-,074	,040
P6_1E	,544	-,102	-,052	,452	-,144	,012
P6_1F	,563	,224	-,107	,332	-,064	,128
P6_1G	,523	-,225	,029	,352	-,130	-,018
P6_1H	,549	-,176	,142	,230	-,061	,033
P6_1I	,523	-,229	,085	,230	-,021	-,064
P6_1J	,514	,064	,173	,052	,004	-,069
P6_1K	,417	-,308	,356	,227	,024	,034
P6_1L	,578	-,041	-,009	,312	-,083	-,001
P6_1M	,638	,171	-,080	,226	-,003	,075
P6_1N	,560	-,084	,025	,358	-,207	-,024
P6_1 ^o	,453	,299	,019	,274	-,019	,132
P6_2 ^a	,444	,430	-,264	,204	,047	,076
P6_2B	,540	,199	-,359	,194	-,022	,089
P6_2C	,566	-,072	-,156	,322	,043	,054

P6_2D	,510	,148	,083	,068	,058	,169
P6_2E	,585	-,010	-,054	,274	,048	,108
P6_2F	,476	-,258	,207	,160	,137	,105
P6_2G	,356	-,508	,327	,160	,036	,021
P6_2H	,164	-,612	,287	,221	-,123	,045
P6_2I	,469	-,026	,317	,029	,004	,137
P6_2J	,320	-,365	,429	,170	-,043	,065
P6_2K	,425	-,060	,093	,274	,036	-,013
P7A	,276	,037	,373	-,065	-,055	,009
P7B	-,129	-,361	,049	-,019	,082	-,114
P7C	,171	,089	,351	,005	-,195	,104
P7D	,277	,398	-,142	,050	,024	,047
P7E	,331	-,049	,151	-,157	,099	,018
P7F	,310	,572	-,127	-,117	,036	,081
P7G	-,038	,415	,223	-,176	-,016	-,064
P7H	,079	,317	,195	-,144	-,018	,129
P7I	,425	-,058	-,178	-,027	,029	,007
P7J	,170	,143	,516	-,110	-,046	,158
P7K	,450	-,168	,136	-,188	-,017	-,027
P7L	-,098	,309	,383	-,065	,061	-,051
P7M	,254	,317	,375	-,107	,177	-,025
P7N	,262	-,261	,317	-,116	,123	,000
P7O	,122	,436	-,030	,040	,116	,016
P8_1	,362	-,098	,195	,073	-,140	-,007
P9A	,125	,310	-,226	,152	,052	-,191
P9B	,143	,280	-,263	,186	,055	-,081
P9C	,025	,371	,094	,076	,140	-,081
P9D	,197	,049	-,173	-,213	,351	-,024
P9E	,298	-,180	-,238	-,186	,295	-,002
P9F	,268	-,313	-,308	-,089	,134	,072
P9G	,245	-,452	-,055	-,198	-,170	,216
P10_1 ^a	,070	,072	-,033	-,105	-,238	,540
P10_1B	,025	,134	-,061	-,242	-,318	,609
P10_1C	,036	,114	-,037	-,233	-,314	,599
P10_1D	,191	-,206	-,115	-,329	-,232	,427
P10_1E	-,012	-,169	-,204	-,203	-,291	-,023

Variable Principal Normalization.

Anexo H**Output da consistência interna para a parte I do instrumento**

Output corresponde ao Anexo H

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1_1	87,29	117,722	,267	,628	,597
P1_2	88,03	115,423	,280	,383	,593
P1_3	87,90	115,617	,285	,196	,593
P1_4 ^a	87,13	121,430	-,101	,375	,545
P1_4B	87,17	122,556	,036	,140	,617
P1_4C	86,53	126,292	-,128	,230	,537
P1_4D	87,01	123,784	-,001	,274	,619
P1_4E	86,83	125,828	-,085	,317	,522
P1_4F	86,66	117,429	,342	,398	,593
P1_4G	86,98	113,638	,304	,194	,590
P1_4H	87,16	113,359	,338	,292	,587
P1_4I	87,52	112,879	,368	,345	,584
P1_4J	87,93	112,102	,424	,330	,579
P2_1	87,25	118,654	,225	,290	,600
P2_2	86,91	117,605	,026	,268	,539
P2_3	86,56	123,996	-,028	,360	,524
P2_4	87,31	116,299	,342	,251	,591
P2_5	86,73	122,511	,059	,356	,614
P2_6	86,89	131,630	-,301	,475	,645
P3_1	86,95	128,580	-,183	,493	,538
P3_2	87,38	111,372	,465	,298	,576
P3_3	87,17	114,605	,326	,360	,589
P4_1	86,71	120,253	,124	,359	,609
P4_2 ^a	87,04	126,955	-,128	,438	,531
P4_2B	87,48	115,141	,376	,403	,588
P4_2C	87,50	114,867	,358	,334	,588
P4_2D	87,40	118,359	,192	,401	,603
P4_2E	87,22	124,261	-,031	,297	,623
P4_2F	87,69	111,254	,460	,386	,576
P4_2G	87,19	114,750	,352	,412	,588
P4_2H	86,76	127,809	-,176	,201	,530

