

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA**

TESE DE MESTRADO

Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência

Perspectiva Crítica

Mário Luís Beja Alves Resende – N.º 1253

ORIENTADOR: Prof. Doutor Eduardo Sá

Instituto Superior de Psicologia Aplicada


CO-ORIENTADOR: Prof. Doutor Mário Simões

Faculdade de Medicina de Lisboa

SEMINÁRIO DIRIGIDO POR: Prof. Doutor Eduardo Sá

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2003

	C.
ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada	
Centro de Documentação	
Registo: 15683	
Data: 04/04/05	
Tel.: 21 821 17 50 • bibli@ispa.pt	

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Eduardo Sá, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pela abertura de espírito e por ter aceite este projecto inédito de tese de mestrado.

Ao Prof. Dr. Mário Simões, da Faculdade de Medicina de Lisboa, por ter recebido com entusiasmo este projecto, pela generosidade intocada, pelas sugestões e incentivos, pelo empréstimo de livros, pelo riso, e pela inestimável amizade, agora já não em «estado nascente...».

Ao Mestre Alexandre Ramos pelo companheirismo, empréstimo de livros e pelo apoio inestimável na apresentação e no tratamento estatístico dos dados.

À Dr.^a Gláucia Correia pela revisão de parte da tese de dissertação, e pela revisão do questionário.

Aos amigos e amigas que fizeram uma minuciosa revisão de partes da tese, a Dr.^a Filipa Diniz, a Dr.^a Lourdes Barbosa, o Dr. Marco Monteiro, o Dr. Paulo Magalhães – que igualmente compôs as Figuras -, o Dr. Pedro Veigunha e, em particular, à Dr.^a Antonieta Silva que, para além da revisão trabalhou a Lista de Tabelas e soube dispensar sempre um incentivo sereno e confiante.

À Geni pelo trabalho com as Referências.

Aos psicólogos e psiquiatras Andreia Alves Martins, Celestina Carmo, Francisco Carmo, Gilda Moura, Gláucia Correia, João Pais, José Correia, Lourdes Barbosa, Madalena Moreira, Maria do Céu Fernandes, Maria Bjorn, Mário Simões, Pedro Veigunha, Rosa Maria Arruda, Stelle Spike, Sueli Simões, Vera Saldanha e

Vítor Rodrigues, que disponibilizaram o seu tempo para responderem ao questionário.

À Lina, por me ter sabido sonhar antes de eu me saber sonhar a mim próprio; pelo apoio material e por fazer tão presente a sua aparente ausência (é para ela esta tese).

À minha mãe e ao meu pai, verdadeiros companheiros, por tudo mas sobretudo pelo amor diligente.

Aos pais da Lina.

Ao Ricardo Santos, pelo exemplo, à muito tempo atrás.

À Ilda de Jesus, pelo brilho da entrega e do amor generoso.

À Maria Flávia de Monsaraz, por personificar a aposta sincera na verdade do processo interno, e que no Guincho, com o reino de Neptuno a circunscrever o horizonte, me abriu este novo horizonte onde já se encontrava, sem ninguém o saber, esta tese de mestrado.

Ao M. DeRose, pela dedicação ao Yôga, e por saber que «O homem é uma corda estendida entre o animal e o Super-homem» (Nietzsche, 1883/1985), e ensinar como caminhar nessa corda sobre o abismo.

À M. A., e à A.R., pelo amor.

Felix qui potuit rerum cognoscere causas
Virgílio, Geórg. 2, 490

O Iluminismo é a saída do homem da sua menoridade de que ele próprio é culpado. A menoridade é a incapacidade de se servir do entendimento sem a orientação de outrem. Tal menoridade é por culpa própria, se a sua causa não reside na falta de entendimento, mas na falta de decisão e coragem em se servir de si mesmo sem a orientação de outrem. Sapere aude! Tem a coragem de te servires do teu próprio entendimento, eis a palavra de ordem do Iluminismo. (...)

É tão cómodo ser menor. Se eu tiver um livro que tem entendimento por mim, um director espiritual que tem em minha vez consciência moral, um médico que por mim decide da dieta, etc., então não preciso de eu próprio me esforçar. Não me é forçoso pensar, quando posso simplesmente pagar; outros empreenderam por mim essa tarefa aborrecida. Porque a imensa maioria dos homens (...) considera a passagem à maioridade difícil e também muito perigosa (...).

Mas, para esta ilustração, nada mais se exige do que a *liberdade*; e, claro está, a mais inofensiva entre tudo o que se pode chamar liberdade, a saber, a de fazer um *uso público* da sua razão em todos os elementos. Mas agora ouço gritar de todos os lados: *Não raciocines!* Diz o oficial: Não raciocines, mas faz exercícios! Diz o funcionário das Finanças: Não raciocines, paga! E o clérigo: Não raciocines, acredita! (...) Por toda a parte se depara com a restrição da liberdade. Mas qual é a restrição que se põe ao Iluminismo? Qual a restrição que não o impede, mas antes o fomenta? Respondo: O uso *público* da própria razão deve sempre ser livre e só ele pode levar a cabo a ilustração entre os homens (...).

Kant, 1784/1988, pp.11-13

Audaces fortuna juvat
Virgílio, En. 10, 284

ÍNDICE

Agradecimentos.....	I
Índice.....	IV
Lista de Figuras.....	X
Lista de Tabelas.....	XVIII
Prefácio.....	XIX
Percurso.....	XIX
Da bicefalia deste trabalho.....	XXIV
Bibliografia.....	XXV
PARTE I - CONSCIÊNCIA, ESTADOS MODIFICADOS DE CONSCIÊNCIA E MEMÓRIA.....	1
Introdução.....	2
Definição Operacional da Psicoterapia Regressiva sob EMC.....	2
CONSCIÊNCIA.....	5
ESTADOS MODIFICADOS DE CONSCIÊNCIA.....	9
Introdução.....	9
Estados modificados de consciência: Definição.....	10
Os estados modificados de consciência têm um carácter patológico?.....	12
Caracterização dos estados modificados de consciência.....	14
Indução dos EMC.....	18
Estados mod. de consciência e níveis da consciência: análise englobante.....	21
MEMÓRIA, VERDADE E PSICOTERAPIA.....	29
Introdução.....	29
Percurso.....	30
Memória: <i>Delimitações conceptuais</i>	33
Memória, verdade e psicoterapia: A questão epistemológica.....	35
Memória e intersubjectividade.....	36
Intersubjectividade e construtivismo.....	37
A questão do conhecimento verdadeiro e o modelo da <i>coerência</i>	39
A questão da verdade e o modelo da <i>correspondência</i>	41

Uma solução epistemológica: <i>O perspectivismo realista intersubjectivo</i>	44
<i>Realismo</i>	44
<i>Perspectivismo</i>	45
<i>Intersubjectividade</i>	47
Conclusões epistemológicas.....	49
Memória, verdade e psicoterapia: A questão científica.....	51
A Memória numa perspectiva evolutiva.....	51
«As memórias»: <i>Recuperação</i> ou <i>recriação</i>	55
O problema do esquecimento.....	56
Reprodução <i>versus</i> Recriação.....	62
<i>O síndrome das falsas memórias</i> e a sugestão.....	65
O síndrome das falsas memórias e outros <i>recovery memory work</i>	66
Outros tipos de <i>recovery memory work</i>	68
O problema da sugestão.....	70
A memória após o síndrome das falsas memórias.....	75
O síndrome das falsas memórias e a sugestão: Conclusão.....	80
A memória sob Estado Modificado de Consciência.....	80
Possibilidades excepcionais da memória.....	84
Capacidade de armazenamento e de recuperação substancial.....	85
Memórias que contradizem os paradigmas vigentes.....	87
A comprovação de memórias de supostas existências pretéritas	89
Stevenson e as alegações de crianças que reportam existências pretéritas.....	93

PARTE II - PSICOTERAPIA REGRESSIVA SOB ESTADO MODIFICADO DE CONSCIÊNCIA.....96

Introdução.....	97
Percurso.....	98
Sucesso terapêutico.....	100
De natureza clínica.....	101
Psicoterapia de orientação transpessoal.....	103
História.....	105
Pioneiro.....	105
«Psíquicos».....	106
Jung, Rank e Grof.....	106
Sociedade e cultura.....	108
Anos setenta.....	110
A Associação e o <i>Journal</i>	115
Dos sintomas para a reestruturação.....	116
Brasil, Portugal e Europa.....	117
Metodologia:.....	121
Introdução.....	121
Tempo.....	121

Periodicidade.....	122
Duração.....	123
Anamnese.....	123
O psicoterapeuta.....	124
Esclarecimentos iniciais.....	125
Verdade <i>versus</i> utilidade.....	126
Ausência de interpretação.....	127
Uma técnica coadjuvante e/ou coadjuvada.....	128
Estádios principais da Psicoterapia Regressiva sob EMC	129
Introdução.....	129
Indução.....	132
Indução formal de EMC.....	132
Respiração, relaxamento e visualização.....	133
O estado crepuscular (<i>TwilightState</i>).....	133
Visualização.....	134
Estado crepuscular espontâneo.....	135
Indução formal da vivência.....	136
Morris Netherton, as Frases-chave e o <i>Affect-bridge</i>	136
O <i>Fantasiário</i>	137
«Conexão com o inconsciente».....	140
A ponte somática (<i>somatic bridge</i>).....	142
Contagem e outras técnicas coadjuvantes ou menos frequentes.....	143
Indução na Psicoterapia Regressiva sob EMC e hipnose.....	144
Auto-indução de EMC pelo psicoterapeuta.....	145
Vivência sob EMC.....	146
Condução da vivência.....	149
O <i>Terapeuta Interno</i>	151
Perguntas e comandos para condução da vivência.....	152
Metodologias para a vivência.....	155
Ab-reacção.....	157
Cognitivistas <i>versus</i> Catárticos.....	158
Netherton e a primeira fase.....	159
Woolger e o psicossomático.....	160
Ab-reacção e reestruturação.....	160
Reestruturação.....	162
Resistências.....	169
Causas de resistência.....	170
Estratégias para ultrapassar resistências.....	172
Fenomenologia.....	176
As narrativas.....	177
Passado biográfico.....	179
«Memórias» peri-natais e intra-uterinas.....	179
«Memórias» de supostas existências pretéritas.....	181

Vivências do reino mineral, vegetal e mineral.....	184
Vivências arquetípicas, do domínio do mito e da lenda.....	184
UFO.....	185
Progressões.....	185
Outros conteúdos.....	186
Conteúdos existenciais, filosóficos e espirituais.....	187
Indicações e contra-indicações.....	190
Indicações e contra-indicações a nível psicológico.....	192
Indicações a nível psicossomático.....	195
PARTE III – QUESTIONÁRIO.....	196
METODOLOGIA.....	197
Apresentação do problema.....	197
Introdução.....	197
Definição do problema e dos subproblemas.....	188
Pressupostos.....	198
Limitações.....	199
Significado do estudo.....	199
Participantes.....	199
Seleção da amostra.....	200
Caracterização da amostra.....	201
Instrumento e material.....	207
Procedimentos.....	207
RESULTADOS E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	210
Introdução.....	210
Definição, especificidade e aspectos correlatos da Psic. Regressiva sob EMC.....	211
Definição/descrição.....	211
Especificidade da Psic. Reg. sob EMC e incorporação de téc. convencionais.....	215
Respostas psicoterapêuticas e «vidas passadas».....	217
Respostas psicoterapêuticas e metáforas.....	218
Respostas psicoterapêuticas e sonho.....	220
Respostas psicoterapêuticas, simbolismo, «vidas passadas» e reencarnação.....	211
As técnicas da Psicoterapia Regressiva sob EMC e aspectos correlatos.....	224
Tempo.....	225
Primeira sessão.....	225
Início da sessão.....	227
Imagens para indução.....	229
Modalidades para acessar o imaginário.....	230
Métodos «para» resistências.....	231
Número de cenas por vivência em estado modificado de consciência.....	234
Métodos para induzir nova vivência em estado modificado de consciência.....	235

O psicoterapeuta e os estados modificados de consciência.....	236
Nascimento.....	237
Traumas de nascimento.....	238
Exploração de traumas de nascimento.....	239
Regressões ao passado biográfico.....	240
Vivenciar o momento da morte em «suposta vida passada».....	241
Vivências entre supostas «vidas passadas».....	242
«Vidas passadas» comuns.....	243
Vivências sem carácter regressivo.....	244
«Vidas futuras».....	245
Integração da vivência na problemática do paciente.....	246
Revisão da vivência sob estado modificado de consciência.....	249
Diálogo com o «Eu Superior».....	250
Sugestão.....	252
Reforço positivo.....	254
Rescrita.....	255
Trabalho corporal.....	256
Frases como «trabalho de casa».....	258
Diário das sessões.....	259
Procedimento após sessão sob estado modificado de consciência.....	260
Indicações, contra-indicações e aspectos correlatos.....	263
Patologias.....	263
Sucesso e insucesso terapêutico (indicações e contra-indicações).....	265
Fobias.....	267
Culpa.....	268
Catarse.....	269
Espiritualidade.....	270
Remissão de sintomas.....	271
Inovações e aperfeiçoamento futuro.....	275
Investigações necessárias.....	275
Renovação.....	278
Contribuições da Psic. Regressiva sob EM para o universo psicoterapêutico.....	280
Técnicas inovadoras.....	283
Comentários.....	284
PARTE IV –DISCUSSÃO.....	286
Discussão	287
Resultados	288
Comparação de Resultados	293
Discussão da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência	299
A questão da consciência.....	299
O conteúdo das vivências.....	302

A psicanálise e a fenomenologia das vivências	307
A questão da emoção	311
O carácter psicoterapêutico da Psicoterapia Regressiva sob EMC.....	316
Conclusões.....	319
Recomendações.....	326
REFERÊNCIAS.....	328
APÊNDICE.....	395

Lista de TABELAS

- TABELA 1: Vivências sob EMC realizadas pelos sujeitos do estudo *Terapia pela Reestruturação Vivencial-Cognitiva (TRV-C) e cefaleia: um estudo* (Simões, Gonçalves & Barbosa, no prelo)178
- TABELA 2: Resultados da resposta ao item número 51 do questionário: *Idade actual*.....203
- TABELA 3: Resultados da resposta ao item número 1 do questionário: *Número total de anos em que esteve directamente envolvido em Psicoterapia Regressiva sob EMC como terapeuta?*.....205
- TABELA 4: Resultados da resposta ao item número 2 do questionário: *Estimativa do número de pacientes desde então?*.....206
- TABELA 5: Resultados da resposta ao item número 12 do questionário: *Qual destas descrições usa quando descreve a Psicoterapia Regressiva sob EMC ao seu paciente? (pode escolher mais do que uma)*211
- TABELA 6: Resultados da resposta ao item número 12.9 do questionário: *Qual destas descrições usa quando descreve a Psicoterapia Regressiva sob EMC ao seu paciente? Outra*.....212
- TABELA 7: Outros resultados da resposta ao item número 47.9 do questionário: *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: Outra*214
- TABELA 8: Resultados da resposta ao item número 3 do questionário: *Com que regularidade recorre a Psicoterapia Regressiva sob EMC?*.....215
- TABELA 9: Resultados da resposta ao item número 4.1 do questionário: *Acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são de reais vidas passadas?*.....217

TABELA 10: Resultados da resposta ao item número 4.2 do questionário: *Acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são uma metáfora do presente?*.....218

TABELA 11: Resultados da resposta ao item número 4.3 do questionário: *Acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são como um sonho?*.....220

TABELA 12: Resultados da resposta ao item número 4.4 do questionário: *Acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são algumas simbólicas, algumas vidas passadas?*.....221

TABELA 13: Resultados da resposta ao item número 39 do questionário: *Está interessado em provar a veracidade das supostas vidas passadas do paciente?*.....222

TABELA 14: Resultados da resposta ao item número 40 do questionário: *Pede dados factuais acerca das supostas vidas passadas durante as sessões (como nomes, datas, lugares)?*.....222

TABELA 15: Resultados da resposta ao item número 10 do questionário: *Quantos minutos demora a sua sessão normal da Psicoterapia Regressiva sob EMC ?*
.....224

TABELA 16: Resultados da resposta ao item número 11 do questionário: *Quando introduz, aos pacientes, a ideia de abordar a sua problemática através da Psicoterapia Regressiva sob EMC ? (pode escolher mais do que uma)*.....225

TABELA 17: Resultados da resposta ao item número 11.6: *Quando introduz, aos pacientes, a ideia de abordar a sua problemática através da Psicoterapia Regressiva sob EMC ? Outra*226

TABELA 18: Resultados da resposta ao item número 13 do questionário: *Como é que começa a sessão da Psicoterapia Regressiva sob EMC ? (pode escolher mais do que uma)*227

TABELA 19: Resultados da resposta ao item número 13.7 do questionário: *Como é que começa a sessão da Psicoterapia Regressiva sob EMC ? Outro*228

TABELA 20: Resultados da resposta ao item número 13.5 do questionário: *Uso algum mecanismo (túnel, escadas, jardim, etc.) para levar o paciente para uma vivência passada. Qual?*229

TABELA 21: Resultados da resposta ao item número 28 do questionário: *Qual das duas modalidades listadas em baixo são usadas mais frequentemente para acessar o imaginário do paciente?*.....230

TABELA 22: Resultados da resposta ao item número 14 do questionário: *Que métodos utiliza para vencer a resistência dos seus pacientes? (Resistência pode incluir dificuldade em lembrar uma suposta vivência passada, ausência de uma imagem, imagens bloqueadoras, incapacidade para experimentar acontecimentos traumáticos, apenas percebendo escuridão, sentindo-se demasiado inseguro para relaxar). Pode escolher mais do que uma*.....231

TABELA 23: Resultados da resposta ao item número 14.5 do questionário: *Que métodos utiliza para vencer a resistência dos seus pacientes? (Resistência pode incluir dificuldade em lembrar uma suposta vivência passada, ausência de uma imagem, imagens bloqueadoras, incapacidade para experimentar acontecimentos traumáticos, apenas percebendo escuridão, sentindo-se demasiado inseguro para relaxar). Outro*.....232

TABELA 24: Resultados da resposta ao item número 17 do questionário: *O paciente percebe uma série de cenas de uma suposta vivência passada (escolha uma)*.....234

TABELA 25: Resultados da resposta ao item número 18 do questionário: *Movo o paciente de uma época de uma suposta vivência passada para outra através de (pode escolher várias)*.....235

TABELA 26: Resultados da resposta ao item número 18.5 do questionário: *Movo o paciente de uma época de uma suposta vivência passada para outra através de:* Outra.....236

TABELA 27: Resultados da resposta ao item número 15 do questionário: *Está num Estado modificado de consciência quando conduz uma sessão da Psicoterapia Regressiva sob EMC?*.....236

TABELA 28: Resultados da resposta ao item número 24 do questionário: *Pede ao paciente para rememorar o momento do seu nascimento na presente vida?*.....237

TABELA 29: Resultados da resposta ao item número 6 do questionário: *Concorda que traumas de nascimento devem ser ultrapassados para ser efectiva a Psicoterapia Regressiva sob EMC?*.....238

TABELA 30: Resultados da resposta ao item número 22 do questionário: *Explora traumas de nascimento na sua utilização da Psicoterapia Regressiva sob EMC?*.....239

TABELA 31: Resultados da resposta ao item número 26 do questionário: *São feitas regressões à vida presente (como, por exemplo, à infância)?*.....240

TABELA 32: Resultados da resposta ao item número 19 do questionário: *Depois de vivenciar diversas cenas numa suposta vida passada, peço para o paciente ir para o momento da morte nessa vida.*241

TABELA 33: Resultados da resposta ao item número 23 do questionário: *Explora o que acontece no espaço de tempo entre supostas vidas passadas?*.....242

TABELA 34: Resultados da resposta ao item número 30 do questionário: *Alguns dos meus pacientes encontraram-se em supostas vidas passadas.*243

TABELA 35: Resultados da resposta ao item número 29 do questionário: *Surgem outras vivências para além das relativas ao passado ou a supostas vidas passadas, vivências do domínio do mito, da lenda, supostas instâncias de natureza espírita, etc.?*.....244

TABELA 36: Resultados da resposta ao item número 25 do questionário: *A possibilidade de vidas futuras é também explorada?*245

TABELA 37: Resultados da resposta ao item número 21 do questionário: *Depois da cena da morte, nós revimos a suposta vida que acabou de ser vivenciada para perceber como ela se relaciona com a área problemática ou com a situação presente de vida.*246

TABELA 38: Resultados da resposta ao item número 42 do questionário: *Relacionamos a suposta memória de vivência passada com o problema original.*247

TABELA 39: Resultados da resposta ao item número 43 do questionário: *Um modelo ou padrão de comportamento em várias das supostas vivências passadas do paciente é muitas vezes descoberto e nós discutimo-lo.*248

TABELA 40: Resultados da resposta ao item número 41 do questionário: *Depois de experienciar a suposta vivência passada, nós revemos a experiência em detalhe.*249

TABELA 41: Resultados da resposta ao item número 20 do questionário: *Depois da cena da morte, levo o paciente a dialogar com o Eu Superior (ou um eu distanciado ou guias internos daquela vida) para ter um perspectiva mais ampla.*250

TABELA 42: Resultados da resposta ao item número 38 do questionário: *Usa o Eu Superior (Eu Interior, terapeuta interior, etc.) do paciente como guia?*.....251

- TABELA 43: Resultados da resposta ao item número 46 do questionário: *Sugiro ao paciente: (pode escolher mais do que uma)*.....252
- TABELA 44: Resultados da resposta ao item número 46.8 do questionário: *Sugiro ao paciente: (pode escolher mais do que uma) Outra*253
- TABELA 45: Resultados da resposta ao item número 33 do questionário: *Reforço respostas positivas do paciente para ajudá-lo a mudar (reforçar pode ser tocar o paciente, ou dar uma réplica verbal positiva, que «imprime» a nova maneira de pensar)*.....254
- TABELA 46: Resultados da resposta ao item número 35 do questionário: *Uso técnicas de rescrita (pedindo ao paciente para mudar cenas desagradáveis)*.....255
- TABELA 47. Resultados da resposta ao item número 7 do questionário: *Usa trabalho corporal durante sessões da Psicoterapia Regressiva sob EMC ? (por exemplo: massagem, Toque Terapêutico, Rolfing, Reiki, digitopressura, etc.)?*.....256
- TABELA 48: Resultados da resposta ao item número 7.4 do questionário: *Se «sim» ou «às vezes» que técnica?*.....257
- TABELA 49: Resultados da resposta ao item número 27 do questionário: *São dadas frases ao paciente como trabalho de casa?*.....258
- TABELA 50: Resultados da resposta ao item número 44 do questionário: *Eu peço ao paciente para manter um diário das sessões, ou dos pensamentos entre as sessões*.....259
- TABELA 51. Resultados da resposta ao item número 45 do questionário: *Depois da sessão: (pode escolher mais do que uma)*.....260

- TABELA 52: Resultados da resposta ao item número 45.7 do questionário: *Depois da sessão: (pode escolher mais do que uma) Outro.*261
- TABELA 53: Resultados da resposta ao item número 8 do questionário: *Que problemas mais frequentemente tratou com Psicoterapia Regressiva sob EMC? (escolha cinco das categorias abaixo)*263
- TABELA 54: Resultados da resposta ao item número 8.16 do questionário: *Que problemas mais frequentemente tratou com Psicoterapia Regressiva sob EMC? Outro. Qual?*264
- TABELA 55: Resultados da resposta ao item número 9.1 do questionário: *Em referência à questão 8 acima apresentada, em que problema teve mais sucesso com a aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC?*.....265
- TABELA 56: Resultados da resposta ao item número 9.2do questionário: *Em referência à questão 8 acima apresentada, em qual (problema) foi menos bem sucedido com a aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC?*.....266
- TABELA 57: Resultados da resposta ao item número 36 do questionário: *Que tipo de fobias responde melhor à aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC na sua prática clínica?*.....267
- TABELA 58: Resultados da resposta ao item número 31 do questionário: *A libertação da culpa é uma parte importante das minhas sessões.*268
- TABELA 59: Resultados da resposta ao item número 32 do questionário: *Eu uso técnicas centradas na catarse ou abreacção de emoções para libertar o trauma de supostas vidas passadas.*269
- TABELA 60: Resultados da resposta ao item número 34 do questionário: *Um enfoque espiritual é uma parte importante do meu trabalho.*.....270

TABELA 61: Resultados da resposta ao item número 37 do questionário: *Aconteceu a cura de problemas físicos durante a terapia a algum dos seus pacientes submetido a Psicoterapia Regressiva sob EMC ?*271

TABELA 62: Resultados da resposta ao item número 37.3 do questionário: *Aconteceu a cura de problemas físicos durante a psicoterapia a algum dos seus pacientes submetido a Psicoterapia Regressiva sob EMC ? Se «Sim», que doença foi curada?*273

TABELA 63: Resultados da resposta ao item número 50 do questionário: *Que investigação gostaria de ver realizada acerca da Psicoterapia Regressiva sob EMC (pode escolher mais do que uma)*.....275

TABELA 64: Resultados da resposta ao item número 50.8 do questionário: *Que investigação gostaria de ver realizada acerca da Psicoterapia Regressiva sob EMC (pode escolher mais do que uma). Outra*277

TABELA 65: Resultados da resposta ao item número 49 do questionário: *A que mudanças gostaria de assistir na prática da Psicoterapia Regressiva sob EMC?*.....278

TABELA 66: Resultados da resposta ao item número 48 do questionário: *Quais pensa serem as maiores contribuições da Psicoterapia Regressiva sob EMC?*.....280

TABELA 67: Resultados da resposta ao item número 55 do questionário: *Gostaria de fazer algum outro comentário? Relate brevemente as técnicas que tenha desenvolvido e/ou aperfeiçoado de modo original, ainda não presentes na literatura do tema*.....283

TABELA 68. Resultados da resposta ao item número 54 do questionário: *Gostaria de fazer algum outro comentário?*284

Lista de FIGURAS

FIGURA 1: O mapa concêntrico da consciência de Ring (1974).....	26
FIGURA 2: A dimensionalização da consciência sob dois factores de Ring (1976).....	27
FIGURA 3: O mapa de Wilber.....	28

Prefácio

Percurso

No início de um trabalho desta largueza, em que o discurso nunca se articula na primeira pessoa, tem cabimento um Prefácio, algum protagonismo e uma sucinta apresentação do percurso pessoal que foi concomitante à elaboração desta tese de mestrado. Com ele também se ilustram alguns dos pontos relevantes que marcaram a sua longa maturação e que o conformaram nos moldes em que se apresenta, permitindo uma panorâmica inicial.

Talvez na Primavera de 97, uma singular amiga, Maria Flávia de Monsaraz, contou-me, à mesa do seu restaurante favorito no Guincho, com o oceano a entrar pela janela, de «umas terapias novas em que as pessoas se recordam de vidas passadas». Não seria imaginável, então, que quatro anos da minha existência decorreriam com elas em pano de fundo, com alguns acontecimentos marcantes da vida pessoal de permeio. Na época, a quase revelação colheu-me de surpresa e, conhecendo bem o conceito da filosofia platónica e do estudo da história das religiões, ainda retenho o breve espanto existencial que experimentei.

Em Outubro de 98, mais de um ano depois, face à necessidade de pensar o tema para a tese deste mestrado, foi claro que seria desejável encontrar um que permitisse aprofundar o conhecimento numa área de crescente interesse pessoal, o da psicoterapia, articulando-o com o gosto por técnicas de vanguarda que permitam o paladar próprio de uma exploração por territórios ainda bravios. Então, uma outra amiga e colega que fora aluna do Prof. Mário Simões num curso de sofrologia

médica, deu-me a conhecer a sua abertura de espírito, a sua disponibilidade, e o seu interesse por psicoterapias sob Estado Modificado de Consciência (EMC). Não sabia então que o próprio Prof., que dirige hoje dois cursos desta natureza no Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa, fora à pouco formando nesta área, nomeadamente na Técnica Peres, entre nós designada actualmente por Terapia pela Reestruturação Vivencial e Cognitiva (TRV-C). Enviada carta de apresentação deste mestrando, do seu currículo e do seu projecto de tese, logo o mesmo foi aceite no telefonema que se lhe seguiu, ainda sem um conhecimento pessoal. Posteriormente, o Prof. Eduardo Sá, com a epistemofilia que o caracteriza, aceitou o inédito tema no seu seminário de dissertação, e o trabalho em co-orientação.

No Outono desse ano lectivo, uma semana de gripe foi bastante útil para ler alguma bibliografia de divulgação sobre o tema, recolhida nas semanas anteriores, particularmente o quase clássico estudo de Helen Wambach (1997) que analisa mais de mil relatos de regressão de memória. Novo clarão de entusiasmo. Algo se passava de novo no reino do psi. Entretanto, comecei uma psicoterapia, que se estendeu, embora irregularmente, por dois anos, com o Dr. José Pedro Veigunha, o primeiro psicólogo clínico a apresentar, em Portugal, uma tese de licenciatura que abordasse a questão dos EMC, em particular os chamados estados expandidos de consciência, especialmente estudados no âmbito da Psicologia Transpessoal. Era necessário que experimentasse directamente as técnicas e as vivências que pretendia estudar e que, perdendo o estigma dos estudantes de Filosofia - minha formação de base - entrasse no reino das coisas concretas.

Contudo, desde o início, as várias vivências regressivas ou supostamente regressivas que experimentei, tornaram claro o carácter ambíguo das mesmas e, se até então não percebera, ficou claro que teria de estudar a fundo o problema da memória em psicoterapia e o seu funcionamento sob EMC. Começou então uma deambulação sistemática por alguns dos *essentials* da área entre os quais os de Baddeley (1999) e de Ruíz Vargas (1994), até ao incendiado fim de tarde em que, na

biblioteca deserta do Ispa, descobri o seminal artigo de Elizabeth Loftus, *The reality of repressed memories*, sobre o *síndrome das falsas memórias* e da investigação que em seu torno se realizava nos EUA. Afinal, havia, na comunidade científica, o conhecimento de que, preto no branco, parte das supostas memórias que se vivenciavam na Psicoterapia Regressiva sob EMC ou sob estado de vigília normal – resultantes do chamado *recovery memory work* –, eram seguramente falsas memórias, por mais gritantes que fossem as evidências que os pacientes afirmavam reconhecer e sentir durante as suas poderosas vivências.

Foi um tremor de terra que abalou as poucas certezas, mas ainda assim certezas, que parecia possuir sobre as vivências regressivas que os pacientes realizavam nas suas sessões psicoterapêuticas sob EMC. Contudo, a par da dúvida crescente, crescia igualmente a convicção da utilidade psicoterapêutica da técnica em questão, do seu valor como arma de combate face-a-face nos terrenos incertos da saúde mental.

Posteriormente seguiu-se a leitura da obra de investigação de Ian Stevenson (1995/1997) sobre crianças que relatam recordar existências pretéritas, algumas das quais apresentam inusitadas marcas de nascença coincidentes com os relatos que produzem sobre mortes violentas ou trágicas em supostas existências pretéritas, e as do *Journal of Regression Therapy*, que procuravam tornar mais fraca a dúvida, sem contudo o conseguir.

Em Abril de 2001, já depois de um período penoso que suspendeu a elaboração de tese, traduzi o texto *Enquête sur la réincarnation* de Marc-Alain Descamps, presidente da Associação Francesa de Transpessoal, depois de ter discutido com ele a Psicoterapia Regressiva sob EMC aquando de uma conferência e de um workshop que dirigiu em Portugal a convite da Alubrat (Associação Luso-brasileira de Transpessoal). Marc-Alain Descamps, duas vezes doutorado, psicanalista encartado da escola lacaniana, autor de uma já vasta obra, e psicoterapeuta didacta na área do *rêve éveillé*, rejeitou liminarmente a possibilidade de credibilizar a maioria das memórias que ocorrem sob EMC. A sua convicção,

vinda de autor de relevo europeu na área da Psicologia Transpessoal, tornou definitiva a urgência em clarificar o funcionamento da memória no contexto destas psicoterapias, a própria natureza dos EMC em geral, e a necessidade de o fazer para deixar claro, a quem de boa-fé e espírito precavido procura navegar nestas águas incertas e agitadas, a maleabilidade da memória em psicoterapia.

Entretanto, nesse ano lectivo de 2000/2001, numa pesquisa na Amazon.com, descobri uma tese de doutoramento editada por uma desconhecida Rising Star Press que julguei impossível de obter até ao dia em que a levantei nos correios. Chama-se *Past Life Therapy. The State of the Art*, e é um peregrino texto alinhado à esquerda de Rabya Clark, publicado em 1995, que havia de se revelar crucial pelo material que fornece, sobretudo por apresentar o modelo do questionário que fora passado a mais de uma centena de profissionais norte-americanos com, pelo menos, cinco anos de experiência com a técnica. Com o trabalho de Clark pude responder ao repto do Prof. Mário Simões para complementar a investigação bibliográfica com um estudo de campo, «para aumentar o conhecimento» disse. Traduzido o muito longo questionário de nove páginas e cento e dezassete perguntas com inúmeras alíneas, em Agosto de 2001 ele estava pronto para ser reduzido a mais de metade, limitando-se as perguntas a cinquenta e cinco, numa tarde de trabalho na Figueira da Foz.

No primeiro semestre do ano lectivo de 2001/2002 seguiu-se a demanda pelos consultórios, casas particulares e locais públicos de Lisboa e arredores onde os psicoterapeutas credenciados que aplicam técnicas regressivas sob EMC me receberam para responder ao questionário. Finalmente em Agosto de 2002, os dados estavam tratados e analisados, em parte com o conselho e a ajuda informática do sempre disponível amigo Alexandre Ramos, instrutor graduado de Swásthya Yôga e mestre em Desporto e Saúde, o primeiro aluno de mestrado a realizar em Portugal uma tese sobre EMC na óptica da Psicologia Transpessoal.

A terminar, pressionado pelo aproximar dos prazos de entrega, quando julgava já possuir todos os dados relevantes, encomendei e estudei a obra do desaparecido Nicholas Spanos, *Multiple identities and false memories*, que pesquisou

e realizou estudos experimentais sobre os relatos de supostas existências pretéritas no decurso de estados regressivos sob EMC. Contudo, a sua obra, apesar de importante para discussão geral da técnica que realizei, não se revelou marcante pelas evidências que os seus estudos proporcionaram. A dúvida pessoal e metodológica acerca das vivências que a técnica favorecia já estava solidamente instalada. O que o sistemático e detalhado texto de Spanos acrescentou foi uma surpresa que chocou tanto os psicoterapeutas interessados na área com que regularmente discutia a técnica, quanto a mim próprio: Um dos casos mais famosos e mais referidos na literatura sobre o tema, a história de Bridey Murphy relatada por Moorey Bernstein (Clark, 1995; Lucas, 1996), de que Hollywood fez um filme, sobre uma suposta existência pretérita de uma paciente, era reconhecidamente uma criptomnésia sem que nenhuma das obras de referência na área - para não referir as obras de divulgação - acerca disso fornecesse a mínima indicação, antes quase todas a citando como importante na divulgação pública da psicoterapia. Sem querer ser patético devo reconhecer que me senti, de modo muito simples e primário, iludido, desiludido, enganado em suma.

E o erro dos que procuraram fazer trabalhos sistemáticos sobre a Psicoterapia Regressiva sob EMC era tanto maior quanto as investigações que mostraram à evidência o carácter criptomnésico da história relatada por Bernstein, tinham mais de vinte anos, tempo suficiente para separar as águas. Contudo, no espaço de tempo que decorreu entre a publicação da obra e a actualidade, muitos crédulos de boa-vontade criaram expectativas injustificadas acerca da técnica, contribuindo também para que a mesma se afastasse, compreensivelmente, dos fóruns académicos, local onde pertence por direito próprio. Face a isto, este trabalho que começara com um objectivo de sistematização, que passara a ser igualmente um estudo sobre uma realidade concreta, a realidade portuguesa, terminava com uma última justificação, a de poder alertar claramente os interessados da perigosa maleabilidade da memória, maleabilidade responsável pelo síndrome das falsas memórias. Este vento pestífero que assolou os consultórios psicoterapêuticos dos EUA no contexto do recovery

memory work, foi agente de padecimentos psíquicos e judiciais a muito mais que um inocente e, justamente, colocou em causa o bom nome da profissão.

Senti, assim, justificado o longo investimento de tempo e de recursos. Porém, apesar de tudo, sempre que volto a assistir a uma nova regressão, plena de emoção, pormenores históricos e relevância psicoterapêutica, confesso que, uma vez mais, apesar de todas as reticências e do estado de prevenção epistemológica, fica a vontade de crer. De crer que tudo tem causa e inteligibilidade e que, sobretudo, possuímos a chave do destino e da dor, capaz de nos abrir a porta para uma realidade totalmente translúcida. De crer que tudo faz sentido e que, em última análise, tudo está certo. É a fé versus razão, a emoção versus pensamento uma vez mais, neste início do terceiro milénio. Mas optemos resolutamente pela razão enquanto esperamos a adiada síntese possível.

Um estudo bicéfalo

O trabalho que no seguimento se apresenta poderia, claramente, ser representado por aquele animal mitológico de duas cabeças. Com efeito, ele contém duas partes claramente distintas. A primeira, de intensa revisão bibliográfica, poderia ser apresentada independentemente da outra por conter uma análise de razoável pormenor de alguns conceitos essenciais para avaliar a Psicoterapia Regressiva sob EMC. São os conceitos de Consciência, Estados Modificados de Consciência e de Memória, particularmente da memória na óptica da psicoterapia mas não só. Dentro desta primeira parte engloba-se igualmente uma extensa análise da técnica, com a dilucidação detalhada de todos os seus aspectos, do historial às suas características essenciais. Com este material, que corresponde à Parte I e II desta tese de mestrado, uma discussão já seria possível, pois ver-se-ia cumprido o objectivo inicial que

presidira à realização deste trabalho, uma revisão académica da Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Contudo, como referido, uma segunda linha de trabalho desenvolveu-se após o conhecimento do questionário criado por Rabya Clark e publicado em 1995. Assim se procedeu ao estudo propriamente dito, que tem um carácter ilustrativo da técnica anteriormente descrita, permite realizar igualmente, de modo mais consistente, a sua avaliação e, para além disso, dá lugar ao conhecimento da realidade da sua aplicação em Portugal por psicoterapeutas licenciados e credenciados, um universo que possui características específicas dentro do contexto internacional, como podemos ver na análise dos Resultados e na Discussão.

Assim, a demorada revisão da literatura não se destina apenas a preparar a discussão dos resultados do questionário, ela tem uma finalidade em si mesmo: Uma sistematização e avaliação académica da Psicoterapia Regressiva sob EMC. Como tal, tanto pode ser analisada em conjunto como independentemente do questionário aplicado.

Pensarão duas cabeças melhor? Provavelmente sim, neste caso pelo menos, em que o número dois se repete igualmente no número de orientadores, influências díspares que contribuíram para a estrutura do resultado final.

Bibliografia

Uma palavra para a bibliografia da Parte II deste trabalho. A sistematização da Psicoterapia Regressiva sob EMC a que aí se assiste é devedora de duas sistematizações anteriores, a de Clark (1995) e a de Lucas (1996). Não se conhecem outras sistematizações com o âmbito daquelas à excepção da elaborada por Hans Tendam (1997), só tardiamente conhecida. Na muita bibliografia consultada e utilizada não existe uma preocupação semelhante, a de dilucidar e fundamentar cada

aspecto importante da técnica, apresentando o seu historial, as características relevantes, os autores que contribuíram decisivamente para ela, etc.

Contudo, a apresentação original e sistemática da técnica que aqui se expõe contém diferenças substanciais em relação aos trabalhos de Clark (1995) e de Lucas (1996). Em primeiro lugar, inclui o muito elaborado esforço do que se pode chamar a escola brasileira, nomeadamente a de Maria Júlia Peres, consubstanciada na Técnica Peres. A Técnica Peres, apesar das limitações que também possui, é talvez a técnica mais elaborada entre todas as que se individualizam no conjunto do que se pode chamar a Psicoterapia Regressiva sob EMC. Em segundo lugar, a análise da psicoterapia em cada um dos seus aspectos é realizada de uma perspectiva estritamente técnica, afastando qualquer conceito do domínio da espiritualidade ou da história da religião que impeça o entendimento de toda a mecânica inerente e de toda fenomenologia concomitante. Procurou-se assim uma objectividade de análise que, justamente, é grata ao espírito científico, e é a única aceitável no âmbito de um trabalho de natureza académica. A concluir, um terceiro ponto que igualmente distingue este trabalho dos anteriores, principalmente do de Clark (1995), é a sua quase preocupação didáctica, querendo dilucidar todos os aspectos tanto na óptica do que quer conhecer como na óptica do que quer aplicar, constituindo uma espécie de protomanual da técnica que talvez venha a originar um manual propriamente dito.

Quanto à bibliografia, há a referir igualmente que a utilizada acerca da Psicoterapia Regressiva sob EMC é composta por autores relativamente desconhecidos em termos académicos. Contudo, ela não é uma bibliografia opinativa ou extraída de trabalhos de mera divulgação. Uma parte substancial é retirada de um *journal* - *The Journal of Regression Therapy* -, e os autores daí citados são todos profissionais licenciados, uma parte substancial deles com graus académicos superiores à licenciatura. Numa análise sumária contaram-se vinte e um Ph.D., unicamente entre os que redigiram livros e artigos sobre Psicoterapia Regressiva sob EMC e que têm lugar cativo nas Referências. Com isto pretende-se deixar claro que a técnica, apesar de possuir inequívocos aspectos polémicos, é praticada, reflectida e

publicitada por profissionais que realizaram um percurso acadêmico de relativa extensão e qualidade.

PARTE I

**CONSCIÊNCIA, ESTADOS MODIFICADOS DE CONSCIÊNCIA, E
MEMÓRIA**

CONSCIÊNCIA, ESTADOS MODIFICADOS DE CONSCIÊNCIA, E MEMÓRIA

Introdução

Independentemente dos conceitos característicos da metodologia específica da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência (EMC), movem-se na sua caracterização três conceitos que exigem uma dilucidação detalhada pela sua natureza problemática e pelas vastas implicações teóricas e práticas deles decorrentes. São eles os conceitos da Consciência, Estados Modificados de Consciência e Memória. Pelo seu carácter genérico, e pela discussão que levantam no seio da actual Psicologia, são abordados *ab initio*. Na sua reflexão não se procura elaborar um historial ou uma revisão sistemática das questões em todas as vertentes que apresentam na contemporaneidade, mas construir conceptualizações operacionalizáveis e relevantes para a investigação em causa, conceptualizações suportadas por alguma da mais recente investigação consultada.

Definição Operacional da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência

Esta primeira parte da dissertação enseja, portanto, uma revisão da literatura e a clarificação do quadro conceptual que subjaz à Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Assim, é oportuno iniciá-la pela apresentação de uma definição operativa que, pela sua relativa consensualidade, permita estabelecer os parâmetros conceptuais dentro dos quais se move esta psicoterapia, enquadrando a sua dilucidação teórica. O estabelecimento de uma definição que seja uma base de trabalho é tão mais necessária quanto a Psicoterapia Regressiva sob EMC é relativamente pouco conhecidas nos meios académicos portugueses.

Numa sumária tentativa poderíamos definir a Psicoterapia Regressiva sob EMC como:

uma psicoterapia que, com ou sem indução¹, procura que o sujeito vivencie sob Estado Modificado de Consciência a experiência que, real ou simbolicamente, esteve na origem – total ou parcial – da perturbação mental, psicossomática ou outra, facilitando-se uma eventual ab-reacção que liberte tensões disfuncionais. A ab-reacção, associada à real ou suposta descoberta da origem do problema, permite uma reestruturação do sujeito - orientada ou espontânea - em termos cognitivos e emocionais e, a posteriori, comportamentais.

Em suma, trata-se de uma reestruturação cognitiva e emocional do vivenciado – real ou simbólico -, realizada de modo personalizado e com intenção psicoterapêutica.

Esta definição conceptual encontra suporte noutras teorizações da Psicoterapia Regressiva sob EMC. Podemos verifica-lo em Jue (1996, p.386), autor de referência da escola americana: «(...) regression provides vivid scenarios that reveal powerful, underlying emotional patterns in a person's life, offering intense

¹ Maioritariamente através de indução formal. Ver, na *Parte II, Indução*.

catharsis, insight, and reframing. (...) The scenarios can be regarded as metaphors. The goal is to use these images to bring about resolution of present-day conflicts.»

Importa sublinhar que a denominação de Psicoterapia Regressiva sob EMC apenas acenta no facto de que, tecnicamente, é pedido ao sujeito sob EMC que vá para o ou os momentos que estiveram na origem da sua problemática. Essa é a característica formal da técnica, de quase universal aplicação, que justifica a designação genérica aqui adoptada e na qual se baseia a definição apresentada, definição meramente descritiva. De nenhum modo se pretende com esta designação sugerir ou pretender que esta técnica psicoterapêutica permite recuperar de modo absoluto ou relativo o passado. Como veremos no estudo sobre a memória e nas conclusões finais, o estado actual do conhecimento científico em Psicologia e Neurologia não nos pode permitir tal pretensão, embora, seguramente, não a possa excluir.

Portanto, esta designação, suportada pela definição apresentada, radica apenas num aspecto formal, metodológico da técnica.²

² Este esclarecimento será repetido ao longo do texto desta tese de dissertação devido à sua importância e ao facto de contrariar algumas ideias estabelecidas por via de juízo acrítico e desinformado.

CONSCIÊNCIA

Abordar, ainda que genericamente, a questão da consciência no princípio deste século XXI, não pode ser feito sem a «consciência» da sua complexidade, da panóplia de filósofos, psicólogos e neurologistas que sobre ela pensam e do facto de que, como dizia Henry Ey (citado por Simões, 1992, p.9) «le problème de la conscience est redoutable», sendo difícil ou impossível a elaboração de uma definição absoluta que de todos mereça a aceitação. Por isso mesmo, e na procura de uma conceptualização clara e operacionalizável, podemos criar uma cisão no conceito de consciência à semelhança do que defende Damásio (2000b), seguindo uma linha de pensamento que encontra eco na Filosofia (Costa Freitas, 1989).

Podemos pensar aquilo a que comumente apelidamos de consciência como desprovido de uma unidade essencial, mas dividida em duas estruturas. Podemos denominar a primeira de *consciência nuclear* (Damásio 2000b) ou de *consciência espontânea* (Costa Freitas, 1989). Por ela entende-se aquela dimensão da consciência a que alguma literatura anglo-saxónica chama de «awareness», de tomada de consciência (Simões, 1992), e que se traduz pela fundamental capacidade humana - que, em princípio, também pode estar presente em animais (Simões) - de estar presente a si mesmo, de ser testemunha de si mesmo, ou seja, a capacidade de auto-conhecer os estados internos - os pensamentos, as emoções, os sonhos, os sentimentos - através de uma tomada de conhecimento não reflexiva, mas imediata ou, como se dizia, espontânea. É a possibilidade da apercepção interna da razão, descrita por Kant na *Crítica da Razão Pura* (1781/1985).

A opor-se-lhe, nos seus atributos e funcionamento, encontramos a dimensão da consciência a que podemos chamar de *consciência alargada* (Damásio 2000b) ou de *consciência reflexiva* (Costa Freitas, 1989). Por ela entende-se toda a actividade da consciência que engloba aquilo a que Rosenfelt chamou de *corrente de pensamento*, e que autores como William James, Jaspers, Hey e outros entenderam como estruturas essenciais da consciência, e que radica na quase incessante actividade mental de produção de pensamentos, imagens, associadas a sensações, emoções, sentimentos, memórias, etc. (Simões, 1992). Da consciência alargada ou reflexiva depende a manutenção de um *eu autobiográfico* (Damásio 2000b), daquilo a que podemos chamar de self, isto é, do *eu sou*, entendendo por tal aquilo que eu costumo ser, os pensamentos, sentimentos, emoções que, por norma, testemunho em mim, e que se enquadram numa história temporal recheada de vivências deles originados. Como é óbvio, o eu autobiográfico depende da memória, e da capacidade de reflectir sobre si próprio, portanto, da consciência no sentido não nuclear.

As vantagens, teóricas e operacionais, de semelhante cisão, são claras. Embora impeça a linearidade de uma compactação da definição de consciência como a que podemos encontrar em Simões (1996, p.17), «É a totalidade experiencial e imediata da vida psíquica momentânea, dentro do fluir contínuo desta e que se manifesta pelas capacidades de captar, ordenar, integrar e responder a estímulos do mundo interior e exterior bem como de elaborar a comunicação verbal e comportamentos intencionais.», ela faz a distinção entre duas estruturas do psique humana que parecem ser radicalmente diferentes mesmo no seu suporte neurológico (Damásio, 2000b), permitindo uma clarificação teórica. Por outro lado, e em relação aos EMC - questão central na análise e discussão da Psicoterapia Regressiva sob EMC - tal distinção permite-nos operacionalizar com rigor e eficiência o conceito de *conteúdos da consciência*, deixando claro que aquilo que é modificado na maior parte dos EMC de carácter não patológico que têm aplicação terapêutica, não é a

consciência nuclear ou espontânea que, tanto quanto em estado vigoil, testemunha, presencia, toma conhecimento da corrente da consciência e dos seus conteúdos. O que se modifica são os conteúdos que essa dimensão da consciência testemunha, isto é, testemunha-se a forma diferente como operam as faculdades de recordar, sentir, pensar, emocionar, etc.

Quando a este ponto, é legítima a consulta de algumas tradições sapienciais do passado e dos seus actuais herdeiros, daquilo a que Aldous Huxley chamou de Filosofia Perene, e que Ken Wilber retomou com o nome de Psicologia Perene (citado por Ramos, 2001). Com efeito, como Damásio afirma (2000b), a pesquisa sobre a consciência não tem apenas uma dimensão externa que a torna dependente da pesquisa neurológica, laboratorial e clínica. Ela tem igualmente uma inalienável dimensão introspectiva, que depende do olhar que, internamente, o homem sobre si próprio lança e, como tal, há toda a legitimidade na análise daquilo que sobre a consciência escreveram os homens que, de olhos fechados, ocuparam horas, dias e anos da sua existência a observar os movimentos da sua consciência através da prática da meditação, nomeadamente os Yôgins. E, curiosamente ou nem tanto, encontramos numerosos textos consagrados pela tradição (Feurstein, 2001) e pelos seus modernos representantes (Omraam, 1979; Osho 1979) a apontar para esta dualidade da consciência e, rigorosamente, nos mesmos termos. Diz assim Patanjali (citado por Feuerstein, 2001, p.292), pai do Yôga clássico no séc. III A.C.: «As flutuações da consciência sempre são conhecidas pelo que lhes é “superior” em virtude da imutabilidade do Si Mesmo» (4.18); «Essa [consciência] não tem luz própria, uma vez que é vista [pelo Si Mesmo]» (4.19).³

³ Para outra tradução fidedigna dos mesmos textos ver DeRose, 2000a.

Cotejemos com Damásio (2000b, p.223):

Quer gostemos ou não desta ideia, existe qualquer coisa a que chamamos o sentido do si na mente humana normal e que acompanha o conhecer das coisas. Quer queiramos quer não, a mente humana parece-se com uma casa dividida – há uma linha constante de fractura entre a parte que representa o conhecido e a parte que representa o conhecedor.

Podemos pois concluir, quer baseando-nos nas mais actuais constatações da neurologia quer recorrendo a fontes ancestrais que traduzem acervos de experiência secular, que, ainda que discutíveis, podemos operacionalizar os conceitos de consciência nuclear e de consciência alargada, estabelecendo uma cisão na consciência humana com o propósito de melhor explicitar a sua fenomenologia e faculdades subjacentes.

ESTADOS MODIFICADOS DE CONSCIÊNCIA

Estados Modificados de Consciência e Psicoterapia Regressiva sob EMC:

Introdução

A Psicoterapia Regressiva define-se, parcialmente, como uma psicoterapia que recorre a Estados Modificados de Consciência (EMC). Apesar de ainda não se ter estabelecido uma teoria unificada sobre os mesmos (Wolman & Ullman 1986; Lapassade, 1987), a sua clara dilucidação é necessária. Só assim poderemos compreender a especificidade da Psicoterapia Regressiva sob EMC, e o seu carácter próprio, quase único, no contexto das psicoterapias contemporâneas.

Mas a relevância do estudo dos EMC radica igualmente em questões claramente operacionais: Sendo o EMC um dos instrumentos principais do psicoterapeuta que aplica técnicas regressivas, ele tem que conhecer as suas características gerais e, igualmente, os conteúdos variegados que emergem nesses estados não ordinários da consciência.⁴

Esse conhecimento, que igualmente deve advir do treino, da preparação vivencial, tem que ter uma base teórica que pode obter-se pela consulta das obras de

⁴ «Es necesario que el terapeuta esté familiarizado con la cartografía completa de la psique, que se sienta cómodo con toda su gama experiencial, incluyendo los fenómenos perinatales y transpersonales, y que tenga una confianza profunda en la sabiduría intrínseca y el poder curativo de la psique humana. Así será posible ayudar al paciente a superar miedos, bloqueos y resistencias que obstaculizan la trayectoria intrínseca del proceso y apoyar diversos fenómenos que la psiquiatría convencional intentaría a toda costa reprimir.» Grof, 1998, pp.394-395.

referência dos autores que realizaram e registaram milhares de vivências de pacientes sob EMC e que, a partir daí, catalogaram e sistematizaram os conteúdos que da consciência podem emergir (Ring, 1976; Walsh, 1995; Wilber, 1999). Portanto, concomitantes aos variegados conteúdos da consciência, é importante conhecer os vários estratos da consciência ou, níveis da consciência, onde esses conteúdos podem radicar, sendo então necessária a abordagem das *cartografias da consciência* que nas últimas quatro décadas tem sido elaboradas por vários autores da Psicologia Transpessoal.