Anexo I
Output correspondente à tabela 1

Output correspondente à Tabela 1 – Anexo I

Component Loadings

	Dimension			
	1	2	3	4
P5A	,482	,423	,405	,388
P5B	,391	,152	,285	,135
P5C	,232	,448	-,198	,237
P5D	,275	-,153	,311	,479
P5E	,356	,111	,004	,474
P5F	,341	-,024	,565	,243
P5G	,130	-,101	,225	,633
P5H	,370	-,121	,310	,572
P5I	,434	-,133	,267	,050
P5J	,484	,191	-,110	,527
P5L	,133	-,125	,297	,620
P5M	,344	-,090	,337	,561
P5N	,200	-,602	,396	,134
P5O	,127	-,205	,395	,461
P5P	,477	,391	-,305	,347
P5Q	,465	,439	-,284	,360
P5R	,403	,300	-,299	,313
P5S	,445	,372	-,345	,348
P5T	,378	,033	,161	,665
P5U	,355	-,149	,070	,674
P5V	,488	-,100	,056	,569
P6A	,491	,488	-,222	,266
P6B	,197	,419	,360	-,164
P6C	,181	,544	,400	-,043
P6D	,404	-,052	,333	-,015
P6E	,364	-,137	,335	-,068
P6F	,350	,428	-,234	,165
P6G	,351	-,512	-,147	,154
P6H	,369	-,457	,253	,069
P6I	,209	,412	,030	,145
P6J	,431	-,213	-,172	,174
P6K	,476	-,284	-,245	,253
P6L	,218	,408	-,134	,240
P6M	,468	,363	-,074	,203
P6N	,383	,426	-,137	,222
P6O	,389	,490	-,167	,190
P6P	,403	,402	,250	-,037
P6Q	,376	,447	,285	-,036
P6R	,362	,480	,236	-,086
P6S	,434	-,276	-,148	-,095
P6T	,450	-,191	,000	-,141
P6U	,591	-,401	-,242	-,093
P6V	,626	-,282	-,222	-,138

P6_1 ^a	,531	-,258	,044	-,220
P6_1B	,599	-,108	-,198	-,163
P6_1C	,604	-,211	-,208	-,233
P6_1D	,606	,121	-,260	-,210
P6_1E	,528	,237	-,233	-,376
P6_1F	,576	-,134	-,289	-,300
P6_1G	,498	,334	-,117	-,326
P6_1H	,536	,288	,005	-,267
P6_1I	,510	,362	-,034	-,184
P6_1J	,537	,065	,102	-,096
P6_1K	,416	,442	,215	-,245
P6_1L	,576	,190	-,177	-,219
P6_1M	,649	-,075	-,233	-,179
P6_1N	,558	,231	-,158	-,289
P6_1 ^o	,499	-,196	-,142	-,278
P6_2 ^a	,486	-,334	-,399	-,444
P6_2B	,522	-,139	-,469	-,475
P6_2C	,539	,177	-,316	-,445
P6_2D	,544	-,075	-,016	-,122
P6_2E	,578	,115	-,226	-,182
P6_2F	,466	,373	,069	-,111
P6_2I	,489	,061	,234	-,131
P6_2K	,420	,143	-,018	-,207
P7A	,285	-,017	,471	-,169
P7B	-,197	,340	,446	-,056
P7C	,187	-,065	,455	-,278
P7D	,316	-,361	-,397	-,032
P7E	,332	,078	,433	,162
P7F	,374	-,537	-,558	,126
P7G	,052	-,435	,477	,033
P7H	,142	-,329	,403	,027
P7I	,393	,097	-,387	,178
P7J	,247	-,158	,510	-,117
P7K	,410	,234	,415	,130
P7L	-,008	-,327	,435	-,055
P7M	,342	-,274	,455	,039
P7N	,247	,272	,402	,014
P7O	,181	-,403	,429	,015
P8_1	,357	,160	,147	,612

Variable Principal Normalization.

Anexo J**Output correspondente à tabela 2**

Output correspondente à Tabela 2 – Anexo J

Correlations

			Total_Sub1	Total_Sub2	Total_Sub3	Total_Sub4	Total_Esc
Spearman's rho	Total_Sub1	Correlation Coefficient	1,000	,423(**)	,433(**)	,592(**)	,730(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
		N	669	665	668	668	663
	Total_Sub2	Correlation Coefficient	,723(**)	1,000	,387(**)	,537(**)	,701(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671	663
	Total_Sub3	Correlation Coefficient	,433(**)	,387(**)	1,000	,478(**)	,673(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000
		N	668	671	675	674	663
	Total_Sub4	Correlation Coefficient	,592(**)	,537(**)	,478(**)	1,000	,684(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,000
		N	668	671	674	675	663
	Total_Esc	Correlation Coefficient	,730(**)	,701(**)	,673(**)	,684(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
		N	663	663	663	663	663

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo k
Output correspondente à tabela 3

Output correspondente à tabela 3 – Anexo K

Correlations

			P1_1	P1_2	P1_3	P1_4A	P1_4B	P1_4C	P1_4D
Spearman's rho	P1_1	Correlation Coefficient	1,000	,454(**)	,213(**)	-,612(**)	-,059	-,106(**)	-,181(**)
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,123	,006	,000
		N	676	676	675	676	676	676	676
	P1_2	Correlation Coefficient	,454(**)	1,000	,243(**)	-,407(**)	-,053	-,136(**)	-,246(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,168	,000	,000
		N	676	676	675	676	676	676	676
	P1_3	Correlation Coefficient	,213(**)	,243(**)	1,000	-,224(**)	,087(*)	-,069	-,018
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,024	,072	,645
		N	675	675	675	675	675	675	675
	P1_4A	Correlation Coefficient	-,612(**)	-,407(**)	-,224(**)	1,000	,066	,044	,169(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,087	,258	,000
		N	676	676	675	676	676	676	676
	P1_4B	Correlation Coefficient	-,059	-,053	,087(*)	,066	1,000	-,217(**)	,150(**)
		Sig. (2-tailed)	,123	,168	,024	,087	.	,000	,000
		N	676	676	675	676	676	676	676
	P1_4C	Correlation Coefficient	-,106(**)	-,136(**)	-,069	,044	-,217(**)	1,000	-,054
		Sig. (2-tailed)	,006	,000	,072	,258	,000	.	,157
		N	676	676	675	676	676	676	676
	P1_4D	Correlation Coefficient	-,181(**)	-,246(**)	-,018	,169(**)	,150(**)	-,054	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,645	,000	,000	,157	.
N		676	676	675	676	676	676	676	
P1_4E	Correlation Coefficient	-,190(**)	-,206(**)	-,071	,207(**)	,049	-,026	,395(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,063	,000	,203	,494	,000	
	N	676	676	675	676	676	676	676	
P1_4F	Correlation Coefficient	,260(**)	,271(**)	,128(**)	-,201(**)	,047	-,153(**)	-,190(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,219	,000	,000	
	N	676	676	675	676	676	676	676	
P1_4G	Correlation Coefficient	,033	,099(*)	,156(**)	-,076(*)	,011	,063	-,049	
	Sig. (2-tailed)	,393	,010	,000	,049	,770	,102	,201	
	N	676	676	675	676	676	676	676	
P1_4H	Correlation Coefficient	-,002	,019	,152(**)	-,046	,125(**)	-,010	,100(**)	
	Sig. (2-tailed)	,962	,628	,000	,232	,001	,805	,009	
	N	676	676	675	676	676	676	676	
P1_4I	Correlation Coefficient	-,026	,044	,181(**)	-,016	,057	-,070	,099(**)	
	Sig. (2-tailed)	,493	,257	,000	,680	,137	,068	,010	
	N	676	676	675	676	676	676	676	
P1_4J	Correlation Coefficient	,054	,123(**)	,210(**)	-,058	,108(**)	-,085(*)	-,021	
	Sig. (2-tailed)	,157	,001	,000	,135	,005	,028	,584	
	N	676	676	675	676	676	676	676	
P2_1	Correlation Coefficient	,381(**)	,288(**)	,039	-,365(**)	-,072	,000	-,161(**)	
	N	676	676	675	676	676	676	676	
P2_3	Correlation Coefficient	-,004	-,029	-,052	,100(**)	,114(**)	-,298(**)	,107(**)	

		Sig. (2-tailed)	,917	,457	,179	,010	,003	,000	,006
		N	676	676	675	676	676	676	676
P2_4	Correlation		,121(**)	,063	,155(**)	-,067	,024	-,071	-,012
	Coefficient		,002	,104	,000	,080	,528	,065	,756
	Sig. (2-tailed)		,002	,104	,000	,080	,528	,065	,756
	N		676	676	675	676	676	676	676
P2_5	Correlation		-,090(*)	-,085(*)	,030	,050	,014	,242(**)	,066
	Coefficient		,019	,027	,431	,191	,717	,000	,087
	Sig. (2-tailed)		,019	,027	,431	,191	,717	,000	,087
	N		676	676	675	676	676	676	676
P3_1	Correlation		-,076(*)	,001	-,061	,066	,046	-,277(**)	,055
	Coefficient		,047	,975	,112	,086	,229	,000	,153
	Sig. (2-tailed)		,047	,975	,112	,086	,229	,000	,153
	N		676	676	675	676	676	676	676
P3_2	Correlation		,208(**)	,196(**)	,171(**)	-,114(**)	,083(*)	-,047	-,027
	Coefficient		,000	,000	,000	,003	,031	,219	,477
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,003	,031	,219	,477
	N		676	676	675	676	676	676	676
P3_3	Correlation		,163(**)	,108(**)	,090(*)	-,037	,048	-,003	-,014
	Coefficient		,000	,005	,019	,339	,210	,934	,717
	Sig. (2-tailed)		,000	,005	,019	,339	,210	,934	,717
	N		675	675	674	675	675	675	675
P4_1	Correlation		,007	,018	,081(*)	-,021	-,100(**)	,168(**)	,067
	Coefficient		,857	,635	,036	,588	,009	,000	,081
	Sig. (2-tailed)		,857	,635	,036	,588	,009	,000	,081
	N		676	676	675	676	676	676	676
P4_2A	Correlation		,007	,031	-,014	,009	,019	-,281(**)	,080(*)
	Coefficient		,860	,417	,717	,810	,625	,000	,037
	Sig. (2-tailed)		,860	,417	,717	,810	,625	,000	,037
	N		676	676	675	676	676	676	676
P4_2B	Correlation		,171(**)	,271(**)	,086(*)	-,198(**)	-,032	-,084(*)	-,069
	Coefficient		,000	,000	,025	,000	,405	,029	,072
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,025	,000	,405	,029	,072
	N		676	676	675	676	676	676	676
P4_2C	Correlation		,180(**)	,240(**)	,218(**)	-,199(**)	,070	-,157(**)	-,056
	Coefficient		,000	,000	,000	,000	,068	,000	,148
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,068	,000	,148
	N		676	676	675	676	676	676	676
P4_2D	Correlation		,019	,129(**)	,047	-,101(**)	-,052	,121(**)	-,071
	Coefficient		,615	,001	,222	,008	,178	,002	,067
	Sig. (2-tailed)		,615	,001	,222	,008	,178	,002	,067
	N		675	675	674	675	675	675	675
P4_2E	Correlation		,006	,066	-,005	-,005	-,021	-,270(**)	-,069
	Coefficient		,885	,084	,900	,891	,580	,000	,073
	Sig. (2-tailed)		,885	,084	,900	,891	,580	,000	,073
	N		676	676	675	676	676	676	676