Estados Modificados de Consciência: Definição

Estados Modificados de Consciência (EMC) são todos aqueles estados de consciência em que se detecta uma alteração significativa no seu padrão habitual (Lapassade, 1987). Por tal, entende-se que os conteúdos que emergem à apercepção interna, à consciência no sentido nuclear (Damásio, 2000b) ou, os comportamentos espontaneamente manifestos, são reconhecidos pelo próprio sujeito ou por um observador externo como estranhos, diferentes inusuais.⁵

Portanto, entende-se por EMC os seus modos de funcionamento ou os seus conteúdos que são diferentes do estado normal de vigília, estado usual de vigília com o seu grau de atenção específico e o comum predomínio da lógica formal (Simões,

⁵ «Sous l'étiquette « états modifiés de conscience » (EMC) on rassemble un certain nombre d'expériences au cours desquelles le sujet à l'impression que le fonctionnement habituel de sa conscience se dérègle et qu'il vit un autre rapport au monde, à lui-même, à son corps, à son identité.» Lapassade, 1987, p.5. Para outras definições *vide* Ludwig citado por Watkins & Watkins, 1986, p.140; Krippner, 1992, p.23, e Kokoszka citado por Simões, 1996, p.27.

1996).⁶ Como tal, incluem-se aí todos os outros estados, desde o estado do sono profundo, ao de devaneio durante a vigília, ao sonambúlico, ao estado próprio do relaxamento, da hipnose, da meditação etc. São estados que, mais uns do que outros, são comuns ao homem comum (Simões, no prelo), tendo uma constante de base antropológica, pois detectam-se registos que os assinalam em todas as épocas e todas as culturas (Simões, 1996/2002).⁷

À excepção do estado de sono profundo ou, talvez, do estado de transe hipnótico profundo, está bem patente aqui a distinção acima estabelecida entre a consciência nuclear e a consciência alargada definidas por Damásio (2000b). O que se modifica, em geral, é a consciência alargada, não a consciência nuclear, que permanece relativamente imperturbável no seu papel da testemunha dos cenários, às vezes bizarros, que surgem no teatro da consciência alargada (Lapassade, 1987; Hilgard citado por Klimo, 1998).

A designação Estados Modificados de Consciência substitui a de Estados Alterados de Consciência, tradução primeira de *Altered States of Consciousness* (ASC), já que, como veremos, os EMC não têm em si uma natureza inerentemente patológica, natureza patológica que poderia estar implícita no conceito de alterados [Simões, (no prelo)], já que no sentido comum da palavra *estar alterado* é estar, por vezes, perturbado, indisposto, irracional, etc.

⁶ O estado normal de vigília é sempre o padrão partir do qual se define um EMC (Lapassade, 1987). Contudo, apesar de uma relativa estabilidade, o estado normal de vigília está sujeito a contínuas flutuações (Tart, 1999), tal como todos os outros, o que podemos facilmente verificar pela relação atenção/devaneio na nossa experiência quotidiana.

⁷ Saldanha (1999, p.55-56) analisa deste modo uma das definições primeiras de EMC: «A definição pioneira de níveis ou estado de consciência foi dada por Charles Tart. Ele afirma que um estado de consciência é um padrão generalizado de funcionamento psicológico. É um sistema constituído por subsistemas e subestruturas, onde certa quantidade de energia, sob a forma de atenção, mantém determinado estado de consciência ou provoca ruptura desse sistema, passando, então, o experienciador para outro sistema ou estado de consciência.»

Os Estados Modificados de Consciência têm um Carácter Patológico?

Que os EMC não têm um carácter inerentemente patológico (Dittrich, 1996) pode ser claramente concluído do anterior: o sono, o sonho, o devaneio acordado, não podem ser catalogados como estados patológicos, ainda que, obviamente, não sejam os desejáveis para a realização de todas as actividades do quotidiano. Contudo, ainda que seja óbvio o anterior, a patologização dos EMC é facilmente realizada por uma cultura como nossa. Ela desenvolveu-se, adquiriu o seu poder e sucesso sobre a natureza e as outras culturas graças ao predomínio da lógica linear, do estrito raciocínio causal, etc. Como tal, todos os estados em que há o predomínio de uma outra lógica, de uma outra atribuição de causalidade, tendem a ser afastados como indesejáveis, doentios – negativos, em suma. Na concepção feliz de Tart (1999), temos assistido na nossa sociedade a uma ditadura da consciência vigíl, um *normocentrismo*, como se todos os outros conteúdos e modos de funcionamento da consciência fossem voluntariamente afastados para a periferia como parentes da loucura, indesejáveis, infrutíferos, etc.⁸

⁸ Um conceito idêntico encontra-se em Walsh (1995): *cognicentrismo*. Para Walsh a cultura ocidental tem que deixar de ser *monofásica* para passar a ser *polifásica*. A aceitação de apenas um estado de consciência como válido, se foi necessária para o desenvolvimento da técnica e da ciência ocidentais, pode tornar-se contra-evolutiva, por limitar o espectro possível da experiência da realidade. A natureza da realidade varia consoante o estado de consciência em que nos encontramos (Tart, 1986), tendo cada um a sua lógica própria e, por conseguinte, ampliando a nossa concepção global do real e o quadro das nossas vivências. «*What you can know depends on the state of consciousness you are in.*» (Tart, 1986, p.169) Alterando-se a concepção do tempo e do espaço e as limitações da lógica formal, o homem aprende outra forma de ser e de estar capaz de potenciar as suas possibilidades evolutivas e existenciais (Tart, 1986).

Mas a verdade é que, se os EMC têm pontos de contacto com o reino da psicose (Dittrich, 1996), também os têm com os territórios da criatividade excepcional, já que a linha que separa as duas é ténue como nos mostra, por exemplo, o contacto com a esquizofrenia; por outro lado, inúmeros estudos mostram-nos as potencialidades artísticas, inventivas e resolutivas de problemas que o EMC contém (Wolman & Ullman, 1986; Tart, 1999). Não há dúvida, igualmente, que os EMC têm um potencial terapêutico (Wolman & Ullman; Walsh, 1995) quer a nível físico – o relaxamento reforça o sistema imunitário, por ex. – quer a nível psicológico, permitindo um auto-conhecimento de uma profundidade e grau substancialmente diferentes do estado de vigília normal (o próprio estado de associação livre desenvolvido pela psicanálise é um EMC ainda que ligeiro). Igualmente, em certos indivíduos dotados de percepção extrasensorial, amplamente investigados pela parapsicologia científica, são os EMC que permitem o acesso a informações impossíveis de obter de outro modo como o demonstra, por exemplo, a telepatia (Tart, 1996a).

Assim, ainda que certos EMC contenham algumas características comuns aos estados próprios das perturbações mentais [Simões, (no prelo)], é de todo irrazoável e cientificamente incorrecto considerá-los, na sua essência e em todas as suas manifestações, como patológicos.

Segundo Simões (no prelo) só seriam patológicos os EMC:

(...) (em vigília) no qual o sujeito sente, sempre ou quase sempre com grande intensidade, a sua consciência egóica ameaçada (identidade, vitalidade, consistência, demarcação e actividade) e muito raramente o investe subjectivamente de significado sobrenatural ou preternatural (pelo contrário, os temas são frequentemente baseados em relações interpessoais ameaçadoras) resultando, frequentemente, numa transformação pessoal e social negativa.

Portanto, os EMC que não são vivenciados como negativos, destrutivos, empobrecedores, limitativos, mas, pelo contrário, fonte de bem-estar, insight, expansão vital, etc., não podem entrar na categoria da psicose, da alienação, de

doença, mas na categoria de tudo aquilo que, embora pouco explorado, é um recurso acessível a todos, capaz de potencializar todas as formas de bem-estar.⁹

Caracterização dos Estados Modificados de Consciência

Com o propósito, sempre incompleto, da sistematização, podemos utilizar, entre outras, as obras de Tart (1975) e de Ludwig (1966) (citados por Lapassade, 1987) para tentar resumir exaustivamente as várias características dos EMC. Estas obras, ainda que necessariamente datadas, foram seminais na área, e permitem-nos um primeiro enquadramento sistemático que será rectificado tanto quanto necessário.

Assim, para Ludwig (1966) – revisto e adaptado -, tendo sempre presente que os EMC variam de cultura para cultura, verificamos que:

1º - num EMC existem alterações na concentração, na atenção, na memória, e no juízo crítico (as alterações no funcionamento da memória são parcialmente responsáveis pela perda de vigilância crítica – Spiegel, 2000);

2º - o sentido do tempo é alterado, com a sensação interna da sua paragem, da cessação do decorrer do tempo, de aceleração ou de desaceleração;

⁹ As possibilidades dos EMC, nomeadamente as suas possibilidades de produzir insight, devem, contudo, ser sempre submetidas à empírea, à experiência, pois os EMC também produzem erros, ilusões, falsificação de memórias, etc. (Tart, 1999; Schacter, 2000; Spiegel, 2000).

3º - num EMC existe a impressão de perda do controlo de si e do ambiente em que se está inserido;

4º - num EMC as emoções são potenciadas, exprimindo-se em moldes diferentes, de modo geral com muito mais intensidade, como se tivesse afastado o bloqueio que impede a expressão plena do emocional;

5º - o corpo e o eu é vivenciado de modo diferente num EMC, podendo-se perder a noção dos seus limites, das suas fronteiras, assistindo-se à sua fusão com os outros, o mundo, e o universo;

6º - num EMC ocorrem alterações na percepção do real envolvente, com o eventual fenómeno da alucinação e toda a sua panóplia de irrealidade traduzida por alterações na forma dos objectos, criação de seres ou objectos inexistentes, etc.;

7º - num EMC encontra-se, por vezes, um sentido, um significado para ideias, acontecimentos e experiências passadas, que nunca ocorre num estado normal de vigília;

8.º - um EMC pode ser vivido com o sentimento do inefável, isto é, com a impressão de que o vivenciado é intraduzível por palavras, imagens, por qualquer um dos meios existentes no estado normal da consciência que são utilizados para comunicar aos outros os nossos estados internos;

9º - em alguns EMC ocorre o fenómeno da amnésia, como no da hipnose profunda;

10º - os EMC, por vezes, permitem o fenómeno do rejuvenescimento, ou do renascimento psíquico, afirmando os sujeitos a eles submetidos que, após os mesmos, encontraram esperança, um sentido para a vida etc.;

11º - a hipersugestionabilidade é um último carácter do EMC para Ludwig, traduzindo-se no facto de que aquele que está submetido a semelhante estado vê diminuído o seu potencial de análise crítica e, como tal, está mais sujeito a aceitar sem defesas as sugestões do psicoterapeuta ou do indutor do estado, do que quando se encontra no seu estado normal de vigília.

Em Tart (1975, citado por Lapassade, 1987) – revisto e adaptado -, encontramos uma sistematização um pouco mais técnica, com pontos comuns - como a questão do tempo, do espaço, das alterações à consciência egóica e da hiperactivação do emocional - mas também com pontos diferentes ou complementares. Serão apenas esses os apresentados aqui:

1º - os EMC alteram o modo como é elaborado o *input* dos estímulos internos e dos estímulos externos; o modo de processamento da informação é substancialmente alterado através de, por exemplo, alterações no funcionamento da memória com consequências a múltiplos níveis de processamento da informação;

2º - a memória é, aliás, uma das funções da *consciência alargada* (Damásio, 2000b) que mais sofre alterações nos EMC, tanto no sentido da obnubilação da memória como nos casos da amnésia pós-hipnótica, como nos casos da sua *dilatação* ou intensa activação nos EMC a que recorre, por exemplo, a Psicoterapia Regressiva;

5º - o inconsciente, com todas as dimensões que se lhe possam atribuir, tanto como inconsciente freudiano quer como supraconsciente no sentido da Psicologia

Transpessoal¹⁰, tem presença marcante no EMC, tornando-se notoriamente mais presente e manifesto;

6º - os processos cognitivos a nível, por exemplo, do raciocínio lógico, encontram-se profundamente alterados num EMC, manifestando-se aquilo a que poderemos chamar de "lógica de transe", uma lógica substancialmente diferente da lógica aristotélica por proceder fora das suas regras formais e do princípio da causalidade, no sentido clássico em que as conhecemos;

7º - nos EMC a noção do eu pode encontrar-se alterada substancialmente; o eu pode ser sentido como separado do corpo, como essencialmente diferente do corpo e apenas acidentalmente ligado, aproximando-nos do dualismo, cada vez mais contestado (Damásio 2000a), da separação entre alma e corpo;

8º - esta outra vivência do eu que ocorre sob EMC pode alterar a própria forma de estar com o corpo (a relação com o output motor); gestos habitualmente automatizados podem tornar-se mais conscientes, com evidentes alterações na forma de estar no mundo.

Um estudo realizada entre 1981 e 1986 através da aplicação de um questionário na Suíça de língua alemã, na antiga Alemanha Federal, na Suíça de língua italiana, no Norte de Itália e em Portugal (Simões, M., Polónio, P., Von Arx, S., Staub, S., Dittrich, A., 1986), encontrou três dimensões básicas, comuns, nos EMC que são:

¹⁰ Vide *Estados Modificados de Consciência e Níveis da Consciência: análise englobante* neste capítulo.

- A) auto-ilimitação oceânica.
- B) auto-dissolução angustiante.
- C) reestruturação visionária.

Pela primeira dimensão pode-se entender (adaptado de Grof, 1998) todo o EMC em que há uma perda dos limites do eu, alteração da noção de tempo, de espaço, etc., um sentimento da fusão vivenciado como prazer, paz, sacralidade, etc. Pela auto-dissolução angustiante entende-se uma experiência com as mesmas características de perda dos limites mas que não é sentida de modo positivo, tranquilizante, pelo sujeito, mas como algo ameaçador, destrutivo, com potencial de aniquilação do eu. Pela terceira dimensão pode-se entender toda a alteração de processamento da informação que é concomitante aos EMC com toda a sua panóplia alucinogénica ou similar, e toda a *reconstrução* que o sujeito sofre a nível mental, emocional e energético. Essas vivências traduzem-se muitas vezes em *insight*, na recuperação da esperança, em encontrar sentido e significado para experiências passadas, na elaboração de projectos etc.

Estas três dimensões, isoladas ou correlacionadas entre si em graus diferentes de intensidade, representarão parte substancial dos EMC que podemos experimentar.

Indução dos EMC¹¹

Ludwig (1966, citado por Lapassade, 1987) apresenta cinco grupos de indutores de EMC que se podem agrupar em três, com significativas subdivisões no primeiro.

¹¹ Esta síntese baseou-se em Ludwig, 1966, e Tart, 1975, citados por Lapassade, 1987; Simões, 1986; Ramos, 2001.

Assim teríamos:

A) Um primeiro grupo de indutores que, genericamente, produzem uma quebra na estimulação sensorial e na actividade motora, ou seja, uma diminuição substancial no conjunto de estímulos recebidos (*input*) e nas reacções motoras que lhe são usualmente associadas (*output motor*). Essa redução da estimulação sensorial pode ser devida a:

I) Uma ausência real de estímulos como a que ocorre na pilotagem de aviões a alta altitude, na condução em auto-estrada sem tráfego significativo, na reclusão em solitária, em estados experimentais de privação sensorial, etc.;

II) Uma intensificação da concentração mental, da «focagem» numa determinada actividade como a leitura de um livro, a escrita de um texto, o controlo de um radar, a audição de um discurso empolgante, o visionamento de um filme absorvente, etc.;¹²

III) Uma desconexão com a realidade circundante (com o *ambiente* externo) devido a um estado de passividade mental como o que ocorre no tédio, na sonolência, no estado hipnagógico e hipnopompico, nos estados de auto ou hetero hipnose, ou em qualquer outro estado hipnoidal em que exista uma redução das faculdades de vigilância crítica e de processamento da informação – muitas vezes

¹² O acto meditativo de genealogia oriental é um processo correlato já que a intensificação da atenção e o conseqüente estreitamento no processamento do *input* externo ocorre pela cessação da actividade motora e pela concentração num acto mecânico como o caminhar, o respirar, o ouvir, ou a projecção mental de um símbolo (DeRose, 1995; Goleman, 1999).

associadas a alterações no funcionamento da memória -, de transformação da racionalidade quotidiana que preside à relação imediata com o real.

B) Um segundo grupo de indutores é constituído por todos aqueles que provocam um acréscimo substancial de estimulação sensorial e/ou de actividade física; entre eles podemos considerar todas as formas de "bombardeamento" sensorial como o produzido pela música, quer em ritmo caótico, quer sincopado, o prazer sexual intenso e prolongado (DeRose, 2000b), o esforço físico intenso, a desidratação, a tortura ou uma substancial dor física, os ritos de passagem ou de tipo chamânico e religioso, etc.

C) Um terceiro grupo da indutores é constituído por todos aqueles que provocam uma marcada alteração da química orgânica¹³ através de substâncias ingeridas ou injectadas como:

I) Álcool;

II) Alucinógenos de primeira ordem: mescalina; LSD; psilocibina; N - dimitiltriptamina (DMT); e o 9- THC, a substância activa do haxixe e da marijuana (Simões, 1986);

III) Alucinógenos de segunda ordem: escopolamina; gás hilariante (óxido nitroso); muscimol, a substância activa do *amanita muscaria* (espécie de cogumelo venenoso) (Simões, 1986), e por todos aqueles em que a marcada alteração da química orgânica não é provocada pela ingestão ou injeção de uma substância exógena mas por

¹³ Todos os indutores acima referidos provocam alterações na químicas orgânica e cerebral. Contudo, colocar estes indutores numa categoria à parte radica no facto de serem a causa directa, primeira e imediata, dos EMC que provocam, não podendo esses Estados encontrar uma outra causa que esteja na sua origem.

processos endógenos, como os provocados por estados de hiper ou hipoglicémia, de disfunção na tiróide, de desidratação, de privação do sono, de hiperventilação, etc.

EMC e Níveis da Consciência: Análise Englobante

Logo após os anos sessenta e o movimento psicadélico, que trouxe à cultura ocidental a constatação inequívoca da existência de EMC (Lapassade, 1987)¹⁴, tornou-se necessário ampliar as cartografias da consciência existentes. Freud, com as suas primeira e segunda tópicas (Lauzun, 1974), é um exemplo da necessidade intelectual de atribuir a conteúdos da consciência substancialmente diferentes um *lugar*, um *espaço*, de onde eles seriam originários, onde teriam a sua sede.¹⁵

Qualquer cartografia da consciência parte de uma concepção espacial da mesma que é discutível. Apesar de tomarmos conhecimento dos seus conteúdos a partir do cérebro, que é um órgão de um corpo que ocupa um lugar no espaço, não podemos dizer que a consciência seja da mesma natureza dos objectos que, num

¹⁴ A importância do movimento psicadélico fica bem patente a partir da reflexão sobre um facto fundamental das vivências sob EMC induzidas através de substâncias modificadoras da consciência, vulgo drogas: Os conteúdos vivenciados não são produzidos por essas substâncias. Elas apenas permitem uma alteração da consciência por meios químicos que abre a consciência a vivências que são em tudo idênticas a vivências que não tiveram uma indução química. As alucinações próprias do LSD são iguais às alucinações obtidas por outros meios como, por exemplo, a respiração holotrófica. (Naranjo, 1986; Lapassade, 1987; Leary, Metzner & Alpert 1995; Grof, 1998; Tart, 1999). Com um ritual e uma preparação específica - como, por exemplo, o que acontece no ritual chamânico - pode haver um relativo controlo e programação dos conteúdos das vivências (Leary, Metzner, Alpert 1995; Lapassade, 1987). O interesse pela investigação dos EMC nasceu igualmente do desenvolvimento moderno da hipnose e das práticas meditativas de inspiração oriental (Lapassade, 1987).

¹⁵ A etimologia de *tópica* deriva do grego *topikós*, relativo a lugar (Dicionário da Língua Portuguesa, Porto Editora, 6ªed.).

determinado tempo, ocupam um espaço único, excluindo todos os outros desse mesmo espaço. Contudo, uma cartografia, um mapeamento da consciência tem inúmeras vantagens teóricas e práticas, pois permite uma compreensão imediata da sua complexidade, e das diferenças abismais dos conteúdos que nela podem emergir.¹⁶ Tal percepção desperta o investigador e o clínico para a riqueza dos conteúdos da consciência, para o seu estudo e aceitação como património do ser humano, retirando-lhes o estigma patologizante, permitindo abertura para os seus potenciais terapêuticos e de auto-conhecimento.¹⁷ Por isso, ainda que brevemente, terão que ser aqui referidas as cartografias da consciência, uma das vertentes marcantes da Psicologia Transpessoal, que tem o mérito e a responsabilidade de ter procurado pensar a consciência humana numa perspectiva mais ampla.

Após uma análise detalhada, é possível afirmar que as cartografias de Kenneth Ring (1976), Ken Wilber (1979) e Stanislav Grof (1998), são de referência obrigatória se quisermos pensar a consciência humana a partir dos conteúdos que emergem nos seus estados modificados. Sem querer proceder a uma análise de pormenor que pode ser facilmente encontrada em inúmeras obras de referência e de divulgação (Rowan, 1996; Tabone, 1999), julgo mais útil proceder a uma análise englobante do conteúdo das várias cartografias existentes (em especial das três mencionadas) apontando, em termos temáticos, as suas grandes diferenças em relação às cartografias que os precederam.

¹⁶ Em cada estado ou nível da consciência há uma lógica e uma coerência interna própria, apenas válida dentro das suas fronteiras (Lapassade, 1987).

¹⁷ «O estado de vigília, sob certo ponto de vista, é limitado e incapaz para ir à raiz, à origem e à solução dos conflitos existenciais. E a experiência através de diferentes níveis de consciência é de grande auxílio para se trabalhar com conteúdos traumáticos conflitantes e sombrios, pois vai à origem dos mesmos, facilitando a catarse, ab-reativa (colocar para fora) e também a catarse de integração.» Saldanha, 1999, pp.63-64.

De modo generalizado é possível afirmar que a renovação protagonizada pelas cartografias da consciência de matriz Transpessoal radica no alargamento do conceito de inconsciente. Enquanto que numa matriz freudiana - *latus sensus* - o inconsciente é o «lugar» das pulsões e dos seus recalcamientos, "lugar" onde se escondem, de modo mais ou menos profundo, as histórias de todos os traumas concomitantes e, quanto muito, as normas profundamente interiorizadas de um superego de origem familiar e social, o inconsciente na Psicologia Transpessoal concebe a existência de outros conteúdos.

Como não poderia deixar de ser, ele é também o "lugar" das memórias autobiográficas e a sede da dimensão pulsional do homem. Mas por autobiográfico entende-se muito mais do que as memórias formadas a partir dos três ou quatro anos de idade; incluem-se as supostas memórias dos primeiros anos de vida, as supostas memórias peri-natais, e as supostas memórias intra-uterinas - de existência amplamente estudada por Chamberlain (1998) e substancialmente documentada por Grof (1998) através de milhares de sessões psicadélicas e holotrópicas de carácter psicoterapêutico que se encontram registadas. Mas neste sentido descendente e de recuo para o passado, devem-se incluir outro tipo de supostas "memórias", as filogenéticas - em sentido lato - que incluem supostas memórias relativas à origem da espécie e, igualmente, à origem de toda a vida mineral, vegetal e animal na face do planeta. E também memórias de supostas existências pretéritas.

É aqui irrelevante a discussão acerca da veracidade destas supostas memórias que ocorrem sob EMC, se são reais, imaginárias, se têm origem genética ou, até, se são captadas, por meio paranormal, de um eventual reservatório de memórias cósmicas (Aivanhov, 1987; DeRose, 2001).¹⁸ Devemos apenas ter presente que elas são inconscientes no estado normal de vigília, e que a intenção de as produzir nesse

¹⁸ O binómio verdade e memória é discutido no capítulo *Memória, Verdade e Psicoterapia* e na *Discussão*.

estado dificilmente obteria resultados semelhantes. É neste sentido que se entende serem elas do domínio do inconsciente.

Mas aquilo que a Psicologia Transpessoal considera como património da consciência humana, ainda que relegado para domínios inconscientes, isto é, domínios que raramente trazem os seus conteúdos ao estado de vigília, vai para lá do que real ou supostamente pode ser entendido como «memória»: Inconsciente é também o *inconsciente colectivo* no sentido junguiano com toda a sua panóplia de conteúdos arquetípicos, ricos de imagens e de ideias, presentes na cultura dos povos de todos os tempos. Inconsciente é também aquilo que podemos chamar de *eu superior, terapeuta interior*, etc., uma instância do psiquismo que surge igualmente nos EMC, e que demonstra ter um nível de conhecimento, de sabedoria, de experiência, em suma, de maestria, que é de todo estranha ao eu normal da consciência vigíl.¹⁹ Mesmo na literatura estranha ao universo psicoterapêutico da Psicologia Transpessoal, encontram-se referências a esta suposta instância do psiquismo como, por exemplo, em Sócrates, com o conceito do *daimon* (Platão, 31d), em Santo Agostinho com o conceito de Mestre Interior (386/1982), no hinduísmo com o conceito de Si-Mesmo (Patãnjali, citado e traduzido por Feuerstein, 2001), e numa sistematização contemporâneo do Yôga pré-clássico - Swásthya Yôga - com os conceitos de Supraconsciente e de Hiperconsciente (DeRose, 2001). Como vimos, tudo aquilo que não acede ao estado normal da consciência vigíl pode ser remetido para uma dimensão inconsciente do espectro total da consciência humana.

Esse inconsciente pode ter vários níveis donde emergem conteúdos diferentes. É a aceitação desses diferentes conteúdos como património da consciência humana que caracteriza a abordagem Transpessoal, abordagem que não os patologiza de *per si* mas apenas em função das consequências negativas que, eventualmente, possam ter para um sujeito determinado. Mas, como adiante se tornará patente na

¹⁹ Uma discussão detalhada destes conceitos encontra-se no sub-capítulo *O Terapeuta Interno*, na *Parte II* deste trabalho.

análise da Psicoterapia Regressiva sob EMC, esses conteúdos não só não se revestem de um estigma patologizante, mas são, pelo contrário, instrumentos psicoterapêuticos de valor e eficiência, meios de uma expansão da consciência de múltiplos efeitos benignos.

Nota: A título ilustrativo apresentam-se três cartografias da consciência. Duas de Ring (1976), a primeira datada de 1974, e baseada na investigação de Stanislav Grof publicada em 1972 e 1973, e a segunda um aprimoramento da primeira realizado dois anos depois. Entre estas iniciais, mas consistentes, cartografias da consciência e o tempo presente, medeiam quase trinta anos, em que a investigação e a reflexão de cariz Transpessoal continuaram, com destaque para Ken Wilber, cuja cartografia que se apresenta (Rowan, 1996) traduz um esforço de integração dos vários discursos que foram produzidos sobre a consciência desde a mais remota antiguidade até ao presente. Encontra-se nela a presença da Psicologia do séc. XX e a experiência e testemunho do Oriente milenar que investiga à pelo menos 5000 anos os EMC (DeRose, 2001).

Figura 1
Mapa concêntrico da consciência (Ring, 1976)

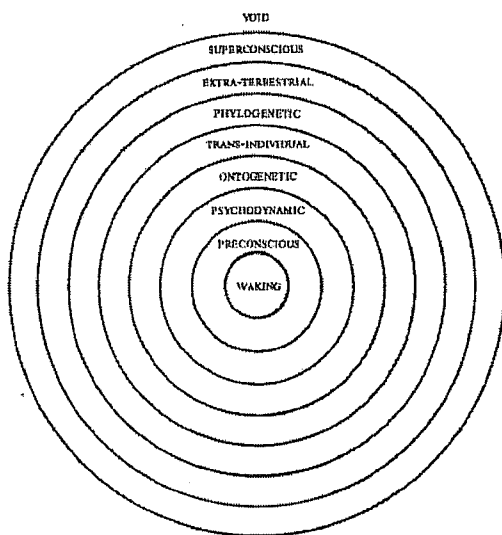
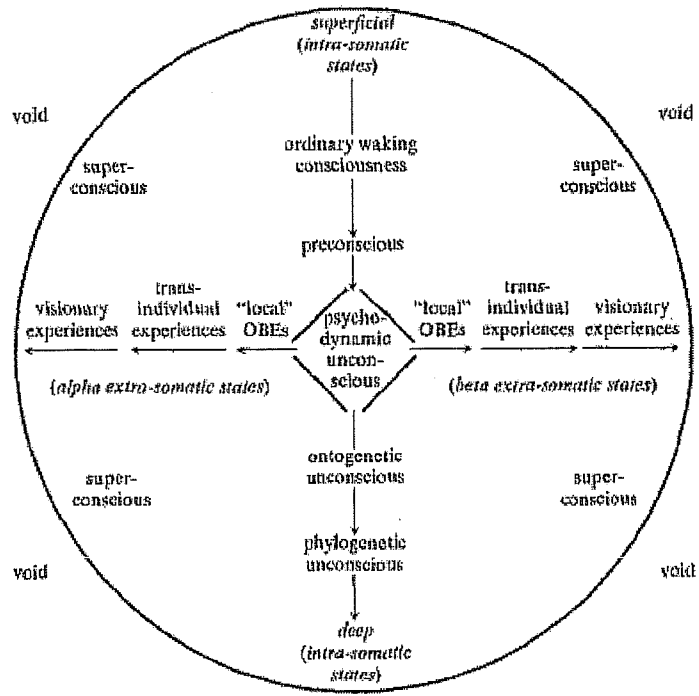


Figura 2
Dimensionalização da consciência segundo dois factores (Ring, 1976)



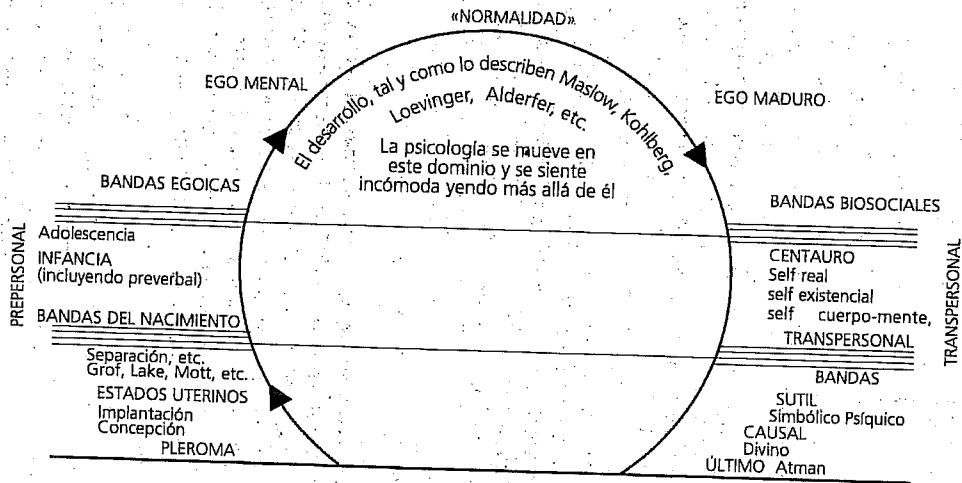


Figura 3
O mapa de Ken Wilber (Rowan, 1996)

Contudo, questionar a memória neste contexto é procurar saber se é possível realizar em psicoterapia uma real e efectiva *arqueologia da memória*, arqueologia que tantos, espontaneamente, procuram realizar. Com isso, deparamos com a *questão da verdade* em psicoterapia: Podemos, no meio intersubjectivo que caracteriza a psicoterapia, encontrar a verdade do passado do paciente, verdade do passado redentora das dores do presente por elucidar a sua ligação de causa/efeito?

Deste modo, torna-se necessário tematizar a questão da verdade nesta específica relação cognitiva em que um sujeito humano tenta apreender a realidade de um outro. Tal significa que é necessário tematizar neste contexto a questão da verdade em Ciências Humanas. É este o percurso que proponho aqui.

A sua justificação é clara: uma real dilucidação e discussão de uma técnica psicoterapêutica que parte de um pedido formal à memória para que esta regrida no tempo, independentemente do facto de se procurar com isso uma efectiva ou suposta regressão de memória, obriga a uma análise profunda - epistemológica e científica - da questão da memória em psicoterapia. O seu relevo e importância tornar-se-ão definitivamente patentes nas conclusões deste capítulo e na Discussão dos Resultados do questionário e na avaliação da Psicoterapia Regressiva sob EMC que lhe é concomitante.

Percurso

Começo por delimitar brevemente o conceito de memória para uma clarificação de nível conceptual. A discussão do problema do conhecimento da verdade em Ciências Humanas ocupa a primeira parte significativa do desenvolvimento desta questão. O que se discute aqui sobre a memória, a sua possibilidade de conter e traduzir a verdade do passado, entronca com a reflexão

epistemológica em Ciências Humanas: O que é conhecer em Ciências Humanas? Quais as limitações que podemos encontrar à pretensão de elaborar um conhecimento verdadeiro? Estas questões não são de somenos, porque se colocarmos o problema da memória no contexto da psicoterapia vemos que a procura do *insight* sobre a problemática do paciente liga-se estreitamente, pelo menos em alguns dos modelos psicoterapêuticos, à procura de descobrir a verdade do passado do paciente, verdade guardada no inconsciente – inconsciente que, neste sentido, não é mais que uma forma *implícita* de memória - verdade que permite a terapêutica clarificação da causalidade entre o passado e o presente. Se à partida excluirmos a possibilidade de alcançar essa verdade ou tão só uma perspectiva dela, como algumas correntes epistemológicas fazem, então muitas das práticas terapêuticas estabelecidas caem no vazio teórico e no *non-sense* epistemológico.

Em segundo lugar delinearei brevemente alguns conceitos da antropobiologia evolutiva que nos podem ajudar a pensar a questão da memória. É interessante olhar toda e qualquer dimensão do psiquismo e corpo humano a partir daquilo que nos ensina a evolução da nossa espécie da qual somos o fruto provisório, evolução que, por nos permitir conhecer um suposto *princípio das coisas*, nos dá novas pistas para perceber o que até nós chegou. Com a memória também assim é.

A questão da recuperação *versus* a questão da reconstrução ocupa a dimensão central desta reflexão. Aquilo a que chamamos de memórias corresponde à realidade dos factos, ou é a recriação de uma forma, de uma imagem, a partir de um conjunto de coordenadas relativamente vagas? Teremos conteúdos mnemónicos relativamente fiéis ao que aconteceu, ou a actividade criativa e sintetizadora da mente utiliza os mais diversos materiais para dar corpo a recordações – visuais, cinestésicas, auditivas, etc. – que apenas em alguns pontos correspondem ao vivido, podendo mesmo ser-lhe completamente estranho? Uma das investigações estudadas sobre falsas memórias de abuso sexual (Loftus, 1993, 1996) revela dados rocambolescos que permitem pôr de todo em causa o senso comum epistemológico a este nível, e

alerta para a relevância de um espírito crítico esclarecido em qualquer contexto da Psicologia Clínica, particularmente no psicoterapêutico. Tematiza-se assim o chamado *Síndrome das Falsas Memórias* e o problema da *Sugestão*, sugestão do quadro conceptual que o psicoterapeuta, mesmo involuntariamente, pode levar o paciente a adoptar, quadro conceptual que pode trabalhar os mecanismos subterrâneos da memória, com resultados que não esclarecem a verdade do seu passado e que podem ter efeitos negativos – até trágicos – em termos psicoterapêuticos.

A plena dilucidação da questão da sugestão e da memória, obriga-nos a explorar o funcionamento da memória sob Estado Modificado de Consciência, especialmente porque o mesmo está presente na técnica psicoterapêutica que se pretende estudar nesta tese de dissertação de mestrado. Para isso utilizaram-se os estudos disponíveis acerca do comportamento da memória sob hipnose, por ser o estado hipnótico um EMC com características semelhantes ao utilizado na Psicoterapia Regressiva.

Por último, não poderia deixar de apresentar um breve capítulo com as possibilidades excepcionais da memória, que reúne alguma informação recolhida durante a preparação dos vários capítulos desta dissertação. Estes dados, solidamente estabelecidos enquanto dados de natureza científica, apontam para a dimensão de desconhecido – até de mistério – que subsiste hoje na nossa compreensão da memória, e são importantes porque nos obrigam a estar atentos a eventuais potencialidades da memória pouco exploradas e porque impulsionam a investigação e o conhecimento em novas direcções.

A finalizar procuro retirar algumas conclusões e ilações práticas de ordem psicoterapêutica do exposto nos pontos precedentes. É desejável que o progresso do conhecimento sobre o psiquismo humano em geral, e sobre a memória em particular, tenha por consequência um progresso efectivo na prática clínica da psicoterapia como um todo e da Psicoterapia Regressiva sob EMC em particular.

Memória: Delimitações Conceptuais

Antes do desenvolvimento dos temas propostos e sua inter-relação, é importante clarificar as concepções de memória centrais para esta pesquisa.

O que se entende por memória em sentido *lato*? Segundo Ruiz Vargas (1994, p.91) podemos defini-la como a faculdade que permite «(...) almacenar y retener la experiencia pasada y utilizarla cuando convenga en el momento presente». Contudo a complexidade do fenómeno da memória exige que se lhe apliquem subdivisões pois a descoberta da existência de memórias inconscientes no princípio do século XX subverteu a noção do senso comum de que a memória correspondia aquilo de que nos lembrávamos conscientemente, entendendo-se o esquecido como pertencendo ao domínio do não ser, ao nada. A descoberta de que as memórias podiam ser actantes ainda que delas não tivéssemos representação cognitiva, colocou-nos perante essa dualidade, aparentemente inultrapassável, da memória, a sua vertente diurna, *memória explícita*, e a sua vertente nocturna, *memória implícita* (LeDoux, 2000; Squire, 2000).

A sua existência não pode ser contestada facilmente. Estudos experimentais mostram a positividade de alguns aspectos das teorizações freudianas acerca do inconsciente e dos mecanismos repressores da memória, nomeadamente a nível das amnésias históricas (Baddeley, 1999). Outro tipo de estudos e observações experimentais, realizados ao nível das neurociências e das patologias da memória de origem orgânica (Damásio, 2000b) revela-nos até que ponto os próprios mecanismos da aprendizagem são independentes da consciência, e até que ponto o seu conteúdo é actante independentemente da volição.

Em termos psicoterapêuticos a articulação desta dualidade da memória é fundamental. Da memória explícita depende, por exemplo, o eu-autobiográfico, o self, a concepção idealizada ou não, que o sujeito guarda de si próprio (Damásio, 2000b). E da memória implícita está suspensa toda a experiência do passado que, por exemplo, nos é dolorosa ou desagradável mas que não acede ao nível explícito, memória traumática encapsulada pelos mecanismos de defesa do eu ou por outros ainda por nós insuficientemente conhecidos (LeDoux, 2000).

São as emoções relativas a fobias, depressões, obsessões, etc., que, como *sintomas*, nos põe na pista dos conteúdos dessa memória implícita. Neste sentido podemos falar igualmente de uma *memória emocional* (Ledoux, 2000), de um arquivo neural de experiências emocionais que, com ou sem dimensão consciente, condiciona o nosso agir e reagir de um modo profundo e eficaz, cerceando o nosso livre-arbítrio e as possibilidades de expansão vital. A importância da memória implícita nesta sua dimensão emocional é bem patente na hipótese, colocada por LeDoux e bem suportada pelas evidências existentes, de que as partes mais antigas do cérebro, nomeadamente as relativas à amígdala, têm um papel mais actuante em momentos de stress que as partes mais recentes, nomeadamente as neocorticais. Assim, o nosso agir e reagir poderá estar, muitas vezes, condicionado por um mecanismo emocional de base quase instintiva regido por princípios adaptativos que visam a sobrevivência do indivíduo e que teriam a sua origem na mais distante filogénese (Damásio, 2000a).²¹

²¹ Outras vertentes da experiência humana da memória poderiam ser referidos, como a memória de *trabalho*, a memória de *curta* ou *longa duração*, etc. (Baddeley, 1999), mas não são relevantes para os fins propostos. Apenas as dimensões implícitas e explícitas são relevantes para entender a questão da memória em psicoterapia.

Memória, Verdade e Psicoterapia: A questão Epistemológica

Discutir a questão da memória e da psicoterapia numa perspectiva epistemológica é condição para fundamentar solidamente esta reflexão. Na sua essência a questão enunciada reduz-se à possibilidade ou não de recuperarmos o patologizante passado no decurso de uma psicoterapia. Podemos ou não conhecer o conteúdo da memória (especialmente a implícita, inconsciente) no trabalho psicoterapêutico?²² Isto significa que o problema enunciado é um problema do conhecimento, e do conhecimento através da interacção de dois sujeitos, ou seja, do conhecimento em *Ciências Humanas*. Como tal, numa primeira abordagem, a questão tem que ser enquadrada na reflexão em *Ciências Humanas*. Com que *paradigma* nos confrontamos? O que é possível pensar hoje quanto à capacidade de conhecimento de uma subjectividade quando toma outra como seu objecto cognitivo?

Para dilucidar claramente estas questões, apresenta-se brevemente a problemática do conhecimento em *Ciências Humanas*, e os modelos da *coerência* e da *correspondência* que sumariam a polarização do problema. A concluir, é exposta uma síntese e escapatória possível, tematizando-se sumariamente o *perspectivismo realista intersubjectivo* que é a resposta que surge como a mais abrangente e satisfatória para a questão epistemológica em discussão.

²² Outra questão mais complexa se poderia enunciar: existem na memória explícita todos os conteúdos potencialmente patologizantes do passado? (LeDoux, 2000) A sua tematização será realizada neste capítulo e na Discussão.

Memória e Intersubjectividade

As questões relevantes para o entendimento da problemática epistemológica subjacente à recuperação do passado contido em memória giram em torno do conceito de *intersubjectividade*. Intersubjectivo é tudo o que ocorre entre duas ou mais subjectividades, é o seu espaço de interacção no decurso de um determinado tempo, e o resultado dessa interacção. Intersubjectivo, então, é o adjectivo que se aplica a tudo o que acontece e que decorre do estar «face-a-face» de dois ou mais sujeitos que interagem de um modo particular, diferente da interacção de dois objectos entre si, ou entre um sujeito e um objecto.²³

Esta relação é problemática, de muitas implicações epistemológicas, e luta com a percepção imediata do senso-comum que tende a *coisificar* o *outro*, retirando-lhe o seu estatuto de sujeito, enxertando-lhe o estatuto de objecto.

Mas antes de reflectir sobre a relevância da intersubjectividade, será útil seguir o seu próprio historial na evolução da consciência epistemológica da nossa cultura, e perceber as implicações que lhe são inerentes quanto à problemática do conhecimento do outro, nomeadamente quanto à questão da *verdade*. Para isso, utilizar-se-à substancialmente a mediação da Psicanálise, quer porque ela é reflexão charneira e original nesta questão, quer porque integra com mais valia *apports* epistemológicos de outras áreas, nomeadamente da História da Filosofia.

²³ «(...) defining intersubjectivity as the field of intersection between two subjectivities (...)» (Benjamin, 1999, p. 185). No contexto da Psicanálise veja-se Dunn: «Intersubjectivity in psychoanalysis refers to the dynamic interplay between the analyst's and the patient's subjective experiences in the clinical situation.» (1995, p.723).

Intersubjectividade e Construtivismo

Começando pelo princípio: No princípio era o *círculo hermenêutico*. Dilthey, no início do XX, estabelece as bases com as quais se pode pensar o conhecimento humano. «Chamamos compreensão (*verstehen*) ao processo pelo qual, com ajuda de signos percebidos do exterior através dos sentidos, conhecemos uma interioridade.» (Dilthey, 1984, p.150). A *compreensão*, como oposta a *explicação*, erige-se como modelo de toda a ciência que tenha como objecto o homem na sua dimensão não biológica. Compreensão ao invés de explicação pois aquele que estuda o que de uma ou mais subjectividades é resultante – um texto literário, uma estética, uma revolução –, fá-lo a partir da sua própria subjectividade, não podendo colocar-se num ponto exterior a ela para observar imparcialmente. Temos assim uma subjectividade que através de si própria tenta compreender outra ou os seus frutos, sendo inevitável que toda a compreensão resultante do estudo seja antecedida por uma pré-compreensão que necessariamente a condicionará (Calvo Martinez & Navarro Cordón s.d.). O observador imparcial, condição apriorística do conhecer supostamente objectivo, desaparece das ciências humanas com Dilthey, ficando confinado por algumas décadas às ciências Puras e Naturais, donde, contudo, as descobertas da Física das partículas o tendem a retirar. Como explicação se nomeia esse paradigma de conhecimento, onde um observador objectivo produziria com o seu labor rigoroso um conhecimento igualmente objectivo, isto é, certo, seguro, quase eterno.

Desta circularidade da compreensão, em que o observador está sempre implicado no que observa, partindo de si próprio para a si próprio regressar num movimento continuamente retomado, resulta, em última análise, o *construtivismo*, corrente epistemológica de natureza radical, essencial para entender a evolução da concepção de sujeito e da sua natureza cognitiva na interacção com outro sujeito,

quer ao procurar entender as linhas que configuram o seu passado, quer ao procurar ver o seu presente.

O construtivismo, como corrente epistemológica própria da pós-modernidade (Aron, 1996), concede ao observador e ao conhecimento por ele produzido um estatuto que elimina definitivamente a ideia de objectividade do horizonte das Ciências Humanas. O conhecimento não é mais que um construto do sujeito cognoscente, construto produzido num conjunto de circunstâncias temporais e espaciais que, a alterar-se, alteraram esse mesmo construto. Tal não significa que todas as teorias sejam possíveis e equivalentes em termos científicos (Pereira, 1994); significa apenas que o sujeito cognoscente intervém de tal modo na elaboração do conhecimento que ao homem diz respeito, que não é possível a pretensão que outros sujeitos, noutros momentos históricos ou noutros locais, não possam obter resultados diferentes dos alcançados no presente. O conhecimento é pensado de uma forma *contextual*, coerente com os seus pressupostos e, eventualmente, com os resultados consensualmente aceites pela comunidade científica em que se integra (Guba & Lincoln, 1994), mas sempre contextual, isto é, relativo às circunstâncias e aos sujeitos que o produziram. *Relatividade* é a palavra chave para definir o conhecimento no paradigma construtivista. *Subjectividade* a palavra para caracterizar o estatuto do observador.

O construtivismo é, assim, o movimento epistemológico que radicaliza as conclusões de Dilthey sobre a questão do conhecimento em Ciências Humanas e que mais pertinente se torna para pensar a questão da memória em psicoterapia.

A Questão do Conhecimento Verdadeiro e o Modelo da *Coerência*

Uma importante e clara questão que decorre da aplicação do modelo construtivista à Psicologia Clínica em geral e à relação psicoterapêutica²⁴ em particular, é a da *verdade*; ou seja, qual o valor do conhecimento adquirido pelos processos próprios da Psicologia Clínica em geral e pela relação psicoterapêutica em particular, acerca do psiquismo do paciente, incluindo, obviamente, o conhecimento do seu passado?

Se nos colocarmos na perspectiva construtivista podemos tematizar o conceito de *coerência* (Hanly, 1990). Coerência é o adjectivo que classifica o conhecimento que resulta de uma construção sem contradições internas em que intervêm como elementos estruturantes o quadro teórico dentro do qual se move o psicoterapeuta, as observações produzidas durante a relação terapêutica a nível do discurso e comportamento do paciente e respectiva contratransferência, e o conjunto de interpretações e seu feed-back que resultam dos elementos anteriores mediados pela subjectividade do psicoterapeuta. Outro fosse o quadro de referência, outro o psicoterapeuta, ou, mesmo, se outro fosse o tempo e o contexto sócio-cultural, outras seriam as coerentes construções que emergiriam (Hanly, 1990). Com tal relativismo a permear o acto cognitivo não se pode afirmar a pretensão de conhecer o passado do paciente (Ogden, 1994), o seu mundo objectal ou o conjunto da sua estrutura defensiva – caso se conceba que exista –, mas apenas enunciar uma síntese sem contradições internas do *acontecer* intersubjectivo, renunciando cabalmente à ideia de encontrar a realidade do paciente tal como ela é independentemente da relação, tal como ela é de *per si*. A realidade psíquica do paciente não é, tão pouco, procurada –

²⁴ Ao falar de relação psicoterapêutica *latus sensus* exclui-se a relação que é própria do modelo de comportamentalista na sua vertente mais estereotipada, em que a procura da análise do psiquismo do paciente está relegada para segundo ou terceiro planos.

tal seria contraditório; em termos práticos o que se procura é *curar* a relação tal como ela se apresenta no *aqui e agora* do *setting* terapêutico, partindo do princípio que tal efeito curativo se propagará às outras relações do paciente que ali viveriam em germe.

Este comportamento é *epistemologicamente contra-intuitivo*, pois a atitude espontânea, obviamente filha do senso-comum e da história da psicologia dinâmica, é a de conceber que o presente da relação terapêutica resulta de um passado onde se formaram as matrizes relacionais aí manifestas, matrizes relacionais que só um trabalho de arqueologia psíquica iluminaria, trazendo sobre elas a verdade solvente dos poluentes de carácter patológico. Tal feição contra-intuitiva corresponderia ao progresso do próprio conhecimento psicológico do homem, conhecimento que, a este nível, igualmente emparelharia com o das outras ciências, que só se desenvolvem à custa da imagem primeira que o real proporciona e da metodologia utilizada para o estudar (Bachelard, 1984).

O acima dito sobre o observador e a objectividade em Ciências Humanas é relevante aqui, particularmente no contexto da psicoterapia de inspiração analítica. A possibilidade de erigir um discurso – resultante de uma Entrevista Clínica ou de uma Psicoterapia - que tivesse como referente a realidade e não apenas uma coerente construção subjectiva/intersubjectiva, dependeria da possibilidade de sair do jogo das subjectividades ou, na análise, da transferência/contratransferência, através de um observador independente, a famosa *função analítica*. Esta teria como tarefa a análise imparcial do mecanismo contratransferencial. Kerneberg (1997) apela-a de *Terceira Posição* – diferente do *Terceiro Analítico* de Ogden, o campo intersubjectivo - aquela da qual o analista, com alguma independência – a que a sua preparação e argúcia lhe deverá permitir -, decifraria as manobras trans e contratransferenciais, percebendo através delas o mundo interno do paciente e as suas possibilidades terapêuticas.

Tal hipótese é rechaçada pelo modelo da *coerência* inserido na matriz construtivista. O observador jamais poderá aspirar à menor das objectividades. Para além de todos os obstáculos colocados pelo paradigma da compreensão acima exposto, o facto do observador/psicoterapeuta ser actuante no processo e agido no mesmo através dos mecanismos próprios quer da relação analítica, quer da relação entre duas subjectividades em geral, elevaria à potência máxima o estatuto do observador dentro desta perspectiva epistemológica: Ele é aquele que altera pela sua simples presença o objecto do seu estudo, objecto de estudo que simultaneamente o altera a ele. Não existe tão pouco observador nem observado como seres autónomos mas apenas a interacção dos mesmos num determinante tempo e determinante espaço. Não há objectividade possível, não há realidade psíquica, não há passado. Apenas relação, espaço intersubjectivo, construção, coerência...

Ogden (1994), autor e eminente psicanalista inglês já citado, coerente com o modelo construtivista que advoga, afirma que o passado do analisando não é contado ao analista, mas, pelo contrário, criado pelo analisando na interacção com o analista: «The analysand does not reexperience his past; the analysand experience is past as it is being created for the first time in the process (...) It is therefore a past that could be created only by this analytic pair (...)». (pp. 5-6)

A Questão da Verdade e o Modelo da *Correspondência*

O modelo da *correspondência* (Hanly, 1990), que antecede no tempo o anterior, também pode ser chamado de *positivista* – ainda que positivista crítico (Dunn, 1995) - ou *clássico*, no sentido em que corresponde à origens freudianas da psicanálise. Nele se insere toda a tradição da questão da verdade no Ocidente, tanto a nível das Ciências Humanas como das Naturais, tradição que encontrou expressão

maior na frase de Tomás de Aquino, *adaequatio rei et intellectus* (Costa Freitas, 1992). A verdade seria, então, o que resultaria do acto mental no qual existiria uma perfeita adequação, correspondência, entre a realidade e o juízo enunciado sobre ela.

Freud, como sobejamente conhecido, inspirou-se no modelo das Ciências Naturais – particularmente na Medicina - para criar a sua psicanálise. Tinha, de modo óbvio, a pretensão de produzir um discurso acerca do psiquismo do paciente que pudesse conter o mesmo grau de objectividade que o dos outros saberes da área da saúde que conhecia. Pretendia conseguir isso através de um sólido corpo teórico, uma boa preparação dos analistas, e um claro domínio da contratransferência.

Hoje, mais de um século após a origem da psicanálise e século e meio após a origem da Psicologia, que já muito navegou nessas águas, as posturas freudianas sofreram a natural transmutação evolutiva. O seu pensamento sobre a contratransferência foi parcialmente ultrapassado; o modelo médico – com os princípios mecanicistas inerentes – sofreu o mesmo destino. Contudo, para muitos psicanalistas – e psicoterapeutas – a possibilidade da *adaequatio rei et intellectus* mantém-se vigente. Para eles – veja-se Kerneberg (1997), Hanly (1990) e Coimbra de Matos (s.d) – o passado do paciente, a realidade do seu mundo objectal, as suas construções defensivas, são acessíveis através da técnica psicanalítica. Há uma realidade psíquica do paciente independente da relação com o psicoterapeuta, realidade presente que resulta de um conjunto de factos passados – ainda que apenas factos internos - realidade presente e passado que pode ser conhecida através da clara compreensão dos mecanismos manifestos na hora da sessão, os trans e contratransferenciais, os projectivos, etc. Esse acessar da realidade da vida psíquica do paciente permite, através da interpretação e de outras intervenções, o *insight* promotor de saúde mental, ou, no melhor dos casos, da cura.