P4_2C	Correlation Coefficient	-,121(**)	,049	,175(**)	-,108(**)	,049	,236(**)	,255(**)
	Sig. (2-tailed)	,002	,202	,000	,005	,201	,000	,000
	N	676	676	676	676	676	676	675
P4_2D	Correlation Coefficient	,264(**)	-,244(**)	,240(**)	,290(**)	-,317(**)	,139(**)	,005
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,905
	N	675	675	675	675	675	675	674
P4_2E	Correlation Coefficient	-,327(**)	,222(**)	,067	-,255(**)	,371(**)	-,038	-,133(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,082	,000	,000	,327	,001
	N	676	676	676	676	676	676	675
P4_2F	Correlation Coefficient	,007	,018	,277(**)	-,003	-,049	,282(**)	,140(**)
	Sig. (2-tailed)	,865	,642	,000	,942	,200	,000	,000
	N	676	676	676	676	676	676	675
P4_2G	Correlation Coefficient	,039	-,001	,189(**)	,034	-,088(*)	,250(**)	,462(**)
	Sig. (2-tailed)	,312	,988	,000	,383	,022	,000	,000
	N	676	676	676	676	676	676	675
P4_2H	Correlation Coefficient	-,011	,070	-,110(**)	,107(**)	,104(**)	-,116(**)	-,150(**)
	Sig. (2-tailed)	,774	,070	,004	,005	,007	,003	,000
	N	675	675	675	675	675	675	674

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

			P4_1	P4_2 ^a	P4_2B	P4_2C	P4_2D	P4_2E	P4_2F
Spearman's rho	P1_1	Correlation Coefficient	,007	,007	,171(**)	,180(**)	,019	,006	,231(**)
		Sig. (2-tailed)	,857	,860	,000	,000	,615	,885	,000
		N	676	676	676	676	675	676	676
	P1_2	Correlation Coefficient	,018	,031	,271(**)	,240(**)	,129(**)	,066	,300(**)
		Sig. (2-tailed)	,635	,417	,000	,000	,001	,084	,000
		N	676	676	676	676	675	676	676
	P1_3	Correlation Coefficient	,081(*)	-,014	,086(*)	,218(**)	,047	-,005	,155(**)
		Sig. (2-tailed)	,036	,717	,025	,000	,222	,900	,000
		N	675	675	675	675	674	675	675
	P1_4A	Correlation Coefficient	-,021	,009	-,198(**)	-,199(**)	-,101(**)	-,005	-,180(**)
	Sig. (2-tailed)	,588	,810	,000	,000	,008	,891	,000	
	N	676	676	676	676	675	676	676	
P1_4B	Correlation Coefficient	-,100(**)	,019	-,032	,070	-,052	-,021	-,047	
	Sig. (2-tailed)	,009	,625	,405	,068	,178	,580	,224	
	N	676	676	676	676	675	676	676	
P1_4C	Correlation Coefficient	,168(**)	-,281(**)	-,084(*)	-,157(**)	,121(**)	-,270(**)	-,138(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,029	,000	,002	,000	,000	
	N	676	676	676	676	675	676	676	
P1_4D	Correlation Coefficient	,067	,080(*)	-,069	-,056	-,071	-,069	-,136(**)	
	Sig. (2-tailed)	,081	,037	,072	,148	,067	,073	,000	
	N	676	676	676	676	675	676	676	
P1_4E	Correlation Coefficient	,051	,015	-,272(**)	-,213(**)	-,041	,011	-,155(**)	
	Sig. (2-tailed)	,186	,689	,000	,000	,293	,772	,000	
	N	676	676	676	676	675	676	676	

P1_4F	Correlation Coefficient	-.074	,102(**)	,308(**)	,230(**)	,095(*)	,116(**)	,332(**)
	Sig. (2-tailed)	,054	,008	,000	,000	,013	,002	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P1_4G	Correlation Coefficient	,094(*)	-.074	,069	,070	,085(*)	-.050	,138(**)
	Sig. (2-tailed)	,015	,054	,071	,068	,028	,191	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P1_4H	Correlation Coefficient	,116(**)	-.112(**)	,130(**)	,121(**)	,114(**)	-.107(**)	,134(**)
	Sig. (2-tailed)	,003	,004	,001	,002	,003	,005	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P1_4I	Correlation Coefficient	,112(**)	-.009	,155(**)	,124(**)	,082(*)	,027	,178(**)
	Sig. (2-tailed)	,004	,815	,000	,001	,034	,476	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P1_4J	Correlation Coefficient	,077(*)	-.049	,172(**)	,214(**)	,106(**)	-.005	,174(**)
	Sig. (2-tailed)	,047	,203	,000	,000	,006	,889	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P2_1	Correlation Coefficient	,044	,041	,183(**)	,132(**)	,149(**)	,089(*)	,203(**)
	Sig. (2-tailed)	,257	,292	,000	,001	,000	,021	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P2_2	Correlation Coefficient	,287(**)	-.443(**)	-.039	-.121(**)	,264(**)	-.327(**)	,070
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,310	,002	,000	,000	,865
	N	676	676	676	676	675	676	676
P2_3	Correlation Coefficient	-.174(**)	,394(**)	,012	,049	-.244(**)	,222(**)	,018
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,756	,202	,000	,000	,642
	N	676	676	676	676	675	676	676
P2_4	Correlation Coefficient	,135(**)	-.107(**)	,218(**)	,175(**)	,240(**)	,067	,277(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,005	,000	,000	,000	,082	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P2_5	Correlation Coefficient	,260(**)	-.369(**)	-.057	-.108(**)	,290(**)	-.255(**)	-.030
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,138	,005	,000	,000	,942
	N	676	676	676	676	675	676	676
P3_1	Correlation Coefficient	-.403(**)	,525(**)	-.053	,049	-.317(**)	,371(**)	-.049
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,166	,201	,000	,000	,200
	N	676	676	676	676	675	676	676
P3_2	Correlation Coefficient	,168(**)	-.099(*)	,231(**)	,236(**)	,139(**)	-.038	,282(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,010	,000	,000	,000	,327	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P3_3	Correlation Coefficient	,046	-.125(**)	,140(**)	,255(**)	,005	-.133(**)	,140(**)
	Sig. (2-tailed)	,230	,001	,000	,000	,905	,001	,000
	N	675	675	675	675	674	675	675
P4_1	Correlation Coefficient	1,000	-.375(**)	,133(**)	-.104(**)	,278(**)	-.296(**)	,088(*)
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,001	,007	,000	,000	,022
	N	676	676	676	676	675	676	676
P4_2A	Correlation Coefficient	-.375(**)	1,000	,040	,048	-.361(**)	,355(**)	-.027
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,295	,216	,000	,000	,477
	N	676	676	676	676	675	676	676