A questão da *natureza* da realidade psíquica a conhecer também se coloca aqui. Ao contrário do modelo da coerência, os pressupostos epistemológicos não

condicionam tão fortemente o modelo da correspondência como o anterior. A inexistência de uma realidade psíquica de fundo, independente de uma relação, obriga a pensar o acto cognitivo que sobre um sujeito se exerce como um acto evanescente, obrigatoriamente remetido para um «aqui e agora». Como tal, o modelo da coerência tende a rejeitar toda a concepção que se aproxime da teoria dos instintos/impulsos e respectivas defesas, das concepções mais latas da antropobiologia evolutiva que nos colocam perante a evidência de uma certa programação genética no homem – comportamentos de vinculação, etc. -, ou mesmo das concepções da «relação de objecto» que confirmam ao psiquismo uma dimensão minimamente estática, uma realidade em si, independente de um determinado momento relacional. Pelo contrário, o modelo da correspondência, sem centrar-se necessariamente sobre uma visão mais freudiana ou mais kleiniana da realidade psíquica, tem perante elas uma abertura abrangente por princípio.

Veja-se, por exemplo, a posição de Kerneberg (1997) que, dentro deste modelo, elabora uma síntese de extrema razoabilidade ao conceber o psiquismo como realidade dotada de jogo de impulsos e respectivos mecanismos de defesa que, no entanto, são vividos segundo a conformação – ou, numa linguagem informática, a formatação - dada pelas relações de objecto mais significativas, nomeadamente as da infância mas não só. As relações de objecto seriam o molde que daria a forma conhecida aos impulsos e respectivas defesas. Num mesmo espírito de síntese, Kerneberg propõe que a técnica analítica seja composta por dois momentos, o primeiro centrado na relação tal como se manifesta no aqui e agora da hora analítica – modelo da coerência -, mas relação que remete para um *lá e antes*, para um passado que esteve na matriz do presente, e que o pode iluminar e curar – modelo da correspondência (Kerneberg, 1997).

O conhecimento verdadeiro da realidade psíquica presente e passada do objecto da análise/psicoterapia é, assim, acessível dentro do modelo da correspondência. Contudo, tal não é sinónimo de uma expectativa absoluta própria

das Ciências da Natureza dentro de um paradigma positivista, mas de uma *expectativa relativa* dentro de um paradigma positivista crítico (Dunn, 1995). A verdade seria assim um *ideal* da investigação analítica/psicoterapêutica, ideal eventualmente inalcançável, mas susceptível de concretas e efectivas aproximações mutuamente reconhecíveis por analista e analisando, por psicoterapeuta e paciente. A totalidade da realidade psíquica do sujeito em estudo poderia ser inatingível, mas tal seria um objectivo que, parcialmente, poderia ser alcançado.

Uma Solução Epistemológica: O *Perspectivismo Realista Intersubjectivo*

Nesse contexto de relativa ambiguidade e de não radicalidade resolve Orange (1992) esta problemática. O conceito em que sintetiza a sua posição é o de *perspectivismo realista intersubjectivo*. Com ele surge-nos uma resposta que é mais abrangente e, eventualmente, mais satisfatória.

Orange, ao cunhar esta expressão, procura resolver num conceito funcional e teoricamente viável as consequências epistemológicas aparentemente inconciliáveis da perspectiva construtivista que subjaz ao modelo da coerência, e da perspectiva positivista que subjaz ao modelo da correspondência, ou seja, nos seus próprios termos, procura resolver o conflito entre relativismo e objectivismo (1992).

Vejamos a consistência da sua resposta, mediada por uma breve reflexão sobre os conceitos a que recorre:

Realismo

Falar em *realismo* após ter reflectido sobre os fundamentos teóricos do construtivismo parece um acto insensato. Sobretudo se entendermos por realismo, neste contexto, a possibilidade epistemológica de que os actos de conhecimento que são inerentes às tarefas da psicoterapia possam traduzir-se por um conhecimento

daquilo que é o psiquismo do paciente na sua realidade, na sua factualidade, no seu ser em si mesmo. Mas é isso que defende claramente Orange (1992), ao afirmar que, de uma certa *perspectiva*, a verdade do psiquismo – e, obviamente, a do seu passado – pode ser acessada através de correctas metodologias, dando crédito, deste modo, ao modelo da correspondência. Como assim?

Perspectivismo

No modo de aceder à verdade do psiquismo do outro está o cerne do conceito de *perspectivismo realista intersubjectivo*. Para Orange (1992) a realidade do outro de que se conhece a verdade não é a sua realidade absoluta e total, é tão só a sua realidade acedida através de uma determinada *perspectiva*, a que é inerente ao observador que sobre ela faz incidir os seus instrumentos cognitivos. Ouvimos aqui claramente o apport da pós-modernidade epistemológica, o construtivismo. Não é possível pensar hoje o acto de conhecimento psicológico ignorando que aquele que o realiza se encontra limitado pela subjectividade dentro da qual se encontra encerrado, subjectividade que necessariamente marca o conhecimento alcançado, dando-lhe a sua forma específica. Não se pode, em suma, ignorar o círculo hermenêutico.

Contudo, tal não implica inevitavelmente o relativismo e o seu quase inevitável cepticismo. Relativizar o conhecimento, significa, a rigor, considerar que o mesmo tem uma tal natureza contextual que a pretensão a uma verdade definitiva é completamente excluída do universo do possível. Significa que uma *dúvida céptica* é inultrapassável acerca daquilo que uma psique conhece de outra. Mas se uma dúvida metódica é essencial ao progresso do saber, o perspectivismo não nos reduz a um cepticismo radical. Apenas nos coloca perante o facto de que um sujeito, pelo facto de o ser, não pode conhecer a realidade como um *todo*, como se estivesse dotado de uma omnisciência que abrangesse todas as perspectivas. Mas conhecer a realidade parcialmente, não significa que esse conhecimento parcial não seja real, não seja conhecimento de facto, não seja conhecimento – se quisermos empregar uma palavra

quase proscrita – *objectivo*. Em termos visuais, o facto de que a paisagem que observo da janela da casa não é a paisagem que observo do avião, não impede que seja irreal a paisagem que observo. Só é irreal a pretensão que da minha janela se veja a paisagem no seu todo. Só é ilusório o esquecimento de que a minha janela é apenas uma janela sobre a paisagem.

O conceito heideggeriano de verdade, inspirado na etimologia da palavra grega *aletheia*, pode-nos enriquecer a compreensão do perspectivismo (Jolivet, 1975; Brandão, 1985). A verdade é aqui entendida como um processo de *desocultamento* que, simultâneamente, produz um *ocultamento*: Desvelar o ser é também vela-lo. Numa linguagem literária, Heidegger remete-nos para o facto fundador do conhecimento de que a compreensão de uma característica essencial de um objecto pode bloquear a abertura dessa compreensão a outras características essenciais do mesmo objecto, eventualmente opostas. A tendência do pensamento para criar uma estrutura conceptual dentro da qual encerre a realidade, estrutura conceptual unificada, sistematizada, fechada em si própria (Nietzsche, 1984), dificulta um olhar para o ser em busca do não compreendido, do omissso, do ausente. A desocultação do ser que permitiu a elaboração de uma estrutura conceptual, oculta as dimensões do ser não desveladas.

Este conceito da *aletheia* confronta-nos, então, com o facto igualmente fundador de que o acesso ao conhecimento do real é sempre parcial, sempre limitado a um ângulo, a uma perspectiva. A desocultação do ser nunca é total, mas tal não impede que aquilo que se desoculte fique desocultado, que aquilo que se revele fique revelado. Conhecer uma perspectiva da realidade não é iludir-se acerca dela. O erro só acontece se o todo for tomado pela parte. Conhecer uma parte de um todo é tão real quanto conhecer todas as partes desse todo. Tem apenas uma diferença quantitativa e, eventualmente, qualitativa, já que o todo pode ser mais que a soma das partes. Mas não deixa de ser conhecimento por isso.

Em suma: O perspectivismo é um conceito de síntese entre construtivismo e positivismo crítico. A realidade psíquica presente e passada é apreensível pelo sujeito cognoscente. Sobre ela é possível emitir juízos verdadeiros. Mas essa apreensão é sempre parcial, é sempre limitada pela subjectividade inerente ao acto de conhecimento. Apenas uma perspectiva da realidade é cognoscível, aquela que a subjectividade do «observador» permite. Conhecer é um acto relativo, não absoluto, mas é conhecer...

Intersubjectividade

A intersubjectividade define o meio de aceder a essa cognição segundo uma perspectiva. Mais uma vez se faz sentir o apporto do construtivismo. A subjectividade do observador psicoterapêutico acima referida, que condiciona o conhecimento segundo uma determinada perspectiva, não se constitui independentemente do outro que se quer conhecer e da relação entre ambos estabelecida.²⁵ Sendo o outro um sujeito e sendo o seu conhecimento estabelecido através de uma relação, esta condicionará a subjectividade daquele que o quer conhecer. A perspectiva segundo a qual a realidade do psiquismo do paciente/objecto fica a conhecer-se não depende apenas da natureza da subjectividade do analista/psicólogo; depende da *interacção* que as duas estabelecerem, da influência que mutuamente exercerem. A perspectiva alcançada é uma *construção* conjunta, depende dos seus operários e da reactividade que mutuamente provocarem.

A função da intersubjectividade na construção da perspectiva pode ainda ser entendida noutra acepção. A intersubjectividade é igualmente o *diálogo* que se estabelece dentro de uma comunidade científica (Orange, 1992), diálogo que, pela troca de perspectivas, permite a construção de uma perspectiva maior ou, se

²⁵ «Such a perspectivism realism recognizes that the only truth or reality to which psychoanalysis provides access is the subjective organization of experience as understood in an intersubjective context »(Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987, cit. in Orange, 1992, p.196).

quisermos relativizar, própria e única. Toda a perspectiva é construída de um modo dialógico, primeiro com o sujeito que se quer conhecer, depois com os textos assimilados ou consultados para esse efeito, e em último com aqueles pares – colegas, supervisores, amigos – que com as mesmas questões se debatem ou acerca das quais foram questionados.

A intersubjectividade que caracteriza a constituição da perspectiva coloca-nos perante a sua relatividade – se outro fosse o psicoterapeuta... se noutra momento existencial nos encontrássemos... etc. -, mas tal como vimos, numa acepção parcial, tal não impede a sua realidade, o seu *valor de verdade*.

Conclusões Epistemológicas

O psicoterapeuta que queira ter em linha de conta os dados mnemónicos que o paciente apresenta e recupera do seu passado deve estar consciente das implicações epistemológicas desse acto. Deve encontrar-se de *prevenção epistemológica* e jamais cair na primária tentação do senso-comum colocando a memória fora do regime da *suspeição esclarecida*.

Se adoptar a perspectiva construtivista e o modelo da coerência, o passado que o paciente lhe traz deve ser entendido, por princípio, como fruto de uma criação intersubjectiva que, em termos de conhecimento, só é relevante para entender o presente do psiquismo do paciente – são *as memórias como sintomas* – e, numa perspectiva mais radical como a de Ogden (1994), só é relevante para entender a natureza da relação estabelecida entre o analisando e o analista.

Se o psicoterapeuta adoptar a perspectiva epistemológica do positivismo crítico e o modelo da correspondência, pode, com a devida precaução crítica, aceitar por princípio a possibilidade de acessar esse passado, e utilizar os conhecimentos adquiridos para interpretar o presente e desse modo procurar dissolver os núcleos patológicos do paciente.

Em último lugar, se a sua posição for a de síntese, a do perspectivismo realista intersubjectivo, deverá prestar particular atenção à natureza da relação psicoterapêutica que permitiu a emersão de determinados conteúdos mnemónicos, mas tomará como princípio epistemológico a possibilidade de acessar a verdade do passado psíquico do paciente, ainda que sob uma determinada perspectiva, sem o cunho absoluto e sem limites que a posição do positivismo crítico poderia defender.

Em suma, e numa perspectiva meramente epistemológica – que, no decurso do trabalho, outros dados mais positivos virão a confirmar – a questão da memória

em psicoterapia nunca deve ser entendida de um modo inocente. A tomada de posição conceptual é necessária e a referida prevenção epistemológica indispensável.

Memória, Verdade e Psicoterapia: A questão Científica

Delineados os vários quadros com que a contemporaneidade nos permite pensar o conhecimento numa Ciência Humana como a Psicologia, e demonstrada a relevância de tal reflexão para correctamente posicionar a inter-relação entre memória e psicoterapia, importa agora pensar a questão com os dados resultantes de outras fontes de investigação seleccionadas para o efeito. Como referido anteriormente destaca-se, como nota introdutória e pano de fundo, a contribuição da antropobiologia evolutiva e, principalmente, a psicologia cognitiva coadjuvada pelas neurociências.

A Memória numa Perspectiva Evolutiva

Mais de um século depois de Darwin e da extraordinária *Origem das Espécies* (s.d.) ainda não parece ter sido aceite por inteiro, na consciência do Ocidente, a percepção da evolução. A noção insofismável de que todos os elementos do corpo e da psique humanas estiveram submetidas ao inexorável princípio da «adaptação ou extinção» (Morris, 1989; Alcock, 1998; Damásio, 2000a), ainda não é clara para todos os que se posicionam na perspectiva espontânea do senso-comum. Quanto muito, poderíamos dizer que é bastante claro que aquilo que concerne ao corpo dependeu de um longo processo que o moldou na sua estrutura e forma. Mas se tal é evidente quando pensamos na estrutura da mão, na dimensão do crânio e na postura erecta, o mesmo não se passa quando interrogamos a forma das nádegas, dos seios e dos lábios. Consistentes hipóteses evolucionistas (Morris, 1989) ainda são para nós bizarras que afastamos com o desdém e o susto daquilo que consideramos *non-*

sense. Assim, a hipótese de que a forma cheia dos seios resulte da mudança da posição da cópula do hominídeo a partir do período em que se estabelece a linguagem - assemelhando-os assim às nádegas e tornando-os um atrator sexual - e a hipótese de que a perda da pilosidade corporal resultaria do desenvolvimento da sexualidade humana e da procura de zonas mais erógenas que estimulassem o comportamento monogâmico quando ele se revelou importante para a espécie (Morris, 1989), tudo isto são possibilidades teóricas bem fundamentadas que não aceitamos sem uma hesitação levemente repugnada.

Quanto àquilo que diz respeito ao psiquismo e ao comportamento do homem, a ideia da dependência evolutiva e adaptativa de muitos comportamentos e estados psicológicos é-nos estranha, tal como nos é estranha a semelhança comportamental e psicológica entre o homem e os mamíferos, nomeadamente os primatas. Mas as evidências estão aí e os estudos sucedem-se a reforçarem-se mutuamente, nomeadamente os que incidem sobre os comportamentos de vinculação.

Ainda assim continua a ser quase contra-intuitivo, não espontâneo e contrário ao senso-comum epistemológico procurar na análise da evolução uma primeira abordagem e uma primeira leitura de um determinado fenómeno psi que queremos estudar. Contudo, julgo-o necessário, nomeadamente no que à memória diz respeito, em sintonia com Ruiz Vargas, no seu exaustivo estudo *La Memoria Humana* (1994).

A memória humana é, com efeito, um dos *produtos psi* da evolução (Schacter, 2000). A par das outras faculdades da mente (Damásio, 2000a) também ela esteve submetida ao princípio da «adaptação ou extinção», sendo o fruto da necessidade de responder às exigências do meio, potenciando a sobrevivência e evoluindo em função da interação estabelecida e dos resultados obtidos. A memória é pertença dos organismos mais simples (Ruiz Vargas, 1994) e potencia a adaptação porque permite a utilização da informação resultante da experiência para antecipar as

respostas do meio e assim evitar o perigo e reforçar os comportamentos bem sucedidos.

Para além deste aspecto que obriga a reflexão sobre a memória a ter sempre em conta a sua génese para compreender a sua natureza e a sua *performance*, há a destacar um outro que penso de vastas implicações para as temáticas em discussão: No princípio toda a memória é apenas implícita. Tal significa que no processo da evolução a consciência é posterior à memória (Ruiz Vargas, 1994; Damásio, 2000a), ou seja, a existência da memória e a sua utilização no dia a dia não depende de uma consciência que a vigie e manipule. Sabemos igualmente que a consciência é uma mais valia evolutiva que potencia as possibilidades de sobrevivência (Damásio, 2000b), mas que a mesma não é necessária para os processos de armazenamento e recuperação, inclusive nos casos em que falamos de memória de longa duração - MLD - (Ruiz Vargas). Tal é verdade em seres dotados de consciência como nós, o que nos permite pensar que assim terá sido para o antepassado do homem ainda desprovido de consciência. Por outro lado, que a memória tenha sido no início apenas implícita, podemos concluí-lo igualmente do argumento apresentado acima, o de que os corpos mais simples como os protozoários com ela estão dotados (Ruiz Vargas). Além disso, vários estudos (Squire, 2000) apontam claramente para a possibilidade de serem diferentes as estruturas neurológicas que suportam as memórias implícita e explícita, o que reforça a presente hipótese.

Qual a relevância para a psicoterapia?

Como vimos acima, muitas das escolas psicoterapêuticas consideram a recuperação do passado, a sua revelação à luz da consciência como condição necessária, e por vezes suficiente, de um efectivo resultado terapêutico. Contudo, o facto de sabermos que as nossas antigas estruturas da memória – ainda presentes no homem contemporâneo – foram criadas e mantêm-se independentemente da consciência, permite-nos colocar a questão: Estará a memória humana preparada

para recuperar aquelas memórias que, possivelmente, existem dentro de si a nível implícito, que têm um efeito patológico a nível da saúde mental, e que são por isso traumáticas? Estará a memória desenvolvida/construída para o permitir? As horas infinitas em que, por exemplo através de uma psicoterapia clássica de carácter analítico, se tente encontrar as causas históricas de comportamentos ansiosos, obsessivos, aditivos, poderão ter elas como pressuposto uma possibilidade com que a evolução não nos dotou?

A questão é pertinente porque, a um nível básico de funcionamento, a memória implícita é o bastante para potenciar mecanismos de fuga e de aproximação a objectos de que a memória consciente não guarde registo (LeDoux, 2000). E sabendo nós a importância que tem o esquecimento como processo potenciador do funcionamento da memória e como mecanismo adaptativo (Ruiz Vargas, 1994), porque não colocar a hipótese de que mesmo em organismos dotados de consciência, a memória de certos acontecimentos traumáticos tem um armazenamento apenas a nível implícito, evitando assim à consciência a vivência de imagens, sons e cheiros de carácter doloroso e difícil? Em termos adaptativos, as emoções de agrado ou aversão perante um certo estímulo poderão ser suficientes ou mesmo as ideais para estar correctamente em interacção com o meio. O stress pós-traumático de que sofrem alguns combatentes mostra o funcionamento desadaptativo deste mecanismo – por ex., lançar-se para o chão após um ruído violento e inesperado – mas mostra igualmente, pela rapidez da sua resposta, a sua utilidade em situações de perigo real em que o processamento da resposta tem que ser o mais rápido possível (LeDoux).²⁶

Assim, a hipótese de que muitas memórias só sejam acessíveis através das respostas emocionais que certas situações, objectos ou seres despertam, permite-nos questionar a validade de muitas psicoterapias centradas apenas na procura de *insight*

²⁶ A hipótese de que os acontecimentos profundamente traumáticos poderão ter, em alguns casos, um armazenamento apenas implícito por disfunção do hipocampo durante os mesmos (LeDoux, 2000), foi apresentada no início deste capítulo e pode ser tida em conta dentro desta problemática.

sob o passado, e pensar, como acima veremos, que a suposta descoberta de relação de causalidade entre o passado e o presente pode ser fruto exclusivo da sugestão e da integração, por parte do paciente, dos quadros conceptuais e teóricos do psicoterapeuta. E tal hipótese ainda nos pode levar a pensar que a relação de causalidade supostamente descoberta entre uma memória recuperada e um sintoma patológico, descoberta muitas vezes curativa, não demonstra, pelo seu poder terapêutico, a sua verdade objectiva, mas eventualmente a necessidade humana de compreender e explicar os fenómenos em geral, em particular os mais próximos, os psíquicos. Não é só a natureza que tem horror ao vácuo, mas também a mente, que lida dificilmente com os «buracos negros» que descobre na sua relação com o real (Lakoff & Coyne, 1993, citado por Laurence, Day & Gaston, 1998; DuBreuil, Garry, & Loftus, 1998).

O acima dito não nega de modo algum o efeito terapêutico do verdadeiro *insight*, ou até a sua efectiva possibilidade, que certamente existe em inúmeros casos. Apenas questiona a sua possibilidade absoluta e toda a psicoterapia que a aceite como tal.

«As memórias»: *Recuperação ou recriação?*

Como funciona a memória? Aquilo a que chamamos de memórias, isto é, o conteúdo da memória tornado consciente, consiste na *recuperação* de um vestígio do passado que ficou gravado nas suas estruturas, ou, pelo contrário, isso a que chamamos memórias não é mais do que a *recriação* de uma vivência do passado do qual se guardou uma forma algo abstracta, um leve esboço, um esquema?

Esta questão é importante para o objecto desta tese de mestrado, a Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência, pois caso a memória

funcione no registo da recuperação podemos ter uma expectativa favorável quanto à realidade vivencial das memórias que emergem em psicoterapia. Caso o registo seja o da recriação, muito mais dúvidas poderemos legitimamente apresentar face aquilo que emerge do passado, não tanto porque seja falso à partida, mas porque estará bem mais sujeito a todos os processos de reconstrução, de recoloração, de reescrita do acontecido, não apenas a nível consciente, mas involuntário, inconsciente. Claro que esta discussão, particularmente pertinente a nível das memórias que emergem em psicoterapia, não deve levar-nos a cair no extremo da suspeição, e desacreditar a memória humana como incapaz de grande fiabilidade numa multidão inumerável de circunstâncias do dia a dia ou em outras em que é posta inequivocamente à prova (Schacter, 2000). Só a sua lesão por acidente ou doença, ou a sua degenerescência devido à idade, nos dá, por vezes, a noção exacta da relevância e do grau elevado de fiabilidade que possui uma memória normal e saudável.

O Problema do Esquecimento

Antes do desenvolvimento das questões apresentadas considero necessário referir brevemente a *questão do esquecimento*. Aparentemente trata-se da mesma questão, mas tal não é verdade, já que o esquecimento pode ser entendido como aquilo que a memória «perde» ou não consegue recuperar, e o tema deste capítulo prende-se com a natureza daquilo que a memória consegue trazer à consciência.

Muitos temas são relevantes ao discutir em geral a problemática do esquecimento, mas pretendo circunscrever o âmbito desta abordagem a dois, relevantes para a análise do binómio psicoterapia e memória: As *amnésias históricas* e a questão de saber se as vivências esquecidas estão *perdidas* ou, simplesmente, não

podem ser *acessadas* por ter desaparecido o caminho para elas. Outras questões interessantes, mas não essenciais aqui, são as relativas aos mecanismos *retroactivos* e *proactivos* de interferência na memória, a relevância de factores como a *atenção*, a *emoção* e a *motivação* na capacidade de retenção, e o *estado*, o *contexto* e o *humor* na capacidade e natureza da recuperação dos conteúdos mnemónicos (Ruiz Vargas, 1994; Baddeley, 1999; Schacter, 2000).²⁷

O exemplo da *amnésia histérica* é relevante para salientar a importância da psicodinâmica no funcionamento da memória. Apresentada deste modo a ideia parece banal já que a obra freudiana conta um século entre nós, mas a verdade é que só recentemente se atingiu uma massa crítica de estudos experimentais que nos dão conta da sua validade empírica, nomeadamente a nível da amnésia decorrente de crimes violentos (Baddeley, 1999) e, com Beck, a nível da psicodinâmica dos estados depressivos e ansiosos (Williams, 1992; Baddeley, 1999).

Entendendo a amnésia histérica como o processo em que o esquecimento de uma vivência ou de um conjunto de vivências se deve à sua associação a um facto traumático de intensa carga emocional, vemos o quanto a memória responde a mecanismos inconscientes e involuntários que poderíamos genericamente chamar de *defesa do eu*. Descoberta por Charcot através da aplicação de técnicas hipnóticas a pacientes com sintomas histéricos, e teorizada profundamente por Freud, é aceitável pensar que a evidência da amnésia histérica é substancialmente responsável, na história da psicoterapia, pela investigação arqueológica que presidiu a infinitas psicanálises e a mais processos terapêuticos orientados pela pressuposição de que por

²⁷ A questão da emoção, da motivação e do contexto são analisadas nos subcapítulos *Memória e Estados Modificados de Consciência* e *O «síndrome das falsas memórias» e a sugestão*, e na *Discussão*.

detrás dos comportamentos patológicos, das «*neuroses*», existiriam memórias recalçadas a contaminar todo o psiquismo.²⁸

Em segundo lugar, como acima referido, é relevante analisar o que é esquecimento e o que é a incapacidade para recuperar o que efectivamente está guardado na memória mas que não conseguimos acessar. Por outras palavras, quando afirmamos ter esquecido algo – excluindo aqui a hipótese de uma amnésia de natureza histérica – o vestígio dessa vivência ou conhecimento desapareceu ou mantém-se algures ainda que inacessível por termos perdido a rota mnemónica que nos poderia levar até ela?

Esta questão não parece ter resposta cabal, o que nos permite um posicionamento em qualquer um dos lados do espectro, isto é, defendendo que na verdade perdemos grande parte da informação relativa às nossas vivências internas ou externas como os estudos de Ribot (1881), Loftus & Loftus (1980) e Underwood (1983; citados por Ruiz Vargas, 1994) indicam; ou que, pelo contrário retemos tudo, adquirindo traços mnemónicos do vivenciado como apontam os estudos de Shiffrin & Atkinson (1969), Hintzman (1986) e Ratcliff & McKoon (1988; citados por Ruiz Vargas) entre outros.

Na impossibilidade de uma resposta definitiva, podem apresentar-se dados de natureza oposta para a sua discussão. Os primeiros são relativos à nossa efectiva experiência de esquecimento quotidiano, sobretudo a nível da memória de trabalho: Qual o número telefónico que marcámos à pouco? Este esquecimento parece-nos natural em função da infinidade de pormenores que passam pela nossa *memória de trabalho* e que se ficassem retidos ocupariam um vastíssimo conteúdo mnemónico. Por outro lado sabemos o quanto o esquecimento é importante para a manutenção em

²⁸ Apesar de serem, as amnésias históricas, um facto inquestionável da psicologia e da psiquiatria, veremos no subcapítulo *O «síndrome das falsas memórias» e a sugestão*, a complexidade inerente à utilização deste conceito na prática clínica.

bom estado da memória (Ruíz Vargas, 1994), sendo inclusive aceitável a hipótese de que o sonho é um mecanismo psíquico através do qual a memória selecciona as informações relevantes e elimina as secundárias (Ephron & Carrington, 1966; Crick & Mitchison, 1983, 1986; citados por Ruiz Vargas).

A nível das neurociências, Ledoux (2000), como vimos, estabelece a hipótese, com base experimental, de que certos dados vivenciais que consideramos esquecidos não são sequer depositados na memória explícita, nomeadamente dados relativos a vivências debaixo de stress emocional intenso, por provável disfunção do hipocampo durante o processo. Com efeito é credível pensar-se que algumas memórias de longa duração – especialmente as que decorrem de vivências com componentes ansiosos - dependem de um equilíbrio químico estabelecido no cérebro entre o hipocampo e a amígdala. Em caso de stress intenso ligado à experiência do medo, a sobreprodução de químicos neuronais pela amígdala não consegue ser equilibrada pela produção do hipocampo, que se tornaria disfuncional, impedindo a formação de memórias de longa duração de natureza explícita que dele parecem depender, mas permitindo a formação de memórias de longa duração de natureza implícita que não necessitam do hipocampo para se estabelecer. É a divisão da memória em dois sistemas, o implícito e o explícito – podendo-se considerar o implícito como memória emocional -, que permite este tipo de conclusões (Ledoux, 2000).

Com isto se explicariam algumas amnésias históricas e a maioria das que são concomitantes a quadros de stress pós-traumático. Para Ledoux (2000), a recuperação de memórias traumáticas que, com o tempo, muitas vezes parece acontecer, traduziria o resultado de um processamento de alguns fragmentos dispersos através da reconstituição, com material proveniente de outras vivências, dos espaços em branco entre eles.

Outro tipo de dados contesta as conclusões que do anteriormente dito se poderiam retirar. A título de exemplo, podemos citar Penfield (Baddeley, 1999), neurocirurgião e investigador que, ao activar electricamente determinadas zonas cerebrais no decurso de cirurgia cerebral sem anestesia geral, provocou flash-backs intensos e vividos com uma total riqueza de pormenores, pormenores de todo esquecidos da actividade consciente.²⁹ Por outro lado, Damásio (2000a) relata o caso de dois pacientes com *amnésias retrógradas* na sequência de acidentes graves que constataram o desaparecimento completo de blocos significativos da sua memória. O que torna os casos relevantes neste contexto, é que, pelo menos num dos casos, o paciente regrediu para a idade intelectual, emocional e experiencial dos catorze anos, tendo ressuscitado dentro dele um eu à muito esquecido – pensaríamos até que desaparecido -, que olhava os carros como naves espaciais, que não sabia utilizar os mais corriqueiros electrodomésticos contemporâneos, que queria saber como estavam os resultados dos campeonatos desportivos desse ano do princípio da adolescência – dos quais se lembrava de muitos resultados dos anos imediatamente anteriores -, e que, pasme-se, mostrou toda a inabilidade e constrangimento ao tentar retomar a vida sexual com a mulher que fora sua décadas a fio.³⁰

Também interessante para a questão, é a revisão de alguns dados acerca da recuperação da memória em estado de hipnose.³¹ Embora muito mais sujeito à sugestão e mais capaz de produzir falsas memórias (Spiegel, 2000), e ainda que sem aceitação judicial, o paciente hipnotizado tem uma inequívoca capacidade de recolher pormenores de vivências que em estado vígil considera desaparecidas –

²⁹ A intensidade da suposta recuperação de memória provocada por Penfield não é prova suficiente da sua veracidade, como Schacter (2000) lucidamente adverte. Mas a descoberta não deixa de ser relevante para a discussão em causa.

³⁰ Casos semelhantes estão igualmente descritos em Treadway, McCoskey & Gordon, 1992 .

³¹ Sobre o comportamento em geral da memória sob EMC, particularmente sob hipnose, é dedicado, neste capítulo, o subcapítulo *A memória sob Estado Modificado de Consciência*.

apesar de não existirem evidências de que a hipnose consiga recolher mais informação que um inquérito bem conduzido de tipo cognitivo (Geiselman, Fisher, Mackinnon & Holland, 1985; Baddeley, 1999; Spanos, 2001). Esta afirmação parece sem relevo aqui, mas tal não é verdade se considerarmos as experiências regressivas em estado hipnoidal que realizam alguns pacientes ao momento do parto. Embora se possa colocar sempre a hipótese da efabulação, e não se possa dizer se o paciente está a rememorar ou se realiza uma pura viagem no imaginário induzido pelo psicoterapeuta (Baddeley, 1999; Schacter, 2000), alguns detalhes evocados vêm a ser confirmados posteriormente por familiares ou testemunhas, e uma despistagem de possíveis enviesamentos não permite encontrar outra explicação para o fenómeno que não radique na efectiva capacidade do recém nado reter informação, ou na obtenção de informação por meio paranormal (Mário Simões, comunicação pessoal).³² Estes dados, outros recolhidos em estado hipnoidal nomeadamente relativos a vivências intra-uterinas (Weiss, 2000) e outros ainda presentes na prática clínica, contrariam os actuais conhecimentos neurológicos e psicológicos que apontam a dificuldade de retenção mnemónica – ou sua recuperação – em seres com as estruturas cerebrais, a linguagem e os quadros conceptuais ainda não desenvolvidos. Eles apontam para a possibilidade, entre outras, da existência de um suporte mnemónico extra-cerebral, possibilidade não contida no paradigma vigente em Psicologia.³³

Em termos psicoterapêuticos, o desconhecimento relativo da natureza do esquecimento – e sem considerarmos a problemática da recuperação *versus* recriação

³² No estado actual de conhecimentos em psicologia e neurologia qualquer memória que recue para lá dos dois anos de idade é considerada provavelmente falsa. A idade a partir da qual, probabilisticamente, se podem reportar memórias credíveis é entre os 36 e os 48 meses de idade (DuBreuil, Garry & Loftus, 1998; Malinoski, Lynn & Sivec, 1998; Schacter, 2001).

³³ Para maior desenvolvimento desta questão, ver *Possibilidades Excepcionais da Memória*, neste capítulo.

-, as possibilidades que deixa em aberto, permitem uma prática clínica que, mesmo sem ter o seu foco aí, tenha sempre como horizonte *possível* a recuperação de traços mnemónicos à muito perdidos, pelo menos parcialmente.

Reprodução *versus* Recriação

Retomemos agora a problemática central deste capítulo: Aquilo a que chamamos memórias são reproduções do vivido – do vivido entendido na pluralidade das suas dimensões interna e externa - ou, pelo contrário, são uma criação do psiquismo humano fundamentada num conjunto vasto de materiais, uma parte deles oriundos da vivência, da experiência?

Como vimos, esta questão não é de somenos importância num contexto psicoterapêutico. Se pudéssemos estabelecer a impossibilidade de recuperar o passado numa dimensão de real correspondência entre a realidade e o intelecto (*adaequatio rei et intellectus*) teríamos que concluir que, formalmente, qualquer prática psicoterapêutica deve estar desligada objectivamente do ensejo de *arqueologia da memória*, mas vocacionada apenas para interpretar as memórias como sintomas, como reflexos do psiquismo do paciente ou da relação paciente/analista (Ogden, 1994). Contudo, vários estudos (Loftus & Loftus, 1980; Yapko, 1994; Garry, Loftus, Brown & DuBreuil, 1997; citados por Payne & Blackwell, 1998) mostram que a grande maioria dos psicoterapeutas acredita que a memória dos acontecimentos traumáticos fica retida algures na memória e que pode ser recuperada através de técnicas especiais como as da hipnose. É o *Myth of Total Recall* (Loftus & Ketcham, 1996).

Durante a discussão epistemológica destas questões defrontamo-nos com a posição das escolas construtivistas. Vimos que, no seu entender, todo o saber é construído, isto é, todo ele tem a marca do contexto em que é gerado, e dos intervenientes no seu processo, o que lhe retira qualquer pretensão de objectividade e de valor absoluto, pois o saber nunca reproduz a realidade, mas uma realidade filtrada pelos condicionamentos espacio-histórico-económico-culturais, etc., e pela subjectividade particular daqueles que a tentam reproduzir. Assim, um sujeito que a si próprio se tome como objecto, constrói um saber acerca de si mesmo – acerca do seu estado presente ou do seu passado -, que será sempre dependente de um conjunto de variáveis que o obrigarão a relativizar o discurso e a coloca-lo entre parênteses.

A perspectiva construtivista aproxima-nos, portanto, da hipótese da memória como recriação, mas foi Francis Bartlett, nos anos trinta do século passado quem a colocou consistentemente e fora do quadro das discussões epistemológicas. Bartlett foi pioneiro de uma linha de investigação numa época em que escasseavam os dados sobre a distorção da memória, apesar de já em 1883 Ebbinghaus ter estudado a memória e os seus erros (Schacter, 2000).

Bartlett, psicólogo britânico que veio a ser nobilitado, defendeu, com evidências empíricas, que não evocamos fac-símiles da realidade, imagens *polaroid* do vivido, mas tão só uma *gestalt*, uma forma mais ou menos abstracta que depois colorimos e preenchemos de um modo criativo com outros materiais igualmente guardados na memória. A memória funcionaria por *esquemas*, correspondendo cada esquema a um tipo de experiência do real, com as suas coordenadas marcantes mas sem as especificidade dos casos particulares, esquemas que presidiriam ao armazenamento de cada um dos novos materiais da experiência, que assim ficariam guardados apenas nos seus traços principais, isto é, esquemáticos (Baddeley, 1999; Damásio 2000a, 2000b; Ledoux 2000; McClelland, 2000; Schacter, 2000).³⁴ Esta

³⁴ A posição de Bartlett foi solidamente fortalecida pela investigação posterior de Neisser de 1967 (Schacter, 2000).

posição é a do próprio António Damásio (2000a). Damásio argumenta com base na quantidade de material que o cérebro teria de armazenar caso retivesse imagens fotográficas de todo o vivido – seria uma quantidade incomportável, principalmente se compararmos a capacidade de retenção do cérebro a um armazém ou à memória de um computador. Utiliza igualmente o argumento da acromatopsia, doença neurológica que torna impossível a faculdade de visualizar mentalmente a cor. Aquele que sofre de acromatopsia consegue visualizar e trazer à consciência a forma, a consistência, a utilidade e todas as demais características de um objecto – de um fruto, por exemplo – mas não consegue visualizar a sua cor. Se a imagem do fruto estivesse guardada na sua memória e fosse «ressuscitada» simplesmente, este efeito da doença não se faria sentir, estando a cor presente ao lado das outras características do objecto. Assim, um acromatopsico, tal como sonha a preto e branco, também recorda a preto e branco todas as vivências coloridas da sua vida, mesmo as vivências que ocorreram antes do aparecimento da doença.

Para Bartlett, Neisser, Damásio entre outros, o que é guardado na memória de um particular acontecimento vivenciado é apenas uma cópia algo vaga que se transforma num meio para reconstruir uma imagem ou uma sequência de imagens. Isso está de acordo com os estudos realizados para analisar comparativamente uma mesma história narrada por um mesmo narrador em momentos diferentes do tempo, pela nossa experiência individual de contar uma história com diferentes pormenores em ocasiões diferentes, e até pela própria tradição popular que afirma que «Quem conta um conto acrescenta um ponto», como se não pudessemos reproduzir mas apenas recriar. Inclusive a própria recordação que possuímos de rostos de pessoas que morreram e que conhecemos extremamente bem, torna-se vaga e levemente idealizada, sendo comum a necessidade de ir recuperar a uma fotografia as características precisas desse rosto. O conteúdo da memória torna-se assim, composto pelo conteúdo do rosto da fotografia mais o conteúdo da vivência, num todo compacto em que dificilmente se podem destringir as diferentes fontes da

informação. É assim clara a hipótese de que parte do conteúdo da nossa memória é constituído não pela memória das vivências mas pela memória das nossas recordações dessas vivências, que sucessivamente alterariam o registo inicial (Baddeley, 1999), criando uma imitação de uma imitação, cada vez mais distante do modelo inicial, como o teorizou Semon, contemporâneo de Bartlett (citado por Schacter, 2000).³⁵

O Síndrome das Falsas Memórias e a Sugestão

A complexificar substancialmente a questão da verdade e da memória em psicoterapia encontramos a já extensa problemática das falsas memórias e a não menos extensa problemática da sugestão a elas associada: E se a memória, para além de recriar os conteúdos que trás à consciência, criasse conteúdos de todo falsos apesar de uma total aparência de verdade? Aparência plena de verdade na óptica do observador, o psicoterapeuta, que observa dor e intensas manifestações somáticas na recuperação de tais supostas memórias; aparência plena de verdade, igualmente, para o sujeito dessas supostas recuperações, o paciente que, em plena consciência, pelo menos durante o período da vivência, atribui a essas supostas memórias toda a autenticidade que o seu espírito concebe, muitas vezes sem ponderar a menor dúvida.

³⁵ Estudos, por exemplo de Roediger, Wheeler & Rajaram (1993), apontam para a efectividade das teorizações de Semon (citado por Schacter, 2000).

O Síndrome das Falsas Memórias e outros *Recovery Memory Work*.

O síndrome das falsas memórias é uma expressão criada por Kihlstrom (1998) para designar um surto de alegadas memórias de abuso sexual que foram supostamente recuperadas em ambiente psicoterapêutico partir do início dos anos 80, sobretudo nos EUA.

Hoje, passadas duas décadas, e num momento em que o fenómeno já decaiu de modo substancial (Schacter, 2001), é possível uma análise relativamente imparcial e solidamente fundamentada, descobrindo-se inestimáveis informações acerca do mecanismo surpreendente da memória humana.

Contudo, o preço a pagar nos EUA foi muito elevado. Os processos em tribunal que se seguiram a estas psicoterapias que obtiveram a designação genérica de *recovery memory work*³⁶ foram inumeráveis, com avultadas indemnizações pagas pelos réus - os pais -, acusados de abusos sexuais que quase sempre negaram, chegando-se, num dos casos mais conhecidos, a uma condenação de vinte anos de prisão efectiva (Loftus & Ketcham, 1996). A extensão do fenómeno fica bem patente na análise das alterações legislativas ocorridas na quase totalidade dos estados norte-americanos de modo a permitir que semelhantes acusações fossem levadas a julgamento sem a presença de testemunhas que atestassem as alegações dos queixosos (Ofshe, 1996).

Posteriormente, e à medida que o fenómeno começava a ser bem conhecido, os tribunais voltaram a abrir as portas no contexto do síndrome das falsas memórias, mas agora para receber as queixas dos pacientes contra os psicoterapeutas. Estes, viram-se acusados de promover a criação de falsas memórias através da sugestão verbal e da criação de um ambiente psicoterapêutico a elas propício, tendo as indemnizações alcançado o montante de 2,7 milhões de euros (Ofshe, 1996).

³⁶ Parece ter sido D. Stephen Lindsay (1998) a introduzir esta expressão em 1993.

Neste percurso, com ou sem acções judiciais, e sem negar a verdade de algumas memórias recuperadas por este processo e, muito menos, a verdade do abuso sexual de menores pelos próprios progenitores, foi gerado um sofrimento psíquico de proporções impossíveis de calcular. Uma das três vertentes deste sofrimento está nos próprios pacientes que, como supostos filhos da pais abusadores, se encontraram, em alguns casos, inundados por memórias de violência sexual por dias, meses, e anos sem fim, com toda a dor a elas associada, dor acrescida pela conseqüente confrontação com os pais - uma das técnicas psicoterapêuticas do *recovery memory work* - ou pelo afastamento da família de origem, outra das técnicas utilizadas (Loftus & Ketcham, 1996).

A segunda dimensão é a dos acusados, um dos progenitores, normalmente o pai, ou os dois, um pelo papel activo, o outro pelo papel passivo (Loftus, 1993; Loftus & Ketcham, 1996). Como veremos pelo exemplo do caso Ingram, um pai sem memória pessoal de tais abusos, cidadão respeitado dentro da sua comunidade, com responsabilidades públicas e sem passado criminal, já em plena maturidade, vê-se acusado por uma das filhas adultas, na crise da meia idade, daquilo que jamais pensou cometer ou ter cometido.

Embora nem todos os casos tenham tido um desfecho trágico como o anterior, nem passado pelos episódios rocambolescos que a seguir serão descritos, este caso permite-nos antever sumariamente o que terá sido o drama de muitos pais norte-americanos que, sentindo-se inocentes e, até, pais dedicados, se virão acusados do que poderão ter sentido como a última das infâmias.

O seu drama, e esta é a terceira vertente da espiral da dor psíquica desencadeada pela suposta recuperação de memórias de abuso sexual, repercutiu-se seguramente por toda a família, com a mãe e os irmãos a terem que se posicionar de um dos lados do espectro, tendo-se gerado a suspeita, a desconfiança, a acusação, toda uma panóplia infernal que incendiou a existência de muitas famílias de percurso relativamente tranquilo até então.

Outros Tipos de Recovery Memory Work

O período temporal do aparecimento do síndrome das falsas memórias de abuso sexual, os anos 80 e 90, é coincidente com que viu nascer outros tipos de recovery memory work.

É o caso do *ritual abuse*, isto é, das supostas memórias de ser vítima precoce de cultos satânicos, outra epidemia que igualmente alastrou pelos EUA, embora sem as proporções da anterior. Os pacientes recuperaram supostas memórias de ter estado envolvidos contra vontade em rituais desta natureza, sendo submetidos a práticas que fazem parte do arsenal de técnicas de magia negra, explicando assim a sintomatologia que traziam à consulta.

As proporções deste fenómeno parecem ter sido significativamente menores devido, provavelmente, à insuficiência de evidências empíricas de rituais como os descritos nas sessões ditas psicoterapêuticas, rituais que, para além das práticas mais macabras, envolviam crimes de sangue como a morte de bebés, etc. O seu conteúdo foi manifestamente reconhecido como falso em muitos casos devido à inexistência da mínima prova factual – rituais com tal dimensão teriam sempre deixado inúmeras marcas ao longo dos tempos. A sua existência será explicável, plausivelmente, por uma linha bem sucedida de pregação evangélica que se desenvolveu nos EUA, e que acentuava as temáticas demonológicas e escatológicas, inflamando com isso a imaginação dos seus crentes como, por exemplo, é o caso das Testemunhas de Jeová que nos EUA têm a sua origem. Com isto não se nega a existência de rituais com características semelhantes ou aproximadas, já antigos na história da civilização ocidental, e que fazem parte dos seus arquétipos simbólicos.

Igualmente sem a dimensão das supostas memórias de abuso sexual, mas concomitantes no tempo, são as memórias de abdução (Mack, 1994; Moura, no prelo). Sem querer desenvolver o tema mas antes salientar a extensão do fenómeno psicoterapeutico que teve como objectivo a exploração de supostas memórias traumáticas, pode-se referir que as memórias traumáticas de abdução por seres alienígenas também foram – e são - testemunhadas em ambiente psicoterapêutico, e recuperadas através de técnicas regressivas. Nelas vivência-se parte do imaginário associado ao fenómeno UFO, com visitas a naves espaciais e, sobretudo no aspecto traumático, vivenciam-se intervenções cirúrgicas de carácter experimental, em que os supostos seres alienígenas usam o corpo dos visitantes para o estudo da espécie humana, para realizarem experiências de cruzamento de raças, para colocarem implantes, etc. Ao contrário dos dois tipos de memória referidas anteriormente, as evidências factuais da falsidade de tais memórias são ainda mais difíceis de encontrar pelo carácter alienígena dos perpetradores da suposta violência.

A terminar, referência obrigatória às memórias de supostas existências pretéritas decorrentes das *Past Life Therapies*, temática intimamente ligada a esta tese de mestrado. Como se pode constatar no capítulo História da segunda parte desta dissertação, o seu desenvolvimento também se intensificou das duas últimas décadas do século XX, sendo, portanto, paralelo aos anteriores. No decorrer deste tipo de psicoterapias ou em psicoterapias simplesmente regressivas sob EMC, os pacientes relatam a recuperação de supostas memórias de existências pretéritas, com, muitas vezes, intensa vividez, emoção e pormenor (Lucas, 1996).

Ao contrário dos dois primeiros tipos de recovery memory work, este não se encontra em declínio, como o prova a realização em Junho de 2003 do primeiro Congresso Mundial na Holanda. Tem vindo, contudo, a sofrer múltiplas adaptações, libertando-se, em alguns casos como o de Portugal e do Brasil, da ligação formal e

intencional a existências pretéritas, assumindo-se como uma técnica de exploração da consciência através de um meio supostamente regressivo.³⁷

O Problema da Sugestão

No centro da polémica sobre o síndrome das falsas memórias de abuso sexual e sobre os outros tipos de memórias acima descritas que alguns classificaram de bizarras (DuBreuil, Garry & Loftus, 1998) está o problema da sugestão em psicoterapia. Entende-se por sugestão neste âmbito a influência exercida sobre o paciente pelo psicoterapeuta ou pelo contexto psicoterapêutico, no sentido de o conduzir de modo directo ou indirecto, explícito ou implícito, a adoptar os seus pontos de vista, quadros teóricos, concepções ideológicas, etc., condicionando com isso a sua memória.³⁸

Estudos citados por Craig (1991) apontam para o facto de que os progressos na psicoterapia dependem, em muitos casos, da adopção por parte do paciente dos pontos de vista do psicoterapeuta. Por outro lado, a dimensão de sucesso de uma psicoterapia pode ser medido, para alguns, pela extensão do insight ganho pelo paciente, que pode significar que ele «(...) overcomes “resistences” to viewing his or her biography in the light considered appropriate by the therapist (Frank, 1973)» (Spanos, 2001, p.7). Daí à criação de falsas memórias por via da sugestão o passo poderá ser pequeno.

³⁷ Mais detalhes sobre a técnica e a sua fenomenologia são extensamente apresentados na segunda parte desta tese de mestrado.

³⁸ Para uma definição englobante da sugestão, ver Schacter, 2001, p.113: «Suggestibility in memory refers to an individual's tendency to incorporate misleading information from external sources – other people, written materials or pictures, even the media – into person recollections.»

Para alguns autores (Ofshe, 1996; Kihlstrom, 1998; Spanos, 2001), Freud terá sido dos primeiros a implantar falsas memórias nos seus pacientes, pelo menos na fase da teoria da sedução - 1896 -, solicitando com insistência e veemência, que os pacientes recordassem acontecimentos da sua infância que se enquadrassem dentro da sua interpretação da sintomatologia: «Careful reviews of Freud's work suggest that the abuse memories he elicited were shaped by expectations he forcefully transmitted to patients, coupled with his belief that he could validly infer that abuse had occurred in the absence of any direct reports from his patients.» (Spanos, 2001, p. 76).

Sem o objectivo de polemizar as questões anteriores, é relevante considerar agora a possibilidade real de que os quadros teóricos e os modelos conceptuais do psicoterapeuta possam conduzir, por sugestão, o paciente a inventar memórias puramente fictícias, que nunca veriam a luz do dia se o psicoterapeuta não existisse ou fosse outro.

Esta possibilidade, que seria algo bombástica à vinte anos, de que o psicoterapeuta pode ser co-criador de memórias falsas, está solidamente fundamentada pela investigação de Nicholas Spanos (2001) e, sobretudo, de Elisabeth Loftus, desenvolvida nos Estados Unidos no contexto de um projecto – Repressed Memory Research Group – criado para fazer frente aos crescentes casos de acusação judicial de abuso sexual que nasceram dos divãs psicoterapêuticos (Loftus, 1993; Loftus & Ketcham, 1996; DuBreuil, Garry & Loftus, 1998; Lynn & McConkey, 1998; Nash, 1998).

Loftus recorre a sustentada investigação que mostra a possibilidade de criação de falsas memórias em geral – através, por ex., de uma leve sugestão numa pergunta de um interrogatório policial – e demonstra, em ambiente psicoterapêutico, a possibilidade de tal acontecer. Vários foram os casos «confirmados» de psicoterapeutas que sugestionaram claramente os seus pacientes a tornar-se convictos de que a sua problemática – por vezes incipiente - era relativa a problemas de abuso

sexual na infância ou de participação em rituais satânicos sem que disso houvesse a mínima memória pretérita, testemunha ou prova factual (Loftus, 1993, Loftus & Ketcham, 1996; DuBreuil, Garry & Loftus, 1998).

No cerne desta problemática esteve um livro, um best-seller, *The courage to heal*, que indicava uma vasta sintomatologia, das problemáticas sexuais à depressão ligeira ou às dificuldades de relacionamento interpessoal, como preditiva da existência de abusos sexuais na infância de todo suprimidos da memória consciente por clássicos mecanismos de defesa (Ofshe, 1994; Loftus & Ketcham, 1996). A inexistência de recordação era considerada normal, e a técnica, entre outros instrumentos, utilizava a sugestão explícita do psicoterapeuta com o objectivo de recuperar essas supostas memórias traumatizantes: «If you are unable to remember any specific instances... but still have a feeling that something abusive happened to you, it probably did.» (Bass & Davis, 1988, p.21; citado por Kihlstrom, 1998, p.21)

Um jornalista da CNN confirmou, anos mais tarde, que o processo era seguido à letra por muitos psicoterapeutas, ao submeter-se a uma consulta com uma especialista em abuso sexual que utilizava recovery memory work, na presença de uma câmara oculta. O procedimento acima descrito foi inequivocamente confirmado (Ofshe, 1994; Loftus & Ketcham, 1996).

Caso trágico, flagrante e significativo dos mecanismos envolvidos neste processo – que se narra aqui pelo seu carácter exemplar - ocorreu numa investigação de acusação de abuso sexual na infância, nos EUA, décadas após o mesmo ter supostamente acontecido, como é padrão nestes casos. Uma mulher adulta, filha de um cidadão com responsabilidades públicas e até então sem cadastro do género ou outro, acusa o pai de violação em criança com base em recordações recuperadas em divã psicoterapêutico. O mesmo nega-o veementemente por algum tempo mas, eventualmente, no temor de sofrer alguma perturbação de personalidade ou tentação demoníaca, ou por ser particularmente sugestionável, tenta realizar de boa fé a possível introspecção que o leve a encontrar na memória algum traço que justifique a

acusação. Apoiado por psicólogos ligados ao sistema judicial que o instaram a visualizar cenas de eventuais violações, a colocar-se dentro delas e a dinamizá-las, procurando avivar a memória desse modo, conseguiu construir um quadro completo que incluía o suposto homicídio de 25 bebês em rituais satânicos. Com o desenvolvimento do processo, o acusado confirma por escrito todas as acusações (Loftus, 1993).

A fraude involuntária e de boa fé é detectada por Ofshe, investigador extrínseco à máquina judicial, que se junta à equipa questionado por tão inesperada e prolífica recuperação de memória. O acusado, James Ingram, o pai supostamente responsável pelo abuso sexual da filha, é colocado perante uma nova acusação, esta seguramente fictícia, de que outros dos seus filhos, um rapaz e uma rapariga, igualmente o acusavam de abuso sexual, nomeadamente de os ter obrigado a manter relações sexuais à sua frente. Ele nega-a novamente e recusa-a liminarmente, mas volta a repetir o processo anterior. Apoiado por Ofshe tenta encontrar alguma imagem, algum som, algum cheiro guardado nos esconsos da memória (Loftus & Ketcham, 1996), e não só o consegue como, passadas algumas horas, escreve uma declaração completa de culpa, com os pormenores, os esquemas, a sequência, declaração certamente acompanhada pelo *pathos* próprio de um homem que se descobre – com a certeza absoluta de uma convicção interna – autor de novos crimes sexuais sobre os próprios filhos (Loftus, 1993).