P4_2B	Correlation Coefficient	,133(**)	,040	1,000	,339(**)	,317(**)	,051	,348(**)
	Sig. (2-tailed)	,001	,295	.	,000	,000	,186	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P4_2C	Correlation Coefficient	-,104(**)	,048	,339(**)	1,000	,077(*)	,155(**)	,316(**)
	Sig. (2-tailed)	,007	,216	,000	.	,047	,000	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P4_2D	Correlation Coefficient	,278(**)	-,361(**)	,317(**)	,077(*)	1,000	-,119(**)	,285(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,047	.	,002	,000
	N	675	675	675	675	675	675	675
P4_2E	Correlation Coefficient	-,296(**)	,355(**)	,051	,155(**)	-,119(**)	1,000	,164(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,186	,000	,002	.	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P4_2F	Correlation Coefficient	,088(*)	-,027	,348(**)	,316(**)	,285(**)	,164(**)	1,000
	Sig. (2-tailed)	,022	,477	,000	,000	,000	,000	.
	N	676	676	676	676	675	676	676
P4_2G	Correlation Coefficient	,231(**)	-,115(**)	,112(**)	,140(**)	-,046	-,146(**)	,168(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,004	,000	,230	,000	,000
	N	676	676	676	676	675	676	676
P4_2H	Correlation Coefficient	,082(*)	,098(*)	-,148(**)	-,201(**)	,018	,006	-,157(**)
	Sig. (2-tailed)	,033	,011	,000	,000	,636	,884	,000
	N	675	675	675	675	674	675	675

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

			P4_2G	P4_2H
Spearman's rho	P1_1	Correlation Coefficient	,133(**)	-,205(**)
		Sig. (2-tailed)	,001	,000
		N	676	675
	P1_2	Correlation Coefficient	,108(**)	-,155(**)
		Sig. (2-tailed)	,005	,000
		N	676	675
	P1_3	Correlation Coefficient	,146(**)	-,069
		Sig. (2-tailed)	,000	,075
		N	675	674
	P1_4A	Correlation Coefficient	-,007	,123(**)
	Sig. (2-tailed)	,850	,001	
	N	676	675	
P1_4B	Correlation Coefficient	,045	,015	
	Sig. (2-tailed)	,242	,691	
	N	676	675	
P1_4C	Correlation Coefficient	-,039	,018	
	Sig. (2-tailed)	,310	,642	
	N	676	675	
P1_4D	Correlation Coefficient	,050	,207(**)	
	Sig. (2-tailed)	,887	,000	
	N	676	675	

P1_4E	Correlation Coefficient	-,048	,252(**)
	Sig. (2-tailed)	,214	,000
	N	676	675
P1_4F	Correlation Coefficient	,114(**)	-,194(**)
	Sig. (2-tailed)	,003	,000
	N	676	675
P1_4G	Correlation Coefficient	,154(**)	-,106(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,006
	N	676	675
P1_4H	Correlation Coefficient	,156(**)	-,038
	Sig. (2-tailed)	,000	,328
	N	676	675
P1_4I	Correlation Coefficient	,179(**)	-,008
	Sig. (2-tailed)	,000	,831
	N	676	675
P1_4J	Correlation Coefficient	,257(**)	-,057
	Sig. (2-tailed)	,000	,142
	N	676	675
P2_1	Correlation Coefficient	-,033	-,096(*)
	Sig. (2-tailed)	,385	,013
	N	676	675
P2_2	Correlation Coefficient	,039	-,011
	Sig. (2-tailed)	,312	,774
	N	676	675
P2_3	Correlation Coefficient	-,010	,070
	Sig. (2-tailed)	,988	,070
	N	676	675
P2_4	Correlation Coefficient	,189(**)	-,110(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,004
	N	676	675
P2_5	Correlation Coefficient	,034	,107(**)
	Sig. (2-tailed)	,383	,005
	N	676	675
P3_1	Correlation Coefficient	-,088(*)	,104(**)
	Sig. (2-tailed)	,022	,007
	N	676	675
P3_2	Correlation Coefficient	,250(**)	-,116(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,003
	N	676	675
P3_3	Correlation Coefficient	,462(**)	-,150(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	675	674
P4_1	Correlation Coefficient	,231(**)	,082(*)
	Sig. (2-tailed)	,000	,033
	N	676	675

P4_2A	Correlation Coefficient	-,115(**)	,098(*)
	Sig. (2-tailed)	,003	,011
	N	676	675
P4_2B	Correlation Coefficient	,112(**)	-,148(**)
	Sig. (2-tailed)	,004	,000
	N	676	675
P4_2C	Correlation Coefficient	,140(**)	-,201(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	676	675
P4_2D	Correlation Coefficient	-,046	,018
	Sig. (2-tailed)	,230	,636
	N	675	674
P4_2E	Correlation Coefficient	-,146(**)	,006
	Sig. (2-tailed)	,000	,884
	N	676	675
P4_2F	Correlation Coefficient	,168(**)	-,157(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	676	675
P4_2G	Correlation Coefficient	1,000	-,150(**)
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	676	675
P4_2H	Correlation Coefficient	-,150(**)	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	675	675

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo L
Output correspondente à tabela 4