Posteriormente, após ter redigido as mais improváveis confissões, quando aguardava o decurso do julgamento, e a agitação psicoterapêutica em seu torno se dissolveu, retirando-o de um estado que descreveu como de confusão mental (Loftus & Ketcham, 1996), Ingram negou validade a todas as supostas memórias que tinha recuperado. Para isso talvez tenha contribuído Ofshe e a evidência que lhe deu de que os relatos de memórias que tanto aval lhe mereciam, eram afinal, naquela caso, de todo falsas memórias. No dia da leitura da sentença, declarou solenemente jamais ter abusado das filhas: «I stand before you, I stand before God. I never sexually

abused my daughters. I am not guilty of these crimes...» (Loftus & Ketcham, 1996, p. 261). O juiz disso não se convenceu e condenou-o a vinte anos de prisão. Todos os recursos foram inúteis.

Este caso emblemático, por recorrer explicitamente a técnicas psicoterapêuticas, demonstra claramente o poder da sugestão e os perigos que lhe são inerentes. A famosa história do rapto de Piaget criança confirma-o noutros termos (Baddeley, 1999), rapto inexistente, mas que fazia parte das sólidas e inquestionáveis memórias de Piaget adolescente até ao engano ser revelado. Claras, sonoras e emocionantes memórias que existiam pelo simples facto de ter ouvido contar, desde criança, a história aos seus pais, também eles iludidos por uma ama que os envolveu numa teia de mentiras que só veio a confessar muitos anos depois.

Em suma, e por não se querer resumir todo o trabalho de Loftus, pode-se dizer que é inquestionável a possibilidade de que as memórias evocadas em psicoterapia sejam um efeito de voluntárias ou involuntárias sugestões do psicoterapeuta. O facto do psicoterapeuta ser investido de onipotência e omnisciência, ou de ele próprio se poder revestir com semelhante veste num quase delírio autista, pode promover no paciente uma aceitação das hipóteses teóricas que o psicoterapeuta tiver a pouca habilidade de lhe apresentar como prováveis verdades absolutas. Essa atitude, promotora de aceitação quase acrítica, aliada ao real desconhecimento da causa do problema actual, à natureza inventiva e efabuladora da mente humana, e ao seu espontâneo desejo de causalidade que a obriga a procurar a inteligibilidade recuando ao princípio das coisas, é ingrediente bastante para criar em psicoterapia as situações equívocas decorrentes de uma memória que se tornou delirante sem o saber (DuBreuil, Garry & Loftus, 1998).

Contudo, tal não nos obriga a aceitar que as memórias sejam falsas por natureza, ou que o passado evocado em psicoterapia está necessariamente tingido pela sugestão do psicoterapeuta. O que realmente se demonstra é que as memórias

evocadas em psicoterapia podem ser falsas, apesar da autenticidade da carga emocional que as acompanha, ou até dos progressos psicoterapêuticos que se lhe podem seguir.

A Memória após o Síndrome das Falsas Memórias

O que aprendemos acerca da memória com o síndrome das falsas memórias e o surto do recovery memory work em geral?

A resposta é clara e só pode ser uma: A sua extrema maleabilidade. A memória ou, mais rigorosamente, aquilo a que chamamos memória ou memórias não parece ser apenas fruto de um trabalho de recriação a partir de um esboço, de uma forma, de um esquema de algo vivido, recriação que utiliza todo o material guardado, fruto de infinitas vivências, algumas aparentemente esquecidas. Aquilo a que chamamos memória é igualmente um mecanismo psíquico que elabora imagens, que organiza sons, cheiros, e histórias que, numa perspectiva factual, são completamente falsas, não existindo nenhum facto na realidade histórica da vida vivida que se lhe adeque, que lhe corresponda. Pelo contrário, por vezes há dados factuais que se lhe podem contrapor.³⁹

³⁹ O papel da imaginação, enquanto faculdade em geral, na recriação da memória e da criação de falsas memórias será certamente significativo (Schacter, 2000). Ela poderá ter um papel organizador dos conteúdos dessas memórias, entre outros, como faculdade que faz a ligação entre as outras faculdades, como o pretendeu Kant (Morujão, 1991). A sua discussão, embora interessante, extrapola as dimensões desta tese de mestrado.

Esta maleabilidade daquilo a que chamamos memória, e que lhe permite produzir falsas memórias, existe independentemente da emoção e de todo o pormenor que acompanham essas supostas memórias (Spanos, 2001).

Um dos engodos que equivocaram substancialmente tanto psicoterapeutas quanto pacientes, foi a intensa emoção que acompanhou a descoberta e vivência das reais ou supostas memórias. Essa emoção é real, inequívoca, e a sua vivência será, provavelmente, psicoterapêutica. O que gera equívocos e é, em muitos casos, de todo irreal, é concluir que da verdade da emoção se pode aferir a verdade da suposta ou real memória que o paciente relata ter recuperado (Schacter, 2001). Contudo, essa será a tendência natural de todo o psicoterapeuta que não se encontra de consistente sobreaviso quanto à natureza das falsas memórias (Loftus & Ketcham, 1996; Spanos, 2001). Dados aparentemente claros mostram o quanto se podem implantar intencionalmente falsas memórias que, ao serem vivenciadas, vêm acompanhadas de toda panóplia de manifestações emocionais (Spanos, 2001).

O mesmo se passa com os pormenores relatados (Schacter, 2000): A proliferação de detalhes, a circunstanciação das descrições, com nitidez de impressões sensíveis, também não é, comprovadamente, prova da verdade dos relatos como o demonstra Spanos (2001). A emoção e a riqueza de detalhes terão sido responsáveis pela credibilidade dada, de boa fé, ao recovery memory work, por pacientes e psicoterapeutas (Lindsay, 1998; Loftus, Feldman & Dashiell).⁴⁰

⁴⁰ Entre outros factores, pode-se apontar, com toda a probabilidade, a clara melhoria sintomática de parte dos pacientes. Pode referir-se igualmente a existência de memórias corporais, isto é, claras manifestações somáticas associadas às supostas memórias e emoções concomitantes (Spanos, 2001). Isso permite-nos pressupor, com toda a evidência, que a maior parte dos envolvidos neste processo - com algumas possíveis excepções - tenham agido com a convicção plena de que estavam a realizar um trabalho efectivo, de que as supostas memórias recuperadas eram afectivas, e que toda a constelação de sofrimentos pessoais, domésticos e jurídicos que se lhe seguiu, era frutífera e plenamente justificada.

A sugestão é, claramente, um dos meios de condicionar a memória. Devemos entender a sugestão em sentido lato, e, sem querer repetir a definição anteriormente apresentada, convém referir que o espectro da sugestão abrange o clara pedido de tarefas como «Recorde-se da sua infância. Tente lembrar-se de alguma forma de abuso que tenha sofrido» ou como «Tente visualizar a sua cama. O seu pai perto de si. O seu pai a tocar-lhe no corpo. O que acontece então? Tente recordar.»

O espectro da sugestão abrange igualmente todo o tipo de intervenções do psicoterapeuta sobre o paciente que sejam do género interpretativo como, por exemplo: «Pelos sintomas que descreve, pela minha experiência e conhecimento técnico, eu penso que as sua problemática, radica, provavelmente, nos episódios de violência doméstica da sua infância, na relação com o seu namorado, no modo como aceita o seu lado feminino, etc.» Este tipo de sugestão, suave e discreta, parece ser o suficiente para, em alguns casos, sobretudo, com pacientes mais sugestionáveis, moldar a memória no sentido desta se adaptar à interpretação do psicoterapeuta.

Claro que poderiam ser dissecados aqui factores de outra ordem como os inerentes à idealização do psicoterapeuta pelo paciente (Loftus & Ketcham, 1996), à onnipotência com que o próprio psicoterapeuta se investe, colocando, muitas vezes, sobre si próprio, como poção contra a sua própria insegurança, as vestes brancas da infalibilidade papal. Contudo, o que importa destacar é esta maleabilidade da memória que parece sempre disponível para se adaptar às mais valias de uma determinada circunstância, independentemente do valor de verdade dos seus construtos. O âmbito das mais valias pode ser vasto e diversificado como, por exemplo, concluir a psicoterapia no mais breve espaço de tempo possível, seduzir o psicoterapeuta através da capacidade para recuperar reais ou supostas memórias, etc. De ressaltar contudo, e uma vez mais, que esta maleabilidade da memória em contexto psicoterapêutico não nos deve fazer esquecer a sua fiabilidade noutras circunstâncias.

Assim, se no contexto de uma análise ou de uma qualquer psicoterapia – em EMC ou não - o paciente recuperar supostas memórias que se adequam à interpretação anteriormente verbalizado pelo analista/psicoterapeuta - ou mesmo, se elas se adequam há cultura psi do paciente e aquilo que ele pensa ser a interpretação não verbalizado do seu parceiro terapêutico - então, essas memórias devem ser aceites pela sua verdade narrativa e não pela sua verdade histórica.

Um exemplo de uma análise dada em disciplina do mestrado em Psicologia Clínica e Psicopatologia (edição 98/00) ilustra bem o cuidado necessário na relação psicoterapêutica com a memória. O professor/analista contava, com evidente agrado, de um analisando que o procurara, salvo erro, devido a problemáticas de natureza sexual. Um dos seus fetiches era segurar meias pretas de mulher durante o acto sexual. Após vários anos de análise, o analisando lembra-se - finalmente, diz o analista/professor - de estar na casa de banho da sua infância, à volta dos oito anos, a olhar as meias pretas da mãe penduradas no toalheiro.

O relato deste analisando, que pode permitir variada elaboração psicanalítica, pode sempre ser entendido como real ou suposta memória, como fruto ou não da sugestão. O seu valor de verdade histórica deve ser sempre probabilístico. Contudo, devido à aparente espontaneidade deste mecanismo psíquico, a tentação psicoterapêutica de atribuir evidente verdade histórica às suas elaborações será sempre grande, sobretudo se as mesmas se integrarem dentro dos paradigmas e interpretações do analista/psicoterapeuta.

Parece ser provavelmente verdadeira a ideia de que, à memória, sobretudo num contexto psicoterapêutico e com pacientes com um mínimo de sugestionabilidade, só é necessário realizar o pedido : O que se lhe pedir ela dá (DuBreuil, Garry & Loftus, 1998).⁴¹

⁴¹ No âmbito da sugestão pode igualmente incluir-se o contexto como factor determinante na produção de relatos real ou supostamente mnemónicos (Schacter, 2000). Por exemplo, o contexto de um grupo psicoterapêutico de *sobreviventes* -

A análise dos estudos sobre expectativas, crenças, desejos e motivações dos pacientes confirmam a hipótese acima exposta.

Aquilo que um paciente pensa que, por exemplo, deve acontecer numa sessão psicoterapêutica, nomeadamente em EMC, terá tendência a acontecer (Hirt, McDonald & Markman, 1998; Spanos, 2001). O comportamento da sua memória, a coloração, conteúdos e tónicas dos seus relatos, tenderão a adequar-se às suas expectativas. Essas expectativas podem ser criadas por si próprio ou por terceiros. Manobrar as expectativas do paciente, e ver depois se elas se adequam aos relatos produzidos, é um procedimento acessível na investigação da memória usado para demonstrar a presente questão (Baker, citado por Clark, 1995; Spanos, 2001).

Igualmente, aquilo em que o paciente acredita - em termos de crença religiosa, convicção filosófica, etc. - condiciona igualmente os seus relatos. Spanos (2001) demonstrou que pacientes que acreditam na reencarnação têm mais facilidade em recuperar memórias de supostas existências pretéritas do que pacientes sem esse tipo de crença. Neste âmbito, dentro do acima apresentado, não é difícil de conceber que os relatos de uma memória igualmente dependam do humor, dos desejos e da motivação (Hirt, McDonald & Markman, 1998; Spanos, 2001).

nome porque se designam os grupos de pacientes que, real ou supostamente, recuperaram memórias infantis de abuso sexual - é um contexto altamente sugestivo para a produção de um certo tipo de memórias (Loftus & Ketcham, 1996).

O Síndrome das Falsas Memórias e a Sugestão: Conclusão

A problemática das falsas memórias que eclodiu nos EUA nas últimas duas décadas do século XX demonstrou, por vezes de modo trágico, a maleabilidade da memória e a complexidade do seu estudo e compreensão científica.

Se as memórias, como vimos, são recriadas, reconstruídas a partir de resíduos esquemáticos, e não recuperadas como espontaneamente seríamos levados a julgar, a sua fiabilidade revela-se duplamente problemática se considerarmos a hipótese de que a memória produza, dentro de certas coordenadas, falsas memórias. Essa possibilidade é clara em meio psicoterapêutico. Os estudos realizados mostram que a sugestão e as tarefas pedidas, as expectativas e crenças, o humor, desejos, motivações e o contexto, alteram significativamente o conteúdo dos relatos mnemónicos produzidos.

A emoção e a proliferação de pormenores, inerentes à real ou suposta recuperação de memórias, não é comprovação da verdade histórica dessas memórias.

Como veremos nas conclusões finais do presente capítulo, qualquer tentativa de uma arqueologia da memória em contexto clínico, deve ser realizada num espírito de prevenção epistemológica, sob uma suspeição esclarecida (DuBreuil, Garry & Loftus, 1998; Nash, 1998).

A Memória sob Estado Modificado de Consciência

A problemática da memória em psicoterapia é substancialmente enriquecida se procurarmos compreender o funcionamento da memória sob Estado Modificado de Consciência. A descrição do recovery memory work e do síndrome das falsas

memórias acima apresentada não designava especificamente as psicoterapias realizadas sobre EMC, estando estas lá incluídas naquilo que têm em comum com as outras, especificamente por também sofrerem o efeito da sugestão.

Contudo, através dos estudos realizados no âmbito da hipnose, importa ir mais longe no conhecimento do funcionamento da memória sob EMC, por serem as Psicoterapias Regressivas, tema desta tese de mestrado, realizadas formalmente sob um estado não ordinário de consciência. Sendo o EMC um estado hipnoidal, tal paralelismo é possível e ilustrativo.

O primeiro dado relevante a reportar é extrínseco às características estudadas sobre o funcionamento da memória sob EMC, mas importante para compreender a atitude da comunidade psicoterapêutica face aos EMC e às reais possibilidades da memória.

Um estudo conduzido por Yapko (1994, citado por Dubreuil, Garry & Loftus, 1998), mostrou que as ideias dos psicoterapeutas acerca do funcionamento da memória sob EMC não divergiam, em geral, das ideias do cidadão comum. A maioria (54%) não só acredita na hipnose como instrumento para recuperar memórias até ao nascimento – acreditando, implicitamente, que essas memórias ficam armazenadas aguardando uma eventual recuperação -, como também pensa que as memórias supostamente recuperadas através da hipnose são mais fiáveis que as outras. Tal convicção que, como veremos, só parcialmente é verdadeira, poderá traçar directivas algo discutíveis em muitas psicoterapias, como temos visto ao longo deste capítulo.⁴²

Quais são as potencialidades da memória sobre EMC? A resposta a esta questão é ambígua. Por um lado parece claro, à luz dos estudos realizados na

⁴² Felizmente que 74% da amostra também parece estar consciente que através de um EMC como o próprio da hipnose podem emergir falsas memórias (Yapko, 1994, citado por Dubreuil, Garry & Loftus, 1998).

hipnose, que um EMC permite ao mecanismo mnemónico uma produção mais abundante de memórias. Contudo, esta proliferação de memórias não é sinónimo de memórias verdadeiras já que o EMC tanto permite a recuperação de memórias reais quanto de falsas memórias ou de memórias em que se apresentam miscigenados os elementos verdadeiros com os elementos falsos (Schacter, 2000; Spiegel, 2000).

Este parece ser o elemento central a reter. Os estudos disponíveis mostram que a produtividade da memória sob EMC permite, por vezes, a recuperação de dados de todo afastados da memória explícita, dados que já se revelaram cruciais na resolução de investigações judiciais, dados a que não se pôde aceder de outro modo. Essas informações podem ser relativas a uma cena de todo suprimida - amnésia traumática - ou a pormenores de uma cena de que se recordam só alguns aspectos (Schacter, 2001; Spiegel, 2000). As potencialidades dos EMC neste âmbito são objectivamente claras para a maioria dos investigadores da área, com algumas excepções, como a de Spanos (2001), que argumenta no sentido de não distinguir os estados de consciência próprios da hipnose dos estados de consciência comuns. Mas o seu caso é uma excepção.

Recentemente, em Portugal, num curso de formação em TRVC (Terapia pela Reestruturação Vivencial e Cognitiva), uma formanda, sob EMC, ao responder ao pedido de ir para um momento feliz do seu passado, foi recordar um episódio com mais de trinta anos, quando escrevia um poema ao lado do seu cão. E esse poema dos 18 anos, que ficara de todo fora da memória explícita segundo veio afirmar - e, posteriormente, a confirmar -, foi declamado na íntegra e sem uma hesitação, depois do psicoterapeuta lhe pedir para ler em voz alta o que acabara de escrever.

Contudo, esta insofismável potencialidade da memória sob EMC, que permite igualmente a recuperação de memórias traumáticas, não nos pode fazer esquecer que a memória, igualmente no mesmo estado, produz mais falsas memórias que em estado normal de vigília, e produz mais memórias impossíveis de corroborar e mais memórias implausíveis (Schacter, 2000).

Esta fenómeno negativo da memória sob EMC explica-se, pelo menos parcialmente, pela maleabilidade em geral da memória, maleabilidade acima descrita, no entendimento da qual devem ser ponderadas o papel da sugestão, do contexto, das tarefas pedidas, das expectativas, crenças, desejos, motivação e humor (Schacter, 2000; Spanos, 2000; Spiegel, 2000). Esta maleabilidade é potenciada pelo EMC (Malinoski, Lynn & Sivec, 1998; McConkey, Barnier & Sheehan, 1998), que também induz os sujeitos hipnotizados a diminuir o seu juízo crítico e a aceitar mais facilmente as falsas memórias – ou as memórias implausíveis ou bizarras – como verdadeiras (Dubreuil, Garry & Loftus, 1998; Spiegel).

Parece ser assim avisado o conselho de Schacter (2001) de que os EMC, nomeadamente os resultantes das técnicas hipnóticas, podem ser utilizados como meio para recuperar memórias com um elevado grau de precisão, memórias que, contudo, devem estar sempre sujeitas a confirmação. Os EMC podem ser assim entendidos como um instrumento exploratório da memória,⁴³ e não como um instrumento dotado de infalibilidade na repescagem de memórias perdidas. Para além de se poderem produzir falsas memórias - ou falsas memórias parciais – sob EMC, não devemos esquecer o estado actual do conhecimento sobre os mecanismos mnemónicos que mostra o papel da recriação, da construção de memórias em todo este processo, mecanismo acima descrito.

Importa ainda salientar que o comportamento da memória sob EMC não é uniforme. A sua variabilidade vai depender do grau de hipnotizabilidade e de sugestionabilidade dos sujeitos. Com efeito, os sujeitos mais hipnotizáveis que, em geral, são os mais sugestionáveis, tendem a produzir mais memórias, tanto falsas quanto verdadeiras, sob EMC, a apresentar memórias mais precoces, maior riqueza de pormenor e a aderir intrinsecamente às memórias produzidas num grau

⁴³ Os EMC podem igualmente ser entendidos como um instrumento por excelência para explorar diferentes níveis de consciência (Nasch, 1998).

substancialmente superior aos sujeitos com baixo grau de hipnotizabilidade (Schacter, 2000). Os estudos apontam para uma produção de falsas memórias tão mais alta quanto mais alto for o índice de sugestibilidade do paciente (Spiegel, 2000).

Possibilidades Excepcionais da Memória

Analisados e explorados alguns dos mais relevantes paradigmas vigentes acerca da memória, particularmente os paradigmas significativos para o tema desta tese de mestrado, importa apontar algumas possibilidades da memória que não encontram clara explicitação dentro das suas coordenadas teóricas.

Apelidamo-las como possibilidades excepcionais da memória com base, apenas, no relato que os sujeitos fazem delas, sem podermos dizer, contudo, se parte das supostas memórias apresentadas corresponderam de facto a vivências de que se tenha guardado alguma forma de registo, ou se as mesmas são apenas informações obtidas de modo paranormal, isto é, um modo efectivo, mas invulgar, conhecido nos seus efeitos mas desconhecido quanto às suas causas, quanto aos seus mecanismos específicos.

Contudo, como se pode constatar na análise da fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC,⁴⁴ estas possibilidades excepcionais da memória não poderiam ser omitidas ou ignoradas, sob o risco de promover o branqueamento de memórias eventualmente reais, de aumentar o âmbito da psicopatologia, inventando delírios onde eles, mesmo que numa hipótese em mil, possam não existir.

Assim, sem pretender fazer uma extensiva revisão da literatura, optou-se por apresentar neste sub-capítulo um conjunto de episódios, e um ou dois estudos, que

⁴⁴ Ver Parte II desta tese de mestrado.

nos alertam para possibilidades ainda desconhecidas da memória, para o mistério imanente a este omnipresente mecanismo psíquico, e que nos permitem reflectir sob um espectro mais alargado.

Capacidade de armazenamento e de recuperação substancial

Sem se justificar retomar a questão da recriação *versus* recuperação acima discutida, aceitando, por princípio, que a memória realiza processos de reconstrução a nível das memórias complexas como as associadas a vivências marcantes, importa, com base na análise de alguns casos, ponderar a possibilidade da memória armazenar vivências com a um grau de pormenor muito elevado, e de, sob certas circunstâncias, essas memórias poderem ser substancialmente recuperadas.

Os casos já citados de Penfield e as amnésias retrógradas descritas por Damásio permitem colocar essas hipóteses. Com efeito, Penfield (Baddeley, 1999) ao produzir um estímulo eléctrico em certas áreas corticais, produziu uma vivência daquilo a que os sujeitos da experiência descreveram como intensas e fidedignas memórias à muito afastadas da memória explícita. Apesar de não ter existido um estudo sistemático que validasse essas supostas memórias (Schacter, 2000) e de sabermos que a intensidade e vividez de uma memória não é prova da sua verdade factual, devemos ter este dado presente ao analisar a fenomenologia da memória associada às suas possibilidades excepcionais.⁴⁵

Por outro lado, as amnésias retrógradas (Damásio, 2000a) mostram-nos que nos podemos esquecer de blocos inteiros da nossa memória, perdendo-se com eles o eu que constituímos durante esse período de tempo, e que regredimos a uma idade emocional, cognitiva e motora que parece ter sido guardado intacta nalgum dos

⁴⁵ Uma descrição mais detalhada das experiências de Penfield e dos casos apresentados por Damásio (2000^a), pode encontrar-se no sub-capítulo: O problema do esquecimento.

vastos armazéns da memória. Podemos assim regressar aos nossos catorze anos, sentindo-nos como nos sentíamos então, recordando-nos de tudo o que estava na nossa memória então - os resultados dos campeonatos desportivos, pormenores da imprensa diária, por exemplo -, e estranhando tudo o que está à nossa volta e que não fazia parte do nosso mundo de então (aparelhagens electrónicas, carros sofisticados, etc.). É como se um eu passado, com toda a fenomenologia inerente, tivesse ficado adormecido e pudesse ser desperto pelo passe de mágica de um acontecimento traumático.

Igualmente, na análise das possibilidades excepcionais da memória, devemos ter em conta os dados recuperados sob EMC descritos anteriormente.⁴⁶ Quer no caso das comprovadas recuperações de acontecimentos traumáticos através da hipnose (Spiegel, 2000), quer no episódio da recitação de um poema redigido à mais de trinta anos que estava de todo fora da memória explícita, quer nos muitos outros casos presentes na literatura, particularmente a nível das investigações judiciais (Schacter, 2000), a capacidade de armazenamento e de substancial recuperação da memória deve também ser clara para nós, apesar de toda a prevenção epistemológica que deve presidir à sua análise. Não será demais enfatizar este ponto depois da minuciosa análise dos mecanismos associados à reconstrução de memórias e à falsificação parcial ou total das mesmas.

Assim, devemos ter presente que a memória, para além da sua fiabilidade em muitas das provas a que é constantemente sujeita no quotidiano (Ruiz Vargas, 1994; Schacter, 2000), demonstra uma comprovada capacidade de armazenamento e de recuperação que ultrapassa em muito, nalguns casos particulares, aquilo que comumente se espera dela.

⁴⁶ Ver o sub-capítulo: A memória sob Estado Modificado de Consciência.

Memórias que contradizem os paradigmas vigentes

Os paradigmas vigentes sobre a capacidade de recuperação de memórias precoces são claros: Antes dos 24 meses ou, mais provavelmente, antes dos 36 meses, não é possível reportar memórias fiáveis. A colocação do início das memórias precoces nos dois anos de idade baseia-se em claros estudos de índole psicológica (DuBreuil, Garry & Loftus, 1998; Malinoski, Lynn & Sivec, 1998; Schacter, 2001), e em dados neurológicos que atestam a inexistência de estruturas neuronais a nível da cognição que permitam o armazenamento de memórias de tipo cognitivo -imagens, por exemplo - antes dessa idade (Baddeley, 1999).

Contudo, inúmeros casos, presentes na literatura sobre Estados Modificado de Consciência, foram relatados e comprovados nas últimas décadas. Grof (1998), que conduziu e registou milhares de sessões psicoterapêuticas sob EMC - quer através de técnicas psicóticas, quer através da respiração holotrópica - detectou memórias de supostas vivências intra-uterinas e peri-natais que vieram a sofrer confirmação por parte dos pais ou dos familiares dos seus pacientes.

Este facto encontra igualmente paralelo na literatura da Psicoterapias Regressiva sob EMC. Dethlefsen (1997) e Weiss (2000) são disso exemplo com vários casos idênticos. Entre nós, num caso ocorrido num curso de formação de psicoterapeutas, uma formanda, médica, revive um suposto momento do parto com as características acima descritas. Depois de concluído, relata que ao olhar para mulher que a dera à luz, descobre, para sua surpresa, não ser a mulher a que sempre chamara mãe. Posteriormente vem a confirmar que fora adoptada, facto que lhe tinha sido ocultado até data.⁴⁷ Casos semelhantes são igualmente apresentados por Chamberlain (1998), que inclusivé realizou investigação na área. Num estudo comparativo em estado normal de vigília, questionou crianças sobre memórias intra-uterinas e perinatais. O número de informações que são consonantes com as

⁴⁷ M. Simões, comunicação pessoal.

informações prestadas pelas mães face às mesmas perguntas é notório, sobretudo porque as mesmas afirmam que os filhos nunca as teriam podido obter por via indirecta.

Estas supostas memórias, impressivas em tantos casos, parecem resistir confortavelmente à hipótese de fraude, pelas características dos intervenientes e pela sua repetição em vários settings. Contudo, não resistem tão claramente à hipótese de criptomnésia, que é quase impossível de despistar por inteiro nestes casos. É sempre possível remeter as supostas memórias de vivências intra-uterinas e peri-natais a alguma memória que ficou encriptada mas que só foi armazenada nos anos posteriores à vida fetal ou ao momento do parto – uma conversa ouvida aos dois anos de idade, por exemplo -, sendo utilizada posteriormente. Igualmente, as informações comprovadas fornecidas pelos sujeitos podem não corresponder a memórias armazenadas. Elas podem apenas testemunhar uma capacidade anómala - paranormal -, de obter informação que ainda nos seja desconhecida, mas que não remeta para mecanismos mnemónicos. Tal hipótese deve ser considerada quando sabemos claramente que certos fenómenos, como os telepáticos, são reais e permitem a obtenção de conhecimento (Tart, 1996).

Contudo, sem podermos excluir estas duas hipóteses, devemos convir que é possível produzir sob EMC relatos historicamente factuais de acontecimentos intra-uterinos e peri-natais, cujos conteúdos estavam fora da memória explícita dos sujeitos. Como tal, não devem ser remetidos ao reino da fantasia ou do delírio todas as supostas memórias que lhe sejam atribuídas. Os dados empíricos de que dispomos não o permitem embora ainda não os possamos inserir dentro dos modelos actuais do conhecimento.

A comprovação de memórias de supostas existências pretéritas

Aquilo a que alguns pacientes chamam de memórias de vidas passadas, num dos tipos de recovery memory work acima descritos, sofreram algumas tentativas de confirmação factual. Essas tentativas de comprovação partiram de psicoterapeutas que se depararam com um grande número de pormenores históricos fornecidos por pacientes sob EMC e que terão suposto poder assim comprovar de algum modo a hipótese reencarnacionista subjacente a este tipo de memórias.

Duas dessas tentativas, a de Tarazi e de Brown (James, 1995), merecem uma atenção detalhada e questionam de facto alguns paradigmas vigentes, quer psicológicos, quer religiosos, quer filosóficos, tal como as investigações de Stevenson (1995), Haraldson (2000), Banerjee e outros (Haraldsson & Samararatne, 1999), desenvolvidas no sub-capítulo seguinte. Contudo, antes, convém ter presente os estudos de Spanos (2001) e de Baker (citado por Clark, 1995) que comprovam a possibilidade de criar falsas memórias de supostas existências pretéritas e, sobretudo, o caso BrideyMurphy.

The search for Bridey Murphy foi o título de uma obra famosa no âmbito da Psicoterapia Regressiva sob EMC, que foi parcialmente responsável pela divulgação da mesma junto do grande público nos anos sessenta e que deu origem a um filme de Hollywood. É conhecida fora dos EUA e todos os livros de referência lhe aludem.⁴⁸

A suposta vida de BrideyMurphy foi relatada por Virginia Tighe, uma dona de casa, e induzida por Morey Bernstein, homem de negócios e seu vizinho, que posteriormente escreveu a obra que os popularizou.⁴⁹ Nela foram reproduzidos muitos dados supostamente históricos de uma vida do início do século XIX, decorrida na Irlanda. Virginia, sob EMC, narrava a sua história numa espécie de dialecto irlandês grosseiro, e chegou executar as canções que, alegadamente, eram ouvidas no seu tempo (Spanos, 2001).

⁴⁸ Ver, por exemplo, Clark, 1995 e Lucas, 1996.

⁴⁹ Ver o capítulo História na parte II desta tese de mestrado.

O que não está presente na extensa literatura sobre Psicoterapia Regressiva sob EMC consultada para elaboração desta tese de mestrado, mesmo nas obras de referência que citam o texto de Bernstein, e que parece ser do desconhecimento da maior parte dos interessados na área, é que história de Bridey Murphy é, reconhecidamente, uma criptomnésia (Spanos, 2001).

Investigações posteriores à publicação do livro (Ready, 1956; M. Gardner, 1957, citados por Spanos, 2001), revelaram que Virginia teve uma vizinha, na sua adolescência, que se chamava Bridey Murphy Corkell. Os seus filhos tinham os nomes que Virginia atribuiu a personagens da história de Bridey Murphy do século XIX. Inclusive o nome do marido da Bridey Murphy da ficção tinha o nome de um dos filhos da Bridey Murphy real por quem Virginia tinha uma paixão. Uma parte dos pormenores histórico citados eram incorrectos, nomeadamente a casa em que supostamente tinha nascido Bridey Murphy, que se assemelhava sim à casa em que Virginia Tighe tinha de facto nascido, em tudo diferente das casas da Irlanda do século XIX, na região por si assinalada. Mesmo o dialecto com grosseira pronúncia irlandesa com que Virginia narrou as suas supostas memórias, as canções que cantou, poderiam ter sido ensinadas por uma tia irlandesa cuja companhia frequentou durante os seus primeiros anos de vida (Spanos, 2001).

Sendo de excluir, por princípio, a hipótese de fraude, podemos concluir terem sido Virginia Tighe e Morey Bernstein vítimas de uma criptomnésia que se apresentou sob uma falsa memória de uma existência pretérita. O mesmo se passa, podemos conjecturar, com muitos dos que exploram EMC em psicoterapia.⁵⁰

Tarazi e Brown apresentaram dois casos que, contudo, resistem fortemente à hipótese de criptomnésia e que merecem uma atenção detalhada pelo seu carácter paradigmático e pelas questões que suscitam (Clark, 1995; James, 1995).

⁵⁰ O desenvolvimento mais alargado sobre a natureza das supostas memórias de existências pretéritas será realizada na Discussão, última parte desta tese de mestrado.

Tarazi investigou uma vida de uma Antónia, personagem do século XVI que supostamente teria vivido na cidade de Cuenca, em Espanha. Tarazi, psicoterapeuta com clínica nos EUA, recolheu os dados da vida de Antónia das palavras de uma paciente, Laurel Dilmen, que sob EMC regrediu a uma suposta existência pretérita em que teria esse nome. Os dados foram tão prolíficos que motivaram a investigação (Clark, 1995; James, 1995).

O que torna este caso digno de nota - excluindo a hipótese de fraude, sempre possível - é a dimensão e natureza dos dados que foram confirmados, dados que afastam fortemente a hipótese de criptomnésia.

Assim, Tarazi, que desenvolveu uma investigação em Espanha que se prolongou ao longo de três anos, confirmou dados da sua paciente que contrariam construtos solidamente estabelecidos na presente historiografia da época, nomeadamente acerca do número de inquisidores que presidiam aos tribunais da Inquisição em Cuenca. A paciente de Tarazi mencionou dois, enquanto a noção comumente divulgada refere o número de três. Contudo, em documentos manuscritos da época, documentos diocesanos e municipais, Tarazi confirmou este e muitos outros dados de difícil acesso (Clark, 1995; James, 1995).

A hipótese de criptomnésia é fortemente afastada já que a paciente nunca se deslocara a Espanha, não sabia ler espanhol, etc. Contudo, não podemos afirmar que tal caso, como o seguinte, sejam provas da concepção reencarnatória, pertença original da filosofia oriental, mas apenas que a paciente parece ter obtido informação sobre a vida de uma mulher do século XVI por via anómala, paranormal. Quanto muito poder-se-ia dizer que tanto este quanto o caso seguinte são factos estabelecidos em meio científico - dentro do contexto das ciências humanas - que não são explicáveis pelos paradigmas vigentes das mesmas e que, dentro da hipótese mais especulativa, sugerem a possibilidade da reencarnação.

O caso do *submarine man*, apresentado por Brown (1991), apresenta características semelhantes, embora o hiato de tempo entre a suposta existência pretérita e a actual seja bastante menor.

O paciente de Brown procura-o por uma aquafobia e por um medo pânico de voar, medo disruptor da sua vida profissional. Sob EMC o paciente relata uma suposta regressão a uma existência pretérita, ocorrida durante a Segunda Guerra Mundial, em que, com o nome de James, pertencia à tripulação de um submarino, que naufraga, morrendo afogado.

Este quadro, com esta ou semelhantes vivências, é comum, não levantando um destaque especial. Contudo, o paciente de Brown relata a sua suposta regressão com uma quantidade extraordinária de detalhes, do seu nome completo ao nome do submarino, local de naufrágio, etc.

Posteriormente, Brown, falou com familiares ainda vivos de James, consultou documentos da Marinha, confirmando de todas as fontes os menores dados obtidos (Brown, 1991). A hipótese de criptomnésia teve que ser igualmente afastada aqui, porque, aparentemente, a família do paciente de Brown não poderia fornecer os dados por ele referidos, o caso era mais um episódio anónimo de afundamento de submarino durante a Segunda Guerra Mundial, e a possibilidade de tais informações serem obtidas por via normal era extremamente reduzida, senão impossível - excluindo-se sempre a hipótese de fraude.

Contudo, as conclusões anteriores repetem-se aqui, não sendo o caso de Brown (1991) prova da teoria reencarnatória. Tanto este como o anterior são dados relevantes para a consideração das possibilidades excepcionais daquilo que os sujeitos relatam como conteúdo mnemónico, atendendo a que as suas informações foram reconhecidas como fidedignas. Elas colocam-nos perante uma dimensão do psiquismo, eventualmente, da memória, para nós ainda desconhecida.

A pertinência destes dois casos, o desconhecido que encerra, torna-se mais contundente se analisarmos os resultados do estudo de Júlio Peres (Côrtes & Moraes, 2002) em pacientes sob Estado Modificado de Consciência que realizaram sessões regressivas a supostas existências pretéritas. Júlio Peres em parceria com a Universidade da Pensilvânia analisou os dados recolhidos em seis pacientes pelo método spect (tomografia com emissão de radiofármaco) que permite monitorar o fluxo sanguíneo no cérebro e, conseqüentemente, as áreas cerebrais accionadas num dado momento. Foi verificado que os centros cerebrais activados durante as supostas regressões de memória foram o lobo médio temporal e o lobo pré-frontal esquerdo, responsáveis pela memória e pela emoção. A não activação do lobo frontal permite concluir que a imaginação, responsável pela criação de uma história, não esteve particularmente activa durante as vivências dos sujeitos.

Stevenson e as alegações de crianças que reportam existências pretéritas

Outro fenómeno alegadamente mnemónico que nos remete para eventuais possibilidades excepcionais da memória são as alegações de memórias de existências pretéritas espontaneamente relatadas por crianças entre os dois e os quatro anos, supostas memórias extensa e criteriosamente investigadas por Stevenson, Haraldson, Banerjee e outros (Haraldsson & Samararatne, 1999).

Stevenson (1995), que foi pioneiro desta linha de investigação, utilizando fundos de um avultado *grant*, pesquisa os relatos de inúmeras crianças que afirmavam ter outro nome que aquele pelo qual os seus pais as chamavam, ter vivido noutra casa, ter tido por mãe, tio, irmão, determinadas pessoas que chegavam a nomear sem conhecimento directo ou por terceiros, ter morrido de uma determinada maneira, etc. Para além disso, as crianças ainda evidenciaram comportamentos, capacidades e gostos inusuais para a faixa etária em que se encontravam (1995).

Do leque de relatos investigados, alguns resistiram a vários tipos de despistagem, da fraude à criptomnésia, não sendo possível encontrar uma explicação com cabimento dentro dos paradigmas vigentes em psicologia para explicar a correcção das informações/memórias produzidas. Contudo, como referem Haraldsson & Samararatne (1999) a hipótese de uma criptomnésia nunca é inteiramente descartável, embora se torne muito improvável em certos casos.

Para além destes relatos, algumas das crianças que reportavam mortes violentas numa suposta existência pretérita, apresentavam estranhas marcas corporais, semelhantes a cicatrizes, nos locais do corpo conectados com essas memórias. Muitas dessas marcas de nascimento correspondiam de facto, como se pôde constatar, a ferimentos sofridos pelos falecidos sujeitos que as crianças afirmavam ter sido, sem que se pudesse despistar, em muitos casos, a origem da correcta informação que as crianças possuíam (Stevenson, 1997).

Contudo, como o afirma Stevenson com a honestidade intelectual que o parece caracterizar, mesmo nos casos em que se despistaram todas as hipóteses como fraude, criptomnésia, etc., apenas se pode dizer que tais casos, presentes em vários continentes, em famílias com diferentes credos e raças, são apenas sugestivos da hipótese da reencarnação, não uma prova em si mesmo.

Em rigor, poder-se-ia afirmar que tais supostas memórias apenas atestam uma desconhecida capacidade do psiquismo humano para obter informação por via anormal, paranormal. Qualquer conclusão que ultrapasse este estrito domínio cai no território da suposição.⁵¹

⁵¹ Dentro deste contexto, de assinalar, por exemplo, os dados recolhidos por Dethlefsen (1997) acerca de dois pacientes que deram informações relativas a medidas e a moedas já fora de uso e de circulação (num dos casos as informações são relativas ao séc. XVIII), informações que se vieram a confirmar correctas e que dificilmente podem ser explicadas por criptomnésia.

Vemos assim, pelos casos paradigmáticos apresentados, o quanto as possibilidades excepcionais da memória são palpáveis e inequívocas. Elas obrigam a um estado de prevenção epistemológica que não coloque apenas em causa a verdade de certas memórias, mas que igualmente mantenha em aberto a possibilidade de que algumas memórias, por mais anómalas que aparentem ser, reproduzam conhecimento real do passado.

PARTE II

PSICOTERAPIA REGRESSIVA SOB ESTADO MODIFICADO DE CONSCIÊNCIA

PSICOTERAPIA REGRESSIVA SOB ESTADO MODIFICADO DE CONSCIÊNCIA

Introdução

A Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência foi definida, na primeira parte desta tese de mestrado, como:

psicoterapia que, com ou sem indução¹, procura que o sujeito vivencie sob Estado Modificado de Consciência a experiência que, real ou simbolicamente, esteve na origem – total ou parcial – da perturbação mental, psicossomática ou outra, facilitando-se uma eventual ab-reacção que liberte tensões disfuncionais. A ab-reacção associada à real ou simbólica descoberta da origem do problema permite uma reestruturação do sujeito - orientada ou espontânea - em termos cognitivos e emocionais e, a posteriori, comportamentais.

Em suma, trata-se de uma reestruturação cognitiva e emocional do vivenciado – real ou simbólico -, realizada de modo personalizado e com intenção psicoterapêutica.²

¹ Maioritariamente através de indução formal. Ver, neste trabalho, *Indução*.

² Clark, 1995, p.4, define esta psicoterapia como «(...) an intuitive and symbolic form of regression therapy, using mental imagery, and dealing with the unconscious. It accesses and revivifies scenes which seem to be from the past or future to make changes in the client's perception of the present.» No mesmo sentido, Wolger in Lucas (Ed.), 1996, p.218.

Jue, 1996, p.386, autor de referência da escola americana afirma que «(...) regression provides vivid scenarios that reveal powerful, underlying emotional patterns in a person's life, offering intense catharsis, insight, and reframing. (...) The

O esclarecimento pleno desta definição exigiu que, primeiramente, se analisassem os conceitos de Consciência, Estados Modificados de Consciência e, fundamentalmente, o conceito de Memória. Com eles construímos o quadro conceptual dentro do qual podemos delinear e avaliar criticamente esta psicoterapia. Importa agora caracteriza-la detalhadamente.

Percurso

O percurso aqui seguido, ultrapassadas as considerações iniciais desta introdução, começa pela história da Psicoterapia Regressiva sob EMC. Delinear, ainda que não exaustivamente, a técnica desde a sua origem, passando pelos seus cultores que deixaram escola, permite-nos uma compreensão do seu perfil técnico que perderíamos se a omitíssemos. Com a história, inclusive a decorrida em Portugal, percebemos o caminho que nos conduziu aqui, à delimitação de uma prática já relativamente bem estruturada, mas que se encontra ainda em clara evolução, em expansão de horizontes conceptuais e esclarecimentos metodológicos.

Os aspectos metodológicos da técnica são exaustivamente expostos. O seu estado ainda marginal em Portugal dentro dos meios académicos exigiu que assim se procedesse. Igualmente, a inexistência de uma obra de referência já publicada que conciliasse uma exigência de rigor científico com as vivências anómalas desta psicoterapia, sem adoptar conceitos que não podem ser admitidos em fórum científico, igualmente justificou esta análise detalhada. Procurou fazer-se, assim, uma conciliação entre o espírito que preside à aplicação da técnica no continente americano - onde encontra o seu desenvolvimento maior - e o espírito mais

scenarios can be regarded as metaphors. The goal is to use these images to bring about resolution of present-day conflicts.».

cartesiano do continente europeu, conciliação que dificilmente podemos considerar presente na obra de referência desta área, o *Regression Therapy. Handbook for Professionals* de Winafred Lucas.

A destacar aqui, para além das considerações quanto à anamnese, ao tempo da sessão e duração da psicoterapia, etc., os quatro momentos fundamentais pelos quais passa, em geral, a Psicoterapia Regressiva sob EMC: A Indução, Vivência, Ab-reação, e Reestruturação.

A finalizar, não poderia deixar de apresentar as Indicações e Contra-indicações da técnica, delimitando claramente as patologias em que a probabilidade de sucesso tem um historial maior, quer a nível psicológico quer a nível somático.

Contudo, antes, foi necessário referir extensamente toda a fenomenologia que surge associada, fenomenologia que traduz as vivências do paciente enquanto se encontra sob EMC. Seria de todo incompleta esta apresentação sem referir os variegados conteúdos que emergem após a indução. O seu valor de verdade factual é, indubitavelmente, questionável, como vimos na abordagem da memória e seus processos de retenção e recuperação (Loftus & Ketcham, 1994; Spanos, 1996). Porém, ele não deixa de ser um facto por isso, um facto científico no âmbito da Psicologia. Não podermos explicitar claramente a sua génese e natureza não nos deve impedir de olhar para ele directamente, sem negações nem escapatórias, analisando-o no seu puro e simples acontecer fenomenológico. Com esta apresentação fica patente a inquestionável riqueza de conteúdos e de semânticas das vivências do paciente, o que pode ser um contributo não negligenciável para avaliar o sucesso terapêutico que a esta psicoterapia é comumente atribuída.

Sucesso Psicoterapêutico

Por mais que a Psicoterapia Regressiva sob EMC seja desconhecida do *mainstream* acadêmico europeu - com algumas notáveis exceções -, ela não deixa de existir e de obter um relativo sucesso terapêutico. Em 1995, Rabya Clark nos EUA e no âmbito de uma tese de doutoramento, enviou um questionário para 256 psicoterapeutas, membros de uma associação profissional – Association for Past-Life Research and Therapies -, com pelo menos cinco anos de experiência, número que podemos considerar bastante elevado para um universo com estas características, já que dele foram excluídos todos os psicoterapeutas que aplicam técnicas regressivas mas que não eram membros da associação, e todos aqueles que sendo ou não membros têm menos de cinco anos de experiência.

Os seus resultados confirmaram que a sua efectividade terapêutica não pode ser escamoteada. A Psicoterapia Regressiva sob EMC, sem nunca se poder apresentar como panaceia e raramente dispensando ser coadjuvada por técnicas mais convencionais, tem um lugar claro e inequívoco no universo psicoterapêutico.

Brian Weiss, figura mediática desta técnica (Lucas, 1996), autor de vários sucessos editoriais e Director de Psiquiatria em Miami, Professor Associado de Psiquiatria, com 37 artigos publicados na área da psiquiatria biológica e do abuso de substâncias, de renome nacional nos EUA à data em que descobre fortuitamente a Psicoterapia Regressiva sob EMC, afirma que «Existe neste domínio uma força curativa extraordinariamente poderosa, uma força aparentemente muito mais eficiente do que qualquer terapia convencional ou medicamentos modernos.» (Weiss, 1998, p.90).

Fiori, uma das pioneiras da técnica nos EUA, é ainda mais assertiva: «When it is allowed to work, it results in a permanent cure.» (1986, p.50).

Contudo, se é justificada uma expectativa positiva quanto às possibilidades da técnica, nomeadamente a nível de certas perturbações do foro mental como as fobias,

as sexuais e as psicossomáticas, para além de problemas relacionais e existenciais – e mesmo se é de esperar, em alguns casos e com certo tipo de pacientes, resultados com uma rapidez e qualidade invulgares (Fiori, 1986; Shealy, 1990; Lucas, 1996; Lucca & Possato, 1998) -, não é possível ter expectativas excessivas.

Como se deixa claro nos capítulos seguintes, não só a duração de uma psicoterapia bem sucedida pode oscilar entre as duas e as sessenta horas sob EMC, como o seu grau de insucesso é tão real como em todas as outras psicoterapias. Fiori (1986) é um exemplo paradigmático da expectativa desmedida que, nalguns círculos, acompanhou o início da Psicoterapia Regressiva sob EMC, rectificando em 1986 – quase uma década depois da edição da emblemática e precursora obra de Netherton e Shifrin *Past Lives Therapy* - o que foi a sua própria estimativa inicial de sucesso: Dos 90% com que partiu desceu aos 25%, sendo este número o daqueles que não abandonam a psicoterapia após as primeiras cinco sessões (50%) ou face à resistência da perturbação.

De Natureza Clínica

Sendo claro o carácter terapêutico, *curativo* da Psicoterapia Regressiva sob EMC - quando aplicada por psicoterapeutas idóneos e credenciados ao nível de qualquer outra psicoterapia - não deve haver dúvida quanto ao seu carácter clínico. Ainda que parte dos psicoterapeutas de regressão de língua inglesa, ao contrário dos psicoterapeutas portugueses como o estudo presente nesta tese de mestrado demonstra, utilize conceitos de natureza metafísica ou religiosa – *karma*, *reencarnação*, *vidas passadas*, *alma* (Jue, 1988, pp.9-10) -, isso não impede que, formalmente, se lhe ajuste a definição inequívoca de psicoterapia. Definindo-a, por exemplo, como «(...) the treatment, diagnosis, testing, assessment, or counselling in a professional relationship to assist individuals or groups to alleviate mental disorders,

understand unconscious or conscious motivation, resolve emotional, relationship or attitudinal conflicts, or modify behaviours which interfere with emotional, social or intellectual functioning.» (Colorado Mental Health Licensing Statute, cit. por Hansen, 1994, p.36), isso corresponde exactamente à prática clínica da Psicoterapia Regressiva sob EMC tal como aparece descrita na literatura - como veremos na análise da sua metodologia.

Não é possível identifica-la com qualquer tipo de prática iniciática ou religiosa quando praticada por psicoterapeutas credenciados. E não exige, para ser bem sucedida, um conjunto de crenças preestabelecidas ou de ritos partilhados. A demonstra-lo o facto documentado, que explanaremos no capítulo seguinte, de que parte dos pioneiros da técnica descobre-a casualmente, sendo as vivências relatadas pelos pacientes sob EMC contrárias aos seus pressupostos científicos e metafísicos. Em vários casos os relatos são igualmente contrários aos pressupostos dos seus próprios pacientes que, de modo surpreendente, se vêm rapidamente em clara remissão sintomática.

Existem psicoterapeutas que, explicitamente, praticam a Psicoterapia Regressiva sob EMC dentro de um exclusivo paradigma mecanicista-cartesiano, aceitando unicamente o relato de supostas vivências pretéritas ou outras – quer na presente existência quer em supostas existências pretéritas – como emergência metafórica de padrões mentais e comportamentais que, de algum modo, estão presentes e actuantes no quotidiano do sujeito, sendo o EMC e os relatos que dele emergem apenas um meio de ganhar *insight* (Cladder, 1986). Na investigação de Clark (1995) 8% dos 136 experientes terapeutas inquiridos não aceita formalmente a concepção reencarnatória, e no caso português esse número aumenta substancialmente.³ Aliás, de modo geral, todos os autores da área são unânimes com Fiori (s.d) ao afirmar que é irrelevante saber se os relatos são fantasias ou não, que basta reconhecer o valor terapêutico dos mesmos. Oppenheim, outro dos pioneiros

³ Ver, na Parte III, as Tabelas 5, 6, 9, 10 e 13.

estado-unidenses, diz em 86 que «I always emphasize that I make no claim for the literal authenticity of past-life regressions in hypnosis (...)» (p.21).

De igual modo a crença na reencarnação ou em qualquer princípio de natureza religiosa-espiritual ou mística é sempre apontado como irrelevante ou não necessária para a eficácia deste tipo de terapia: «(...) não induzo ninguém a acreditar na reencarnação, pois este não é o meu trabalho e a crença ou não em vidas passadas não tem relação com a eficácia da terapia.» (Lucca & Possato, 1998, p.16).⁴

Por último, podemos também concluir facilmente que o facto das vivências sob EMC não se enquadrarem nos paradigmas habituais e consensuais acerca da natureza da realidade psíquica e do fenómeno humano em geral, nunca pode ser argumento para negar a natureza clínica destas terapias. Primeiro, porque o seu poder curativo é real. Segundo, porque são aplicadas, em geral, em contexto clínico, com a finalidade psicoterapêutica que lhe é inerente. Terceiro, porque a história da Medicina e da Psicologia - com particular incidência no caso da Psicanálise - é rica em exemplos de substâncias ou técnicas usadas com sucesso que não têm subjacente um quadro conceptual explicativo que seja claro e consensual. O seu valor e utilização radica na experiência, na empíria, que se mostra, na ausência de melhor fundamentação, como princípio suficiente para a sua aceitação e vigência.

Psicoterapia de Orientação Transpessoal

Definindo Psicologia Transpessoal como:

⁴A excepção a apresentar à questão anterior circunscreve-se ao caso em que as convicções religiosas ou princípios filosóficos de um paciente sejam uma fonte de resistência que o impeçam de aceitar a indução da vivência (Lucas, 1996). Sobre este ponto, ver Vivência.

Transpersonal psychology is concerned with the study of optimum psychological health and well-being. It recognizes the potential for experiencing a broad range of states of consciousness, in some of which identity may extend beyond the usual limits of ego and personality (Walsh & Vaughan, 1980, p.16; citados por Lajoie & Shapiro, 1992),

ou como:

Transpersonal psychology defined... we seek to investigate reports and conduct studies of certain perceptual/experiential phenomena that include the full spectrum of states of consciousness and reports of transcendent experiences and the exploration of the assumption that these experiences are a function of a potential for human development which encompasses and extends the ordinary limits of ego and personality. (Harari, et al., 1986, p.1; citados por Lajoie & Shapiro, 1992).

podemos ver o quanto a Psicoterapia Regressiva sob EMC se enquadra dentro da Psicologia Transpessoal.

Sem entrar na perspectiva do desenvolvimento da espiritualidade⁵ humana que esta psicoterapia muitas vezes proporciona – colocando-a, sobre este prisma, no âmbito do Transpessoal -, podemos simplesmente dizer que a Psicoterapia Regressiva, por explorar os estados modificados de consciência, os conteúdos que neles emergem e a expansão da consciência que neles se torna patente, é de facto Psicoterapia de orientação Transpessoal: Como vimos nas definições acima apresentadas, é-lhe inerente o estudo e a aplicação clínica – em sentido lato - dos Estados Modificados de Consciência.