Output correspondente à tabela 4 – Anexo L

Correlations

			Total_Sub 1	Total_Sub 2	Total_Sub 3	Total_Sub 4
Spearman's rho	Sub1_S1	Correlation Coefficient	,411(**)	,379(**)	,374(**)	,372(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	669	665	668	668
	Sub1_S2	Correlation Coefficient	,413(**)	,270(**)	,249(**)	,263(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	669	665	668	668
	Sub1_S3	Correlation Coefficient	,416(**)	,221(**)	,258(**)	,281(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	669	665	668	668
	Sub1_S4	Correlation Coefficient	,399(**)	,298(**)	,089(**)	,283(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	669	666	669	669
	Sub1_S5	Correlation Coefficient	,489(**)	,367(**)	,050(**)	,231(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	669	665	668	668
	Sub1_S6	Correlation Coefficient	,488(**)	,350(**)	,100(**)	,225(**)
Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	
N		669	665	668	668	
Sub1_S7	Correlation Coefficient	,405(**)	,308(**)	,044(**)	,214(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	669	665	668	668	
Sub1_S8	Correlation Coefficient	,448(**)	,307(**)	,222(**)	,157(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	669	665	668	668	
Sub1_S9	Correlation Coefficient	,418(**)	,150(**)	,182(**)	,263(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	669	665	668	668	
Sub1_S10	Correlation Coefficient	,420(**)	,185(**)	,214(**)	,134(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	669	665	668	668	
Sub1_S11	Correlation Coefficient	,444(**)	,268(**)	,222(**)	,211(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	669	666	669	669	
Sub1_S12	Correlation Coefficient	,399(**)	,282(**)	,055(**)	,322(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	669	666	669	669	
Sub1_S13	Correlation Coefficient	,413(**)	,288(**)	,160(**)	,320(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	669	665	668	668	
Sub1_S14	Correlation Coefficient	,488(**)	,325(**)	,255(**)	,382(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	669	665	668	668	
Sub1_S15	Correlation Coefficient	,465(**)	,295(**)	,364(**)	,219(**)	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	669	665	668	668	
Sub1_S16	Correlation Coefficient	,441(**)	,303(**)	,40	,222(**)	
	Sig. (2-tailed)			,249(**)		
	N					

	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S17	Correlation Coefficient	,515(**)	,304(**)	,290(**)	,344(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S18	Correlation Coefficient	,490(**)	,355(**)	,190(**)	,295(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S19	Correlation Coefficient	,589(**)	,440(**)	,091(**)	,442(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S20	Correlation Coefficient	,510(**)	,332(**)	,269(**)	,368(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S21	Correlation Coefficient	,475(**)	,347(**)	,122(**)	,424(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S22	Correlation Coefficient	,463(**)	,386(**)	,232(**)	,285(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S23	Correlation Coefficient	,490(**)	,380(**)	,340(**)	,422(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S24	Correlation Coefficient	,476(**)	,363(**)	,200(**)	,280(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S25	Correlation Coefficient	,433(**)	,302(**)	,180(**)	,340(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	666	669	669
Sub1_S26	Correlation Coefficient	,454(**)	,353(**)	,326(**)	,314(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S27	Correlation Coefficient	,503(**)	,350(**)	,336(**)	,231(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	667	670	670
Sub1_S28	Correlation Coefficient	,565(**)	,345(**)	,181(**)	,332(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S29	Correlation Coefficient	,529(**)	,363(**)	,300(**)	,480(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S30	Correlation Coefficient	,400(**)	,366(**)	,149(**)	,333(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S31	Correlation Coefficient	,466(**)	,209(**)	,244(**)	,159(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S32	Correlation Coefficient	,488(**)	,201(**)	,260(**)	,349(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S33	Correlation Coefficient	,485(**)	,299(**)	,245(**)	,444(**)

	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S34	Correlation Coefficient	,444(**)	,334(**)	,292(**)	,468(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	666	669	669
Sub1_S35	Correlation Coefficient	,529(**)	,354(**)	,187(**)	,415(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S36	Correlation Coefficient	,466(**)	,354(**)	,090(**)	,290(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S37	Correlation Coefficient	,463(**)	,360(**)	,213(**)	,333(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S38	Correlation Coefficient	,461(**)	,344(**)	,312(**)	,299(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668
Sub1_S39	Correlation Coefficient	,429(**)	,244(**)	,212(**)	,259(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	669	665	668	668

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo M
Output correspondente à tabela 5

Output correspondente à tabela 5 – Anexo M

Correlations			Total_Sub1	Total_Sub2	Total_Sub3	Total_Sub4
Spearman's rho	Sub2_S1	Correlation Coefficient	,186(**)	,445(**)	,013(**)	,122(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671
	Sub2_S2	Correlation Coefficient	,423(**)	,646(**)	,432(**)	,389(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671
	Sub2_S3	Correlation Coefficient	,386(**)	,451(**)	,248(**)	,322(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671
	Sub2_S4	Correlation Coefficient	,161(**)	,307(**)	,126(**)	,111(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	666	672	672	672
	Sub2_S5	Correlation Coefficient	,188(**)	,300(**)	,072(**)	,123(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671
	Sub2_S6	Correlation Coefficient	,244(**)	,401(**)	,261(**)	,393(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671
	Sub2_S7	Correlation Coefficient	,227(**)	,413(**)	,253(**)	,168(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	666	672	672	672
	Sub2_S8	Correlation Coefficient	,276(**)	,465(**)	,281(**)	,314(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671
	Sub2_S9	Correlation Coefficient	,211(**)	,446(**)	,013(**)	,162(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	666	672	672	672
	Sub2_S10	Correlation Coefficient	,382(**)	,477(**)	,168(**)	,273(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	666	672	672	672
	Sub2_S11	Correlation Coefficient	,388(**)	,417(**)	,137(**)	,265(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671
	Sub2_S12	Correlation Coefficient	,330(**)	,466(**)	,084(**)	,240(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671
	Sub2_S13	Correlation Coefficient	,333(**)	,470(**)	,164(**)	,261(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671
	Sub2_S14	Correlation Coefficient	,256(**)	,486(**)	,211(**)	,277(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	665	672	671	671