No mesmo sentido Clark, na sua tese de doutoramento, coloca a Psicoterapia Regressiva sob EMC «(...) firmly in the field of therapy called transpersonal

⁵ Krippner, Jaeger & Faith (no prelo), obtiveram uma definição de espiritualidade em três tópicos que pode ser útil neste contexto, com base no American Heritage Dictionary, 1993, em Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf, & Saunders, 1988, Krippner & Welch, 1992, pp. 5 e 122 e Shafranske & Gorsuch, 1984, p. 233: Espiritualidade é (a) a centragem em, e/ou reverência, abertura, e ligação (b) a algo de significativo, que se crê estar (c) para lá da existência individual e/ou da completa compreensão.

psychology, which takes a leap beyond the ego-centered therapies of psychoanalysis, behaviorism and humanism to include consciousness and all its realms» (1995, p.25).

História

Há quem pretenda recuar as origens da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência aos templos do sono gregos e egípcios, e às escolas de Mistérios da Grécia antiga (Pincherle; 1990; Lucas, 1996; Goldberg, 1999). Talvez radique aí, poder-se-ia sugerir, a noção popular de que a «alma» cura-se - ou adocece... - por encantamentos, isto é, por um «canto» - indução - que a coloca num estado diferente daquele que é o estado de vigília normal.

Pioneiro

Seguramente, apenas podemos dizer que o começo do movimento que dá origem ao tema desta tese de mestrado se encontra nos Estados Unidos da América nas primeiras décadas do século XX. O seu pioneiro poderá ter sido Martin Austin (Schwimmer, 1993) que conduziu supostas regressões de memória sob EMC em número considerável, com vivências dos paciente dentro da fenomenologia actualmente conhecida. Escreveu um livro com uma tiragem de 1000 exemplares - *Researches In Reincarnation and Beyond* - onde a influência da Teosofia se torna visível, e não parece ter deixado escola. A sua influência no conjunto deste movimento é difícil de definir, o seu estatuto sendo o de pioneiro isolado da Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Psychics

A divulgação do trabalho de um norte-americano dotado de Percepção Extra Sensorial a partir da década de 20, Edgar Cayce, vulgarmente colocado dentro da categoria dos *psychics*, chamou a atenção para os conceitos de transmigração ou de reencarnação (Lucas, 1996), tal como eles são entendidos, por exemplo, na filosofia platónica - *República* - ou nas filosofias acopladas às religiões orientais. Mais ainda, a sua contribuição foi no sentido de chamar a atenção do seu *milieu* da conexão entre as supostas memórias de existências pretéritas e os problemas actuais que os clientes traziam à consulta.

A influência dos trabalhos que se escreveram sobre Cayce não deve ser subestimada, pelo menos dentro de um certo público, provavelmente devido aos resultados obtidos noutras áreas da sua actividade mediúnica, particularmente na área dos diagnósticos clínicos de patologias somáticas, resultados que foram um apport de credibilidade para tudo o mais que fez e que se escreveu a seu respeito. Para isso também contribuiu o facto de Cayce rejeitar, inicialmente, o conteúdo destas suas *leituras*, por se integrar, em termos religiosos e filosóficos, no paradigma judaico-cristão (Cayce, H., 1986; Stearn, 1989).

Jung , Rank e Grof

Na história da Psicologia em geral as contribuições maiores que podemos encontrar para definir a genealogia da Psicoterapia Regressiva sob EMC são os trabalhos de Carl Gustav Jung, de Otto Rank e, mais contemporaneamente, de Stanislav Grof (Clark, 1995; Lucas, 1996).

Jung é relevante por ter criado/desenvolvido a imaginação activa como tecnologia psicoterapêutica (Clark, 1995; Lucas, 1996), imaginação activa que exige um ligeiro EMC para ser efectiva e que permite recolher material de vários níveis da consciência a que não se acede no estado normal de vigília.⁶

Por outro lado, ao aceitar a espiritualidade como dimensão do ser humano terapêuticamente relevante (Deschamps, Cazenave, Filliozat, 1990; Stevens, 1990), abre portas à utilização psicoterapêutica de parte da fenomenologia que emerge sob EMC, retirando-lhe o estigma da psicose e da alucinação e expondo o provável significado de algumas potencialidades subjacentes.

O lugar de Jung neste contexto deve ser também avaliado a partir do contributo dado por aqueles que se inspiraram na filosofia analítico como Robert Desoille através do desenvolvimento do *sono acordado dirigido* (Simões, 1996; Deschamps, 1999) e Leuner com a *vivência catatímica de imagens* (Simões, 1996). Ambas as técnicas recorrem à imaginação activa com maior ou menor intervenção do psicoterapeuta, recorrendo a cenários de carácter onírico para promover o conhecimento do psiquismo do paciente. A sua genealogia junguiana é clara.

A contribuição de Otto Rank, também ele, como Jung, discípulo de Freud, não é talvez comparável ao do fundador da psicologia analítica. Contudo, Rank que em 1924 publica *Le Traumatisme de la naissance*,⁷ não deixa de ser relevante porque a sua concepção das memórias e do trauma de nascimento (Tytell, 1997; Grof, 1998), chama a atenção da comunidade psicoterapêutica para a possibilidade de se constituírem memórias (não necessariamente cognitivas, mas possivelmente emocionais) desde a primeira idade, antes de se constituírem as estruturas neurológicas que conhecemos como o suporte cerebral do armazenamento das nossas vivências.

⁶ Ver o capítulo *Estados Modificados de Consciência* neste trabalho.

⁷ Título da tradução francesa (Roudinesco & Plon, 1997).

Este dado, associado ao facto de que sob EMC os pacientes revivem frequentemente um real ou suposto trauma de nascimento (Woolger, 1988; Lucas, 1996) trouxe credibilidade a parte da fenomenologia que se vivência sob EMC e incentivou a sua exploração psicoterapêutica.

A Psicologia Transpessoal e a Psicoterapia Regressiva têm na obra de Stanislav Grof uma referência fundamental (Rowan, 1996; Tabone, 1999) num contexto epistemológico. De ressaltar a sua descoberta empírica e inquestionável – com milhares de casos registados - de que os EMC vivenciados através de drogas psicadélicas são iguais em conteúdo aos vivenciados por meios não psicadélicos, como a respiração acelerada, geradora de hiperventilação, acompanhada de música indutora - respiração holotrópica (Grof, 1998; 1999).

Com ele desfez-se a errada concepção de que os EMC são criados por substâncias que modificam a consciência e não simples potencialidades da consciência reveladas depois de dado o estímulo apropriado. Abre-se assim o caminho para a liberalização do seu uso com finalidades psicoterapêuticas e de auto-conhecimento. A obra de Grof surge integrada num movimento social vasto que levou à descoberta das drogas e à popularização dos EMC, o Movimento Psicadélico.

Sociedade e Cultura

O movimento social e cultural que, numa perspectiva de largo espectro, mais notoriamente se pode associar à Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado da Consciência, é o movimento psicadélico, nas suas várias vertentes (Lucas, 1996).

O movimento psicadélico que parece nascer nos EUA onde, pelo menos, encontra a sua maior expressão - tendo como ícone os mega encontros de Woodstock

- tem como característica marcante a utilização de substâncias de origem natural como o haxixe, ou de natureza química como o LSD (Hobson, 2001), para modificar o estado normal de vigília. Associadas a música e a ritmo próprios, a música psicadélica - conhecida na época por rock psicadélico e hoje por Transe Music -, permitiu a vivência de EMC em massa, os transe psicadélicos. As drogas permitiram a descoberta maciça de que a consciência normal de vigília é apenas um dos seus estados, e que os EMC encerram inúmeras potencialidades, entre elas as de auto-conhecimento, as psicoterapêuticas e as criativas (Leary, Metzner, Alpert, 1995).

O movimento psicadélico teve como ícone, na história da cultura do século XX, Aldous Huxley (Hobson, 2001) e a sua obra seminal *The Doors of Perception* publicada em 1954. Nela se revelaram as potencialidades dos EMC induzidos por substâncias, a nível da criatividade e da percepção/conhecimento que temos do mundo (Huxley, 1966). Huxley foi um pioneiro do movimento psicadélico e inspirou alguns dos seus protagonistas como Timothy Leary que lhe dedicou o seu *The Psychedelic Experience. A Manual Based on the Tibetan Book of the Dead*, edição original de 1964 (Leary, Metzner, Alpert, 1995). Esta e outras obras como *The Natural Mind* de A. Weil (Lucas, 1996)⁸, as vivências nelas descritas, encontraram, por exemplo, na tradução de o *Bardo Thödol. O Livro Tibetano dos Mortos* - que foi livro de cabeceira de Jung (Leary, Metzner, Alpert, 1995) -, a confirmação milenar, a ancoragem na tradição ancestral capaz de incentivar a expansão da pesquisa (Morgan, 1999).

A exploração das tradições orientais é, aliás, outra das características marcantes deste movimento, com relevância para a compreensão da genealogia da Psicoterapia Regressiva sob EMC, nomeadamente pela exploração dos EMC que lhes são concomitantes (Carrington, 1986; Lapassade, 1987). As práticas próprias do

⁸ Fernando Pessoa é, em Portugal, exemplo genial de um conjunto de pioneiros da exploração dos limites da consciência e da criatividade através do consumo de substâncias que alteram o seu estado normal de vigília.

Yôga e do budismo, entre outras, mostram a possibilidade de modificar e utilizar os estados de consciência sem recurso a substâncias indutoras (Carrington, 1986). Nasceu assim o interesse pelas posturas físicas do Yôga (ásanas), pelas suas técnicas de relaxamento (*yôganidrâ*) e pelas práticas de abstracção dos sentidos (*pratyáhára*), de concentração (*dháranâ*) e de expansão da consciência ou supraconsciência (*dhyána*), vulgarmente agregadas indistintamente sob o nome de meditação (DeRose, 1995).

Este interesse pelas práticas espirituais das civilizações orientais foi acompanhado, igualmente, pelo interesse pelo chamanismo e por outras práticas rituais que recorrem a EMC (Bourguignon, 1986; Walsh, 1995). Estes estudos, próximos da etnografia e da antropologia, cimentaram as potencialidades dos EMC e contribuíram para a sua despatologização por não serem sinónimo de doença mental num conjunto significativo de povos estudados, povos esses que, nem por isso, deixam de ter os seus doentes mentais. Os EMC assumiram assim o estatuto de constante de carácter antropológico (Simões, 1996; 2002).⁹

Anos Setenta

A partir dos anos 70 começam a surgir algumas obras de psicólogos e psiquiatras com testemunhos de supostas vivências regressivas induzidas a pacientes - em contexto clínico ou experimental - que activa o interesse do público psi pelas aplicações psicoterapêuticas dos EMC.

O ano de 1978 é emblemático com a publicação de quatro obras chave na área (Lucas, 1996). Contudo, mais de vinte anos antes - 1956 -, Morey Bernstein,

⁹ Lucas (1996) considera igualmente relevante para o desenvolvimento de um novo paradigma que permita a aceitação da Psicoterapia Regressiva sob EMC os desenvolvimentos da física a partir de Einstein, nomeadamente a relevância dada ao conceito de energia, e algumas descobertas na área da biologia.

escreve em livro os relatos de Bridey Murfhey sobre uma suposta existência pretérita com enormes repercussões mediáticas (Clark, 1995; Lucas, 1996). No relato da suposta existência pretérita são fornecidos dados e pormenores históricos surpreendentes que, aparentemente, não poderiam ser obtidos pelas vias cognitivas habituais.¹⁰ Denys Kelsey, psiquiatra inglês, que utilizava técnicas hipnóticas para regredir pacientes à infância, publica em 1967, com Joan Grant, uma obra a reportar relatos semelhantes ao anterior. A partir daqui e, igualmente por via de outras influências¹¹ estava dado o mote de *Past-life Therapy* que tantos sujeitos ia atrair pela aura de mistério e de espiritualidade que encerra, mas que ia igualmente estigmatizar a técnica - e de modo justificado! - nos meios académicos, particularmente nos mais convencionais. Prova disso, se alguma fosse necessária, é o seu reconhecimento e validação institucional em 1992 pelo Office of Alternative Medicine, componente do National Institute of Health dos EUA, como terapia alternativa... (Goldberg, 1999).

Morris Netherton publicou em 1978 a obra que mais repercussões técnicas parece ter tido na área: *Past-Lives Therapy*. Em simultâneo, ou com dois anos de diferença,¹² foram publicadas obras do mesmo cariz, nomeadamente na Europa pôr Thorwald Dethlefsen (Dethlefsen, 1997).¹³ Os autores, psicólogos e psiquiatras, tinham, em consultório, aplicado técnicas semelhantes e obtido resultados idênticos (Clark, 1995; Lucas, 1996). Estavam dadas as bases empíricas para que, à sua volta, se constituísse um movimento psicoterapêutico de proporções assinaláveis que

¹⁰ Sobre o caso Bridey Murfhey ver igualmente *Memória, Verdade e Psicoterapia*.

¹¹ Clark (1995) e Lucas (1996) coincidem em atribuir ao movimento dos *Dianetics* de L. R. Hubbard – conhecidos entre nós por, salvo erro, Cientologia – algum papel na proliferação e divulgação das técnicas regressivas, ainda que, neste caso, fora de um contexto psicoterapêutico.

¹² Existem dados díspares quanto a este pormenor. Segundo a edição brasileira da obra de Dethlefsen, a obra é publicada em Munique em 1976.

¹³ As outras obras publicadas em 1978 são as de Helen Wambach, *Reliving Past Lives*, e de Edith Fiore, *You Have Been Here Before* (Lucas, 1996).

continua a crescer apesar de estar ultrapassado o momento inicial de encantamento e inevitável ilusão (Fiori, 1986).

O facto de terem sido publicadas várias obras em simultâneo com uma temática semelhante por autores que tinham levado a cabo as suas investigações independentemente, permite-nos concluir que ao movimento não pode ser apontado um fundador. Entende-se por fundador a figura emblemática que estabelece um conjunto de bases teóricas e de procedimentos técnicos consensualmente aceites por um conjunto majoritário de especialistas da área. Contudo, Netherton é o autor que se destaca (Lucca & Possato, 1998), particularmente pela introdução da técnica/conceito de affect bridge (ponte emocional), isto é, a utilização das emoções e sensações corporais do paciente como trampolim para a vivência regressiva através do pedido/sugestão para focalização nelas (Lucas, 1996). Igualmente influente foi a sua utilização de palavras-chave recolhidas na anamnese, palavras que, pela sua repetição pelo paciente, induziam a vivência regressiva. Estas são, hoje, técnicas de ampla utilização com maiores ou menores adaptações como se poderá comprovar na análise da indução do EMC (Lucas, 1996; Lucca & Possato, 1998).

Igualmente importante na génese e desenvolvimento da Psicoterapia Regressiva sob EMC é a sua descoberta **accidental** no âmbito da hipnoterapia (Clark, 1995; Lucas, 1996).¹⁴ Muito das descobertas na história da Ciência ocorreram de

¹⁴ A hipnose, embora não seja, formalmente, uma Psicoterapia Regressiva como veremos no capítulo sobre a indução do EMC, ocupa um lugar neste historial que não pode deixar de ser ocupado, independentemente de ter contribuído para a descoberta deste tipo de Psicoterapia. Com efeito, como podemos contactar através da análise de alguma literatura sobre hipnose (Wolman & Ullman, 1986; Simões, 1996), a sua aplicação relativamente extensa em contexto clínico terá familiarizado os psicoterapeutas com a utilização de EMC com finalidades psicoterapêuticas, e estimulado os investigadores para a sua dilucidação científica, criando as condições para o desenvolvimento de uma técnica que integre alguns dos seus componentes mas que se distinga dela em questões metodológicas essenciais, nomeadamente, como veremos, a nível da sugestão e da condução da sessão.

modo acidental sem que tal as torne menos valiosas. O mesmo se passa neste âmbito para alguns psicoterapeutas (Fiori, s.d.; Oppenheim, 1986; Jue, 1996; Weiss, 1998) que utilizavam técnicas hipnoidais de transe ligeiro - *light trance* - para regressar os seus pacientes ao momento traumático que supostamente esteve na origem da problemática que fundamentou a queixa que deu origem à psicoterapia. Ao dizerem «Vá para o momento que esteve na origem dos seus problemas presentes; do seu medo...; da sua dificuldade em... etc.», mas ao omitirem por lapso o momento temporal do passado biográfico do paciente - adolescência, infância, pré-natal, intra-uterino etc. - para onde ele deveria regressar, depararam-se com uma extraordinária fenomenologia de vivências (Oppenheim, 1986; Jue, 1996). Viram os seus pacientes - na maior parte dos casos - colocar a origem dos seus problemas actuais em acontecimentos traumáticos de supostas existências pretéritas, assistindo a poderosas ab-reacções associadas a essas supostas recordações, ab-reacções semelhantes a outras vivenciadas pelos seus pacientes que supostamente regressavam a momentos traumáticos do seu passado biográfico.

Mas, mais surpreendente, o facto - incontestável se considerarmos os seus relatos como actos de boa-fé - de que os pacientes tinham melhorias sintomáticas rápidas, por vezes a partir daquela sessão única em que tinham vivenciada a origem do seu problema em supostas existências pretéritas (Fiori, s.d.; Steiger, 1994; Weiss, 1998). E, não menos inesperado, é serem essas vivências, em alguns casos, de todo contrárias às expectativas e ao quadro conceptual, religião ou filosofia quer do psicoterapeuta quer do paciente.¹⁵

Weiss (1998) é deste caso exemplo paradigmático. Este judeu, professor de psiquiatria e investigador na área da química farmacológica, à época em que

¹⁵ Como veremos na discussão dos resultados, estas são das poucas evidências que a concepção de Spanos (2001) acerca da dimensão socio-cognitiva dos relatos de supostas existências pretéritas não explica. Nestes casos paradigmáticos não encontramos nem as expectativas nem os quadros conceptuais que supostamente deveriam preexistir para produzir estes relatos. A procura de outras hipóteses explicativas, pelo menos para estes casos, torna-se necessária.

descobre a fenomenologia inerente a esta técnica, inseria-se plenamente dentro do modelo mecanicista-cartesiano da realidade, sendo de todo estranho aos conceitos de existências pretéritas, transmigração, reencarnação e outras, que são próximas dos adeptos ou simpatizantes das filosofias ou religiões orientais. De igual modo, a paciente que esteve na origem do seu envolvimento nesta área da psicoterapia, Catherine, era desprovida de particulares interesses metafísicos ou religiosos, tendo sido educada dentro do paradigma cristão que aceitava de modo inquestionável.¹⁶

Actualmente, com o recuo que permitem vinte anos de historial desta técnica, com as investigações entretanto realizadas sobre falsas memórias (Loftus & Ketcham, 1994; Spanos, 2001) é possível encontrar explicações plausíveis para o fenómeno sem recorrer a conceitos provenientes da área da história das regiões ou da espiritualidade. Contudo, podemos avaliar facilmente o impacto de semelhantes processos espontâneos de descoberta na proliferação desta técnica, especialmente quando tais processos de descoberta são realizados por diferentes indivíduos sem relação directa entre si. É possível que alguns psicoterapeutas (ver, por exemplo, Fiori, 1986) tenham pensado haver descoberto o elemento que faltava entre as causas do adoecer mental, o ela perdido - *the missing link* -, a chave para compreender e tratar as patologias mentais resistentes às psicoterapias instituídas na época, isto é, a fórmula da panaceia final. Contudo, tal entusiasmo teve que ser refreado (ver *Indicações e Contra-indicações*), mas podemos facilmente ser levados a pensar que, por várias razões, esta dimensão do psiquismo e da psicoterapia encontra no final da década de 70 o momento próprio para assumir o lugar que, reconhecidamente, vem a ocupar, tal como o *recovery memory work* em geral (Lindsay, 1998).

As várias obras editadas em simultâneo, a descoberta accidental por vários psicoterapeutas de modo independente, lembra Amaral Dias (1999) e os seus

¹⁶ Como atrás referido, o mesmo se passou com o famoso psíquico norte-americano, E. Cayce, no contexto das suas *leituras* de patologias orgânicas ou psicológicas com origem em supostas existências pretéritas. Os relatos de Cayce contrariavam as suas próprias expectativas e quadros mentais (Stearn, 1989; Lucas, 1996).

"pensamentos à procura de um pensador". Com efeito, a propósito da descoberta da psicanálise por Freud, Amaral Dias, ao analisar a época, as várias investigações em curso e as conclusões decorrentes, tornou claro quanto o fruto da psicanálise estava maduro, e o quanto ele resulta de um processo em curso num tempo específico. O mesmo poderíamos dizer da Psicoterapia Regressiva sob EMC, ainda que, neste caso, os «pensamentos» tenham sido «pensados» por mais do que «pensador».

A Associação e o *Journal*

Em 1980 é constituído nos EUA uma associação profissional que visa congregar os psicoterapeutas interessados na área, dar formação credenciada, publicar uma revista bianual sobre o tema, e promover o debate e a investigação, a *Association for Past-Life Research and Therapies*. A revista, o *Journal of Regression Therapie* continua a ser publicada até data, e a associação, em 1995, dispunha de mais de quatro centenas de profissionais com mais de cinco anos de experiência (Clark, 1995).

Como resultado deste trabalho é publicado em 1993 o *Regression Therapie. A Handbook for Professionals*, em dois volumes, num total de 1148 páginas, por Winnafred Lucas (Ph.D.), em colaboração com os autores de maior renome dentro e fora do EUA - com excepção dos brasileiros -, livro de texto que condensa as técnicas que maior sucesso obtiveram no historial da Psicoterapia Regressiva sob EMC, e um sem número de dados de relevância psicoterapêutica.

Dentro das investigações desenvolvidas desde o início da Psicoterapia Regressiva sob EMC até à presente data no universo de língua inglesa, há a destacar a tese de doutoramento de Rabya Clark no Fielding Institute, publicada sob o título *Regression Therapie. The State of the Art* em 1995. Igualmente importante, com

dados empíricos significativos resultantes da aplicação de um elevado *grant*, a investigação de Hazel Denning sobre a utilização de EMC na terapêutica de evidentes patologias físicas (Denning, 1993). No decurso da investigação vários pacientes realizaram Psicoterapia Regressiva sob EMC com a manifestação da fenomenologia que conhecemos, e com melhorias assinaláveis verificadas após um follow up, que foi até aos cinco anos, de 447 dos 912 participantes.

De registar ainda, fora as investigações de Baker (cit. in Clark, 1995) e Spanos (2001) apresentadas no capítulo sobre a memória, o Mind Mirror Research Project que, de um ponto de vista electroencefalográfico, estudou a Psicoterapia Regressiva sob EMC, concluindo pelo seu carácter distinto, já que são diferentes os EMC próprios da meditação e da hipnose (Lucas, 1989).¹⁷

Dos Sintomas para a Reestruturação

Nestas duas a três décadas de existência podemos definir um outro tipo de historial não menos importante, o relativo à própria evolução metodológica (Lucas, 1996). Assim, numa referência breve, podemos constatar que a Psicoterapia Regressiva sob EMC evoluiu de um foco central sobre a sintomatologia, procurando a suposta revivência do originário momento traumático e respectiva ab-reacção – Netherton é caso paradigmático (Lucca & Possato, 1998) - para dar lugar à procura de uma reestruturação mais profunda. Assim, não tendo mais o foco no alívio sintomático mas na procura de integração do vivenciado dentro da problemática total do paciente, e visando o desenvolvimento mais profundo dos processos de cura – e, nalguns casos, da dimensão espiritual do homem – a Psicoterapia Regressiva sob

¹⁷ Outras investigações foram realizadas dentro do universo de língua inglesa que não cabe aqui fazer historial (Clark, 1995; Lucas, 1996)

EMC evoluiu nos EUA de uma psicoterapia tipicamente breve para uma psicoterapia da média ou longa duração (Reid, 1986; Lucas, 1996).¹⁸

Brasil, Portugal e Europa

O Brasil recebe a Psicoterapia Regressiva sob EMC via EUA. Morris Netherton, em 1982, dá um curso de formação (Lucca & Possato, 1998) e a técnica espalha-se com grande intensidade sendo, provavelmente, o segundo país do mundo com mais psicoterapeutas nesta área. Deve-se isso, em princípio, ao facto da cultura brasileira ter assimilado com grande evidência alguns conceitos das religiões afro – que utilizam explicitamente EMC - e do movimento espírita, de grande implantação. Neste último há a destacar a vigência, com grande destaque, de alguns conceitos, como o de reencarnação, que se aproxima de parte da fenomenologia vivenciada pelos pacientes sob EMC durante a Psicoterapia Regressiva (Kloppenburg, 1984; Kardec, 1994). Ainda de referir o trabalho de Eliezer Mendes, médico, começado nos anos sessenta, com psíquicos, num contexto psicoterapêutico, trabalho que adquiriu renome internacional por alguns inusitados resultados obtidos – a comprova-lo a abertura de, pelo menos, uma clínica na Europa. Eliezer Mendes utilizou as supostas capacidades paranormais dos psíquicos para realizar regressões à origem da psicopatologia dos pacientes. O material vivenciado ou relatada pelos psíquicos assemelha-se igualmente à fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC (Mendes, 1980). Através de técnicas hipnoidais, sem a utilização de psíquicos,

¹⁸ Dentro das psicoterapias de longa duração sob EMC não confundir a Psicoterapia Regressiva que, em termos metodológicos, tem um carácter regressivo, com as psicoterapias do *sonho acordado* (réve éveilhé) criadas pôr Robert Desoille, que têm características técnicas substancialmente diferentes ainda que alguns pontos de contacto (Deschamps, 1999).

também conseguiu resultados idênticos, pelo menos em alguns casos (Mendes, 1976).

Em conjunto, estas três ordens de factores terão contribuído substancialmente para implantação da técnica no Brasil. A testemunhar este dinamismo, a criação de três organizações para promover a congregação dos profissionais interessados, a Associação Brasileira de Terapia de Vida Passada (ABTVP), a Sociedade Brasileira de Terapia de Vida Passada (SBTVP) e o Instituto Nacional de Pesquisa e Terapia Vivencial Peres (INPTVP).

O INTVP, criado por Maria Júlia Prieto Peres, médica e psicoterapeuta, foi o responsável pela divulgação da técnica em Portugal. Ele destaca-se, no conjunto das outras organizações, pela sistematização «original» da técnica (Técnica Peres), sistematização de inequívoca relevância psicoterapêutica, pela grande exigência na formação profissional, pela publicação dos *Anais do INPTVP* e por promover a investigação, nomeadamente através do trabalho de Júlio Peres, psicólogo e investigador. Os seus estudos sobre as áreas corticais activadas durante a Psicoterapia Regressiva sob EMC (Cortês & Moraes, 2002; Peres, 2002), são referência obrigatória na área como se viu na discussão das possibilidades excepcionais da memória.

Em Portugal é com a Alubrat, Associação Luso-brasileiro de Transpessoal, que a técnica é introduzida no meio psicoterapêutico de profissionais credenciados após o primeiro curso de formação durante o biénio de 93/94 dado pelo INPTVP, tendo como formadoras a referida Maria Júlia Peres e a psiquiatra Gláucia Correia. O segundo curso de formação decorreu no biénio de 98/99, e o terceiro decorre no biénio de 2002/2003, este último sob o auspício da Faculdade Medicina de Lisboa, que assim confere o seu aval a esta técnica psicoterapêutica.

Portugal contará com uma média de 20 a 30 psicoterapeutas licenciados e credenciados para a aplicação desta técnica¹⁹ e ocupa no quadro dos países em que esta técnica se difundiu um lugar particular. Tanto quanto é do conhecimento do autor deste estudo, é em Portugal que se promove o esforço - nomeadamente através do trabalho de investigação do Prof. Dr. Mário Pinto Simões (ver, por exemplo, Simões, Polónio, Von Arx, Staub, Dittrich, 1986; Simões & Peres, no prelo; Simões, Gonçalves & Barbosa, no prelo; Sobrinho, Simões, Barbosa, Raposo, Pratas, Fernandes, & Santos, 2002), psiquiatra e presidente da Alubrat de 1996 a 2003 - de inserir esta técnica, a sua fenomenologia e a reflexão acerca da mesma, no âmbito do conhecimento estritamente científico de que dispomos hoje nas áreas da neurologia, psiquiatria, psicologia clínica e experimental. A técnica fica assim despojada de conceitos que saem fora do campo científico, conceitos que actualmente apenas podem ser veiculados, com fundamentação epistemológica, nas áreas da espiritualidade e da religião. Não se negam, contudo, as evidências que apontam para as falhas do paradigma vigente, mecanicista-cartesiano, deixando em aberto como possibilidades - nomeadamente as excepcionais da memória -, outro tipo de respostas que aguardam validação académica.

Prova disso são as alterações à nomenclatura da técnica, inicialmente denominada, no contexto da formação dada pelo INPTVP, *Terapia de Vivências Passadas* (TVP), conceito que já se afasta de *Terapias de Vidas Passadas*, tradução da designação *Past-Life Therapie*.²⁰ Assim, em 1996, cunha-se a designação *Terapia Regressiva pelo Imaginário Vivencial Personalizado* (TRIVP), mais objectiva em relação àquilo que podemos seguramente afirmar dos relatos dos pacientes (Simões, 1996). Posteriormente a sigla é simplificada para TRVP, recuperando a original de M. J. Peres, mas alterada substancialmente na sua semântica para *Terapia pela Reestruturação Vivencial Personalizada* (Simões & Peres, s.d.). Acentua-se assim a

¹⁹ Ver *Metodologia – Selecção da Amostra* para verificar o apuramento deste dado.

²⁰ Uma variante a esta designação, que consagra a especificidade do trabalho de Maria Júlia Prieto Peres é a de *Terapia Regressiva Vivencial Peres* – TRVP. Actualmente a sua designação é de *Terapia Reestruturativa Vivencial Peres*.

consciência da dificuldade em aceder ao conhecimento seguro do carácter «passado» dos relatos – podem ser fabricação exclusiva do imaginário -, substituindo os conceitos de «regressão» e de «passado» pelos conceitos objectivamente mais credíveis de «reestruturação» - do inconsciente, das memórias, do imaginário... - e de «personalizado» - a reelaboração é sempre a do sujeito, nunca a do psicoterapeuta, a subjectividade parece inultrapassável.

Em 2002 a designação da técnica passou para *Terapia pela Reestruturação Vivencial e Cognitiva* (TRVC), para evitar uma possível redundância entre "Vivencial" e "Personalizada" - o que é vivenciado é sempre vivenciado de uma forma pessoal e subjectiva -, e para acentuar o trabalho verbal efectuado com a dimensão cognitiva do paciente durante o EMC, como adiante se tornará patente.

No resto da Europa há a referir a Inglaterra, berço de um dos psicoterapeutas mais credenciados nesta área, Roger Woolger, autor de *Other Lives, Other Selves*, publicado originalmente em 1987, que integra com sucesso a psicoterapia junguiana e a regressiva sob EMC. Na Alemanha, a obra do já citado Thorwald Dethlefsen é marco pioneiro, e na Holanda, o trabalho de Hans Tend Ham (Lucas, 1996) deu azo a várias publicações e à constituição de uma escola de psicoterapia de carácter regressivo. É por via de Hans Tend Ham que se realizará na Holanda, no final do primeiro semestre de 2003, o «First World Congress on Regression and Past-Life Therapy».

A situação dos países de Leste e dos outros países da Europa é desconhecida do autor deste estudo – com excepção da França onde é clara a sua existência nas obras de Desjardins e de Drouot (Descamps, Alfillé & Nicolescu, 1997) - sendo provável que, pelo menos, se tenha espalhado aos países da Comunidade Europeia, não existindo, à data, estudos estatísticos de conjunto.

Metodologia

Introdução

Pretende-se neste sub-capítulo explicitar as características técnicas da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência. Isto é, pretende-se responder à pergunta «Como?»: Como são aplicadas, quais os procedimentos, quais os problemas técnicos que delas decorrem, etc.

A contribuição técnica fundamental da Psicoterapia Regressiva sob EMC para o universo das psicoterapias - e para a história, ainda recente, da psicoterapia - é a sucessão coordenada de quatro momentos principais: Indução, Vivência, Ab-reação e Reestruturação (Jue, 1986; 1996; Simões & Peres, no prelo). Estes quatro estágios são o coração da técnica, o seu centro vital, e seriam desnecessárias mais considerações técnicas se nos quiséssemos cingir ao essencial. Contudo, na primeira parte deste sub-capítulo pretende-se expor outras características secundárias da técnica que permitem o seu enquadramento com maior compreensão.

Tempo

O tempo das sessões de Psicoterapia Regressiva sob EMC é basicamente de cento e vinte minutos. É o apontado pela maioria dos autores da área (Silva, 1985; Lucas, 1996; Lucca & Possato, 1998; Peres, 2002), embora no estudo de Clark (1995) o apuramento do questionário revelou, aproximadamente, 30% para cada uma das seguintes unidades de tempo: sessenta, noventa e cento e vinte minutos. As duas

horas serão, em geral, o tempo mínimo necessário para passar pelos quatro estádios da técnica, permitindo a entrada e saída do EMC, a vivência eventualmente regressiva, etc. Este tempo pode variar em alguns psicoterapeutas para 90 minutos, não tendo um carácter obrigatório.

Maria Júlia Peres (Peres, 2002; Simões & Peres, no prelo), que sistematizou a técnica com fins didácticos, considerou a necessidade de intercalar as sessões de cento e vinte minutos em que recorria a um EMC com sessões de 60 minutos de integração do material vivenciado na sessão anterior, agora em estado de vigília normal. A necessidade de uma sessão em estado de vigília normal, ou de parte de uma sessão, para integração dos conteúdos vivenciados na problemática trazida pelo paciente, é igualmente sentida por outros autores (Lucca & Possato, 1998).

Periodicidade

A maior parte dos autores parece ser unânime em apontar uma periodicidade semanal para a Psicoterapia Regressiva sob EMC (Denning, 1988; Woolger, 1996; Lucca & Possato, 1998; Peres, 2002). O mínimo de uma semana entre as sessões sob EMC justifica-se em função da necessidade de integrar em estado de vigília normal o muito material que emerge do psiquismo do paciente no seu estado modificado. De outro modo o paciente poderia não retirar insight, nem reestruturação cognitiva e comportamental das suas vivências sob EMC. Pelo contrário, poderia-se correr o risco, em pacientes propensos, de desestruturação da sensação, do pensamento, da coordenação motora e do comportamento, e de se desencadarem crises psicóticas.

Na técnica Peres a periodicidade das sessões sob EMC é de duas semanas, pois cada sessão sob EMC é intercalada de uma sessão de integração em estado de vigília normal de uma hora, num ritmo 2/1 (Peres, 2002).

Duração

Genericamente, pode-se considerar a Psicoterapia Regressiva sob EMC uma psicoterapia breve, tomando como medida a psicanálise, considerada uma psicoterapia de longa duração, por se estender por anos de repetidas sessões semanais. Butcher & Koss (1978, citado por Gamito, 1988) avaliam em vinte e cinco sessões o número limite para uma psicoterapia breve – embora este número não seja consensual – enquanto a duração média referida pela maioria dos autores, incluindo Maria Júlia Peres é de três meses de sessões semanais (Denning, 1988; Lucca & Possato, 1998; Peres, 2002).

Contudo, esta extensão de tempo não é fixa. No lado mais restrito do espectro, principalmente se nos encontrarmos ao nível da preocupação estritamente sintomática – embora não necessariamente -, duas ou três sessões podem ser o bastante para originar melhoras significativas (Woolger, 1996). No lado mais alargado do espectro, a Psicoterapia Regressiva sob EMC pode estar inserida numa psicoterapia de longa duração, como técnica coadjuvante e não exclusiva. Como tal, a duração de uma psicoterapia com estas características pode estender-se por vários anos (Reid, 1986). Neste caso, não é mais uma preocupação sintomática a reger o curso da psicoterapia, mas antes uma preocupação de reestruturação, de reformulação estrutural do paciente.

Anamnese

A anamnese é particularmente importante para alguns autores em Psicoterapia Regressiva sob EMC (Woolger, 1988; Lucas, 1996), sendo Dethlefsen (1996) a

única exceção explícita a esta regra: «This is a deeper intake than is usual in therapeutic work and gathers extensive information regarding the dynamics that have led up to the complaint.» (Lucas, p.58).

Na técnica Peres ela ocupa um lugar de relevo, podendo preencher até cinco sessões (Peres, 2002; Simões & Peres, no prelo). Procura fazer o levantamento exaustivo do passado do paciente, desde os antecedentes familiares à história médica do próprio e da família, passando pela vida sexual, profissional, passatempos, e terminando nas concepções filosóficas do paciente quanto à vida em geral, a Deus, à felicidade, ao bem etc. Com essa finalidade foi criado um minucioso questionário padrão que comporta cinquenta e cinco páginas (INTVP, s.d.).

Considera-se que tal anamnese é já uma regressão de memória em estado normal de vigília e que prepara o paciente para níveis mais profundos de regressão. Mas, sobretudo, a justificação de tal anamnese encontra-se na necessidade de conhecer detalhadamente - dentro das características de uma psicoterapia breve - o passado e o psiquismo do paciente. Assim, aquando da sua vivência sob EMC, o psicoterapeuta tem uma maior capacidade para se orientar e ajudar o paciente a explorar as dimensões da vivência mais significativas, obtendo-se economia de meios e incremento dos resultados (Peres, 2002).

O Psicoterapeuta

As características do psicoterapeuta que aplica técnicas regressivas sob EMC não diferem substancialmente das características que se consideram necessárias a um psicoterapeuta em geral, como a atenção positiva incondicional, a ausência de julgamento, de expectativas, etc. (Craig, 1991). De salientar, apenas, que vários autores alertam para a necessidade de que o psicoterapeuta que recorre a EMC neste

contexto forneça uma presença particularmente securizante e confiável (Hansen, 92; Clark, 1995; Lucas, 1996).

Este traço ganha relevo devido à necessidade de alterar o estado de consciência do paciente. Para além do imaginário associado à hipnose e à perda do autocontrole a ele associada, é preciso ultrapassar a resistência do paciente em deixar-se conduzir para um estado do relaxamento em que não perde o controlo, mas em que o comando está do lado do psicoterapeuta que, se não for percebido como confiável, deparará com maiores dificuldades. Por outro lado, a própria vivência sob EMC apresenta uma fenomenologia que pode contrariar padrões de comportamento socialmente aceitáveis ou eticamente legítimos dentro do paradigma do paciente. Se o psicoterapeuta não for sentido como merecedor de um elevado nível de confiabilidade, ele encontrará maiores resistências que as inevitáveis, tal como as encontrará nas vivências com um carácter fóbico mais intenso, se não fornecer uma presença securizante.

Assim, o psicoterapeuta que manuseia EMC deve ter as características comumente aceites como relevantes para o psicoterapeuta em geral, mas deve reforçar os aspectos securizantes e confiáveis da sua postura clínica.

Esclarecimentos Iniciais

Uma sugestão metodológica que se repete na bibliografia (Fiori; 1986; Clark, 1995) é o esclarecimento do paciente acerca do EMC que é suposto vivenciar na Psicoterapia Regressiva sob EMC. Com esse esclarecimento inicial obtêm-se resultados com maior rapidez e sucesso pois desfazem-se equívocos que nascem das concepções não informadas e acríticas acerca dos estados hipnoidais.

Nessa caracterização e esclarecimento acerca dos EMC pode estar inserida a questão essencial de que o paciente nunca perde o autocontrole, que pode sempre

interromper a sessão, ou mesmo levantar-se e sair - embora não o deva fazer subitamente.

Com isso, pretende-se securizar o paciente esclarecendo-o, pois é o que de facto acontece nesta classe de psicoterapia, em que o paciente está sempre consciente, capaz de vontade própria e de coordenação motora.

Verdade versus Utilidade

É igualmente vantajoso esclarecer os pacientes acerca do carácter provavelmente metafórico das vivências que realizam sob EMC (Clark, 1995). Muitos são os pacientes que nutrem um conjunto de expectativas excessivas acerca da psicoterapia em geral e da Psicoterapia Regressiva sob EMC em particular. Este conjunto de expectativas poderá funcionar como um assinalável bloco de resistências capaz de dificultar ou impossibilitar a psicoterapia (Woolger, 1996).

O psicoterapeuta pode, na fase inicial de esclarecimentos, informar que o EMC é induzido com fins inteiramente psicoterapêuticos, e que o conteúdo das vivências que ocorrem é sempre representativo do psiquismo do paciente, independentemente do seu valor da verdade (Clark, 1995). O que importa não é a correspondência evidente ou aproximada entre as vivências do paciente e a realidade do seu passado próximo ou remoto, mas o nível de auto-conhecimento que essas vivências proporcionarem e a resolução da problemática que o paciente trouxe à consulta (Pincherle, 1990). A técnica deve ser apresentada como uma técnica de acesso ao inconsciente, que recupera material que pode ser entendido apenas a nível simbólico (Clark, 1995; Woolger, 1996). Com isso procura-se diminuir o nível de expectativas de pacientes que visam um reforço egoico através da vivência de supostas existências pretéritas grandiloquentes, ou dos pacientes que procuram

vivências que confirmem quadros conceptuais por si elaboradas acerca de um acontecimento do seu passado histórico, um traço do seu carácter, etc.

Esta fase da ou das sessões iniciais, tal como a anterior, tem um carácter essencialmente formativo mas com uma finalidade psicoterapêutica.

Ausência de Interpretação

Na literatura revista verifica-se um ênfase metodológico na ausência de interpretação (Silva, 1985; Pincherle, 1990; Clark, 1995). Ao contrário de uma psicanálise convencional em que a interpretação do material do paciente ocupa um lugar relevante - nomeadamente o inerente à análise da transferência e da contratransferência - na Psicoterapia Regressiva sob EMC é o próprio paciente, quando ainda sob EMC, que dá significado às suas vivências ainda que estimulado pelo psicoterapeuta. Esta doação de significado e procura de insight face às problemáticas trazidas à consulta é o que ocorre substancialmente no estágio da reestruturação, detalhadamente descrito no sub-capítulo respectivo (Peres, 2002; Simões & Peres, no prelo).

Não se pretende com isto afirmar que a Psicoterapia Regressiva sob EMC seja uma psicoterapia em que a ausência de interpretação aconteça ou em que o psicoterapeuta consiga estar apenas na posição de observador procurando uma objectividade inacessível em Ciências Humanas.²¹ A questão essencial é a pretensão de que seja o paciente, com os insuspeitos recursos psicoterapêuticos e de insight de que dispõe sob EMC, a fazer o necessário trabalho de elaboração e de integração (Hansen, 1992). A própria fenomenologia variada que é vivenciada sob EMC não é objecto de uma interpretação clássica. A única interpretação genérica é a de que se trata de material de um dos níveis do inconsciente, certamente com significado. Mas

²¹ Ver o capítulo sobre a Memória nesta tese de mestrado.

é o paciente que o deve descobrir, realizando as conexões necessárias com o seu momento presente.

Na técnica Peres, em que há uma sessão intercalar que tem como objectivo a integração do material vivenciado sob EMC, a ausência total de interpretação por parte do psicoterapeuta será mais difícil de atingir. Mas ela não deixa de ser um objectivo, uma parte integrante da técnica (Simões & Peres, no prelo).

Uma Técnica Coadjuvante e/ou Coadjuvada

As técnicas regressivas sob EMC são geralmente aplicadas em conjunto com outras técnicas psicoterapêuticas (Woolger, 1986; Clark, 1995; Lucas, 1996). A própria técnica Peres, que aplicada rigorosamente dispõe de uma autonomia substancial, congrega num todo sistematizado técnicas de outras escolas como a cognitiva e a neuro-linguística - para não referir outras, já património da psicoterapia em geral (Simões & Peres, no prelo).

A formação geral do psicoterapeuta é aqui essencial, pois permite-lhe dispor de um conjunto de instrumentos que maximizem o material vivenciado sob EMC, facilitando uma mais plena integração por parte do paciente, uma reestruturação cognitiva e comportamental efectiva e actuante. A técnica e sua metodologia deve então ser perspectivada como mais um instrumento psicoterapêutico disponível, de uma panóplia em que pode ter um lugar central ou acessório mas, em princípio, coadjuvada por outra (Lucas, 1996). Contudo, em casos como o de Woolger (1996), que tende a receber pacientes que já realizaram uma psicoterapia, muitos deles psicoterapeutas, a Psicoterapia Regressiva sob EMC pode ser utilizada como técnica única num contexto de psicoterapia breve (cinco a dez sessões).

Estádios Principais da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência

Introdução

A existência de estádios, ou momentos centrais, quase obrigatórios, na Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma constante em vários autores de primeiro plano.

A referência obrigatória é a Jue (1996; Lucas, 1996), que marcou a escola americana. Para Jue são três as fases ou estádios: a identificação; a desidentificação e a transformação. Na primeira delas o paciente experimenta como suas e reais as emoções, sentimentos e pensamentos do protagonista da sua vivência sob EMC, seja ele mesmo num momento passado da sua vida biográfica, ou seja um outro, com quem se identifique, de uma suposta existência pretérita, futura ou outro.

Na segunda, na desidentificação, o paciente deve desconectar-se dessas emoções, sentimentos e pensamentos; como estranhos ao seu eu quotidiano – no caso de o serem efectivamente -, e apenas ligados a ele por um fio de significado.

Por último, na terceira, o paciente deve tentar elaborar o material vivenciado na procura de insight, conectando-o com a sua problemática presente para produzir uma efectiva e fecunda transformação (Jue, 1996).

A esta nomenclatura e sistematização, ainda que funcional, pode ser apontada alguma falta de clareza conceptual por estar muito ligada aos conteúdos das vivências, e não ao trabalho psicoterapêutico objectivamente realizado. Daí ter optado por uma extraída da penúltima designação da técnica entre nós, a TRVP - Terapia pela Reestruturação Vivencial Personalizada – e da definição proposta para Psicoterapia Regressiva sob EMC apresentada ao longo desta tese de mestrado:

psicoterapia que, com ou sem indução, procura que o sujeito vivencie sob Estado Modificado de Consciência a experiência que, real ou simbolicamente, esteve na origem – total ou parcial – da perturbação mental, psicossomática ou outra, facilitando-se uma eventual ab-reacção que liberte tensões disfuncionais. A ab-reacção associada à real ou simbólica descoberta da origem do problema permite uma reestruturação do sujeito - orientada ou espontânea - em termos cognitivos e emocionais e, a posteriori, comportamentais.

Em suma, trata-se de uma reestruturação cognitiva e emocional do vivenciado – real ou simbólico -, realizada de modo personalizado e com intenção psicoterapêutica.

Assim, os estadios principais seriam a indução, mas uma dupla indução, indução do EMC e da vivência; a vivência propriamente dita que dá lugar, muitas vezes, à ab-reacção, e a reestruturação a concluir.

Embora a ab-reacção surja durante a vivência, deve ser entendida como um estadio próprio, pois a vivência pode existir sem a ab-reacção – a vivência pode até ser uma vivência feliz - e a sua natureza é diversa. A vivência traduz-se pelo experienciar de imagens, sons, sentimentos, emoções, e a ab-reacção por uma descarga energética através do choro, grito, pontapé, murro etc.

A reestruturação a finalizar, semelhante à transformação de Jue (1996), em que o paciente ainda sob EMC é conduzido pelo psicoterapeuta na exploração das suas capacidades de insight, e procura relacionar as vivências com a sua problemática presente de molde a reconstruir a sua forma de sentir, pensar e agir que se tenha revelado fonte de mal adaptação, de insucesso no seu meio ambiente existencial. Esta fase é particularmente importante na técnica Peres - que se revela a mais elaborada e rica do ponto de vista psicoterapêutico - com a tomada da

redecisão, fase em que é clara a utilização dos recursos da programação neuro-linguística sob EMC (Peres, 2002; Simões & Peres, no prelo).

Indução

A Psicoterapia Regressiva sob EMC sempre se apresentou, na literatura em geral, como recorrendo a um Estado Modificado de Consciência (Clark, 1995; Lucas, 1996). Por outro lado, o EMC permite o acesso a uma vivência supostamente conectado com a problemática do paciente (Peres, 2002). Importa então definir como é induzido o EMC e como, a partir dele, é induzida a vivência. Deve tornar-se claro, o que nem sempre acontece na literatura revista, tratar-se de duas induções diferentes, com objectivos e procedimentos distintos, podendo, inclusivé, a primeira ser aplicada sem a segunda. A indistinção que por vezes se observa deve-se talvez, ao facto de, por vezes, o paciente entrar espontaneamente na vivência a partir do EMC, sem necessitar de uma indução formal para isso.

Indução Formal do Estado Modificado de Consciência

A Psicoterapia Regressiva sob EMC é, por definição, uma psicoterapia breve.²² Como tal, o recurso a uma indução formal do EMC é uma prática comum.²³ No caso, como adiante veremos, das técnicas regressivas sob EMC que se inserem numa psicoterapia de longa duração, tal indução pode, por vezes, não ser necessária (Reid, 1986). Com o estabelecimento do forte laço empático entre psicoterapeuta e paciente, este pode entrar facilmente no Estado Modificado de Consciência partir do qual se pode realizar a vivência regressiva ou outra.

²² Ver sub-capítulo anterior.

²³ Netherton terá sido uma das excepções notórias a essa regra (Silva, 1985).

Respiração, Relaxamento e Visualização

A maximização dos recursos tempo/dinheiro numa psicoterapia breve deste género depende, em geral, do sucesso da indução de um EMC a partir da segunda ou terceira sessão, isto é, da entrevista inicial seguida da anamnese.²⁴

Os recursos comumente utilizados são a respiração, o relaxamento progressivo e a visualização dirigida, recursos utilizados em simultâneo (Woolger, 1988; Lucas, 1996; Lucca & Possato, 1998). A atenção deve focalizar-se inicialmente na respiração, que se deve tornar predominantemente abdominal, o que induz, por efeito reflexo, um estado imediato de maior relaxamento.

O relaxamento propriamente dito, pode ser progressivo (Clark, 1995), ou usar técnicas próprias do treino autógeno de Schultz ou da sofrologia (Simões, 1996). A atenção do paciente, no relaxamento progressivo, deve focalizar-se inicialmente nos pés ou na cabeça caso o sentido seja ascendente ou descendente, seguindo as indicações verbais do psicoterapeuta, e deslocar-se progressivamente para as várias partes do corpo. A atenção assim focalizada permite a tomada de consciência das áreas de tensão e subsequente relaxamento.

O Estado Crepuscular (*TwilightState*)

Terminado o relaxamento progressivo o paciente pode já encontrar-se num ligeiro Estado Modificado de Consciência – ou transe ligeiro (*light transe*). O objectivo da indução do EMC deve ser a obtenção de um estado aproximado àquele em que se está aquando do acordar e do adormecer, o estado entre a vigília e o

²⁴ Exceptua-se aqui o caso da Técnica Peres, que pode exigir de cinco a seis sessões para a sua detalhada anamnese (2002).

na entrevista inicial e anamnese o paciente seja inquirido acerca da sua sensibilidade. Caso seja mais cinestésico, mais visual ou mais auditivo, assim podem ser conduzidas as induções, embora as induções visuais sejam as mais usadas pela preponderância desse sentido sobre os outros.

As imagens mais utilizadas para exclusivamente induzir o EMC são a *estrela no infinito*, o *barco no horizonte* e a *luz a envolver o corpo* (Clark, 1995). Como acima veremos, outras imagens muito referenciadas como, por exemplo, a subida da escada (Lucas, 1996), a visita à biblioteca, são visualizações que aprofundam o relaxamento e que, simultaneamente, são indutores da vivência.

Neste e noutros processos indutivos, tal como em toda a psicoterapia sob EMC, a voz do psicoterapeuta é essencial (Lucas, 1996). Ela, com o tom apropriado, é já um substancial meio indutor de um estado de relaxamento. As suas inflexões podem ser usadas para securizar o paciente, estimulá-lo a prosseguir, para aproximá-lo da vivência de sentimentos que quer evitar, facilitar-lhe a ab-reacção, etc. O seu treino, tal como nas hipnoterapias, é parte da aprendizagem da Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Estado Crepuscular Espontâneo

No contexto de uma psicoterapia de longa duração, ou com pacientes propensos, com práticas regulares de meditação ou de outras disciplinas que permitam o acesso a EMC, a obtenção do estado crepuscular pode ser espontânea, dispensando indução (Reid, 1986; Wambach, 1997). O paciente, a partir do momento em que se deita, ou mesmo permanecendo sentado numa posição confortável, entra em ligeiro EMC. Nesses casos é dispensável uma indução formal, apenas necessitando, eventualmente, de um aprofundamento do Estado.

Esta referência é importante pois permite, na prática, economia de tempo e maximização de resultados. Do ponto de vista conceptual é relevante pois desmistifica os light trances como estados diametralmente opostos ao estado de vigília normal, alcançáveis apenas através de processos sofisticados e morosos (Tart, 1999).

Indução Formal da Vivência

O momento fundamental da Psicoterapia Regressiva sob EMC, mais complexo que o anterior, é a indução da vivência. Com ele, nas palavras de M. J. Peres (Peres, 2002) realiza-se «a conexão ao inconsciente». Sem ele - caso não seja espontâneo - não haveria Psicoterapia Regressiva. A resistência do paciente nesta fase, caso seja inultrapassável, inviabiliza a psicoterapia nestes moldes.

Morris Netherton, as Frases-chave e o *Affect-bridge*

Procurando um posicionamento cronológico, a referência primeira é para Morris Netherton, seguramente muito influente na história da Psicoterapia Regressiva sob EMC. Netherton celebrou-se no meio pela utilização de frases ou palavras proferidas insistentemente pelo paciente durante a entrevista inicial e a anamnese, de modo mais ou menos descontextualizado, as frases-chave. «É difícil!». «Não consigo!». «Lamento!». «A vida é dura!». «É um mundo cão!». Estas e outras, são frases que, na concepção de Jung, seriam a ponta visível de emaranhados complexos com liames em vários níveis da consciência e relação com o inconsciente colectivo, estruturas mais ou menos emersas do psiquismo que se mostram

fugazmente através de semelhantes frases. Levar o paciente a repeti-las insistentemente - técnica de Netherton - facilita uma emersão de outras dimensões desse complexo, permitindo o acesso a supostas experiências traumáticas do passado a elas associadas. Estava assim aberta a vivência de conteúdos eventualmente regressivos (Silva, 1985; Lucas, 1996; Lucca & Possato, 1998).

A utilização destas frases, e de outras de carácter marcadamente emocional «Vou perder tudo!», «A culpa é minha!», deram origem, provavelmente, à popularizada expressão *affect bridge*, a ponte emocional. O *affect bridge*, neste caso as frases emblemáticas do paciente que activam o nível emocional, são a ponte que, ultrapassada, nos transporta à dimensão oculta do psiquismo, ao inconsciente, ao passado retido mais ignorado.

Actualmente, o *affect bridge* tal como Netherton o utilizou, constitui, à semelhança das outras técnicas que serão enunciadas, um dos instrumentos disponíveis para induzir vivências sob EMC, ao lado de outros igualmente válidos e efectivos (Lucas, 1993).

O Fantasiário

O fantasiário, ou armário das fantasias, é o nome que, literariamente, podemos dar ao recurso mais usado na Psicoterapia Regressiva sob EMC. Ele talvez tenha seguido cronologicamente o de Netherton, mas será, seguramente, quase contemporâneo (por exemplo, Oppenheimer, 1986; Wamback, 1997). Consiste em induzir a vivência do paciente através de uma viagem imaginária, com a visualização de diversas cenas que, conduzidas pelo psicoterapeuta, levarão o paciente a

desembocar numa suposta vivência passada ou outra - supostamente futura, por exemplo²⁶ - relevante para a terapêutica do problema em questão.

O limite do número de «histórias» que pertencem à panóplia de um psicoterapeuta só dependerá dos limites do seu próprio fantasiário pessoal. Elas apenas terão que estar condicionadas pelo objectivo que se propõe, induzir uma vivência conectado com a problemática mais ou menos psicopatológica trazida à sessão. A vivência deverá, em princípio, ser de direcção regressiva, embora algumas variantes se possam introduzir, retirando o pendor estritamente regressivo, sem que a técnica no seu conjunto fique comprometida.

Três características que se encontram nestas narrativas para vivência imaginária são:

a) permitir o adentramento da abstracção dos sentidos acima descrito, com intensificação do relaxamento e consolidação do EMC;

b) conter a ideia de viagem, de ir de um ponto a outro com várias etapas e vários procedimentos pelo caminho;

c) viagem em que o essencial é o momento da chegada, o fim, pois é aí que se desemboca na vivência; deve pois conter um artifício final que permita ao paciente transitar espontaneamente para uma vivência talvez tão imaginária quanto a anterior mas em que ele já não é conduzido por outro, conduzindo-se a si próprio, não intencionalmente, mas por um processo espontâneo do psiquismo.

Exemplificando os pontos b) e c), poderíamos dizer que a viagem pode ser numa nuvem à volta do planeta (Wambach, 1997), pode ser numa floresta mágica (Oppenheim, 1986), pode ser numa nave espacial (Findeisen, cit. in Lucas, 1996), pode ser apenas um percurso como subir ou descer por uma escada (Lucca &

²⁶ Ver capítulo *Fenomenologia*.

Possato, 1998) e seguir por um túnel, ou uma visita a uma biblioteca ancestral, depositária dos livros de todas as vidas e de toda a sabedoria.

O artifício final que permita a transição entre estar a ser conduzido, entrar na vivência e perder a orientação exterior pode consistir em descer da nuvem no local do planeta relevante para problemática do paciente (Wambach, 1997), aterrar a nave espacial em plena vivência (Findeisen, cit. in Lucas, 1996), encontrar uma barraca de espelhos de circo no final do passeio pela floresta e ver num dos espelhos o modelo da roupa, o corpo, o rosto de como se era nessa vivência que importa experimentar (Oppenheim, 1986). Ou, na visita à biblioteca, abrir um livro, o livro da memória ou da sabedoria, e abrir na página onde está a imagem ou o texto que permite a conexão com a vivência.

Vejamos um exemplo do anteriormente dissecado, exemplo em se unem estes dois aspectos da técnica:

(...) o sujeito é levado para a porta da frente da própria casa e pede-se-lhe que a veja claramente. Em seguida, é conduzido em imaginação ao telhado do edifício em que mora, e solicita-se-lhe que examine o território circundante. Depois, diz-se-lhe que se está erguendo delicadamente do telhado do edifício e está voando, como tem feito em sonhos. Nesse ponto eu descrevia aos meus sujeitos a sensação de estar voando, célere, por cima das árvores, até uma praia de que eles gostam. Seguiu-se uma fantasia orientada, em que eu os fazia remontar-se, subir cada vez mais, vendo a curva da terra no horizonte à proporção que voavam no céu azul. A maioria dos meus sujeitos apreciava intensamente a sensação de alar-se e eu os deixava saboreá-la por diversos momentos de indução hipnótica.

Oferecendo-lhes, então, uma nuvem branca e fofa, eu sugeria-lhes que se estendessem sobre ela e se relaxassem ainda mais, à medida que eu os conduzisse a períodos de tempos passados (Wambach, 1997, pp.70-71).

Como é evidente, as variações a semelhante artifício são sem-fim. Cada uma destas visualizações indutoras pode ser adaptada às características de cada paciente, relacionando-as com o seu mito pessoal, ou aos vários momentos que decorrem numa psicoterapia, com incidência num ou noutro aspecto. Mas tanto quanto é dado observar, os psicoterapeutas dispõem de duas ou três visualizações da sua preferência,

com as quais terão mais sucesso e que usarão repetidamente sem substanciais variações.

Numa perspectiva opinativa poder-se-ia dizer que a carga simbólica das visualizações é muito significativa para o seu sucesso e para a profundidade da vivência. Conterem os símbolos da viagem, do caminho, da partida, da chegada, da escada, da porta, do livro, da luz, pode ser relevante de um ponto de vista pragmático. Mais importância terá se nos colocarmos numa perspectiva arquétipica como a própria das análises junguianas. Nesse contexto, a narração de um percurso imaginário pejado de símbolos, permitiria com sucesso a entrada na dimensão simbólica da mente, aquela que confina com o universo do inconsciente colectivo (Perrot, 1997).

Conexão com o Inconsciente

A técnica Peres, muito vocacionada para uma efectiva regressão de memória, não utiliza uma indução como a anteriormente descrita para dar origem à vivência sob EMC (Simões & Peres, no prelo). Terminado o relaxamento e a entrada sob EMC que segue genericamente os moldes apresentados anteriormente, é explicitamente pedido ao paciente que se conecte com o inconsciente, com a dimensão da vivência passada, retida em memória, que esteve na origem da problemática actual:

Após a relaxação, o terapeuta leva o paciente, através de formulações verbais próprias, a fazer uma conexão da sua mente consciente com a sua mente "inconsciente" ou com o seu "arquivo de memórias", trazendo-as para o aqui e agora, para serem vivenciadas na sessão terapêutica. Sugere-se ao paciente que encontre "situações traumáticas do seu passado próximo ou remoto, relacionadas com o problema que lhe está a trazer transtornos presentes (Simões & Peres, no prelo).

A técnica, já muito testada, trabalhada, burilada e com resultados comprovados - M. J. Peres já realizou mais de 7600 sessões de Psicoterapia Regressiva sob EMC (Peres, 2002) - parece particularmente indicada para pacientes que tenham dificuldade em entrar num processo de indução que recorra exclusivamente à visualização. Por outro lado, do ponto de vista do psicoterapeuta, parece indicada para aqueles clínicos que tenham um pendor especialmente directivo. Das técnicas anteriores, tanto a de Netherton como a da narrativa, o «espaço» para que o paciente entre em qualquer dimensão do seu inconsciente e de lá retire um qualquer conteúdo significativo, é bem maior do que na técnica Peres. O pedido para ir para o passado, próximo ou remoto é muito insistente, o que condiciona as manifestações do psiquismo a um único campo, mesmo que metafórico.

A técnica fica assim sujeita à suspeita, descrita no capítulo sobre a memória do presente estudo, de facilitar a produção de falsas memórias pelo efeito da sugestão (Spanos, 1991, 2001). Poder-se-ia dizer, inclusive, que a pressão exercida pelo psicoterapeuta para que o paciente se recorde pode ser gerador do grau de angústia bastante para que este invente falsas memórias como meio de resolver essa angústia (P. Magalhães, comunicação pessoal).

Contudo, é necessário ressaltar que a questão da verdade das supostas memórias é tão relevante na técnica Peres quanto nas outras. A pressão exercida, a eventual angústia gerada, pode ser entendida como o instrumento psicoterapêutico de entrada no inconsciente do paciente, permitindo-lhe revelar os subjacentes conflitos e reais ou supostos traumas originários, e assim conduzir o processo para a cura ou a remissão sintomática. A análise anterior nada retira à efectividade psicoterapêutica da técnica Peres, é uma característica sua que, certamente em muitas circunstâncias, é uma mais-valia.

A Ponte Somática (*somatic bridge*)

A ponte somática (*somatic bridge*) foi desenvolvida e hiper valorizada por Roger Woolger, nome emblemático da Psicoterapia Regressiva sob EMC (Woolger, 1988; Lucas, 1996). Não é uma técnica que possa ser usada de modo exclusivo - como é o caso da técnica Peres - mas parece ser utilizável em inúmeras situações. Ela procura usar as sensações físicas do paciente, detectadas durante ou após o relaxamento e a entrada sob EMC, como meio para entrar na vivência da real ou suposta origem traumática da problemática actual, física ou não - esta técnica pode obter resultados assinaláveis na área da psicossomática (Woolger, 1996).

A sua aplicação passa pelo pedido de que o paciente focalize a sua atenção numa sensação física que emerga durante o EMC, ou que lhe seja prévia. A concentração da focalização pode ser intensificada pela colocação da mão do paciente nessa área, pela colocação da própria mão do psicoterapeuta nessa área, caso a relação estabelecida o permita. Nessa situação, um toque forte com pressão pode ser a ignição de uma vivência intensa, muitas vezes seguida, particularmente nesta técnica, por uma ab-reacção intensa, profunda, propiciadora de um claro alívio sintomático.

O despoletar da vivência pode obter-se igualmente pela intensificação do ritmo respiratório (Lucas, 1996), e pela clarificação da postura corporal que o paciente deseja assumir ou que comece espontaneamente a assumir. O corpo é assim usado para encenar um dos aspectos da vivência que está latente, dando assim azo ao seu desencadeamento. Um exemplo particularmente claro é o da posição fetal que pode dar origem a uma vivência, real ou suposta, do momento do parto. Mas muitos outros exemplos são possíveis.

Contagem e Outras Técnicas Coadjuvantes ou Menos Frequentes

Outras técnicas, ou aspectos de técnicas, podem ser aplicados na indução da vivência da real ou suposta origem do problema actual a trabalhar na sessão.

A contagem é um dos pormenores técnicos recorrentemente utilizados (Hickman, 1989), particularmente na técnica Peres onde ocupa um lugar de relevo (Peres, 1996). Ele consiste numa contagem decrescente (de cinco a um, por exemplo) realizada lentamente, com a sugestão, na mudança de um número para outro, de que a vivência - da memória, da imagem - ocorrerá na chegada da última contagem. O dito há pouco sobre a pressão exercida pelo psicoterapeuta e a angústia ou ansiedade gerada, é particularmente significativo aqui.

Lucca utiliza os problemas com que, durante a semana, se deparou o paciente, apresentados no início da sessão em estado de vigília normal, para induzir a vivência «Repita: meu corpo dói, estou muito cansada. Sinto cansaço, meu corpo dói. Repita» (Lucca & Possato, 1998, p.57) Esta técnica tem como pressuposto que os problemas ocorridos e os efeitos que eles tiveram sobre o paciente, fazem parte de um complexo maior. A sua rememoração seria a chave para nele entrar.

Woolger (1996) utiliza igualmente a imaginação activa junguiana como meio de induzir vivências regressivas. Outras técnicas poderiam ser encontradas na literatura da área mas seria irrelevante a sua exposição exaustiva (Hickman, 1989). De referir, contudo, a respiração holotrófica (Grof, 1995), a respiração profunda muito prolongada (*breathwork*, Jue, 1996), e os exercícios corporais com apoio de músicas ou ritmos, «(...) ouvir com olhos fechados sons ligados a experiências infantis, como gritos, escadas rangendo, suspiros, choro, vento, trovoadas, sons de palmadas ou pancadas, etc.(...)» (Pincherle, 1990, p.43). A concluir, e como detalhe

com algum interesse em alguns contextos, o facto de alguns psicoterapeutas oferecerem, antes da primeira indução, uma cassete de aprendizagem de relaxamento, gravada com a sua própria voz, para audição em casa. Depois de praticar sozinho, mais rapidamente entra o paciente em EMC, encurtando o tempo necessário à ultrapassagem de algumas resistências e permitindo a rentabilização da terapia (Weiss, 1999).

Indução na Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência e Hipnose

Retomando a caracterização do EMC que ocorre no paciente que se submete à Psicoterapia Regressiva, denominado de Estado Crepuscular (twilightstate) - caracterização realizada neste sub-capítulo em Indução Formal do EMC - convém precisar as diferenças entre esta linha de psicoterapia e a que é específica da hipnose.

Embora a Psicoterapias Regressiva sob EMC tenha visto o seu nascimento associado à hipnoterapia, inúmeros autores (Lucas, 1996) insistem nesta diferenciação :*«O paciente encontra-se num estado de consciência modificado mas em vigília e em interacção dinâmica com o terapeuta, o que o diferencia, respectivamente, da hipnose e do treino autógeno* (Simões & Peres, no prelo).

O EMC induzido é muito ligeiro comparativamente a estados de transe profundo que se podem utilizar na hipnoterapia. Embora o próprio estado crepuscular seja um estado de tipo hipnoidal (Simões, 1996; Pincherle, 1990), ele é um estado em que o paciente mantém sempre a consciência e o domínio da vontade, o controlo ideo-motor, a capacidade de comunicar, podendo sempre interromper a sessão, levantar-se, etc.

Auto Indução de EMC pelo Psicoterapeuta

Existem claras referências na literatura (Clark, 1995; Lucas, 1996) à entrada em EMC do psicoterapeuta durante a condução da técnica de regressão. O estudo de Lucas (1989) revela que o EEG do psicoterapeuta altera-se durante sessão, apresentando flashes de ondas delta, provavelmente associadas à capacidade momentânea de entrar em ressonância psicológica (Watkins, 1978, cit. in Clark, 1995) com o paciente. Este dado é relevante se atendermos a que a efectividade terapêutica da sessão parece ser directamente proporcional à capacidade do psicoterapeuta para modificar a sua consciência em sintonia com o paciente. Deste modo, ele afirma-se conectado intuitivamente à vivência do paciente, tendo uma noção mais exacta das suas vivências, podendo assim conduzi-las com superior facilidade na direcção terapêutica mais relevante.

Os resultados do questionário de Clark (1995) vão no mesmo sentido. 74% dos psicoterapeutas questionados que aplicam técnicas regressivas dizem experimentar um EMC quando conduzem uma sessão (destes 74%, 39% apenas às vezes).

Vivência sob Estado Modificado de Consciência

Finda a segunda fase da indução - indução da vivência -, o paciente encontra-se na vivência propriamente dita.

Comparativamente às fase anteriores da Psicoterapia Regressiva sob EMC esta é significativamente mais exigente para o psicoterapeuta do ponto de vista técnico, energético e emocional, sendo, sem dúvida, a que mais desgasta o paciente.

Em primeiro lugar, porque esta fase corresponde efectivamente a uma vivência: «Durante a regressão, a pessoa vivencia o facto como se estivesse ocorrendo na sua vida actual.» (Dethlefsen, 1997, p.52). O pedido para ir para origem do problema a ser trabalhado na sessão, o pedido para ir para o momento mais traumático relativo a ele - ou qualquer outro da mesma natureza -, independentemente de provocaram ou não uma real recordação do passado próximo ou distante, provoca de facto uma vivência. Entende-se, neste contexto, por vivência de um real ou suposto acontecimento passado, um estado em que o nível cognitivo se activa através de imagens e palavras que ocorrem à consciência, mas em que, igualmente, se dá a activação do nível emocional através do aparecimento de emoções associadas a essas imagens, como medo, raiva etc. A estes dois níveis que caracterizam a vivência, acopula-se muitas vezes o nível sensorio-motor. Às anteriores imagens e emoções, associam-se sensações como as de dor, calor e náuseas, e actos motores simples como pontapear e esmurrar, e mais complexos como chorar, gritar, etc.²⁷ Trata-se, portanto, de uma vivência na plena acepção do termo, em que, repetindo o exposto no capítulo anterior, o paciente está sempre

²⁷ Woolger (1987, p.19) acrescenta: vomitar, sensações alternadas de quente e frio, formigamentos, vibrações e libertação de odores

consciente e, embora mais sugestionável, mantém o controlo da vontade (James, 1995; Simões & Peres, no prelo).²⁸

Quanto à natureza do mecanismo psíquico envolvido nesta fase da Psicoterapia Regressiva sob EMC são possíveis algumas referências. Que mecanismo psíquico será este que permite a um paciente sob EMC vivenciar uma sequência de cenas de um real ou suposto acontecimento passado - ou futuro, ou arquetípico, etc. - e mesmo, a pedido do psicoterapeuta, mudar de cena e vivenciar uma sequência completamente diferente?

A primeira referência mais significativa encontramos-na na técnica de imaginação activa desenvolvida por Jung no contexto da sua actividade psicoterapêutica. Dada uma imagem ao paciente, pretendia-se que o mesmo permitisse que ela se transformasse espontaneamente, seguindo o curso que a sua imaginação, de modo autónomo, tomasse (Perrot, 1997). É uma versão modificada da *associação livre* – ambas dependem da espontaneidade do psiquismo - por nos encontrarmos ao nível explícito da imaginação e por procurarmos um meio de acesso à dimensão simbólica, nomeadamente a que Jung designou de inconsciente colectivo. No *rêve éveillé* de R. Desoille (Desoille, 1945; Descamps, 1999) encontramos uma adaptação desta técnica, com recurso ao mesmo mecanismo psíquico. A variante estará nas imagens propostas pelo psicoterapeuta, imagens que propiciam o desenrolar de uma história, de um percurso imaginário geralmente associado à ideia de subida, ascensão, etc. Nestes dois casos, tal como no da vivência sob EMC que caracteriza a Psicoterapia Regressiva, estamos claramente perante o ou os mecanismos psíquicos que caracterizam o sonho – daí a designação *rêve éveillé* -, com a substancial diferença que o sonhador está desperto e o sonho é lúcido.

O conceito que mais parece traduzir o fenómeno psíquico na literatura consultada é o de *auto-simbolismo* cunhado por Silberer (Klimo, 1998). Com óbvia

²⁸ Sobre a novidade que caracteriza este tipo de vivência na história da psicoterapia, e a sua genealogia, ver *Ab-reacção*, neste capítulo.

genealogia freudiana e junguiana, o auto-simbolismo de Silberer traduz a noção de que o psiquismo tende, espontaneamente, e sem um carácter patológico, a apresentar através de símbolos as suas várias dimensões e conteúdos. É então adequado que se utilize tal capacidade inata para conhecer um paciente em contexto psicoterapêutico.

Num meio mais junguiano, o conceito de *dynatypes* de Ira Progoff (Klimo, 1998) reflecte o mesmo princípio, adaptado especificamente aos arquétipos que compõem o inconsciente colectivo para Jung.

Contudo, devemos impedir que o propósito da clareza e inteligibilidade simplifique redutoramente a vivência sob EMC da Psicoterapia Regressiva. Como veremos no capítulo *Fenomenologia*, o conteúdo das vivências é muito variado, e se algum é claramente simbólico, com conteúdos do domínio da lenda, do mito, etc., outro é apenas provavelmente simbólico com conteúdos denominados pelo paciente como de vivências e existências pretéritas.²⁹ Outro ainda é provavelmente regressivo e dependerá claramente de memórias, com evocação de conteúdos comprovadamente vivenciados durante a infância, e durante os períodos intra-uterino e peri-natal.

Estamos, portanto, perante um mecanismo psíquico que ainda não dominamos nem conhecemos inteiramente. Isso também se reflete nos estudos encefalográficos conhecidos. Lucas (1989), em estudo comparativo entre os estados meditativos e os regressivos sob EMC, encontrou mais beta e delta que no regressivo. Associou, embora sem evidências suficientes, alpha à entrada em EMC ligeiro (estado crepuscular), delta e beta à real ou suposta recuperação de memórias e sua vivência, e delta ao processamento dessa informação para ser permanentemente comunicada ao psicoterapeuta. Os achados de Peres (1998) e de Simões et al. (1998) não desmentem estes resultados iniciais. Peres encontrou proeminência de delta anterior na vivência, e beta anterior na redecisão, fase da técnica Peres de maior pendor cognitivo que desenvolveremos no capítulo *Reestruturação*. Simões et al.

²⁹ Ver, *Possibilidades excepcionais da memória* no capítulo *Memória, verdade e psicoterapia.*)

encontrou mais theta nas sessões de regressão do que nas sessões placebo, sessões com relaxamento e exercícios de visualização com conteúdo curativo sem interação entre o sujeito do estudo e o indutor do estado e da vivência. De referir, ainda neste último estudo, a inexistência de significativas diferenças entre hemisférios nas sessões placebo e nas sessões psicoterapêuticas propriamente ditas.

Condução da Vivência

Como atrás referido (ver *Indução*) a Psicoterapia Regressiva sob EMC não é hipnose mesmo que partilhe algumas das suas características. Nesse sentido, a condução da vivência apresenta uma essencial diferença que radica no controlo exercido pelo psicoterapeuta (Lucas, 1996). Este, como não a experimenta directamente mas segue um processo autónomo ditado pelo psiquismo do paciente, tem que se adaptar a ele e às suas infinitas variantes possíveis, tarefa de navegação em águas alheias e desconhecidas.

Para que a vivência decorra com o menor número de resistências possível o paciente deve ser estimulado a não permanecer como observador do mesmo mas a identificar-se com o processo (Jue, 1996; Woolger, 1996). Permanecer como observador é permanecer com um grau de distanciamento que permite a filtragem do material que emerge, assim inibindo a necessária espontaneidade do fluxo de imagens, emoções e, muitas vezes, de ideias e insights. Pelo contrário, se a cena for vivenciada como real, o seu aprofundamento é imediato e quase espontâneo (Lucas, 1996).³⁰

Em segundo lugar, o psicoterapeuta deve aconselhar o paciente é aceitar todo o conteúdo que aflua à sua consciência: «Não se preocupe com o que é fantasia,

³⁰ Como veremos, vivenciar a cena como real permite igualmente descargas energéticas abreactivas mais profundas (Lucas, 1996).

imaginação, memória presente, símbolo, metáfora, ou qualquer combinação de tudo isto. É a experiência que conta. Viva tudo o que surgir na sua mente.» (Weiss, 1999, p.109). «That's all folks» diz por vezes J.P. Veiguiha (comunicação pessoal) para desinibir o paciente. A capacidade de juízo crítico, embora permaneça activa durante a Psicoterapia Regressiva sob EMC - desde que se respeite o transe ligeiro -, não deve ser instrumento para criar resistências. Neste contexto, não dar tempo ao paciente para impedi-lo de filtrar as respostas, mas insistindo para que diga tudo o que lhe vem à mente, é uma das técnicas comuns e sempre possíveis (Peres, 1996; Lucca & Possato, 1998).

O paciente deve sentir que o ambiente psicoterapêutico é securizante e não judicativo, para que a aceitação que parece provir do exterior estimule a aceitação interna (Fiori, 1986). A identificação com o personagem da vivência estimula este processo (Lucas, 1996).

Em terceiro lugar, o paciente deve saber, de modo explícito ou implícito, que é suposto que, durante toda a vivência, ele deve manter o contacto verbal com o psicoterapeuta: «(...) comunique qualquer imagem, intuição ou emoção que surja, como também qualquer sensação corporal, por menor que seja, para que possamos entender aquilo que vem à sua mente.» (Pincherle, 1990, p.40). A condução da vivência na direcção dos conteúdos terapeuticamente mais significativos só é possível se paciente for produzindo um relato permanente do que ocorre no seu meio interno - pensamentos, emoções e sensações. Esta característica será, pelo menos parcialmente, responsável pela presença de ondas beta no EEG de pacientes submetidos a controle experimental (Lucas, 1989), assim se destacando o estado desta vivência daquele que é próprio da meditação e da hipnose profunda.

Em quarto e último lugar, e acerca daquilo que o psicoterapeuta pode fazer para rentabilizar a sessão, deparamos com o problema da confiança. O paciente pode ser sugestionado no sentido de confiar na capacidade do seu próprio psiquismo, entendido em geral, ou no seu inconsciente em particular, para trazer à consciência as vivências mais significativas para a resolução da problemática a trabalhar naquele

momento (Lucas, 1996). A sugestão pode ir mais longe, induzindo ao paciente confiança no seu *terapeuta interno*, no seu *eu superior* dotado de um conhecimento e de uma sabedoria extra normal, paranormal (Schubot, 1987; Fredman, 1987; Barbell, 1994). Segundo Clark (1995), 88% dos psicoterapeutas inquiridos utilizam-no.

O *Terapeuta Interno*

O conceito de *terapeuta interno*, de *eu superior* não é, na Psicoterapia Regressiva sob EMC um mero artifício de sugestão que leve o paciente a aumentar a sua espontaneidade e a entrar na vivência. Ele foi utilizado inicialmente por Jung, que o considerou como uma subpersonalidade mais sábia que denominou de *Philomenon* (Clark, 1995), e sustenta-se na descoberta de Hilgaard do *observador escondido* (Klimo, 1998; Vermetten, Bremner, Spiegel, 1998), descoberta posteriormente explorada no âmbito da hipnoterapia. O observador escondido revelou-se como uma dimensão do psiquismo, usualmente inconsciente no estado vigíl, que parece tudo saber, tudo observar, mesmo quando o sujeito se encontra em estados não conscientes. É uma instância que parece saber mais - por exemplo, a nível de traumas precoces - que o sujeito em estado vigíl, e à qual se pode recorrer para auxiliar na condução da vivência, e do processo de reestruturação, entre outros. Operacionaliza-se este conceito através de perguntas como: «- Pergunte ao seu *terapeuta interno* se há mais alguma cena que importe vivenciar?»; « - Pergunte ao seu *eu superior* que decisão tomou naquele momento traumático, decisão que é responsável pelos seus problemas presentes?»; «- Pergunte ao seu *mestre interno* a importância da cena que acabou de vivenciar para compreender os seus problemas actuais?» (Peres, 1996).

Esta descoberta de Hilgaard, sólidamente baseada em dados experimentais (Vermetten et al., 1998) ainda não é clara dentro do paradigma psicológico vigente.

Ela é, contudo, incontornável, e é, na Psicoterapia Regressiva sob EMC, um valioso veículo psicoterapêutico de resultados por vezes surpreendentes. «The material is usually surprisingly relevant, cathartic, and transformative, as if an inner intelligence were at work seeking the cause of an individual's symptoms, the underlying dynamics, and a resolution.» (Jue, 1996, p.381) Como se o observador escondido fosse depositário não só da história pessoal do indivíduo, suas vicissitudes e sua razão de ser, como também depositário de uma sabedoria milenar que o sujeito em estado vígil esquece mas que, às vezes, pressente. A fenomenologia associada ao terapeuta interno, que veremos no capítulo respectivo, remete-nos, eventualmente, para o conceito platônico de alma, tal como está presente, por exemplo, no Fédon. Para Platão, o exercício base da sabedoria não era pensar mas recordar o que alma aprendera algures mas esquecera na sua ligação com o corpo - teoria da reminiscência. É interessante como, no início do século XXI, a fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC soube tornar tão estimulantes as suas palavras, remetendo-as para uma dimensão de intemporalidade.

Perguntas e Comandos para Condução da Vivência

Estando a vivência dinamizada pelo paciente, pela espontaneidade do seu psiquismo em recordar ou produzir cenários cognitivos, emocionais, sensoriais e simbólicos, o psicoterapeuta pode - e, por vezes, deve - tentar conduzir esse dinamismo da forma terapêutica mais útil.

Os instrumentos ao seu dispor são comandos, ou ordens - «-Vá para a próxima cena relevante!». - ou perguntas - «-O que está sentir?»; «-O que está acontecer?» (Peres, 1996).

De salientar, em primeiro lugar, que as perguntas e comandos, devem ser realizados sempre com uma estrita intencionalidade psicoterapêutica (Denning, 1988;

Lucca & Possato, 1998). A exploração de pormenores de vivências que os pacientes definem como de existências pretéritas, com o objectivo de colecta de dados verificáveis em estudos de campo, procurando testar as teses reencarnacionistas ou outras, é desvalorizado ou criticado pela maioria dos autores de referência (Lucas, 1996). Se pormenores são solicitados - como roupas, ambientes, datas, etc. - eles só encontram justificação quando se destinam a contribuir para a orientação do psicoterapeuta, que assim pode conduzir mais eficazmente a sessão. Noutro contexto não são aceitáveis. A rica fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC pode induzir um desvio dessa ordem, e o psicoterapeuta deve estar de sobreaviso nessa área para não sacrificar os objectivos de uma sessão à sua curiosidade pessoal, defraudando, eventualmente, as expectativas do seu paciente que investe o seu tempo e os seus recursos económicos por outras razões.

Em segundo lugar, as perguntas e os comandos que devem ter intencionalidade psicoterapêutica, podem ser usados para regular a intensidade da vivência.

Os comandos podem ser utilizados para retirar o paciente de uma cena inútil - eventualmente uma forma de resistência - ou particularmente dolorosa e perigosa para a sua estabilidade emocional. «- Vá para uma cena anterior à que está a viver agora!»; «- Vá para a cena seguinte, depois de tudo ter acabado!» «- Vá para um momento de paz, anterior à cena que está viver!» (Woolger, 1996).

As perguntas comportam mais variantes, nomeadamente o tempo verbal utilizado. Como veremos na descrição e análise da ab-reacção, se quisermos que o paciente realize um profundo processo ab-reactivo, devemos colocar-lhe as perguntas no tempo presente para que ele se identifique intensamente com o que está a vivenciar aí, levando imagens, emoções e sensações ao nível máximo de intensidade. Perguntas como «- O que está a fazer?» «- O que está a acontecer?» «- O que está a sentir?» produzem um efeito como o descrito (Hickman, 1989; Bolduc, 1989; Woolger, 1989; Lucas, 1996). Perguntas que contenham a ideia de «Porquê?»

impedem a identificação e a vivência no presente porque criam um recuo crítico, e devem ser evitadas nesta fase do processo (Woolger, 1989; Lucas, 1996).

Se, contudo, pretendermos criar um recuo por estar o paciente cansado, por não sabermos a altura certa para uma ab-reacção intensa etc., devemos realizar perguntas no passado que permitam ao paciente colocar-se na posição de observador: «- O que aconteceu?»; «- O que sentiu naquele momento?»; «- O que estavam a fazer?», etc. Bolduc (1989) psicoterapeuta experiente na área, considera como útil em termos terapêuticos começar a psicoterapia por vivências em que o paciente é apenas observador. Identificações mais profundas e concomitantes ab-reacções só depois de uma fase inicial de natureza mais cognitiva. Isso pode permitir ao psicoterapeuta melhor conhecimento do paciente antes de processos mais intensos e complexos, e pode impedir a criação de resistências resultantes de sessões iniciais particularmente penosas (Lucas, 1996).

As perguntas, para além da função de regular a intensidade da vivência, podem, tal como os comandos, ser utilizados para fazer progredir a vivência, ou mesmo para induzir o paciente a entrar nela quando não o faça espontaneamente após a sua indução formal. Perguntas, no início da sessão, como «- O que trás nos pés?»; «- O que tem investido?»; «- Qual o ambiente à sua volta?», podem ter essa função (Lucas, 1996). Elas podem igualmente substituir comandos, criando um estilo de condução menos directivo. «- O que mais acontece de relevante nessa infância que esta a vivenciar?» é um exemplo de uma pergunta pouco directiva, com uma dose da sugestão baixa, e que contribui para o desenrolar da vivência do paciente.

As perguntas e os comandos dados no decurso de uma Psicoterapia Regressiva sob EMC não se restringem a estes e dificilmente se poderiam sistematizar todos os géneros possíveis. As apresentadas são representativas do universo descrito na literatura consultada.

Metodologias para a Vivência

Respondido à pergunta «Como fazer a vivência?» importa saber o que fazer da vivência... Muitos psicoterapeutas experientes nesta área salientam este aspecto. O que exige preparação cuidada e experiência não é a indução da vivência. Ela pode ser fácil em pacientes relativamente predispostos. O que exige destreza psicoterapêutica é o seu manuseamento com fins curativos (P. Veiguiha, comunicação pessoal).

Quatro possibilidades relevantes devem ser analisadas quanto àquilo que o psicoterapeuta pretende que o paciente vivencie. Em primeiro lugar, a vivência pode ser apenas das imagens, emoções e sensações que espontaneamente emergem à luz da consciência. O psicoterapeuta não induzindo nenhuma vivência em especial, limita-se a trabalhar com aquilo que o paciente trazer à sessão depois de finalizada a indução (Lucas, 1996). Poderíamos chamar-lhe de (a) *metodologia das imagens espontâneas*. Ela releva do pressuposto da existência de um observador escondido ou um terapeuta interno que sabe trazer à consciência o que é mais relevante para fins curativos.

Em segundo lugar, consideremos a *metodologia* que podemos denominar de (b) *cronológica*. O psicoterapeuta, no fim da indução da vivência, pede para ir para uma idade precisa - os três anos, por exemplo -, depois viaja para baixo ou para cima dessa idade em espaços de tempo que podem ser exactos, de cinco em cinco anos por exemplo. (Lucas, 1996; Lucca & Possato, 1998). É uma técnica muito mais directiva que a anterior, mas que pode ser efectiva para ultrapassar algumas resistências do paciente. Um comando possível seria «- Vá para a cena mais importante dos próximos cinco anos de vida!»³¹

³¹ Para o caso de haver mais do que uma vivência importante nesse período de vida – nas vivências em que se parte do princípio de que existe uma efectiva regressão de memória -, perguntar, por exemplo: «- Existe mais alguma cena, nesse período de cinco anos de vida, que importe vivenciar?». Contudo, Lucca & Possato (1998)

Uma terceira metodologia que se aparenta com a anterior, mas que tem a vantagem de não estar limitada por marcos cronológicos precisos, é a que podemos denominar de (c) *metodologia das situações-limite*. Ela consiste em, no decurso de uma vivência que o paciente define como de existências pretéritas - facto muito corrente como podemos constatar pela análise da fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC - dar comandos para percorrer as etapas marcantes da vida, como as intra-uterina, do parto, da morte e do momento após a morte (Lucas, 1996; Detlefson, 1997). Esta técnica que, como todas as outras, não é de utilização rígida e permite combinações múltiplas, tem a indiscutível vantagem de permitir a vivência de cenas intensamente emocionais, capazes de ab-reacções profundas e, com isso, de trazer à consciência padrões de comportamento, de emoção e de pensamento estreitamente conectadas com as problemáticas actuais do paciente. Ela é muito mais directiva que a metodologia das imagens espontâneas, mas menos directiva que a metodologia anterior. Os seus resultados podem ser muito claros com problemáticas fóbicas.³²

Em último lugar, a técnica Peres que, neste ponto, e para efeitos de sistematização, poderíamos chamar de (d) *metodologia do momento mais traumático* (Peres, 1996; Simões & Peres, no prelo). Ela consiste em pedir ao paciente, finda a indução do EMC e como um modo directo de induzir a vivência, de ir para o momento mais traumático que está na origem do seu problema actual. Como é óbvio, esta técnica permite uma grande economia de meios. Permite ir para vivências com

referem que o apego a uma metodologia cronológica pode impedir o levantamento de dados sugestivos.

³² A real ou suposta vivência de um momento de morte numa real ou suposta existência pretérita pode ser de extrema importância psicoterapêutica (Dethlefsen, 1997; Lucca & Possato, 1998). Clark (1995) detecta no seu estudo que 98% dos psicoterapeutas inquiridos pedem a revivência do real ou suposto momento da morte aos seus pacientes. Wambach, quase dez anos antes, em 1986, já tinha chegado a resultados semelhantes, embora com uma amostra muito mais reduzida. O último pensamento que é relatado pelos pacientes no momento dessa suposta morte é, muitas vezes, relevante em termos de *Decisão* ou *Mandato* a trabalhar no processo da reestruturação (Denning, 1988).

uma forte carga emocional - momento mais traumático... -, facilitando poderosas ab-reacções. Por outro lado, pode revelar conteúdos do inconsciente fortemente conectados com o tema da sessão a trabalhar, permitindo a emersão de padrões que necessitem de trabalho psicoterapêutico.

As limitações que lhe podemos apontar radicam na sua directividade, condicionando o psiquismo do paciente a dirigir-se para conteúdos - reais ou supostos - fortemente traumáticos. Com isso, a formação de fortes núcleos de resistência em pacientes muito fragilizados é sempre possível, sendo talvez contra-indicada nesses casos.

Ab-reacção

Uma análise das vivências sob EMC que ocorrem na Psicoterapia Regressiva ficaria gravemente comprometida sem uma desenvolvida referência à ab-reacção. Ela é parte essencial da mesma, raramente ocorrendo uma sessão em que não surja sob uma das suas muitas formas possíveis, da palavra ao urro.³³

A importância da ab-reacção na saúde mental já é conhecida desde Aristóteles e da sua reflexão sobre a tragédia na Poética.³⁴

Freud e Breuer, na fase inicial da obra do primeiro (Roudinesco & Plon, 1997) concederam-lhe um papel importante no tratamento das neuroses e no alívio sintomático. O relevo dado à ab-reacção, inserido na época no denominado método catártico (Roudinesco & Plon) surgiu no contexto das hipnoterapias - a coincidência

³³ Cladder, 1986, defende a tese de que, na Psicoterapia Regressiva sob EMC a ab-reacção é mais frequente e intensa que em psicoterapias comportamentais, porque o paciente tem menor resistência a vivenciar cenas traumáticas em cenários de supostas existências pretéritas.

³⁴ Nichols (1974, cit. in Clark, 1995) em trabalho experimental encontrou indícios que suportam a efectividade psicoterapêutica da ab-reacção.

com a Psicoterapia Regressiva sob EMC não é fortuita. Com a descoberta da *associação livre*, com o papel dado à interpretação dos sonhos e, sobretudo, com o desinteresse pela hipnose pelo facto de a mesma deixar o paciente inconsciente e incapaz de insight, fazendo depender o seu sucesso do poder da sugestão (Freud, 1891/1998) os fenómenos ab-reactivos perderam peso na psicanálise e, conseqüentemente, no *mainstream* das psicoterapias de inspiração analítica. O papel dado à cura pela palavra tornou-se central, considerando-se que a tomada de consciência e a verbalização inerentes eram processos ab-reactivos suficientemente efectivos.

Só nos neo-reichianos, nomeadamente na bioenergética, encontramos um movimento psicoterapêutico de relativa dimensão para o qual a ab-reacção tem um papel relevante (Lowen, 1982).

Contudo, o papel psicoterapêutico da ab-reacção, particularmente da ab-reacção intensa, no alívio sintomático, nunca foi posto em causa. O que o genial fundador da psicanálise não descobriu foi que se podiam atingir os mesmos níveis abreactivos da hipnoterapia, tal como a conhecia, sem que, contudo, o paciente estivesse inconsciente e incapaz de integrar o material emergente. Ora, é isso que ocorre na Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Cognitivistas versus Catárticos

A possibilidade da ab-reacção profunda sob transe ligeiro é uma característica desta escola psicoterapêutica, mas não é usada universalmente. Woolger (1986) denomina de *cognitivistas*³⁵ aqueles que consideram suficiente para a cura ou

³⁵ Clark (1995), na quase centena e meia de psicoterapeutas de regressão inquiridos, detectou 6% de *cognitivistas* em 94% de psicoterapeutas que induzem os seus pacientes a experimentar as vivências no corpo.

remissão sintomática a rememoração do real ou suposto acontecimento traumático que esteve na origem da patologia psíquica ou psicossomática que motivou a psicoterapia. Essa real ou suposta rememoração, com a descobertas de padrões de comportamento inerentes e insight, seria o bastante para atingir os objectivos psicoterapêuticos, dispensando-se as pesadas descargas emocionais, sempre dolorosas para o paciente e para o psicoterapeuta.³⁶

Esta posição, que alguns contestam formalmente (Woolger, 1988; 1996), recolhe na literatura algumas referências favoráveis, ainda que esteja pressuposto, muitas vezes, que a ab-reacção não é sempre necessária embora o seja na maioria das sessões.

Netherton e a Primeira Fase

O peso dos fenómenos ab-reactivos, que permitem o escoamento das emoções vivenciadas, é significativo na primeira fase da Psicoterapia Regressiva sob EMC como referido no capítulo de revisão histórica. Netherton, pioneiro da técnica, considerava-a particularmente eficaz no que se pode denominar de dessensibilização sistemática sob EMC (Silva, 1985; Cladder, 1986; Lucca & Possato, 1996). Provocava-se a real ou suposta regressão de memória a uma mesma vivência traumática tantas vezes quantas as necessárias para a emoção se esgotar, até atingir assim o *retorno sereno* (Silva). Quando a vivência se pudesse repetir sem provocar emoção, quando apenas restasse o conteúdo cognitivo, essa fase da psicoterapia podia ser dada por ultrapassada.

³⁶ Aos processos ab-reactivos podem seguir-se estados de exaustão, sendo esse factor de considerar antes do seu desencadeamento, nomeadamente em pacientes fisicamente fragilizados ou com patologias somáticas como as cardíacas (Woolger, 1987).

Woolger e o Psicossomático

Nos psicoterapeutas posteriores a M. Netherton, R. Woolger destaca-se pela importância dada aos processos ab-reactivos e pela teorização que desenvolveu nesse contexto.

Woolger (1986; 1996) considera que a psicoterapia dificilmente pode ser efectiva sem ab-reacções profundas. Como vimos no capítulo sobre indução da vivência, a utilização do corpo através de toques, pressões, posturas, pode ser útil para que o “próprio corpo” se conecte à real ou suposta memória traumática responsável pela patologia e se liberte das tensões disfuncionais. Woolger reporta particular sucesso na recuperação de memórias verdadeiras depois de intensos fenómenos ab-reactivos e na remissão sintomática de problemas físicos, particularmente os de óbvia dimensão psicossomática.

Ab-reacção e Reestruturação

Como acima referido, na segunda fase da história da Psicoterapia Regressiva sob EMC que actualmente vivemos, a ab-reacção não perdeu nenhum do seu interesse, mas circunscreveu-se principalmente ao alívio sintomático imediato.

Se parece claro que ela pode ser o bastante para o paciente recuperar de algumas queixas rapidamente (Lucas, 1996) - ou mesmo, em alguns casos que não devemos branquear, ter remissão completa (Weiss, 2000) -, ela não parece o bastante para profundas alterações de padrões de comportamento, pensamento e emoção, a exigir trabalho mais profundo e demorado (Lucas). Por isso, como veremos no capítulo sobre a Reestruturação, é majoritária a voz dos psicoterapeutas que consideram a ab-reacção como parte de um processo que a integra mas que tem de a

ultrapassar para ser verdadeiramente interveniente no paciente como um todo. Exemplo claro e consciente disso é a técnica Peres, notável a muitos níveis nos processos de reestruturação vivencial. O material vivenciado durante a ab-reação deve ser integrado pelo paciente em estado de vigília normal para maximizar os seus efeitos psicoterapêuticos (Clark, 1995).³⁷

³⁷ Um aspecto que importa referir quando se tematizam os processos ab-reactivos que lidam com reais ou supostas memórias traumáticas de pesada carga emocional, é o papel psicoterapêutico de reais ou supostas regressões a memórias felizes (Bolduc, 1989; Dubuc, 1996). A importância da ab-reação, o facto dela fazer parte do dia a dia psicoterapêutico da Psicoterapia Regressiva sob EMC, não deve permitir ignorar o potencial de outras abordagens real ou supostamente regressivas que exploram o filão das memórias de paz, amor, serenidade, êxtase, etc. (Lucas, 1996).

Reestruturação

A reestruturação é a fase final da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência, o fecho da abóbada. Aparentemente, no atrás descrito, já poderia estar encerrada uma psicoterapia pelo trabalho ab-reactivo realizado. No início da aplicação da técnica, em que os fenómenos ab-reactivos tinham importância significativa e a procura do alívio sintomático era o objectivo principal, o processo de psicoterapêutico poderia estar já quase encerrado. Bastaria fazer uma breve integração, retirar o paciente do EMC e o trabalho seria concluído.

Hoje, contudo, decorridos vinte anos, o trabalho de reestruturação assume um lugar mais extenso e essencial (Jue, 1996a; Lucas, 1996; Lucca & Possato, 1998), com o notável exemplo da técnica Peres (2002), que parece ser o construto mais elaborado na área.

Por reestruturação entende-se o processo a que o paciente é submetido no final da vivência, e em que o conteúdo da vivência é integrado na problemática da sessão ou na problemática do paciente em geral, numa procura de insight acerca dos padrões subjacentes ao seu comportamento, pensamento, e vida emocional, com vista a uma reformulação que implemente saúde mental e qualidade de vida (Denning, 1988; Jue, 1996a; Lucca & Possato, 1998). A reestruturação sob EMC, ainda que participada e auxiliada pelo psicoterapeuta, é sempre personalizada e deve ser da responsabilidade e autoria do paciente, que assim se compromete pessoalmente com os processos de mudança que almeja: «O terapeuta é (...) um facilitador do terapeuta interior que cada paciente tem em si, auxiliando-o para que ele próprio encontre meios para atingir uma mudança no seu padrão de comportamento referente ao assunto que está a trabalhar.» (Simões & Peres, no prelo).

Clark (1995) nos resultados do seu estudo empírico com mais de uma centena de psicoterapeutas com uma experiência média de onze anos, verificou que 98%

relaciona a vivência com a problemática dos pacientes no final da sessão, 91% revendo, nesta fase, os momentos mais marcantes da vivência.

Com estes procedimentos, o processo psicoterapêutico passa para o nível cognitivo, afastando-se da dimensão vivencial que caracterizou a fase anterior. Ainda que permaneça um ligeiro EMC – o paciente continua deitado/sentado, olhos fechados, etc. -, já não se trata de experimentar um conjunto de sensações, emoções, imagens e pensamentos, e realizar uma eventual ab-reação, mas de perceber o seu significado, perspectivar mudanças, fazer ligações, tirar ilações, etc.

Jue (1996), pioneiro na área e um dos autores mais credenciados da escola americana, considera necessário, para que o processo de reestruturação tenha lugar, que o paciente proceda a uma des-identificação. Por des-identificação entende-se o processo pelo qual o paciente é retirado da colagem, da identificação – existente na vivência sob EMC - entre os seus sentimentos, emoções, sensações e pensamentos e os do personagem, figura arquetípica ou outra que ocupou um lugar central da sua vivência: «(...) one realizes his/her true nature as distinguished from the role being played.» (1986, p.10). O paciente, que corporizou ou encarnou o personagem, deve agora desencarna-lo para retornar ao seu eu quotidiano com o qual tem identificação e perceber os padrões comportamentais envolvidos na vivência, embora permaneça sob EMC.³⁸

Este processo de des-identificação, que a não ser realizado poderia dar origem a uma síndrome psicótica com perda das referências egoicas e espacio-temporais, tem um lugar sempre presente na Psicoterapia Regressiva sob EMC, mesmo que não ocupe um momento específico da técnica em todas as escolas - com um conjunto de passos indispensáveis -, como veremos na descrição da técnica Peres. Contudo, no final da sessão, ele estará sempre realizado, com o retorno do paciente ao seu estado de vigília habitual, com a noção do lugar onde se encontra, do dia da semana em que está, da hora presente, etc (Peres, 1996). Com isso, o paciente, ainda que por vezes

³⁸ Igualmente Hoffman, 1993, entre outros.

um pouco alterado, sai do EMC, facto de que o psicoterapeuta deve estar seguro antes de encerrar a sessão.

Exemplo paradigmático desta fase da Psicoterapia Regressiva sob EMC é a técnica Peres, como referido (Peres, 1996; 2002; Simões & Peres, no prelo). No fim da vivência, o psicoterapeuta pede ao paciente que procure, que tente localizar na sua consciência algum tipo de *decisão* ou *mandato* que tenha realizado em função da vivência acabada de decorrer e do seu momento mais traumático, em particular nas vivências real ou supostamente regressivas, vivências que, no caso desta técnica, como veremos na análise da fenomenologia, são sobretudo desta natureza: o sujeito «(...) é solicitado a identificar a decisão tomada naquele momento (quase sempre de modo cognitivo subliminar), que o levou a definir um programa ou padrão de vida, de comportamento negativo, um «mandato», que repete frequentemente, influenciando-o de forma prejudicial, levando-o a reagir inconscientemente do mesmo modo diante de circunstâncias vagamente semelhantes à situação inicial.» (Simões & Peres, no prelo).

Jue (1996b, p.166), na escola americana, afirma que «It is important to note that it is not the event that creates the problem but the decisions and interpretation of the event.». Na sua concepção, o acontecimento gera uma interpretação imbuída da subjectividade de quem a produz, interpretação que gera conflitualidade psíquica. Esta, para que se resolva e dissolva a angústia inerente, dá origem a uma decisão apaziguadora que gera o *script* de vida eventualmente mal-adaptativo.³⁹

Sob EMC e após a vivência, realizada a identificação da decisão problemática por parte do paciente - como se vê, o psicoterapeuta tem um papel apenas condutor - ele deve procurar a relação entre essa real ou suposta decisão ou mandato e a problemática da sessão ou da sua existência em geral. Exemplos de decisões ou mandatos que, por atribuição do paciente, ocorreram no passado como reacção às

³⁹ Em sentido próximo, ver Dethefson, 1997, p.71.

vivências real ou supostamente resguardadas na memória, são «-Nunca terei sucesso!»; «-Sempre que amar serei rejeitado!»; «-Não posso confiar em ninguém!»; «-Vou ficar só!».

Estabelecida a relação, é proposto ao paciente a mudança dessa decisão, a sua transformação numa redecisão. A decisão deve ser na primeira pessoa do presente do indicativo, afirmativa, objectiva e determinada (Simões & Peres, no prelo), e o psicoterapeuta só pode intervir para pedir ao paciente que corrija os modos verbais da redecisão: «Ainda aqui o terapeuta deve ter o máximo cuidado para não relacionar pelo cliente.» (Silva, 1985, p.211). Em tudo o mais, ela deve ser da sua autoria, quanto ao conteúdo, estrutura etc., e, como por vezes sucede, o paciente pode não redecidir. Neste passo é claramente explícito o carácter não interventivo – a este nível - da técnica Peres, característica que, genericamente, se pode apontar a toda a Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Exemplos de redecisões relativas às decisões ou mandatos acima apresentadas são, por exemplo, «-Eu tenho o sucesso na proporção justa.»; «-Eu amo e sou amado.»; «Eu confio nos outros dentro do bom-senso.»; «-Eu estou aberto aos outros de modo razoável, e acolho os companheiros de caminho.».

Como se pode perceber nestas redecisões, o convite de quem conduz a sessão deve ser também no sentido de evitar redecisões que possam continuar a condicionar negativamente o paciente, eventualmente no sentido oposto aquele em que esteve condicionado. Exemplo de uma decisão errada seria «Eu confio nos outros.».

Uma redecisão assim, que corresponderia a uma decisão como «Não posso confiar em ninguém.», poderia estar a programar o paciente para relações de abertura aos outros eventualmente lesivas porque indiscriminadas.

Concluído o trabalho de elaboração da redecisão, o paciente, por sugestão do psicoterapeuta, deve visualizar uma tela branca onde escreve em letras luminosas a redecisão tomada (Peres, 1996). Nesta fase fica bem clara a influência das estratégias de programação neuro-linguística na técnica Peres (Simões & Peres, no prelo). Ao ser pedido ao paciente que escreva a frase está-se pedir que imprima na sua mente,

pela via linguística, a sua redecisão, de modo a potencializar os seus resultados. É bem evidente neste ponto o carácter de fim do século desta técnica, século marcado pelo desenvolvimento da psicologia, pela sucessão de descobertas psicológicas - a nível das técnicas e dos mecanismos psíquicos que elas trabalham -, permitindo a criação de técnicas ecléticas que utilizam elementos de várias escolas para maximizar o sucesso terapêutico.

Terminado o trabalho de redecisão, com o paciente ainda sob EMC suave, são dadas sugestões de bem-estar à medida que se realiza o retorno ao estado normal de consciência (Fiori, 1986; Woolger, 1987). Estas sugestões contribuem para desidentificação final e total com as emoções, sensações e pensamentos da vivência, e contribuem para uma mais rápida recuperação emocional e energética do paciente que, por vezes, pode terminar uma sessão sem marcados sinais de cansaço, embora o contrário também aconteça (Woolger, 1996).

Na técnica Peres, como na Psicoterapia Regressiva sob EMC em geral (Lucas, 1996), à sessão em EMC segue-se uma sessão integrativa em estado de vigília normal, exceptuando uma metodologia como a de Woolger que, em geral, não realiza sessões intercalares, e em que a alta do paciente é habitualmente dada após cinco ou seis sessões sob EMC (1996).