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo N
Output correspondente à tabela 6

Output corresponde à Tabela 6 – Anexo N

Correlations

			Total_Sub1	Total_Sub2	Total_Sub3	Total_Sub4
Spearman's rho	Sub3_S1	Correlation Coefficient	,417(**)	,377(**)	,570(**)	,514(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S2	Correlation Coefficient	,189(**)	,179(**)	,488(**)	,566(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S3	Correlation Coefficient	,139(**)	,066(**)	,472(**)	,596(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S4	Correlation Coefficient	,073(**)	,061(**)	,399(**)	,585(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S5	Correlation Coefficient	,229(**)	,117(**)	,403(**)	,563(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S6	Correlation Coefficient	,233(**)	,250(**)	,471(**)	,566(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S7	Correlation Coefficient	,248(**)	,203(**)	,419(**)	,564(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S8	Correlation Coefficient	,030(**)	,007(**)	,400(**)	,597(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S9	Correlation Coefficient	,064(**)	,023(**)	,333(**)	,592(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S10	Correlation Coefficient	,134(**)	,299(**)	,473(**)	,552(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	669	672	675	675
	Sub3_S11	Correlation Coefficient	,061(**)	,086(**)	,428(**)	,580(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S12	Correlation Coefficient	,225(**)	,346(**)	,473(**)	,549(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S13	Correlation Coefficient	,101(**)	,101(**)	,408(**)	,604(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S14	Correlation Coefficient	,244(**)	,224(**)	,415(**)	,570(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S15	Correlation Coefficient	,169(**)	,260(**)	,441(**)	,566(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674
	Sub3_S16	Correlation Coefficient	,122(**)	,040(**)	,393(**)	,571(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	675	674

Anexo O
Output correspondente à tabela 7

Output correspondente à tabela 7 – Anexo O

Correlations

			Total_Sub1	Total_Sub2	Total_Sub3	Total_Sub4
Spearman's rho	Sub4_S1	Correlation Coefficient	,308(**)	,293(**)	,449(**)	,474(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S2	Correlation Coefficient	,385(**)	,324(**)	,270(**)	,428(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S3	Correlation Coefficient	,489(**)	,470(**)	,484(**)	,644(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S4	Correlation Coefficient	,431(**)	,440(**)	,444(**)	,590(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S5	Correlation Coefficient	,435(**)	,391(**)	,203(**)	,462(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S6	Correlation Coefficient	,440(**)	,474(**)	,404(**)	,674(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	669	672	675	675
	Sub4_S7	Correlation Coefficient	,407(**)	,406(**)	,429(**)	,593(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S8	Correlation Coefficient	,323(**)	,333(**)	,367(**)	,524(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S9	Correlation Coefficient	,554(**)	,527(**)	,528(**)	,684(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S10	Correlation Coefficient	,451(**)	,370(**)	,370(**)	,540(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S11	Correlation Coefficient	,579(**)	,389(**)	,344(**)	,561(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675
	Sub4_S12	Correlation Coefficient	,242(**)	,248(**)	,215(**)	,489(**)
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	668	671	674	675

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo P
Instrumento após análise factorial

Instrumento corresponde ao **Anexo P**

Questionário da vida nocturna: o Sono e o Sonho

(António Mendes Pedro, Isa Silvestre, Lucília Candeias)

Com este questionário pretendemos avaliar o sono e o sonho.

Na parte I do questionário todas as afirmações apresentadas estão relacionadas com os seus hábitos de sono.

Na parte II pedimos-lhe que recorde as lembranças dos sonhos que teve ou que costuma ter.

Responda às questões apresentadas com a maior exactidão possível. A informação que nos der é **estritamente confidencial e anónima** e será utilizada unicamente para fins académicos.

Assinale para cada uma das seguintes questões, a resposta que melhor se aplica ao seu caso, colocando uma cruz na respectiva coluna.

Obrigado pela sua colaboração!

Dados Sócio-demográficos

Idade: _____

Sexo: F M

Grau académico: Ensino Básico Ensino Secundário Licenciatura Mestrado
Doutoramento

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

Região Geográfica: Norte Centro Sul Ilhas

PARTE I

As seguintes questões relacionam-se com os seus hábitos de sono no geral. Assinale com uma cruz em frente a cada afirmação indicando a frequência com que as afirmações são verdadeiras para si.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1.1 Tomo medicação para adormecer.					
1.2 Preciso mais de 30 minutos para adormecer.					
1.3 Gosto de dormir acompanhado.					

1.4 Costumo adormecer:	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Automaticamente (como uma “pedra”)					
A fantasiar					
Com sensações estranhas no corpo (formigueiro, dores, etc...)					
Com sensações agradáveis no corpo (relaxado, calmo, etc...)					
Feliz					
Preocupado					
A ver televisão					
A ler					
A ouvir música					
Com rituais (a balançar, a mexer no cabelo, etc...)					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1.5 Acordo habitualmente durante a noite.					
1.6 Levanto-me para comer.					
1.7 Respiro bem durante o sono.					
1.8 Durante a noite, sinto uma desregulação na temperatura do meu corpo.					
1.9 Costumo risonar durante a noite.					
1.10 Passo a noite acordado.					
1.11 Preciso fazer uma sesta à tarde.					
1.13 Quando costumo dormir durante o dia tenho pequenos sonhos.					
1.14 Sinto dificuldade em acordar.					