As vivências, insight, decisões e redecisões do paciente são retomadas com a intenção de promover a sua integração no quotidiano, e o psicoterapeuta deve abster-se, em geral, de realizar uma interpretação da sessão anterior (Silva, 1985). É o paciente que deve retirar as suas conclusões, havendo o despojamento de uma atitude muito directiva ou interpretativa no sentido psicanalítico.

Em todo este processo relativo à sessão sob EMC e à sessão integrativa, é clara a presença do pressuposto de que o paciente com indicação para esta psicoterapia - e todo paciente em geral -, dispõe de mecanismos produtores de insight, capazes de o conduzir no sentido da resolução das problemáticas que deram origem ao seu pedido

(Reid, 1986; Freedman, 1987; Barbell, 1994). É aquilo a que nesta escola de psicoterapia se denomina, como vimos, de terapeuta interno, eu superior, na sequência das descobertas de Hilgaard do hidden observer (Klimo, 1998). Esta concepção não será indiferente ao conceito de *growth* da psicologia humanista (Hannoun, 1980), - embora não se encontrem referências explícitas na literatura consultada - a que alguns autores chave, provavelmente, terão estado associados pela vizinhança entre Psicologia Transpessoal e Psicologia Humanista, vizinhança corporizada pelo fundador da Psicologia Transpessoal, A. Maslow, intimamente associado aos dois movimentos. A confiança dos psicólogos humanistas nos processos espontâneos e naturais do indivíduo visando o seu desenvolvimento e saúde mental, estão presentes em todo o posicionamento descrito: «We have an innate drive or instinct toward wholeness, integration, and equilibrium.» (Jue, 1996b, p.158). Com a diferença, contudo, que este mecanismo inato e direccionado para a realização de bem-estar, pode ser personificado numa supersonalidade específica que tem memória - ou aparenta tê-la -, e que pode ser questionado, interpelado, e chamado a intervir, o observador escondido. Esta é uma das dimensões ainda insuficientemente conhecidas⁴⁰ da Psicoterapia Regressiva sob EMC que, pela fenomenologia que apresenta, toca as franjas do mistério que ainda permanece por desvendar acerca da consciência humana.

Na reestruturação, a utilização do observador escondido, eu superior, etc., pode ser particularmente útil, nomeadamente na procura de uma real ou suposta decisão arcaica, na compreensão dos padrões comportamentais, emocionais e mentais a ela conectados, e na tomada da redecisão (Jue, 1996b; Lucas, 1996; Peres, 1996).

Em geral, como se verá na fenomenologia, uma reestruturação bem sucedida, passa muitas vezes, entre outros, pelo conceito de *perdão* (Reid, 1986; Bolduc, 1995; Lucca & Possato, 1998). Ele ocorre frequentemente ao discurso do paciente,

⁴⁰ Veja-se a polémica que sobre ela levanta Spanos (2001).

subdividindo-se em perdão a si próprio - como mecanismo resolutivo da culpa -, e em perdão aos outros - como mecanismo resolutivo da raiva (Lucas, 1996).

No mesmo contexto, os pacientes elaboram frequentemente discursos ou afirmações sobre a vida de carácter existencial, filosófico ou metafísico, discursos e afirmações que parecem significativos para o sucesso da reestruturação (Jue, 1986; Woolger, 1986; Lucas, 1996). Os conceitos apresentados podem reportar-se à afirmação do valor de conceitos basilares da história da civilização – nomeadamente a ocidental mas não só - como os conceitos de amor, liberdade, respeito pela vida em geral e pela do outro em particular, ou a afirmação do sentido vida, da inexistência de coincidências, da perenidade de leis cósmicas, etc (Lucas).

A aceitação sincera e actuante destes e de outros princípios, parece ser concomitante ao sucesso da psicoterapia em geral, contribuindo para uma alteração substancial nos padrões comportamentais, emocionais e mentais do paciente (Woolger, 1986). É neste contexto que alguns autores referem a dimensão espiritual - não religiosa - da Psicoterapia Regressiva sob EMC (Lucas, 1996; Saldanha, 1999), particularidade que também a distingue de outras e que, para alguns pacientes e psicoterapeutas, a valoriza substancialmente (Saldanha).⁴¹ Contudo, a técnica no seu todo, como se pode verificar pelos passos descritos, tem um carácter estritamente técnico e psicoterapêutico, não necessitando de recorrer a qualquer tipo de crenças ou de convicções, carácter que também fica patente na ausência de interpretação e de sugestão, por parte do psicoterapeuta, nos momentos chave da psicoterapia.

⁴¹ Para a distinção entre espiritual e religioso ver nota 5 desta *Parte II*.

Resistências

Como em todas as psicoterapias, existem resistências na Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência (Lucas, 1996). Pode-se até afirmar que as mesmas são omnipresentes, rara a sessão em EMC em que elas não se manifestem. Contudo, a sua ultrapassagem também é facto comum (Clark, 1995), não deixando de haver pacientes para quem a resistência é inultrapassável, como, aliás, para todas as psicoterapias conhecidas, que sempre encontram a sua margem de insucesso.

Colocando-nos sob a perspectiva de quem negasse em absoluto o carácter de verdade de toda a fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC, todas as vivências dos pacientes que não se reportassem objectivamente a factos da sua história biográfica, deviam ser interpretadas como formas de resistência. Primeiro, todos os relatos de supostas existências pretéritas, depois - com bem mais razão - os relatos de vidas futuras e, em terceiro, todos os relatos de vivências simbólicas, arquetípicas, oníricas, as relativas a formas de vida mineral, vegetal ou animal e outras.

Contudo, não é sob esta perspectiva que discutimos a questão da resistência na Psicoterapia Regressivas sob EMC.⁴² É uma perspectiva válida e, em muitos casos, será absolutamente verdadeira. Noutros, como veremos na discussão da Fenomenologia, algumas dúvidas são possíveis. A questão da resistência é aqui abordada como resistência à vivência – a resistência à indução do EMC é pouco referida na literatura e, ainda que existente, é de menos controverso desbloqueamento. A resistência à vivência caracteriza todo o tipo de estado em que o paciente não progride após a indução da mesma.

Este estado de bloqueio pode assumir duas vertentes maiores.

⁴² Para uma teorização neste âmbito, ver Discussão.

A primeira, relativa à fase inicial da vivência, após a indução formal da mesma, em que o prosseguimento da sessão passa para o lado do paciente, e em que este afirma nada ver, ouvir etc. Bloqueio de imagens ou de qualquer outro tipo de vivências. *Black out*. Escuridão.

O segundo tipo maior de resistências ocorre durante a própria vivência, quando paciente se mostra incapaz de prosseguir na cena, podendo, eventualmente, estar de modo confortável da vivência anterior, na vivência posterior, mas não acedendo à que fica intermédia, a penosa propriamente dita.

São estes dois tipos de resistências que discutiremos aqui. De referir T. Dethlefsen (1997), pioneiro alemão, que afirma serem as resistências encontradas na Psicoterapia Regressiva sob EMC da mesma ordem que as detectadas por Freud na psicanálise. Inclusive, dentro das próprias vivências de supostas existências pretéritas, encontram-se as mesmas resistências a tentar sustentar o desenrolar linear dos processos. Esta sua constatação coincide com a de Grof (1998) que nos milhares de pacientes que vivenciaram EMC através de substâncias psicólicas ou da respiração holotrófica, uma parte significativa realizou vivências dentro dos paradigmas psicanalíticos. Construtos como o de Édipo, de castração etc., obtiveram ali uma quase comprovação experimental enquanto dimensões/mecanismos inerentes ao psiquismo humano, ao lado de muitos outros que não foram cartografados, infelizmente, pela escola psicanalítica de raiz freudiana.

Causas de Resistência

São várias as causas de resistências como as acima descritas.

O excesso de expectativas é uma delas (Woolger, 1996; Wambach, 1997). Pacientes que procuram a Psicoterapia Regressiva sob EMC na esperança de uma psicoterapia mágica que, num passe de ilusionista, resolva a problemática que

trouxeram à consulta, são candidatos potenciais ao abandono após as primeiras sessões. Sempre que este tipo expectativas for detectado, o psicoterapeuta, numa intervenção profilática, deve tentar diminuí-las para reduzir o risco de desapontamento.

O excesso de expectativas pode ser uma resistência doutro ponto de vista. Os pacientes que procuram a Psicoterapia Regressiva sob EMC partindo de um conjunto de concepções metafísicas ou teológicas que procuram confirmar, não têm a atitude psicoterapêutica necessária para um bom prosseguimento do trabalho (Woolger, 1996; Wambach, 1997). Da mesma forma, pacientes que possuem egos inflados e que procuram confirmar arrogantes concepções da sua excelência em vivências de supostas existências pretéritas (Woolger), podem decepcionar-se amargamente pois a maioria das vivências de supostas existências pretéritas são diametralmente opostas: humildes, miseráveis até, simples, vulgares quase sempre (Wambach, 1997). Estes pacientes são fortes candidatos ao bloqueio da vivência ou ao abandono da consulta.

Por outro lado, pacientes controladores, particularmente auto-críticos, com traços obsessivos muito fortes, têm dificuldade em aceitar a indução, em entrar num EMC em que a condução do processo não está nas suas mãos mas em que, durante a vivência, o mecanismo psíquico que processa as imagens, sensações e ideias vivenciadas, escapa à sua vontade consciente (Wambach, 1997). Pacientes com um traço paranóide - poder-se-ia acrescentar - poderão ter a mesma dificuldade, caso não sintam o ambiente psicoterapêutico suficientemente securizante.

Pacientes que se apegam firmemente a um complexo, a uma perturbação da personalidade, e que têm uma expectativa muito baixa quanto às possibilidades do seu desempenho, são particularmente resistentes (Jue, 1996; Woolger, 1996; Lucas, 1996; Wambach, 1997). Estes pacientes, provavelmente, só no contexto de uma psicoterapia de longa duração poderão obter resultados consistentes com técnicas regressivas em EMC. Como veremos no capítulo acerca das contra-indicações da técnica, esta pode ser contraproducente em pacientes profundamente depressivos,

com uma auto imagem particularmente negativa, pois as vivências poderiam vir a constituir-se como reforço de toda a negatividade preexistente.

Por último, como derradeira causa substancial de resistência, com incidência particular nas psicoterapias que privilegiam a ab-reacção e a vertente somática (Woolger, 1996), encontramos a rigidez corporal. Pacientes pouco conectados com o corpo durante a vivência, em que a mesma só se repercute a nível cognitivo e emocional, retiram menos benefícios da técnica. Um trabalho corporal prévio pode ser recomendável.

Estratégias para Ultrapassar Resistências

Estratégias para lidar com resistências são inúmeras e dependem do *background* do psicoterapeuta, das características do paciente e da conjugação destes dois factores. Podemos concluí-lo partir da listagem apresentada por Clark (1995) retirada das respostas individuais realizadas no âmbito do seu estudo. Com base nele podemos igualmente afirmar que o (a) aprofundamento do relaxamento (75%), a (b) discussão da resistência com os pacientes (54%), a (c) indução de uma visualização para ajudar a vencer o medo (49%), e a (d) indução do recolhimento num local seguro durante os estados de maior ansiedade (46%), são as estratégias mais comumente utilizadas (Clark, p.94).⁴³ Entre estas há a referir que o aprofundamento do relaxamento não é particularmente citado na literatura consultada e que, segundo Clark, a discussão da resistência com os pacientes é, entre as quatro técnicas, a que é referida como menos utilizada pelos elementos da amostra.

⁴³ As percentagens são relativas a uma listagem de técnicas, podendo cada um dos elementos da amostra escolher várias.

Pelo contrário, com insistente referência no estudo em questão (Clark, 1995)⁴⁴ a ideia de que a resistência é parte integrante do processo terapêutico da Psicoterapia Regressiva sob EMC, e que a mesma não deve ser entendida como um obstáculo colocada pelo paciente ao prosseguimento da psicoterapia, mas como um instrumento para o seu progresso. Provavelmente, a resistência entendida deste modo permite a detecção dos verdadeiros núcleos problemáticos sobre os quais deve incidir o foco da psicoterapia.

Com esta concepção presente, vejamos diferentes estratégias para lidar com as resistências, estratégias repetidamente referidas ou que se revelam particularmente interessantes.

Uma das estratégias particularmente utilizada, por exemplo na técnica Peres, (a) consiste na repetição da frase «Diga o que lhe vem à mente!» (Lucas, 1996; Peres, 1996). Com este processo procura-se estimular o paciente a dizer na íntegra o que ocorre por mais insignificante que seja, removendo qualquer forma de censura consciente. Esta técnica pode ser utilizada em simultâneo com a reafirmação da confiança no psiquismo do paciente (Lucas, 1996), no seu terapeuta interior, para facultar os conteúdos mais relevantes para a entrada no processo da cura psicoterapêutica.

Igualmente com muitas referências é (b) a estratégia que consiste em saltar a cena que o paciente mostra mais dificuldade em vivenciar, colocando a vivência depois da cena particularmente traumática e antes dela, tantas vezes quantas as necessárias (Lucas, 1996; Woolger, 1996). Em princípio, o paciente acaba por poder vivenciar a cena traumática, talvez por ter vivenciado uma cena posterior, normalmente de carácter mais benigno. Recua-se e avança-se na cena tantas vezes quantas as necessárias até o paciente se poder focalizar na vivência mais significativa da suposta existência pretérita, história simbólica ou outra que esteja a decorrer na sessão.

⁴⁴ Igualmente Lucas, 1996.

Criar uma (c) dissociação entre a vivência e o observador da mesma pode ser igualmente utilizado para lidar com resistências a vivências traumáticas. Pede-se ao paciente que apenas observe a cena de fora como se pairasse acima dela ou a visse ao longe, como se estivesse a filma-la ou como se estivesse a assistir a ela numa tela de cinema (Hickman, 1989). Com esta dissociação o envolvimento emocional reduz-se significativamente, os movimentos ab-reactivos podem quase cessar, e o paciente suporta mais facilmente a vivência. Colocar a vivência num nível meramente cognitivo pode ser utilizado como uma estratégia inicial de dessensibilização sistemática que permita, posteriormente, uma entrada na vivência com mais envolvimento, com uma eventual ab-reacção que maximize os efeitos da psicoterapia.

Outras estratégias que facilitem este tipo de dissociação com efeitos semelhantes, radicam no pedido para que o paciente narre a vivência na terceira pessoa como se de uma história se tratasse (Fiori, 1986) ou, em alternativa, no pedido para que o paciente deixe uma personagem secundária da vivência, um espectador, narrar a história (Oppenheim, 1988).

Ainda para resistências à vivência da cena traumática, a técnica proposta por Woolger (1996): Antes do paciente vivenciar uma cena chave da sessão, quando se encontra ainda na anterior, (d) pedir para contar o que irá acontecer na cena seguinte: «-O que vai encontrar na próxima cena?»; «-O que vai acontecer?» Esta técnica permitirá igualmente um processo de dessensibilização que dará azo, posteriormente, a uma vivência plena.

Para resistências à entrada na vivência após indução da mesma - não à vivência de uma cena particular -, quando o paciente se encontra no escuro, sem imagens ou qualquer conteúdo aparente, várias estratégias se podem apresentar.

Para além da já referida «-Diga tudo o que lhe vem à mente!», pode-se confrontar o paciente - que, em geral, é predominantemente visual ou que tem expectativas dessa natureza - com (e) o pedido de reportar sons, cheiros, e emoções que sinta. Caso elas existam pedir a sua descrição. Caso a descrição seja difícil, pedir

para dar uma cor, um rosto, contar uma história acerca desses sons, cheiros, emoções etc. A partir daí a vivência pode começar (Vera Saldanha, comunicação pessoal).

Igualmente, caso não existam imagens mas apenas sensações - uma dor, uma pressão, um formigueiro – colocar a mão com toque ou pressão no local. Pode ser o bastante para desencadear a vivência (Woolger, 1996). Face a uma sensação meramente física, sem conteúdo, é possível também o pedido para dizer o que sensação diria se falasse, que rosto teria se o tivesse etc.

Em último lugar, e para este mesmo tipo de dificuldade, caso ela se deva a algum conceito ou preconceito de ordem científica ou religiosa face à fenomenologia vivenciada na Psicoterapia Regressiva sob EMC, o paciente pode ser induzido a (f) vivenciar os conteúdos do EMC como meras metáforas ou parábolas do inconsciente, que revelam, com uma quase natureza onírica, os conteúdos do inconsciente (Jue, 1996). Esta indicação, para além de certamente ser verdadeira em inúmeras vivências, permite uma entrega ao processo com uma finalidade exclusivamente psicoterapêutica, que é, aliás, a sua principal característica e foco de atenção.⁴⁵

⁴⁵ Uma estratégia referenciada na literatura, mas que foge a uma das características da Psicoterapia Regressiva sob EMC, é a utilização de sinalização ideo-motora com pacientes que tenham dificuldade em articular verbalmente as suas vivências (Lucas, 1996). Esta estratégia, comum ao domínio da hipnoterapia, poderá ser utilizada como último recurso em caso da necessidade. Contudo, com ela, perde-se o contacto verbal entre o psicoterapeuta e o paciente, tornando-se mais difícil ao primeiro acompanhar e conduzir a vivência do melhor modo possível, perdendo-se parte da riqueza psicoterapêutica que lhe é inerente.

Fenomenologia

A apresentação da fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência é extensa, rica e problemática.

Por fenomenologia entende-se aqui o conteúdo das vivências sob EMC, as suas imagens e sons, as sensações, as narrativas que encerram e o significado que o paciente lhes dá.⁴⁶

A extensão destas vivências é quase inumerável, podendo cada paciente trazer um detalhe novo, uma narrativa inédita, um personagem ou subpersonalidade nunca vista que exige do psicoterapeuta a capacidade para agir face ao imprevisível. Contudo, alguns temas das vivências repetem-se com uma frequência suficiente para serem categorizados. É acerca dessas categorias ou tipos de vivências que se fará uma pequena explanação ilustrativa. Esta diversidade encontra-se espalhada pela literatura e disso se dará conta na apresentação das referências. Algumas são comunicações pessoais. Embora fosse mais cómodo omiti-las por estarem fora do padrão académico de referência com suporte bibliográfico, elas são aceitáveis pelas normas da American Psychology Association (APA) e colocá-las de parte seria amputar o material apresentado, e privar futuros investigadores e estudiosos de uma preparação acurada quanto ao material vivenciado na prática clínica desta psicoterapia.

As vivências são igualmente ricas pelas repercussões psicoterapêuticas que encerram, pelas ilações filosóficas ou metapsicológicas, existenciais e metafísicas que os pacientes delas retiram. São igualmente ricas porque revelam padrões repetitivos a nível de temas, e a nível de encadeamento de vivências que permitem também um sem-número de especulações da mesma natureza. Dar-se-á aqui apenas a sua categorização e apresentação relativamente sumária.

⁴⁶ A ab-reacção, que se podia inserir na fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC em sentido lato, já foi cuidadosamente descrita no capítulo Vivência.

Estas vivências, como se pode depreender, são igualmente problemáticas. Problemáticas porque, dentro do paradigma científico vigente, submetido justamente ao princípio da evidência de carácter experimental e racional, não encontramos justificação inequívoca para elas. Apenas a literatura referente aos EMC nos permite o seu enquadramento, mas unicamente ao nível da sua fenomenologia, não quanto à sua fundamentação e explicação última. Por isso, o carácter problemático das vivências sob EMC não é aqui discutida, remetendo-se outras considerações acerca do mesmo para o capítulo *Memória, verdade e psicoterapia* e para a *Discussão*.

Interessa, portanto, para o presente tema não a questão de direito, mas a questão de facto: O que acontece na vivência sob EMC?

As Narrativas

Num estudo sobre a indicação da Psicoterapias Regressiva sob EMC na terapêutica da cefaleia (Simões, M., Gonçalves, S. & Barbosa, L. no prelo), os doze voluntários, reconhecidamente portadores da patologia, realizaram as seguintes vivências quando induzidos, sob EMC, a ir para o momento que esteve na origem do seu problema de saúde.

TABELA 1: Listagem de vivências realizadas pelos sujeitos do estudo *Terapia pela Reestruturação Vivencial-Cognitiva (TRV-C) e cefaleia: um estudo* de Simões, Gonçalves & Barbosa (no prelo).⁴⁷

Nascimento	3
Até aos 2 anos	7
Dos 3 aos 5 anos	7
Dos 6 aos 8 anos	13
Dos 9 aos 11 anos	4
Dos 12 aos 14 anos	1
Dos 15 aos 17 anos	5
Dos 18 aos 20 anos	10
Entre 21 e 30 anos	13
Entre 31 e 40 anos	6
Actuais (até 4 semanas) antes da sessão	12
"Intra-uterina/ Nascimento" ⁴⁸	6
Simbólicas (sem tempo, no vazio)	2
"Vidas passadas" ⁴⁹	5
"Futuro" ⁵⁰	2
"Contacto com presença na sessão" ⁵¹	1

Como podemos ver pela Tabela, a diversidade de vivências acima referida é bem real e evidente.

⁴⁷ Reproduzido com autorização dos autores, tal como o texto das notas 3, 4 e 5.

⁴⁸ A atribuição de tempo e localização é da responsabilidade do paciente. Uma das vivências refere-se ao momento da concepção.

⁴⁹ A atribuição de tempo e localização é da responsabilidade do paciente. As vivências referidas foram referenciadas aos sécs. V A.C., XVI, XVII, XVIII e início deste século, respectivamente na Grécia, "Europa Central", "Europa Central", Peru, Alemanha. Pela mesma sequência, de acordo com profissão e idade: pastor, 35 anos; monge 25 anos; "acusada de bruxaria", 16 anos; "estrangulador de aves", 18 anos; "oficial nazi", 37 anos.

⁵⁰ Trata-se de um futuro antecipado, isto é, a pessoa vivencia-se "anos depois" em situação em que as cefaleias se mantêm.

⁵¹ Durante a sessão de TRVP surge, inesperadamente, logo após a relaxação, um sentimento de temor e "arrepios" na paciente, que refere "sentir uma presença, como uma sombra e parece um homem". Acrescenta que sente que aquela "presença teria a ver com ela", referindo alguns eventos, em que ambos se teriam envolvido no século XVIII, e que esta mesma presença "não tem paz".

Seguindo uma linha cronológica – como se, efectivamente, na Psicoterapia Regressiva sob EMC se induzisse uma regressão de memória -, partamos do passado mais próximo para o mais remoto - real ou suposto -, para terminar nas vivências que ficam fora de um enquadramento espacio-temporal.

Passado Biográfico

Uma parte significativa das vivências reportam-se ao que convencionamos chamar de passado biográfico. Por tal, entende-se um conjunto de reais ou supostas regressões de memória a acontecimentos da vida que o paciente identifica como seus e pertencentes a uma das três idades: Adulta, adolescência ou infância.

Esta dimensão da Psicoterapia Regressiva sob EMC e o seu valor psicoterapêutico é muito significativa. No estudo de Clark (1995) 95% dos psicoterapeutas questionados têm pacientes que, no seu consultório, vivenciam reais ou supostas cenas do seu passado biográfico. Contudo, a fenomenologia mais espectacular e invulgar da Psicoterapia Regressiva sob EMC que a seguir se descreve, pode fazer esquecer esta sua dimensão mais prosaico mas essencial.

«Memórias» Peri-natais e Intra-uterinas

As reais ou supostas memórias peri-natais e intra-uterinas são colocadas fora das reais ou supostas memórias biográficas por não as podermos enquadrar como tal dentro dos actuais conhecimentos das neurociências. Tanto quanto sabemos, as estruturas neurológicas que permitem armazenar memórias de longa duração só se

constituem após o nascimento (Baddelay, 1999). Memórias credíveis só são aceitáveis depois dos vinte e quatro meses, preferencialmente dos trinta e seis (DuBreuil, Garry & Loftus, 1998; Malinoski, Lynn & Sivec, 1998; Schacter, 2001). Não poderiam existir, assim, memórias do que existiu na vida intra-uterina e do que aconteceu no parto.

Contudo, o facto a reter aqui é que, sob EMC, os pacientes vivem com grande intensidade emocional e corporal - assumindo, por vezes, posturas, comportamentos e expressões - dos processos do seu nascimento e de etapas da sua vida fetal. Três detalhes a aditar. O primeiro é que a alegada revivência do parto é um momento importante na Psicoterapia Regressiva sob EMC com 80% dos psicoterapeutas a induzi-lo no estudo de Clark (1995). Há muito "material" que emerge, nomeadamente com componentes fóbicos. Por outro lado, as características das alegadas vivências assemelham-se a vivências da mesma ordem experienciadas por indução de outras técnicas, nomeadamente as psicolíticas e holotrópicas (Grof, 1998). Em terceiro lugar, existem vivências que, posteriormente, tiveram confirmação empírica por parte dos pais (Dethlefsen, 1997; Chamberlain, 1998; Grof, 1998; Weiss, 2000).⁵²

Muitos outros casos existem com este ou outros contornos, que, sem validação experimental, são factos concretos da prática clínica que não podem ser branqueados por não existir para eles fundamentação clara dentro dos actuais modelos explicativos da Psicologia e da Neurologia. De reter apenas que estas reais ou supostas memórias intra-uterinas e peri-natais são um instrumento importante na Psicoterapia Regressiva sob EMC e que nos colocam perante possibilidades excepcionais da memória radicadas num suporte ainda não conhecido da mesma.

⁵² Ver a descrição de um caso ocorrido em Portugal no capítulo *Memória, verdade e psicoterapia*, sub-capítulo *Memórias que contradizem os paradigmas vigentes*.

«Memórias» de Supostas Existências Pretéritas

As «memórias» de supostas existências pretéritas, comumente conhecidas como memórias de vidas passadas, são parte substancial das vivências sob EMC da Psicoterapia Regressiva. Foram elas que deram origem ao nome inicial da técnica: *Past-Life Therapy*. A discussão da sua realidade de facto está, substancialmente, fora do âmbito deste trabalho, tendo sido analisadas no capítulo sobre as possibilidades excepcionais da memória as poucas evidências científicas de que dispomos e que nos permitem manter em aberto a possibilidade teórica de que algumas destas memórias, ou parte delas, tenham alguma dimensão de realidade, independentemente do meio através do qual as mesmas tenham sido recuperadas, e de serem ou não memórias pessoais. Relevante é a sua dimensão psicoterapêutica e utilização concomitante.

Os pacientes, usualmente sob EMC, ao serem induzidos a regredir à origem do problema que está ser trabalhado na sessão, vivenciam muitas vezes um acontecimento ou um conjunto de acontecimentos que, na sua atribuição - com vários graus de profundidade, de fraca a forte - são de supostas existências pretéritas em outras épocas históricas ou em outros países ou civilizações (Wambach, 1997). De salientar que a atribuição é sempre do paciente, para o psicoterapeuta a sua realidade de facto é secundária em termos clínicos. Essas vivências podem ter apenas uma dimensão cognitiva - são imagens que o paciente contempla como um observador, como projectadas em tela - ou uma dimensão emocional e corporal, sendo vivenciadas também através dos afectos, gestos, posturas, etc. Estas vivências, embora estejam, por vezes, dentro das expectativas dos pacientes - por serem reencarnacionistas, por exemplo (Spanos, 2001) -, vão completamente para além do previsível noutras situações (Oppenheim, 1986; Weiss, 1998). Assim é que, no início da aplicação da técnica, como descrito no capítulo *História*, pacientes não reencarnacionistas e sem um conhecimento do tema, vivenciaram supostas existências pretéritas induzidas por psicoterapeutas que, também eles, estavam fora

de semelhante universo mental, tendo apenas a intenção de proporcionar uma ligação à infância, quanto muito ao momento do parto.

Wambach (1997), em monumental estudo de 1978 com mais de mil sujeitos, concluiu que a maioria das vivências de supostas existências pretéritas correspondia a existências humildes que decorriam fora das épocas históricas mais conhecidas e das civilizações antigas mais brilhantes - Egipto, Grécia, Roma, etc. As vivências estavam distribuídas maioritariamente pelos locais do planeta em que haveria superior concentração demográfica na época histórica relatada. Igualmente, a maioria dessas vivências não estava conectada a famosos personagens históricos. Cai assim a ideia - confirmada pelas experiências clínicas presentes na literatura - de que as vivências de supostas existências pretéritas estejam, essencialmente, ao serviço de um ego inflado que nelas procurasse um instrumento de auto-idolatria. Contudo, as objecções de Spanos (2001), de que as vivências dissociativas detêm uma dimensão sociocultural relevante, procurando enquadrar-se dentro das expectativas (sociais, do psicoterapeuta, da ciência, etc.), devem ser tidas em conta neste contexto. Assim, por exemplo, a noção de que a vivência de supostas existências pretéritas de personagens famosos seria motivo de descrédito para a técnica, para a psicoterapia e para o sistema conceptual envolvente, poderá ser o bastante para levar o paciente, involuntariamente, a vivenciar supostas existências diametralmente opostas.⁵³

Há então a acentuar que a fenomenologia das vivências de reais ou supostas existências pretéritas corresponde a existências comuns, muitas vezes humildes e simples, por vezes miseráveis e até andrajosas. Nessas vivências há a destacar um momento particular que o paciente, espontaneamente, vivencie, como especialmente traumático e conectado com o problema que está a ser trabalhado na sessão. Esse momento pode corresponder a qualquer suposto acontecimento marcante nessa suposta existência pretérita - um acidente, uma traição, uma doença, um susto, etc. - ou pode corresponder a um outro tipo de situação-limite, as determinadas

⁵³ Para a discussão deste ponto, ver *Sugestão* no capítulo *Memória, verdade e psicoterapia*.

biologicamente, como as da vida intra-uterina, a experiência peri-natal e o momento da morte. Estas últimas vivências, que são induzidas ou espontâneas - o paciente pode ir para elas sem indução ou depois de ouvir «-Vá para o próximo acontecimento importante nessa vida!» -, têm associadas um forte componente emocional, ab-reactivo e uma forte conexão à problemática do paciente, aos seus padrões comportamentais, emocionais e mentais, tal como as anteriores (Jue, 1996; Lucas, 1996; Luccas & Possato, 1998).⁵⁴

Estas vivências podem ser mais ou menos detalhadas em pormenor histórico - roupas, locais, datas, acontecimentos de época, nomes -, parecendo depender esse detalhe do grau de relaxamento, do grau de profundidade do estado hipnoidal (Dethlefsen, 1997) e da condução da vivência por parte do psicoterapeuta. Como se viu na análise da vivência, qualquer procura de pormenores históricos que não tenham relevância psicoterapêutica está contra-indicada.

Ainda no âmbito das vivências de supostas existências pretéritas há a referir, em função do princípio que rege este capítulo, a vivência a que os pacientes atribuem genericamente a designação de *entre vidas* (Whitton & Fisher, 1986; Freedman, 1995; Lucas, 1996). O relato dos pacientes enquadra-se dentro das concepções religiosas comuns a todas as religiões, de que existe uma alma que sobrevive à morte física e que tem consciência dos acontecimentos marcantes da vida que termina.⁵⁵

O relato do suposto momento entre vidas é, então, comumente vivenciado na Psicoterapia Regressiva sob EMC (Clark, 1995), tendo relevância psicoterapêutica pois, por tratar-se tipicamente de um momento de revisão, permite a detecção de

⁵⁴ Clark (1995) detecta que, dos inquiridos, 92% usa o suposto estado depois da morte para revisão de padrões da vivência sob EMC.

⁵⁵ A concepção de Spanos (2001) da dimensão sociocognitiva dos fenómenos dissociativos, encontraria aqui clara exemplificação, não fosse a existência de estudos de parapsicologia científica que abrem a possibilidade de que esse relatos correspondam a alguma forma de realidade (Moody, 1988; Klimo, 1998).

padrões conectados com a problemática do paciente, e de uma eventual decisão ou mandato, o que propicia facilmente a entrada na fase da reestruturação e a inerente procura de redecisão.

Vivências do Reino Animal, Vegetal e Mineral

Sem serem permanentemente referidas na literatura, mas igualmente possíveis, são as vivências do reino animal, vegetal e mineral (Tendam, 1994). O paciente pode realizar vivências de animais, como, por exemplo, de um lagarto (J. Marto, comunicação pessoal), de uma maçã (L. Barbosa, comunicação pessoal) ou de uma pedra (M. Simões, comunicação pessoal).⁵⁶

São vivências que decorrem dentro da mesma estrutura das anteriores, podendo ter uma componente cognitiva, emocional e corpórea, e uma conexão com a problemática do paciente terapeuticamente utilizável. A fronteira com as vivências arquetípicas, mitológicas, oníricas e outras adiante descritas, é menos clara, mas pode ser traçada pôr atribuição do paciente.

Vivências Arquetípicas, do Domínio do Mito e da Lenda

Outras vivências, eventualmente tão reais para o paciente quanto as anteriores, são as arquetípicas - no sentido junguiano - e as do domínio do mito e da lenda. O paciente pode vivenciar cenários do tipo onírico com estes conteúdos. Tal

⁵⁶ Grof (1998) detectou vivências supostamente regressivas com este tipo de conteúdo em sujeitos sob EMC, EMC induzido por substâncias psicolíticas ou por técnicas holotrópicas.

como os anteriores, estes conteúdos podem ter a mesma estrutura das vivências tipicamente regressivas acima descritas e são igualmente passíveis de utilização terapêutica.

UFO

Embora com uma fenomenologia própria (Mack, 1994; Moura, no prelo), em resposta ao pedido do psicoterapeuta para ir para a origem do problema traumático a trabalhar na sessão, o paciente pode vivenciar cenas que relata como inerentes a uma real ou suposta abdução por seres supostamente pertencentes a outros planetas, vulgarmente conhecidos por extra-terrestres. Tal como as anteriores, estas vivências são passíveis de utilização psicoterapêutica e revelam estrutura semelhante, nomeadamente a nível da ab-reacção e da revelação de padrões comportamentais, mentais e emocionais (Lamb, 1995).

Progressões

A maleabilidade da Psicoterapia Regressiva sob EMC é tal que, como exaustivamente repetido, os psicoterapeutas não devem estar interessados na verdade literal das vivências dos pacientes mas apenas na sua utilização clínica. Com essa atitude até conseguem retirar dividendos da inversão dos pressupostos de que partem, isto é, da real ou suposta regressão de memória. É assim que se encontram na literatura referências ao fenómeno da progressão (Snow, 1996; Goldberg, 1999). Ele consiste em vivenciar cenas de um futuro próximo ou distante - também existe o conceito, por atribuição do paciente, de vidas futuras - que está na origem do actual

problema do paciente. É a inversão total dos princípios que regulam a nossa compreensão do mundo, nomeadamente os do básico e simples princípio da causalidade e da progressão linear do tempo.

Contudo, a fundamentação ontológica destas vivências é irrelevante (*pode o não ser* - o futuro, que, por ser futuro, ainda não existe -, *determinar o ser* - o presente, que, por existir é bem real, aqui e agora?). No contexto psicoterapêutico a sua potencialidade curativa é bem real. Um caso, observado em Portugal, de uma estudante de Medicina hipocondríaca que, espontaneamente, realiza uma suposta progressão após o pedido de ir para a origem do sua quase incapacitante problemática, e que tem uma forte remissão sintomática – com follow up de vários meses –, e após uma única sessão psicoterapêutica (M. Simões, comunicação pessoal).

Outros Fenómenos

De relatar ainda o aparecimento de comprovada *xenoglossia* com alguma frequência (Wambach, 1986; Clark, 1995),⁵⁷ e de manifestações de fenomenologia relatada pelo paciente como espírita - diálogos com familiares falecidos, guias, espirituais, etc. (Fiori, 1987; Lucas, 1987; Baldwin, 1996; Weiss, 1999). Neste

⁵⁷ Xenoglossia, a capacidade de falar línguas desconhecidas, é relativamente frequente em Psicoterapia Regressiva sob EMC. Clark (1995), no seu estudo, detecta 999 casos em quase 50% do universo da sua alargada amostra. Muitos casos - como o de Bridey Murphy relatado no sub-capítulo *Possibilidades excepcionais da memória* - é uma manifesta forma de criptomnésia, dialecto ou misturas de dialectos articulado de modo adequado à narração apresentada. Alguns casos (Stevenson, 1995), contudo, não se conseguem inserir dentro dessa categoria. Excluída a hipótese de fraude, improvável em alguns casos, certos fenómenos de xenoglossia permanecem por explicar à luz dos paradigmas vigentes.

último caso, as vivências são muitas vezes relatadas com grande sentimento da realidade pelo paciente, com resultados claros a nível psicoterapêutico.

Conteúdos Existenciais, Filosóficos e Espirituais

Dentro da sumária e sintética descrição da fenomenologia dos EMC que caracterizam a Psicoterapia Regressiva, tem cabimento a apresentação igualmente sintética das reflexões existenciais, filosóficas e espirituais que os pacientes espontaneamente relatam quando, muitas vezes, ainda estão sob EMC, e que se encontram amplamente descritas na literatura (Denning, 1988; Lucas, 1996).

Uma das noções que emerge é a importância psicoterapêutica de alguns dos conceitos/valores que têm vindo a ser cultivados nos últimos milénios: o amor, o perdão, a justiça, a verdade, a liberdade (Denning, 1988). Alguns pacientes, após as vivências descritas, relatam entender a importância dos valores apresentados, a sua importância na existência em geral, e o seu desrespeito como causa de dor sobre o planeta, nomeadamente dor psíquica. Alguns psicoterapeutas, inclusive, afirmam que, por exemplo, existem conceitos psicoterapeuticamente tão relevantes na Psicoterapia Regressiva sob EMC que sem a sua integração na problemática particular do paciente a recuperação da plena saúde mental se vê dificultada. É o caso do conceito de *perdão*, interno e externo, aos outros e a si próprio (Reid, 1986; Denning, 1987; Bolduc, 1985; Lucca & Possato, 1998).

Também surge, por atribuição dos pacientes, a ligação das vivências realizadas ao conceito de karma (Findeisen, 1987; Hickman, 1987; Miller-Dunlap, 1988; Givens, 1991; Lucas, 1996). Entende-se por karma, neste contexto e em sentido lato, o conceito tal como é veiculado pelo senso-comum espiritual/religioso

da contemporaneidade que, tendo como ponto de partida uma concepção reencarnacionista, considera que os acontecimentos de supostas existências pretéritas condicionam acontecimentos e factos da vida actual.

É assim que, problemas físicos e psicológicos podem ser reportados como tendo origem em supostas existências pretéritas, uma extensão extra-temporal – no sentido de tempo de vida biológico - do princípio da causalidade. O mesmo raciocínio se estende para acontecimentos da vida presente - mortes, acidentes, sucessos, insucessos, etc.- que também teriam origem em fatos de existências pretéritas.

É neste contexto que se enquadra um dos padrões mais repetitivos desta fenomenologia, o padrão de *vítima-carrasco* (Fiori, 1986). Pacientes que trazem à consulta um padrão de vitimização, realizam vivências em que foram carrascos em supostas existências pretéritas, autores de crimes ou abusos semelhantes aqueles de que agora padecem (Woolger, 1988; Santos, 1990; Lucas, 1996).

Estas vivências, de dimensão mais cognitiva, realizadas pelos pacientes sob EMC acerca do significado existencial, filosófico e espiritual das suas experiências, propicia um fenómeno amplamente relatada na literatura, que é o desenvolvimento espiritual que ocorre a alguns pacientes que foram submetidos à Psicoterapia Regressiva sob EMC (Denning, 88; Clark, 1995; Lucas, 1996). Por desenvolvimento espiritual entende-se um leque variado de fenómenos que se estendem desde o desenvolvimento da crença num Deus pessoal, à crença de que o universo é regido por uma inteligência legislativa que através das suas leis preside ao fenómeno do equilíbrio dos opostos, propicia harmonia e estimula a evolução da consciência.

Neste âmbito dilatado têm cabimento as já referidas teorias reencarnacionistas e kármicas, bem como, igualmente, a concepção da sobrevida de uma dimensão extra corpórea da consciência, vulgarmente conhecida por alma.

Igualmente referido é o desenvolvimento nos pacientes da capacidade de insight, da intuição e da auto-confiança psicoterapêutica, após vivências em que se

deu a fenomenologia atrás descrita como a do terapeuta interno, do eu superior, etc. O paciente parece desenvolver a capacidade para consultar a sua consciência para a resolução das problemáticas inerentes ao quotidiano, desenvolvendo com isso o fenómeno da atenção interna tal como descrito no capítulo inicial sobre a consciência.

A diversidade, riqueza e carácter extraordinário da fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC pode empolgar alguns, interessar outros, escandalizar, etc. Contudo, qualquer que seja a nossa reacção emocional perante ela, qualquer que seja a nossa justificação da mesma, devemos ter presente que, no discurso científico, antes da questão de direito, existe a questão de facto. E o que é factual é a realidade da fenomenologia apresentada.

Talvez que, no actual estado dos conhecimentos científicos sobre a consciência, nós tenhamos de permanecer mais algumas décadas em posição de espectadores quando nos colocamos no contexto da grande exigência crítica do discurso científico. Assim, pouco mais nos resta que realizar, quanto à consciência, a tarefa dos naturalistas do século XIX que, face aos mundos recém descobertos, registavam, relatavam, desenhavam e cartografavam a paisagem e as espécies inéditas, aguardando para breve a teoria geral que dê lugar a hipóteses experimentalmente comprováveis ou à criação de um novo método científico em psicologia.

Indicações e Contra-indicações

As indicações e contra-indicações fazem parte da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência como de todas as psicoterapias. Aquando da sua descoberta, e ainda em alguns meios menos informados ligados ao movimento New-age, ela foi olhada como panaceia final, a pedra última que faltava no edifício das psicoterapias. De facto, em alguns casos, o seu sucesso psicoterapêutico pode ser quase fulminante (Fiori, 1986; Shealy, 1987; Lucas, 1996), sucesso que pode ocorrer depois de experiências infrutíferas com outras psicoterapias (Cladder, 1986; Fiori, 1986; Lucca & Possato, 1998).

Contudo, o seu sucesso tem consistentes limitações. Fiori (1986) que, como referido anteriormente, numa fase inicial de descoberta e aplicação da técnica, apontou a sua possibilidade de sucesso para os 90%, teve que rever a sua posição, baixando significativamente para os 25%, sendo esta percentagem relativa aos que não abandonam a consulta após as primeiras cinco sessões ou face à persistência dos sintomas. Além disso, como vimos parcialmente na análise das resistências, nem todos os pacientes são indicados para ela (Lucas, 1996), sendo a Psicoterapia Regressiva sob EMC um instrumento terapêutico para ser manipulado por mãos sabedoras, sendo vivamente contra-indicada a sua utilização com espírito lúdico (Woolger, 1988).

Portanto, afastada a miragem de panaceia miraculosa, mas estabelecida a sua efectividade psicoterapêutica, convém salientar um aspecto significativo das suas indicações, que a caracteriza e distingue, no seio de outras psicoterapias com uma significativa dimensão verbal, que é a indicação para questões psicossomáticas (Clark, 1995).

Denning (1993), em investigação notável com 447 sujeitos sob follow up durante cinco anos - o estudo inicial começou com 912 sujeitos -, deixou bem claro a possibilidade da interacção terapêutica entre mente e corpo, particularmente, neste

caso, com recurso a EMC. «A careful analysis of the case histories to be presented will give concrete evidence to support the original hypothesis that when using hypnosis as a technique, individuals can be assisted in using their own resources and inner knowledge to heal their bodies of any pathology.» (p.20). O recurso a EMC para intervir directamente em problemas somáticos revelou-se, indubitavelmente, como válido e desejável, embora os mecanismos pelos quais a consciência age sobre o corpo e as suas patologias ainda não nos sejam hoje claras. Como que a comprová-lo, Clark (1995), nas respostas ao seu questionário, detectou que 70% dos 136 psicoterapeutas que responderam relatavam a cura de problemas físicos, apresentando um total de 84 diferentes problemas físicos que, pelo menos, melhoraram durante a exposição à técnica – e em cada resposta só se podiam assinalar cinco diferentes doenças.

No caso da Psicoterapia Regressiva, que recorre a EMC e que, na técnica Peres, por exemplo, tem uma fase explícita de programação neuro-linguística, é clara a sua indicação para problemas somáticos como coadjuvante de outras formas de terapia, eventualmente alopáticas (Pecci, 1987). Contudo, a Psicoterapia Regressiva sob EMC tem sucesso a nível psicossomático não apenas pelo recurso a EMC mas, provavelmente, pelas profundas ab-reacções que proporciona, no que se assemelha aqui, nesta etapa do processo terapêutico, às psicoterapias corporais, nomeadamente à bioenergética (Lowen & Lowen, 2000).

Esta indicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC para questões psicossomáticas é particularmente significativa na sua valorização como psicoterapia, pois permite contribuir para a terapia do paciente como um todo. Por isto, as indicações para problemáticas de nível somático encontradas na literatura serão exhaustivamente apresentadas, para que assim se encontre a massa crítica de dados que permita a evidência.

Indicações e Contra-indicações a Nível Psicológico

As indicações maiores, isto é as indicações que, repetidamente, se encontram na literatura de modo incontroverso, são as fobias em geral⁵⁸ (Cladder, 1986; Woolger, 1988; Clark, 1995; Lucas, 1996), as relações interpessoais, relações familiares incluídas (Fiori, s.d.; Denning, 1986; Wambach, 1986; Miller-Dunlap, 1988; Reid, 1988; Clark, 1995) e encontrar significado e propósito para a vida (Clark, 1995). A depressão (Woolger, 1988),⁵⁹ se ligeira, reactiva, tem igualmente um lugar relativamente consensual.

Consensualmente contra-indicada é a aplicação da técnica a pacientes com traços psicóticos ou patologia psicótica generalizada como a esquizofrenia (Woolger, 1988; Schimmer, 1995; Jue, 1996; Lucca & Possato, 1998), salvo se com um carácter de investigação experimental. A utilização de EMC nestes pacientes, com as vivências inerentes à sua fenomenologia, poderia agudizar a sua perda do sentido da realidade, dilatar o poder do seu mundo fantasmático, e dar origem a uma crise psicótica declarada.

Geralmente contra-indicada é também a sua aplicação a pacientes com uma estrutura egóica pouco definida como crianças e adolescentes (Fuqua, 1989; Jue, 1996; Lucas, 1996). A aplicação de EMC a estes sujeitos, com as inerentes vivências do que poderíamos chamar de identidades múltiplas (Spanos, 2001) ou de sub-personalidades, poderia dificultar a constituição e/ou manutenção de um forte e claro sentido da identidade, com perda dos limites do eu e risco de fragilização psíquica. Contudo, esta posição não é consensual na literatura, havendo quem aplique a técnica

⁵⁸ A indicação para o tratamento das fobias através da Psicoterapia Regressiva sob EMC tem um sólido suporte experimental em estudo de Cladder (1986).

⁵⁹ Utiliza-se depressão e não Perturbação Depressiva por ser assim referenciada na literatura em geral.

a crianças sem efeitos secundários que motivem a sua contra-indicação (Bowman, 1993).

Um pouco controversa, igualmente, é a sua aplicação à depressão profunda, nomeadamente à depressão já estruturada e estruturante, própria da Perturbação Depressiva da Personalidade. Se há autores que apresentam o tratamento da depressão como indicado na Psicoterapia Regressiva sob EMC, sem distinguir os graus ou níveis de depressão, outros prescrevem-na em absoluto. Pacientes profundamente depressivos, muitas vezes envoltos em sentimentos densos de culpa e de ausência de auto-estima, vivenciam EMC cujos conteúdos apenas reforçam essa culpa e ausência de amor próprio, agudizando, portanto, a sua sintomatologia. Talvez por isso, no estudo de Clark (1995), a depressão foi a terceira das psicopatologias a ser apontada, pelos psicoterapeutas, como tendo pior resposta à técnica, depois dos problemas de peso e dos vícios que, não tendo contra-indicação, não permitem índices de sucesso elevados. No caso da depressão, particularmente da depressão não reactiva, uma estabilização do paciente a nível de certos aspectos mais obstaculizantes, através de outras técnicas psicoterapêuticas, é um trabalho prévio necessário à aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Indicações igualmente presentes na literatura mas sem um carácter tão consensual ou tão insistente, são: Agorafobia (Jong, 1993); alteração de padrões de comportamento em geral (Lucas, 1996); anorexia, (Hoffman, 1993); insegurança (Woolger, 1988), obesidade (Fiori, s.d.); preparação da morte (Loehr, 1987); problemas de inserção social (Gris, 1991); problemas sexuais (Woolger, 1988; Vaughan, 1991).^{60/61}

⁶⁰ Pecci (1987) refere a indicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC como coadjuvante de terapias alopáticas convencionais. À primeira é atribuída a capacidade de potencializar os efeitos desta última.

⁶¹ A Psicoterapia Regressiva sob EMC parece ser igualmente indicada para aqueles que pretendem o desenvolvimento da sua espiritualidade (Jue, 1988; Hansen, 1994; Clark, 1995).

Contra-indicações igualmente presentes na literatura mas sem um carácter tão consensual são: Debilidade geral (Woolger, 1987; Lucca & Possato, 1998);⁶² perturbação borderline da personalidade (Jue, 1996; Lucas, 1996); gestantes (Lucca & Possato, 1998); pacientes com problemas cardíacos (Lucca & Possato, 1998); incapacidade de boa comunicação (Lucca & Possato, 1998); e dificuldade em integrar o material vivenciado (Lucas, 1996).⁶³

Lucas (1996) refere que o insucesso da aplicação da técnica não depende apenas da sua aplicação a patologias ou pacientes contra-indicados. Algumas causas de insucesso com origem no psicoterapeuta são as seguintes: (a) avaliação errada do paciente quanto à sua potencialidade para integrar o material da regressão ou para entrar num EMC induzido; (b) erros na gestão do tempo e excesso de pressão por esse motivo; (c) insuficiente definição dos objectivos da sessão; (d) insuficiente resolução da problemática inerente ao psicoterapeuta; (e) ausência de atitude humanista, de aceitação não judicativa, incondicional; (f) dificuldade em identificar o padrão de comportamento emergente na vivência e conecta-lo com a problemática do paciente, ficando submerso pelo significado literal da vivência

⁶² Esta contra-indicação, embora óbvia em si, é particularmente significativa para psicoterapeutas como Woolger que enfatizam os processos ab-reactivos.

⁶³ Fiori (s.d) refere que Perturbações de Personalidade Múltipla, graves depressões, sentimentos de culpa profundos e grandes desconfortos físicos surgiram em consequência da aplicação da técnica. Tal perigo deve alertar-nos para os efeitos da aplicação da técnica quando essas psicopatologias já estão instaladas.

Indicações a nível psicossomático

Segue-se uma exaustiva listagem de patologias somáticas que se encontram na literatura. A aplicação da técnica que provocou a total ou parcial remissão sintomática pode ter sido iniciada com esse objectivo, ou ter, inicialmente, apenas objectivos psicoterapêuticos. Os dois casos estão presentes na literatura.

Por ordem decrescente de referências encontramos a remissão sintomática a patologias somáticas após ou durante a aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC a: Alergias (Findeisen, 1987; Lucas, 1996); artrite (Dunlap, 1986; Denning, 1993; Woolger, 1996; Lucca & Possato, 1998); dor (Clark, 1995),⁶⁴ dor de cabeça (Hansen, 1994; Clark, 1995), cefaleias (Clark, 1995; Lucas, 1996; Simões, Gonçalves & Barbosa, no prelo); asma (Clark, 1995); cancro (Denning, 1987; Clark, 1995); desordens intestinais (Clark, 1995), diabetes (Mehl 87b) infertilidade (Denning, 1993; Clark, 1995; Lucas, 1996); problemas de coração (Clark, 1995), problemas de costas (Hansen, 1994; Clark, 1995), problemas de estômago (Clark, 1995); problemas ginecológicos (Hansen, 1994); problemas de visão (Hansen, 1994); psoríase (Denning, 1987); sinusite (Woolger, 1987).⁶⁵

⁶⁴ As patologias apresentadas por Clark, referem-se aos resultados do seu questionário aplicado a 136 clínicos de Psicoterapia Regressiva sob EMC, e as suas nove referências são as mais comuns entre 84 patologias relatadas como tendo obtido total ou parcial remissão sintomática após exposição à técnica.

⁶⁵ Jue (1996) refere ainda a indicação desta psicoterapia para todas as patologias de carácter psicossomático sem causa especificada.

PARTE III

**METODOLOGIA DO ESTUDO, RESULTADOS E ANÁLISE DOS
RESULTADOS**

METODOLOGIA

Apresentação do Problema

Introdução

O estudo que aqui se apresenta pretende ilustrar a teorização sobre a Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência acima apresentada, e descrever o modo como a Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência é aplicada em Portugal por psicoterapeutas com uma licenciatura e formação psicoterapêutica. O questionário de 55 perguntas com alíneas (maioritariamente perguntas fechadas), respondido por dezoito psicoterapeutas credenciados (observadores privilegiados) na presença de um entrevistador, permite conhecer um vasto leque de aspectos da técnica na sua aplicação clínica, e conhecer com fidedignidade o modo como está a ser aplicada em Portugal, já que a amostra corresponde à quase totalidade do universo de psicoterapeutas credenciados que aplicam esta técnica.

Os resultados deste estudo, articulados com a abrangente discussão monográfica previamente realizada, permitem testar a credibilidade científica da prática clínica da Psicoterapia Regressiva sob EMC, podendo contribuir assim para a sua justificada aceitação académica. Este estudo replica de modo adaptado um anterior de 1995, realizado por Clark nos Estados Unidos da América no âmbito de um doutoramento.