1.15 Costumo acordar:	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Bem disposto					
Angustiado					
Em estado de alerta					
Confuso					
Espontaneamente					
Com formigueiro					
Levo muito tempo a acordar					
Motivado					

PARTE II

1. É apresentada uma lista de afirmações relativas aos sonhos que teve. Faça uma cruz para cada afirmação, de forma a indicar com que frequência estas afirmações são verdadeiras para si.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Sinto que sonho.					
Sinto-me desorientado nos meus sonhos.					
Os meus sonhos são nítidos.					
Costumo ter pesadelos.					
Tenho terrores nocturnos.					
Considero os meus sonhos bizarros.					
Acordo de repente no meio de um sonho.					
Tenho sonhos que permanecem na minha memória.					
Tenho sonhos que me lembro, mas rapidamente me esqueço deles.					
Os meus sonhos têm movimento.					
O movimento nos meus sonhos é vivido como real.					
Os meus sonhos são pensamentos.					
Os meus sonhos são fantasiosos.					
Nos meus sonhos costumo voar.					
Tenho pesadelos em que sinto que estou a cair.					
Os meus sonhos são visuais.					
Julgo que oiço nos meus sonhos.					

- 1.1 Estão descritas algumas **emoções** que certamente já experimentou nos seus sonhos. Assinale com uma cruz a frequência com que cada emoção está presente nos seus sonhos.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Alegria					
Tristeza					
Desejo					
Vergonha					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Raiva					
Paixão					
Ciúme					
Desamparo					
Humilhação					
Angústia					
Culpa					
Medo					
Surpresa					
Chorar					
Rir					

1.2 Sentirmos **sensações** nos nossos sonhos também parece ser comum. Assinale com uma cruz a frequência com que cada sensação está presente nos seus sonhos.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Bem-estar					
Desconforto					
Frio					
Ansiedade					
Calor					
Paralisia					
Excitação					
Euforia					

2. O conjunto de afirmações descreve os conteúdos dos seus sonhos. Assinale com uma cruz a frequência com que as afirmações são verdadeiras para si.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Não gosto dos sonhos que tenho.					
Os meus sonhos têm a ver comigo.					
Os meus sonhos têm uma história.					
Costumo ter sonhos sexuais.					
Sonho com as minhas doenças.					
Costumo aparecer nos meus sonhos.					
Aparecem outras pessoas nos meus sonhos.					
Os meus sonhos têm cor.					
Sonho sempre com o mesmo.					
Sonho com o meu trabalho.					
Tenho pesadelos que reproduzem mesmo aquilo que me acontece na realidade.					
Os meus pesadelos causam-me estranheza.					
Nos pesadelos, costumo sentir-me perseguido.					
Sonho com pessoas que já faleceram.					

3. Preencha o quadro assinalando com uma cruz com que frequência as seguintes afirmações estão presentes na forma como se relaciona com os outros.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
As relações com os outros desiludem-me.					
A minha vida é feita de coisas práticas e concretas.					
Sinto que sou capaz de perceber as acções daqueles com quem me relaciono.					
As emoções fazem-me sonhar acordado.					
Tenho tendência para me preocupar demais com os outros.					
As relações com os outros provocam-me medos.					
Não costumo dar importância às relações com os outros.					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

Tenho relações afectuosas com os outros.					
Costumo ser possessivo com aqueles que me relaciono.					
É difícil saber o que sinto em relação às pessoas.					
As relações que tenho é que me dão asas para fantasiar.					
Os outros provocam raiva em mim.					
As relações com os outros deixam-me alegre.					
Costumo ser agressivo com os outros.					
Sonho acordado para fugir da vida que levo.					
Costumo afastar-me das relações íntimas com os outros.					
As relações que tenho favorecem os meus projectos futuros.					

4. Assinale com uma cruz com que frequência cada afirmação é verdadeira para si. A seguir, responda às questões apresentadas.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Conto os meus sonhos a pessoas que me são próximas.					
Sinto que os meus sonhos interessam àqueles a quem conto.					
Os meus sonhos ligam-me às pessoas com quem sonho.					
As relações que tenho favorecem os meus projectos futuros.					
Os meus sonhos têm sentido para mim.					
Os meus sonhos favorecem a minha criatividade.					
Os meus sonhos dão-me segurança.					
Os meus sonhos permitem-me criar projectos para a minha vida futura.					
Os meus permitem-me perceber o que os outros esperam de mim.					
Sinto que os meus sonhos me influenciam no meu dia-a-dia.					
Tive um ou mais sonhos que me marcaram.					

4.1 Pedimos-lhe que descreva um dos sonhos que o(a) marcou.

<hr/> <hr/> <hr/>

4.2 Quando teve esse sonho?

<hr/>

4.3 Liga esse sonho a uma experiência particular da sua vida? Sim Não

Qual?

4.4 Desenhe o seu sonho.

<hr/>

5. Certamente que desde criança até ao momento actual da sua vida esteve doente. Recorde as doenças Somáticas/Físicas e/ou Psicológicas que teve ao longo do seu crescimento, ou que tem. Preencha os dois quadros apresentados: **quadro 1** – doenças somáticas/físicas; **quadro 2** – doenças psicológicas.

Quadro 1: Doenças Somáticas/Físicas

	Bebé	Criança	Adolescente	Adulto	Idoso
Escreva a(s) sua(s) Doença(s) Somática(s) Diagnosticadas (e.g.: Enxaquecas, Infecções Respiratórias, Repetitivas, Cancro, Alergias, etc.)					
Essas doenças somáticas foram sujeitas a que tipo de Tratamento?	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
Assinale com uma cruz o contexto do seu adoecer.	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____

Quadro 2: Doenças Psicológicas

	Bebé	Criança	Adolescente	Adulto	Idoso
Escreva a(s) sua(s) Doença(s) Psicológica(s) Diagnosticadas (e.g.: Fobias, Obsessões, Alucinações, Perturbações do Comportamento, etc.)					
Essas doenças psíquicas foram sujeitas a que tipo de Tratamento?	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Medicação <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
Assinale com uma cruz o contexto do seu adoecer.	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	Depressivo <input type="checkbox"/> Stressante <input type="checkbox"/> Hábitos de Vida <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____

Obrigado pela sua participação.