Definição do Problema e dos Subproblemas

Saber como se aplica a Psicoterapia Regressiva sob EMC em Portugal foi o problema que presidiu à elaboração deste estudo. Para o resolver foi preciso definir um conjunto de subproblemas particulares que correspondem aos diversos aspectos centrais da técnica e da sua aplicação. Entre outros, os principais subproblemas são: «*O que pensam os psicoterapeutas licenciados que aplicam a Psicoterapia Regressiva sob EMC dos conteúdos vivenciados pelos seus pacientes?*»; «*Quais as patologias mais frequentemente abordadas com a Psicoterapia Regressiva sob EMC?*»; «*Quais as patologias em que a técnica foi melhor e pior sucedida?*»; «*Quais os procedimentos utilizados para induzir o Estado Modificado de Consciência e vencer a resistência dos pacientes?*»; «*Quais as técnicas utilizadas para a exploração terapêutica das vivências dos pacientes?*»; «*Qual a importância da abreacção?*»; «*Qual o lugar da Psicoterapia Regressiva sob EMC no contexto das outras técnicas psicoterapêuticas?*»; «*Quais as investigações relevantes a realizar nesta área?*»; «*Quais os contributos dos psicoterapeutas credenciados que aplicam Psicoterapia Regressiva sob EMC para o acervo das técnicas actualmente presentes na literatura?*».

Pressupostos

Na concepção, aplicação do questionário, processamento dos dados e respectiva análise e discussão foi considerado como pressuposto:

A prática clínica dos psicoterapeutas credenciados que aplicam Psicoterapia Regressiva sob EMC corresponde às respostas dadas sobre essa prática clínica.

Limitações

Na aplicação do questionário, processamento dos dados e respectiva análise e discussão foram consideradas duas limitações:

- a) *os sujeitos da amostra poderão não ter sido sinceros na resposta ao questionário sobre Psicoterapia Regressiva sob EMC;*
- b) *o entrevistador, ao ler as perguntas e ao esclarecer alguma dúvida colocada, poderá ter manipulado involuntariamente as respostas em função da sua subjectividade.*

Significado do Estudo

A relevância deste estudo tem duas vertentes. Em primeiro lugar, ele ilustra a monografia apresentada sobre a Psicoterapia Regressiva sob EMC, demonstrando, entre outros aspectos, que existe, que tem relevância terapêutica, uma metodologia própria, um vasto conjunto de indicações específicas, etc. A importância desta ilustração é tanto maior quanto o desconhecimento académico desta técnica; sem ela a monografia poderia ser avaliada como desconectada da realidade da psicoterapia em Portugal.

Por outro lado, a relevância deste estudo prende-se com a necessidade de conhecermos como são realmente aplicadas clinicamente a Psicoterapia Regressiva sob EMC, psicoterapia de vanguarda fora do *mainstream* científico pela utilização

inovadora de Estados Modificados de Consciência. O seu conhecimento, a análise e discussão que dela realizemos, poderá permitir uma desejada viabilização da Psicoterapia Regressiva sob EMC dentro do meio académico, uma das necessidades sentidas pelos psicoterapeutas credenciados que aplicam esta técnica. Como tal, ela pode assumir o lugar institucional a que pode ter direito, perdendo o carácter semi-marginal que, eventualmente, ainda tenha. Isso poderá ser um estímulo para a sua aprendizagem por um leque mais variado de psicoterapeutas que queiram adquirir mais um instrumento para a sua panóplia de técnicas psicoterapêuticas, com prováveis benefícios para a qualidade da psicoterapia praticada em Portugal.

Participantes

Antes de apresentar a natureza da amostra da população sobre a qual incide este estudo, é relevante salientar que ela corresponde à quase totalidade da população de psicoterapeutas licenciados que aplicam Psicoterapia Regressiva sob EMC de que teve conhecimento o autor deste estudo (por psicoterapeuta licenciado entendeu-se todo aquele que exercia a profissão de psicoterapeuta, que detinha uma licenciatura e formação específica em psicoterapia, nomeadamente em Psicoterapia Regressiva sob EMC). Assim, dos 20 elementos conhecidos dessa população, 18 foram entrevistados, o que corresponde a 90% da mesma. Não se exclui a possibilidade de outros elementos existirem, sendo mesmo o mais provável; contudo, como veremos através da descrição do método de selecção adoptado, não é provável que esse número seja significativo, sendo, pelo menos, a amostra apresentada representativa do universo em questão.

Seleção da amostra

Os participantes deste estudo foram seleccionados pelo método de amostragem dirigida (também designado por método de amostragem empírica, não aleatória, intencional ou não probabilística) por conveniência, tendo eles, como psicoterapeutas o estatuto de *observadores privilegiados* da Psicoterapia Regressiva sob EMC.

A Associação Luso-Brasileira de Transpessoal (Alubrat) que, como associação cultural e científica facultou formação em Psicoterapia Regressiva sob EMC nos biénios de 95/96 e 99/00 (tendo a decorrer novo curso para o biénio 02/03 sobre o auspício da Faculdade de Medicina de Lisboa) disponibilizou os contactos de psicoterapeutas licenciados que participaram e concluíram a sua formação e que tinham uma prática clínica estabelecida. Estes foram contactados telefonicamente pelo autor do estudo, informados do pretendido e consultados acerca da sua disponibilidade. A disponibilidade dos participantes foi total, nenhum sugerindo ou solicitando o pagamento de honorários. Estes psicoterapeutas licenciados, por sua vez, foram confrontados com a listagem dos elementos da população já conhecidos pelo autor do estudo, no intuito de indicarem outros nomes ausentes dessa listagem - *sistema bola de neve*. A questão do anonimato não se colocou aqui, nem em nenhum momento deste estudo à excepção do tratamento estatístico dos dados, por serem todos profissionais em exercício que aplicam publicamente estas e outras técnicas psicoterapêuticas.

Assim se constituiu a amostra, à excepção de um dos seus elementos que foi conhecido por casualidade pelo autor. Assim se percebe que, sem excluir a possibilidade de existirem outros psicoterapeutas licenciados fora dos 20 seguramente conhecidos pelo autor deste estudo, esta amostra seja ou:

- a) a quase totalidade da população em estudo,

ou

b) representativa dessa população,

com evidentes repercussões no significado e importância dos resultados obtidos.

Esta metodologia de amostragem dirigida por conveniência era a única acessível porque o universo desta população em Portugal é aparentemente muito reduzido, o que inviabilizaria qualquer metodologia aleatória de selecção. Caso uma metodologia aleatória fosse utilizada o número de elementos da amostra seria muito menor, o que retiraria relevância aos resultados.

Temos, assim, uma amostra de observadores privilegiados da Psicoterapia Regressiva sob EMC seleccionada pela metodologia de amostragem dirigida por conveniência que, aparentemente, corresponde à quase totalidade da população de psicoterapeutas licenciados que aplicam esta técnica ou, pelo menos, é um representante significativo dessa população.

Caracterização da amostra

Todos os elementos da amostra exercem profissionalmente a actividade de psicoterapeuta, detêm pelo menos um grau académico (licenciatura), e realizaram uma formação de pós-graduação em Psicoterapia Regressiva sob EMC, em Portugal ou no estrangeiro.¹

¹ Alguns dos dados apresentados nesta caracterização da amostra não constam dos resultados do questionário por terem sido obtidos informalmente, antes, durante e depois do mesmo.

Todos o elementos da amostra são caucasianos, 66,7% do género feminino, 33,3% do género masculino. As suas idades estão compreendidas entre os 30 e os 65 anos, sendo a sua média de idades de 47,3 anos (desvio padrão de 10,4 - Tabela 1).

TABELA 2: Resultados da resposta ao item número 51 do questionário: *Idade actual*.

Anos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
30	1	5,6
32	1	5,6
35	1	5,6
37	1	5,6
38	1	5,6
41	2	11,1
46	1	5,6
48	1	5,6
49	1	5,6
51	1	5,6
52	1	5,6
53	1	5,6
57	1	5,6
58	2	11,1
61	1	5,6
65	1	5,6
Total	18	100,0

A maioria são de nacionalidade portuguesa (12 dos participantes, 66,6% da amostra); de nacionalidade brasileira são 5 (27,7% da amostra), e de outras nacionalidades apenas 1, norte americana, que corresponde a 5,6% da amostra.

Estes psicoterapeutas licenciados exercem maioritariamente na área da Grande Lisboa (14 deles, 77,7% da amostra), 3 na área do Grande Porto (16,6% da amostra), e 1 em Lisboa e Campinas, Brasil (5,6 % da amostra). Ao contrário do que

possa parecer numa primeira análise, a inclusão deste elemento da amostra não impede a sua homogeneidade, já que esta psicoterapeuta brasileira é uma das principais formadoras e supervisora de parte substancial dos psicoterapeutas entrevistados, não havendo dislates significativos entre a sua concepção e prática da Psicoterapia Regressiva sob EMC e a dos outros entrevistados. Tal é de esperar dado o seu papel de "opinion maker" enquanto formadora.

Como característica igualmente significativa da amostra, relevante para os objectivos deste estudo, está o *substancial número médio de anos de prática* em Psicoterapia Regressiva sob EMC (8,1 anos - desvio padrão de 6,7 - **Tabela 2**) embora com uma grande amplitude entre os seus elementos: existe um psicoterapeuta com apenas um ano de experiência - embora seja psicoterapeuta há vários anos -, e o mais experiente tem 26 anos de prática, acompanhando o movimento da Psicoterapia Regressiva sob EMC desde o começo.

TABELA 3: Resultados da resposta ao item número 1 do questionário: *Número total de anos em que esteve directamente envolvido em Psicoterapia Regressiva sob EMC² como terapeuta?*

Número total de anos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1	1	5,6	5,6
3	1	5,6	11,1
4	3	16,7	27,8
5	3	16,7	44,4
6	2	11,1	55,6
7	3	16,7	72,2
9	1	5,6	77,8
11	1	5,6	83,3
12	1	5,6	88,9
24	1	5,6	94,4
26	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

Também importante é a referência ao número médio de pacientes em quem foram aplicada Psicoterapia Regressiva sob EMC pelos sujeitos da amostra. De notar que este número não corresponde ao número de regressões realizadas, mas ao número de pacientes que realizou uma psicoterapia breve ou média no processo da qual se aplicaram técnicas regressivas sob Estado Modificado de Consciência - excluem-se, assim, as aplicações da técnica realizadas fortuitamente em formação, em sessões experimentais, etc. Também aqui existem números dispare, com um psicoterapeuta tendo tido apenas seis pacientes em quem aplicou a técnica enquanto o mais experiente teve uma média de 2500. Contudo é *muito significativo que 67,7%*

² Na aplicação do questionário foi utilizada a denominação de Terapias de Orientação Regressiva. «Terapias Regressivas» é a designação mais comumente usada. Contudo, considera-se mais correcta a designação de Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência, motivo pelo qual assim se designa em toda esta tese de mestrado.

da amostra tenha tido mais de 50 pacientes ao longo da sua prática clínica, e que a média seja de 268,5 pacientes por cada elemento da amostra - desvio padrão de 573,3. Mesmo que retirássemos o elemento da amostra que tem mais experiência, ainda obteríamos uma média de 137,2 pacientes por cada elemento da amostra - desvio padrão de 140,3 (Tabela 3).

TABELA 4: Resultados da resposta ao item número 2 do questionário: *Estimativa do número de pacientes desde então?*

Número de pacientes	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
6	1	5,6	5,6
10	1	5,6	11,1
12	1	5,6	16,7
15	1	5,6	22,2
20	2	11,1	33,3
80	2	11,1	44,4
100	1	5,6	50,0
120	2	11,1	61,1
150	1	5,6	66,7
200	2	11,1	77,8
400	3	16,7	94,4
2500	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

Portanto, é possível afirmar com rigor ser a amostra adequada aos objectivos a que este estudo se propôs.

Instrumento e Material

Este estudo de natureza descritiva recorreu à tradução e adaptação – realizadas pelo autor do estudo - de um questionário criado por Rabya Clark nos Estados Unidos da América e aplicado a uma amostra de população semelhante nesse país.

O questionário ocupa um total de oito páginas A4, com 55 perguntas com várias alíneas, que obrigaram a 80 respostas, das quais 6 eram abertas, 12 semiabertas e 62 fechadas, a exigir de 35 a 90 minutos aproximadamente para a sua resposta na íntegra.

No tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, versão 10.0, desenvolvido e comercializado pela SPSS Inc.

Procedimentos

1º - Tradução e adaptação do questionário original

Rabya Clark (1995) publicou no fax símile da sua dissertação de doutoramento um questionário de 117 perguntas que aplicou a uma população com características semelhante às da amostra deste estudo.

O autor deste estudo procedeu à sua tradução literal. Posteriormente o questionário foi adaptado sob supervisão do co-orientador o Prof. Doutor Mário Pinto Simões, tendo-se subtraído um conjunto significativo de perguntas que

ultrapassavam os objectivos deste estudo e tornavam demasiado morosa a sua aplicação. Foram igualmente adaptadas algumas respostas, substituindo-se as expressões que tinham um enfoque excessivo num tipo de vivências do paciente - as de supostas existências pretéritas -, e uma hermenêutica das mesmas demasiado estrita e cientificamente insustentável na óptica do autor deste estudo. Assim, onde se lia "Pastlifes " passou a ler-se "supostas vidas passadas ou supostas vivências passadas" conforme o contexto - a fundamentação epistemológica desta atitude encontra-se no capítulo *Memória, Verdade e Psicoterapia*, da presente dissertação de mestrado. O produto final desta tradução e adaptação foi apresentado ao orientador o Prof. Doutor Eduardo Sá, tendo obtido a sua aprovação.

O questionário, destinando-se a um estudo descritivo em que a grandeza da amostra praticamente coincide com a grandeza da população, e por replicar de modo adaptado um estudo anterior a uma nova população com características semelhantes, foi considerado adequado aos objectivos do presente estudo. Dispensou uma validação formal porque, além do estudo ser meramente descritivo das respostas a um questionário de uma dada população, o mesmo não se apresentou como questionário *standart* para uma dada população.

2º O questionário foi apresentado, antes da sua versão final, a uma das introdutoras em Portugal da Psicoterapia Regressiva sob EMC, e igualmente formadora, a Dr.^a Gláucia Correia, médica psiquiatra e psicoterapeuta, que sugeriu algumas alterações de vocabulário que, na sua maioria, foram seguidas.

3º Formação da amostra. (Ver no capítulo Participantes, o sub-capítulo Selecção da amostra).

4º Aplicação do questionário.

O questionário foi aplicada pelo autor deste estudo a cada um dos participantes individualmente, tendo-se dirigido para esse efeito às suas casas

particulares, consultórios ou centros de formação em que se encontravam (três casos), tendo decorrido a sua aplicação sem a presença de terceiros.

Cada participante tinha um exemplar do questionário para seguir as perguntas. As perguntas foram lidas em voz alta pelo entrevistador que, no seu exemplar do questionário, anotava as respostas. Em todas as sessões da entrevista foi usada a língua portuguesa, com exceção da entrevista com a participante norte-americana radicada em Portugal, em que foram usadas o português e o inglês, tanto nas perguntas quanto nas respostas.

5º Os dados obtidos através das 18 entrevistas foram lançados no SPSS (Statistical Package for Social Sciences) com a colaboração do Mestre Alexandre Ramos. Posteriormente estes dados foram apresentados em Tabelas de resultados elaborados para o efeito.

RESULTADOS E ANÁLISE DE RESULTADOS

Introdução

Este estudo, como atrás se referiu, é descritivo. Como tal, é de esperar que permita uma panorâmica relativamente alargada da aplicação da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência em Portugal. Essa expectativa é real na medida em que, como se expôs na descrição da amostra, o universo dos psicoterapeutas licenciados e credenciados que aplicam esta técnica em Portugal é substancialmente coincidente com a amostra com a qual o estudo foi realizado.

Na apresentação dos resultados optou-se por expôr, maioritariamente, os mesmos por tabelas, pela clareza e ilustração a elas inerente. Alguns resultados foram apresentados apenas descritivamente por não haver mais valia na exposição de uma tabela a eles respeitante.

Os resultados das respostas ao questionário foram organizados tematicamente, alterando-se a ordem inicial pela qual as perguntas tinham sido colocadas no questionário. Com isso pretendeu-se rentabilizar a sua consulta e permitir uma leitura mais eficiente dos mesmos.³

³ Atendendo à natureza descritiva do estudo, o resumo dos resultados é apresentado no início da *Discussão*.

DEFINIÇÃO, ESPECIFICIDADE E ASPECTOS CORRELATOS DA
PSICOTERAPIA REGRESSIVA SOB EMC

Definição/descrição

TABELA 5: Resultados da resposta ao item número 12 do questionário: *Qual destas descrições usa quando descreve a Psicoterapia Regressiva sob EMC ao seu paciente? (pode escolher mais do que uma)*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Permite o acesso ao subconsciente.	11	20,8
2. Permite o acesso a memórias da alma.	3	5,7
3. As memórias que experimenta são de vidas passadas reais.	0	0,0
4. As memórias que experimenta são metáforas do presente.	9	17,0
5. Há um âmago da questão, ou problema central. Uma vez que a primeira experiência dele é libertada, situações similares do presente também serão resolvidas. Este âmago da questão pode ser de uma vivência passada.	9	17,0
6. Se se descobrir a si próprio como vítima numa vida, você pode ser o carrasco em outra.	2	3,8
7. É importante experimentar o corpo de vivências passadas como se estivesse nele.	6	11,3
8. Você pode estar possuído por um espírito.	0	0,0

9. Outra	13	24,5
Total	53	100,0

TABELA 6: Resultados da resposta ao item número 12.9 do questionário: *Qual destas descrições usa quando descreve a Psicoterapia Regressiva sob EMC ao seu paciente? Outra* _____

1. Técnicas de acesso ao inconsciente.
2. É uma forma de ultrapassar os seus bloqueios. Permite maior proximidade ao seu eu verdadeiro.
3. Forneço uma explicação geral de todos os significados possíveis dos conteúdos que emergem: memórias da infância, da adolescência, memórias de eventuais vidas passadas, metáforas. Conteúdos que, qualquer que seja o seu significado, necessitam de ser integrados.
4. Vou usar uma técnica que começa por um relaxamento profundo; vou provocar uma vivência e trabalharemos as dificuldades que encontrar nessa vivência.
5. Tudo o que viveu fica gravado; no cérebro, no corpo.
6. Permite o acesso a memórias do passado "traumático".
7. Permite o acesso ao inconsciente. Acesso a memórias que não representam um facto mas simbolizam a emoção: a forma como o facto foi vivido.
8. São técnicas que permitem a procura do mito pessoal.
9. Permite o acesso ao inconsciente. Tudo o que sente como real é real para si. Só é real o que nós sentimos.
10. Não enfatizo a questão das supostas vidas passadas.
11. As memórias podem ser vivências de vidas passadas.
2. Existe um núcleo emocional que encerra um programa que condiciona o presente.

13. O ser humano tem múltiplas dimensões – espiritual, intuitiva, emocional; existem trabalhos que permitem vivenciar experiências que vão trazer conteúdos mais amplos da sua consciência, inacessíveis pela verbalização. A técnica trás benefícios à medida que o trabalho se desenvolve pelo período de tempo adequado.

(T. 5 e 6) A análise destas duas Tabelas deve fazer-se atendendo a que os participantes do estudo podiam escolher tantas respostas quantas considerassem correctas. A maioria (13 em 18, 72,2%) usa uma descrição diferente das apresentadas para descrever a Psicoterapia Regressiva sob EMC aos seus pacientes (T. 5). 61,1% (11 em 18) **afirma ao paciente que a Psicoterapia Regressiva sob EMC permite o acesso ao subconsciente**, podendo afirmar igualmente que **as memórias que experimenta são metáforas do presente** e que **o seu problema central pode ter a sua origem numa suposta vivência passada** (9 em 18 para cada um dos casos, 50% dos psicoterapeutas). **Muito significativa** é a resposta à descrição 3 «*As memórias experimenta são de vidas passadas reais.*», que **nenhum** dos participantes do estudo escolheu.

Quanto ao conteúdo das descrições próprias dos psicoterapeutas não presentes nas opções fornecidas (resposta ao item 12.9; T. 6), é de referir a repetição do conceito de **inconsciente** (respostas das 1,7,e 9), e o **carácter funcional** de parte das descrições querendo informar o paciente do que vai acontecer, e não se centrando sobre a realidade ou não do conteúdo das vivências ou das supostas memórias: respostas 2, 4 e 13. Em geral, todas estas respostas têm interesse ilustrativo e formativo acerca daquilo que é a Psicoterapia Regressiva sob EMC na prática clínica.

TABELA 7: Outros resultados da resposta ao item número 47.9 do questionário: *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: Outra⁴.*

1. A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma terapia de reestruturação emocional.
 2. A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma terapia de libertação do self, o eu verdadeiro.
 3. A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma terapia vivencial.
 4. A Psicoterapia Regressiva sob EMC nem sempre é regressiva.
 5. A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma terapia pela reestruturação vivencial e cognitiva.
 6. A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma forma de desbloqueamento da energia negativa.
 7. A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma forma de reorientação existencial.
 8. A Psicoterapia Regressiva sob EMC é um ótimo instrumento para um processo psicoterapêutico de orientação transpessoal.
-

(T. 7) Nesta Tabela são expostas **outras definições** da Psicoterapia Regressiva sob EMC que os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo entenderam apresentar. Elas têm um carácter ilustrativo e formativo, pois mostram outros aspectos da definição da Psicoterapia Regressiva sob EMC não contemplados anteriormente.

De assinalar a **ideia de reestruturação** presente duas vezes, e a de reorientação - semelhante à anterior - presente uma vez.

⁴ Outra definição de Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência.

Especificidade da Psicoterapia Regressiva sob EMC e Incorporação de Técnicas Psicoterapêuticas Convencionais

Nos resultados das respostas às perguntas número **16** e número **3**, e às alíneas da pergunta número **47** podemos conhecer o que afirmam os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo da **relação da Psicoterapia Regressiva sob EMC com as outras técnicas psicoterapêuticas na prática clínica.**

Assim, **72,2%** dos participantes do estudo **incorpora técnicas psicoterapêuticas tradicionais com Psicoterapia Regressiva sob EMC** (hipnose, programação neuro-linguística, Gestalt etc.) e **11,1%** fá-lo *às vezes*, num total de **83,3%** – resultados da resposta ao item número 16, *Incorpora técnicas terapêuticas tradicionais com Psicoterapia Regressiva sob EMC (hipnose, programação neuro-linguística, Gestalt, etc.)?*

TABELA 8: Resultados da resposta ao item número 3 do questionário: *Com que regularidade recorre a Psicoterapia Regressiva sob EMC?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. A tempo inteiro com todos os pacientes?	0	0,0
2. A tempo parcial com todos ou alguns dos pacientes?	3	16,7
3. Mistura entre TOR e outras técnicas terapêuticas?	15	83,3
4. Inactivo agora em TOR?	0	0,0
Total	18	100,0

(T. 8) Talvez por isso, a Psicoterapia Regressiva sob EMC seja regularmente **aplicada em simultâneo com outras técnicas psicoterapêuticas (83,3%)**, revelando-se assim como mais uma das técnicas psicoterapêuticas utilizadas na prática clínica.

Os resultados da Tabela 8 vêm-se confirmados pelo facto de **66,7% dos elementos da amostra concordar que a Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma coadjuvante de outras formas de terapia**, e **11,1% concordar com isso fortemente** – resultados da resposta ao item número 47.3, *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma coadjuvante de outras formas de terapia.*

Isso não impede que a Psicoterapia Regressiva sob EMC seja **considerada um tipo específico de terapia com uma técnica individualizada**. **38,9%** dos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo *Concorda* com essa afirmação, e **22,2% Concorda fortemente** (16,7% é neutro) num **total de 77,8%** - resultados da resposta ao item número 47.1, *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: A Psicoterapia Regressiva sob EMC é um tipo específico de terapia, com uma técnica individualizada.*

Este carácter individualizado da Psicoterapia Regressiva sob EMC não significa que os elementos da amostra considerem que ela é uma técnica original criada à revelia do passado psicoterapêutico. Pelo contrário, **66,7% Concorda com a afirmação de que ela é uma mistura de muitas técnicas terapêuticas**, e **5,6% Concorda com isso Fortemente**, num **total de 72,2%** - resultados da resposta ao item número 47.2, *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma mistura de muitas técnicas terapêuticas.*

Talvez em consequência disso **72,2% dos elementos da amostra considera que a Psicoterapia Regressiva sob EMC se assemelha a terapias com recurso a hipnose** - resultados da resposta ao item número 47.4: *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: A Psicoterapia Regressiva sob EMC assemelha-se a terapias com recurso a hipnose.* - e **66,7%** que é **uma forma de terapia imaginal** - resultados da resposta ao item número 47.7: *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma forma de terapia imaginal.*

Esta semelhança encontrada entre a Psicoterapia Regressiva sob EMC e as técnicas hipnoidais e imaginais não será alheia ao facto de que **72,2%** dos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo **têm formação em hipnose** - resultados da resposta ao item número 53: *Fez alguma aprendizagem em hipnose?*

Respostas Psicoterapêuticas e «Vidas Passadas»

TABELA 9: Resultados da resposta ao item número 4.1 do questionário: ***Acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são de reais vidas passadas?***

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Concordo claramente	1	5,6	5,6
2. Concordo	2	11,1	16,7
3. Neutro	10	55,6	72,2
4. Discordo	4	22,2	94,4
5. Discordo claramente	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

(T. 9) **Apenas 16,7% dos psicoterapeutas participantes acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são de «vidas passadas» reais. 72,2% não se pronuncia, ou discorda mais ou menos claramente.** Assim, ainda que o conteúdo de muitas vivências sob Estado Modificado de Consciência proporcionadas pela Psicoterapia Regressiva sob EMC supostamente coloquem o paciente em outras épocas históricas e em outras civilizações, **a esmagadora maioria dos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo não acredita que as respostas para os seus problemas clínicos radique nessas «supostas vivências passadas».** Os 55,6% que responderam "Neutro", sem excluírem essa hipótese não a afirmam, o que testemunha em favor do seu afastamento do modelo explicativo que assume que parte substancial das vivências sob Estado Modificado de Consciência são de «supostas vidas passadas».

Será por isso que os participantes do estudo **não** definiram a Psicoterapia Regressiva sob EMC como terapia da reencarnação. Na resposta ao item número 47.8 do questionário: *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma terapia de reencarnação.* 44,4% dos elementos da amostra é *Neutro* face a esta afirmação, 38,9% *Discorda* dela, e 5,6% *Discorda Fortemente*, **num total de 88,9%.**

Respostas Psicoterapêuticas e Metáforas

TABELA 10: Resultados da resposta ao item número 4.2 do questionário: *Acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são uma metáfora do presente?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Concordo claramente	2	11,1	11,1
2. Concordo	10	55,6	66,7
3. Neutro	5	27,8	94,4
4. Discordo	1	5,6	100,0
5. Discordo claramente	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 10) A forma metafórica como são conceptualizados os conteúdos das vivências sob Estado Modificado de Consciência da Psicoterapia Regressiva sob EMC pelos participantes do estudo fica bem expressa nos resultados desta TABELA. **66,7% Concorda ou Concorda Claramente que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são uma metáfora do presente, e 27,8% não concordo nem discorda.** Os resultados desta Tabela confirmam os do anterior, que rejeitava a crença de que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC fossem de «vidas passadas reais».

Os resultados da resposta ao item número 47.6: *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: A Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma terapia que usa metáforas* confirmam os resultados apresentados na T.9. **83,3%** dos elementos da amostra *Concordam* com essa afirmação, e **5,6% Concorda Fortemente**, num total de **88,9%**.

Respostas Psicoterapêuticas e Sonho

TABELA 11: Resultados da resposta ao item número 4.3 do questionário: *Acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são como um sonho?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Concordo claramente	0	0,0	0,0
2. Concordo	9	50,0	50,0
3. Neutro	6	33,3	83,3
4. Discordo	3	16,7	100,0
5. Discordo claramente	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 11) Os resultados desta Tabela confirmam o anterior (T.9), com **apenas 16,7% dos participantes do estudo a discordar de que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são como um sonho**. Sendo o conteúdo onírico do sonho de carácter essencialmente metafórico, o paralelismo entre as duas Tabelas é evidente.

Contudo, os participantes do estudo não souberam posicionar a Psicoterapia Regressiva sob EMC face às Terapias do Sonho, respondendo *Neutro* 61,1% - resultados da resposta ao item número 47.5: *Em que grau concorda com a seguinte afirmação: A Psicoterapia Regressiva sob EMC assemelha-se a terapias do sonho.*

Respostas Psicoterapêuticas, Símbolismo, «Vidas Passadas» e Reencarnação

TABELA 12: Resultados da resposta ao item número 4.4 do questionário: *Acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC são algumas simbólicas, algumas vidas passadas?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Concordo claramente	10	55,6	55,6
2. Concordo	7	38,9	94,4
3. Neutro	1	5,6	100,0
4. Discordo	0	0,0	100,0
5. Discordo claramente	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 12) **94,4%** dos participantes do estudo acredita que as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC possam ser *algumas simbólicas, algumas vidas passadas*. Esta resposta, não invalida a boa-fé das respostas anteriores, pois acreditar que algumas respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC possam ser de «vidas passadas» não é afirmar que o sejam.

Além disso, está de acordo com os resultados da resposta ao item número 5 do questionário: *Acredita na reencarnação?*, em que nenhum dos participantes do estudo afirma não acreditar na reencarnação (0,0% nas respostas *Discordo* e *Discordo Claramente*), havendo **22,2%** que *Concorda Claramente*, 50% que *Concorda*, e apenas **27,8%** que se mantêm *neutros* a respeito desta questão.

TABELA 13: Resultados da resposta ao item número 39 do questionário: *Está interessado em provar a veracidade das supostas vidas passadas do paciente?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Sempre	0	0,0
2. Normalmente	0	0,0
3. Às vezes	0	0,0
4. Não uso essa técnica	18	100,0
Total	18	100,0

TABELA 14: Resultados da resposta ao item número 40 do questionário: *Pede dados factuais acerca das supostas vidas passadas durante as sessões (como nomes, datas, lugares)?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Sempre	3	16,7
2. Normalmente	4	22,2
3. Às vezes	8	44,4
4. Não uso essa técnica	3	16,7
Total	18	100,0

(T. 13 e 14) **Apenas 38,9%** dos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo **pede usualmente dados factuais** acerca das supostas vivências passadas durante as sessões como nomes, datas, lugares. 16,7% fá-lo *Sempre*, 22,2% *Normalmente*, 16,7% nunca o faz e 44,4 % apenas *Às vezes* (T.13).

Podemos concluir que o pedido de dados factuais de supostas vivências passadas vivenciadas através de Psicoterapia Regressiva sob EMC é **uma técnica de utilização relativamente ampla.**

Contudo, em comentários à margem das perguntas, uma parte significativa dos elementos da amostra afirmou não o fazer por curiosidade mas para se poder situar dentro da vivência do paciente e assim conduzi-la de forma mais útil.

Este comentário encontra-se confirmado pelos resultados da resposta ao item número 39 do questionário: *Está interessado em provar a veracidade das supostas vidas passadas do paciente?* (T.13) **Todos os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo responderam negativamente** («Não uso essa técnica»). Nem apenas por uma vez qualquer das outras opções existentes foi escolhida.

Estes resultados são **particularmente significativos** pois permitem confirmar o **âmbito exclusivamente psicoterapêutico** da Psicoterapias Regressiva sob EMC tal é aplicada pelos elementos da amostra.

AS TÉCNICAS DA PSICOTERAPIA REGRESSIVA SOB EMC E ASPECTOS
CORRELATOS

Tempo

TABELA 15: Resultados da resposta ao item número 10 do questionário: *Quantos minutos demora a sua sessão normal de Psicoterapia Regressiva sob EMC?*

Número de minutos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
60	1	5,6	5,6
90	3	16,7	22,2
105	1	5,6	27,8
120	11	61,1	88,9
140	1	5,6	94,4
150	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

(T. 15) Verificamos pelos resultados que **a aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC é possível no espaço de tempo que varia entre 60 (1 hora) e 150 minutos (2 horas e meia)**. Contudo, apenas 11,2% da amostra se encontra nesta situação (5,6% para cada medida do tempo extremo; em comentário a esta pergunta, o participante que respondeu 60 minutos disse utilizar uma técnica de indução de Estado Modificado de Consciência mais abreviada que o habitual, o pestanejamento sincrónico, e que não conduz o paciente a um tipo de vivência particular, trabalhando apenas com material que emerge nesse estado). **A maioria dos psicoterapeutas ocupa 120 minutos (61,1%)**, não incluindo, em geral, neste tempo, a discussão e

integração do vivenciado, mas correspondendo ele à vivência das quatro fases principais do método psicoterapêutico de linha regressiva – indução, vivência, abreacção e reestruturação.

Primeira Sessão

TABELA 16: Resultados da resposta ao item número 11 do questionário: *Quando introduz, aos pacientes, a ideia de abordar a sua problemática através da Psicoterapia Regressiva sob EMC? (pode escolher mais do que uma)*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Eles sabem que eu sou um terapeuta de Psicoterapia Regressiva sob EMC antes de marcarem uma consulta.	17	29,8
2. Quando marcamos a primeira consulta.	3	5,3
3. Eu menciono-o durante a consulta inicial.	6	10,5
4. Depois de perceber que o paciente tem uma problemática à qual se aplica a Psicoterapia Regressiva em EMC	14	24,6
5. Só introduzo a ideia da Psicoterapia Regressiva sob EMC quando há indicação para tal.	14	24,6
Outra	3	5,3
Total	57	100,0

TABELA 17: Resultados da resposta ao item número 11.6: *Quando introduz, aos pacientes, a ideia de abordar a sua problemática através da Psicoterapia Regressiva sob EMC? Outra*

1. Quando há um bom vínculo terapêutico.
 2. Quando há resistência à terapêutica clássica.
 3. Por vezes, introduzo a ideia de abordar uma problemática através da Psicoterapia Regressiva sob EMC por motivos de pesquisa, isto é, de desenvolvimento da investigação e do conhecimento científico em psicoterapia.
-

(T. 16 e 17) Pelos resultados das respostas às perguntas 11 e 11.6 podemos verificar de que modo é introduzida a ideia de abordar uma problemática com Psicoterapia Regressiva sob EMC no contexto de uma psicoterapia. **Em 29,8% dos casos, o paciente já pode procurar o terapeuta com o objectivo de realizar uma Psicoterapia Regressiva sob EMC. Em 24,6% dos casos, são os psicoterapeutas a propor a aplicação da técnica quando há indicação para tal** ou, mais genericamente, uma problemática à qual a Psicoterapia Regressiva sob EMC se aplica.

Na leitura destes resultados deve, contudo, atender-se a que: 1) o facto dos pacientes já saberem que um psicoterapeuta aplica Psicoterapia Regressiva sob EMC não significa que eles venham à consulta com o pedido de vivenciarem técnicas regressivas, embora tal seja possível; 2) o facto anterior **não condiciona obrigatoriamente** os psicoterapeutas a seguir o desejo do paciente aplicando Psicoterapia Regressiva sob EMC sem indicação para tal, por exemplo, havendo apenas curiosidade por parte do paciente.

Na resposta ao item 6 da pergunta 11, um participante acrescentou às hipóteses de resposta dadas, que só introduzia a Psicoterapia Regressiva sob EMC quando existia um bom vínculo psicoterapêutico, e um outro que só o fazia quando o

paciente resistia à terapêutica farmacológica clássica - um terceiro acrescentou ainda um dado de menor importância, de que introduzia a ideia da Psicoterapia Regressiva sob EMC, por vezes, para efeito de pesquisa psicoterapêutica.

Início da Sessão

TABELA 18: Resultados da resposta ao item número 13 do questionário: *Como é que começa a sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC? (pode escolher mais do que uma)*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Relaxamento progressivo.	14	17,3
2. Peço ao paciente para visualizar um lugar seguro.	10	12,3
3. Peço ao paciente para seguir um sentimento até às suas origens.	9	11,1
4. Crio uma visualização para o paciente seguir.	11	13,6
5. Uso algum mecanismo (túnel, escadas, jardim, etc.) para levar o paciente para uma vivência passada.	15	18,5
6. Deixo o paciente mover-se espontaneamente para uma vivência passada se isso for adequado.	14	17,3
7. Outro	8	9,9
Total	81	100,0

(T. 18) Todas as opções de resposta apresentadas à pergunta «*Como é que começa a sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC?*» devem ser consideradas significativas, já que no mínimo 50% da amostra as escolheu. A destacar, contudo, a **utilização de um mecanismo para levar o paciente para uma vivência passada** (túnel, escadas, jardim, etc.) por **83,3%** da amostra (15 em 18), e a **utilização do relaxamento progressivo** por **77,7%** da amostra (14 em 18).

TABELA 19: Resultados da resposta ao item número 13.7 do questionário: *Como é que começa a sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC?* Outro _____

1. Começo por um lugar que as próprias pessoas refiram como o seu sítio preferido.
2. Peço para o paciente se sintonizar com o problema; peço depois para ir para a sua origem.
3. Indução hipnótica com pestanejamento sincrónico.
4. Viagem ao redor do planeta; imaginar descida num país.
5. Pedir ao paciente para ir para a experiência problemática; usar o corpo, suas sensações, dores etc.
6. Relaxo o paciente apenas, deixando que sua vivência fique em aberto, sem direccionamento.
7. Naturalmente, regressão natural espontânea.
8. Dependendo da situação, faço uma indução directa, ou faço um relaxamento, ou peço para o paciente se concentrar na respiração; peço para fazer um *scan* pelo corpo para ver que sintomas detecta e quais há a explorar.

(T. 19) As respostas dadas na Tabela anterior são complementadas por estas. Elas ilustram **outras possibilidades** no começo da sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC, mostram a **diversidade de técnicas** que podem ser aplicadas sob a matriz fundamental, e têm um **carácter formativo** para os psicoterapeutas interessados.

Imagens para Indução

TABELA 20: Resultados da resposta ao item número 13.5 do questionário: *Uso algum mecanismo (túnel, escadas, jardim, etc.) para levar o paciente para uma vivência passada. Qual? _____*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1 Barco.	1	3,6
2. Biblioteca.	1	3,6
3. Calendário.	1	3,6
4. Cápsula do tempo.	1	3,6
5. Círculo azul.	1	3,6
6. Comboio.	1	3,6
7. Corredor.	1	3,6
8. Escada.	5	17,8
9 Estrela.	6	21,4
10.Filme.	1	3,6
11. Livro	1	3,6
12. Nuvem.	1	3,6
13. Ponte.	1	3,6
14. Relógio.	1	3,6
15. Rio.	2	7,1
16. Túnel.	3	10,7
Total	28	100,0

(T. 20) **Entre os «mecanismos» mais utilizados para levar o paciente para uma suposta vivência passada, encontra-se a estrela (21,4%), a escada (17,8%) e o túnel (10,7%). A técnica da estrela deve ser considerada relevante na medida em que é comparativamente mais utilizada sem ter sido indicada como hipótese de resposta à pergunta, ao contrário do que aconteceu com a técnica da escada e a do túnel. Contudo, todas as respostas desta Tabela tem interesse ilustrativo e formativo.**

Modalidades para Acessar o Imaginário

TABELA 21: Resultados da resposta ao item número 28 do questionário: *Qual das duas modalidades listadas em baixo são usadas mais frequentemente para acessar o imaginário do paciente?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Visual	12	33,3
2. Auditiva	1	2,8
3. Cinestésica	4	11,1
4. Emocional	9	25,0
5. Olfactiva	0	0,0
6. Intuitiva	7	19,4
7. Não sei	3	8,3
Total	36	100,0

(T. 21) **O acesso, a entrada no imaginário do paciente é realizada principalmente pelas modalidades *Visual* (12 em 18 participantes do estudo escolheram-na), *Emocional* (9 em 18), *Intuitiva* (7 em 18). Estes resultados são tão**

mais ilustrativos quanto os participantes do estudo só podiam escolher 2 das 7 modalidades de resposta. Os resultados significam que, na prática, os participantes do estudo ou usam principalmente - ou tem mais sucesso - com os pedidos para o paciente dizer o que vê - modalidade visual -, sente - modalidade emocional -, ou intui (pensa, percebe, etc.) - modalidade intuitiva.

As modalidades em que há menos sucesso ou que são menos utilizadas são a auditiva (1 psicoterapeuta em 18 escolheu-a) e a olfactiva (0 em 18).

Podemos concluir, pelo menos, que o imaginário dos paciente dos psicoterapeutas participantes do estudo é mais facilmente acessível pelas modalidades visual, emocional e intuitiva.

Métodos «para» Resistências

TABELA 22: Resultados da resposta ao item número 14 do questionário: *Que métodos utiliza para vencer a resistência dos seus pacientes? (Resistência pode incluir dificuldade em lembrar uma suposta vivência passada, ausência de uma imagem, imagens bloqueadoras, incapacidade para experimentar acontecimentos traumáticos, apenas percebendo escuridão, sentindo-se demasiado inseguro para relaxar). Pode escolher mais do que uma.*

Relativa	Frequência Absoluta	Frequência
1. Discuto a resistência com eles.	5	9,1
2. Dou-lhes uma visualização para ajudar a vencer o seu medo.	13	23,6
3. Levo-os a relaxar mais profundamente.	12	21,8
4. Levo-os para um local seguro.	10	18,2
5. Outro.	15	27,3
6. Nenhum.	0	0,0
Total	55	100,0

(T. 22) De salientar que o método menos utilizado para vencer a resistência dos pacientes é discutir a resistência com eles (72,2% dos psicoterapeutas, 13 em 18, não o faz). Como métodos mais utilizados encontramos a indução de uma visualização para ajudar a vencer o medo (72,2% da amostra), ou o aprofundamento do relaxamento (66,6% da amostra). A resposta número 4 «Levo-os para um local seguro» não é relevante, porque replica noutros termos a resposta número 2. Vemos assim que uma técnica psicoterapêutica de inspiração transpessoal utiliza técnicas igualmente transpessoais para vencer as dificuldades (resistências) que encontra na sua aplicação.

TABELA 23: Resultados da resposta ao item número 14.5 do questionário: *Que métodos utiliza para vencer a resistência dos seus pacientes? (Resistência pode incluir dificuldade em lembrar uma suposta vivência passada, ausência de uma imagem, imagens bloqueadoras, incapacidade para experimentar acontecimentos traumáticos, apenas percebendo escuridão, sentindo-se demasiado inseguro para relaxar). Outro* _____

1. Forneço uma presença securizante.
2. Volto mais tarde à vivência onde há resistência.
3. Toque terapêutico.
4. Perguntar: o que é que necessitaria para se sentir seguro?
5. Acalmar verbalmente.
6. Procuo securizar o paciente. Para estar tranquilo, para não se julgar nem se sentir julgado.
7. Linguagem corporal; diálogo com partes do corpo.
8. Levo o paciente para uma situação agradável antes de o levar para uma vivência desagradável; numa segunda sessão, levo o paciente a vivenciar a primeira sessão.

-
9. O método de associação livre.
 10. Peço para contar uma história ou ver cena a vivenciar como numa tela de cinema.
 11. Faço a indução com os olhos abertos.
 12. Levo-os para uma cena segura e depois para a cena difícil.
 13. Às vezes a resistência é vencida por mais uma ou duas tentativas. Dar segurança dizendo: no fim vai ficar bem, você já ultrapassou isso etc.
 14. Apelo a ideia que se trata de um aspecto importante que pode ajudar a resolver o sofrimento da pessoa.
 15. Vivenciar as resistências dentro de um conteúdo metafórico: peço para, por exemplo, o paciente dar uma cor ou um som ao seu bloqueio, ou para descrever a personagem que está a impedi-la de entrar plenamente na vivência necessária ao seu processo terapêutico. A resistência é um elemento importante e natural do processo terapêutico. Estar em ressonância com o paciente, respirar em conjunto com ele, pode contribuir para a ultrapassagem de qualquer resistência que surja no processo.
-

(T. 23) Os outros métodos para vencer a resistência dos pacientes que não estão contidos nas respostas da Tabela anterior, ilustram outros modos de estar perante resistência e têm um carácter formativo. De salientar apenas que 6 respostas em 15 (**40%**) referem a **importância da securização do paciente**, o que denota que o medo do paciente de entrar em vivências eventualmente dolorosas possa ser uma das resistências mais comumente sentidas. Repetem-se assim dados da Tabela anterior, em que 72,2% dos psicoterapeutas afirma dar uma visualização ao paciente como resposta ao seu medo, ou em que 55,5% dos mesmos afirma «levá-los» para um local seguro.

Número de Cenas por Vivência sob Estado Modificado de Consciência

TABELA 24: Resultados da resposta ao item número 17 do questionário: *O paciente percebe uma série de cenas de uma suposta vivência passada (escolha uma).*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sim	11	61,1	61,1
2. Às vezes	7	38,9	100,0
3. Não	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 24) Podemos concluir dos resultados da resposta ao item número 17 que **100% dos pacientes vivenciam sempre várias cenas de uma suposta vivência passada.** A conclusão é possível porque **nenhum** dos participantes do estudo assinala «Não» à pergunta: «*O paciente percebe uma série de cenas de uma suposta vivência passada*».

Métodos para Induzir Nova Vivência sob Estado Modificado de Consciência

TABELA 25: Resultados da resposta ao item número 18 do questionário: *Movo o paciente de uma época de uma suposta vivência passada para outra através de (pode escolher várias):*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Sugerindo ao paciente que vá para a próxima cena importante.	17	37,0
2. Contando.	12	26,1
3. O paciente decide quando mudar de cena.	12	26,1
4. Não uso esta técnica.	0	0,0
5. Outra	5	10,9
Total	46	100,0

(T. 25) **Sugerir ao paciente que vá para a próxima cena importante, será uma técnica quase universalmente empregue** pelos elementos da amostra como um modo de mover o paciente de uma vivência para outra (**94,4%** diz fazê-lo, 17 em 18 participantes). **Contar, isto é, começar uma contagem crescente ou decrescente dizendo que se vai recordar, que vai ter uma imagem, intuição, ou sensação significativa quando chegar a determinado número, também é uma técnica de ampla utilização (66,6%).** O próprio paciente, espontaneamente, também parece mudar de cena sem que nenhum comando seja dado para tal (**66,6%** dos psicoterapeutas inquiridos assim o afirma).

TABELA 26: Resultados da resposta ao item número 18.5 do questionário: *Movo o paciente de uma época de uma suposta vivência passada para outra através de:*
Outra _____

-
1. Tocando o corpo.
 2. Sugiro a continuação da viagem.
 3. Perguntou se é importante ir para trás ou para diferente no tempo.
 4. Pergunte ao seu inconsciente se deve progredir ou regredir.
 5. Através da concentração na respiração.
-

(T. 26) As cinco respostas apresentadas ao item do questionário 18.5 ilustram **outros modos de mover o paciente** de uma vivência para outra. De assinalar as respostas número 3 e número 4 em que há a repetição da mesma técnica: **pedir ao paciente que pergunta a si próprio se deve avançar no tempo da vivência que está ter, ou se deve recuar.**

O Psicoterapeuta e os Estados Modificados de Consciência

TABELA 27: Resultados da resposta ao item número 15 do questionário: *Está num Estado Modificado de Consciência quando conduz uma sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sim	4	22,2	22,2
2. Às vezes	12	66,7	88,9
3. Não	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

(T. 27) **88,9% dos participantes do estudo afirma entrar num Estado Modificado de Consciência pelo menos Às vezes** quando conduz uma sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC, ou seja, **a maioria dos psicoterapeutas de Psicoterapia Regressiva sob EMC experimenta com alguma frequência Estados Modificados de Consciência durante a sua prática clínica.** Comentários dos participantes do estudo a esta resposta incluíam ideias como a de que o paciente parece por vezes entrar no nosso arquivo de memórias e vice-versa, o paciente parece saber o que vou dizer antes de o dizer e vice-versa, como se os campos de consciência se fundissem, etc. Os resultados desta Tabela, para além de nos darem um dado interessante mostram-nos o quanto ainda desconhecemos dos processos envolvidos na Psicoterapias que utilizam Estados Modificados de Consciência.

Nascimento

TABELA 28: Resultados da resposta ao item número 24 do questionário: *Pede ao paciente para rememorar o momento do seu nascimento na presente vida?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	2	11,1	11,1
2. Normalmente	7	38,9	50,0
3. Às vezes	7	38,9	88,9
4. Não uso esta técnica	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

(T. 28) **Rememorar o momento, real ou imaginário, do nascimento na presente vida é uma técnica comumente utilizada pelos psicoterapeutas**

licenciados participantes. 50% dos participantes do estudo afirma fazê-lo *Sempre* ou *Normalmente*, **38,9%** *Às vezes*, havendo apenas 11,1% que *Não usa esta técnica*. Pode-se concluir que, entre os momentos biográficos vivenciados através da aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC, o do **nascimento será dos mais frequentes** para uma parte substancial dos pacientes dos elementos da amostra em questão (vide a análise de resultados da T. 29).

Traumas de Nascimento

TABELA 29: Resultados da resposta ao item número 6 do questionário: *Concorda que traumas de nascimento devem ser ultrapassados para ser efectiva a Psicoterapia Regressiva sob EMC?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Concordo claramente	2	11,1	11,1
2. Concordo	4	22,2	33,3
3. Neutro	1	5,6	38,9
4. Discordo	11	61,1	100,0
5. Discordo claramente	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 29) **Apenas 33,3% dos participantes do estudo considera necessário ultrapassar traumas de nascimento para ser efectiva a Psicoterapia Regressiva sob EMC.** Por ser *necessário* entende-se aqui que **só** com a resolução de traumas de nascimento se obteriam resultados com a Psicoterapia Regressiva sob EMC. **66,7% Discorda** dessa necessidade, ou é *Neutro* em relação a isso. Assim, **pode-se concluir**

que alguns dos problemas dos pacientes trazidos à clínica podem encontrar alívio ou resolução sem obrigatoriedade de fazer "escala" no real ou suposto momento do nascimento. Em termos práticos, metodológicos, esta conclusão é importante (vide igualmente a análise de resultados da T. 29).

Exploração de Traumas de Nascimento

TABELA 30: Resultados da resposta ao item número 22 do questionário: *Explora traumas de nascimento na sua utilização da Psicoterapia Regressiva sob EMC?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	3	16,7	16,7
2. Normalmente	3	16,7	33,3
3. Às vezes	12	16,7	100,0
4. Não uso esta técnica	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 30) Em consonância com os resultados da Tabela anterior, 67,7% dos participantes do estudo apenas *Às vezes* explora traumas de nascimento na sua aplicação de Psicoterapia Regressiva sob EMC. Tão só 16,7% o explora *Sempre*. **Pode-se concluir** (em função dos resultados das três últimas Tabelas, T. 27, T. 28 e T. 29) **que o facto dos participantes do estudo não considerarem necessário ultrapassar traumas de nascimento para ser efectiva a Psicoterapia Regressiva sob EMC, leva-os a não explorar sistematicamente o trauma de nascimento. Tal não impede que a exploração do momento do nascimento seja prática comum, independentemente do seu carácter traumático.**

Regressões ao Passado Biográfico

TABELA 31: Resultados da resposta ao item número 26 do questionário: *São feitas regressões à vida presente (como, por exemplo, à infância)?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	11	61,1	61,1
2. Normalmente	4	22,2	83,3
3. Às vezes	3	16,7	100,0
4. Não uso esta técnica	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 31) **Quanto à vida presente**, independentemente se é infância, adolescência, nascimento, etc., **83,3% dos participantes do estudo leva os pacientes a vivenciar cenas que nela ocorreram** (*Sempre* 61,1% e *Normalmente* 22,2%), **sendo esta técnica usada por todos** (0% responde ao item *Não uso esta técnica*).

Pode-se concluir a partir dos resultados desta Tabela da **importância técnica das regressões, reais ou imaginárias, às memórias de vivências da presente vida para os psicoterapeutas participantes do estudo.**

Vivenciar o Momento da Morte em «Suposta Vida Passada»

TABELA 32: Resultados da resposta ao item número 19 do questionário: *Depois de vivenciar diversas cenas numa suposta vida passada, peço para o paciente ir para o momento da morte nessa vida.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	6	33,3	33,3
2. Normalmente	7	38,9	72,2
3. Às vezes	4	22,2	94,4
4. Não uso esta técnica	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

(T. 32) Como se viu na descrição da fenomenologia das vivências do paciente sob Estado Modificado de Consciência enquanto é submetido à Psicoterapia Regressiva sob EMC, parte das suas vivências têm um conjunto de características que induz o paciente a afirmar que ela pode corresponder a uma memória de uma suposta vida passada. **72,2% dos psicoterapeutas participantes do estudo consideraram que *Sempre* (33,3%) ou *Normalmente* (38,9%) pedem ao paciente, depois do mesmo vivenciar diversas cenas numa suposta vida passada, para ir para o momento da morte nessa vida.** Apenas 1 dos 18 inquiridos não usa esta técnica (5,6% da amostra).

Vivências entre Supostas «Vidas Passadas»

TABELA 33: Resultados da resposta ao item número 23 do questionário: *Explora o que acontece no espaço de tempo entre supostas vidas passadas?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	3	16,7	16,7
2. Normalmente	7	38,9	55,6
3. Às vezes	6	33,3	88,9
4. Não uso esta técnica	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

(T.33) A utilização terapêutica daquilo que os pacientes relatam como **rememoração do vivenciado no espaço de tempo entre supostas «vidas passadas»** é realizado por **88,9%** dos psicoterapeutas - *Sempre* (16,7%), *Normalmente* (38,9%) ou *Às vezes* (33,3%). Apenas 11,1% *Não usa esta técnica*.

Pode-se concluir, a partir desta Tabela, que os psicoterapeutas participantes deste estudo não dão apenas relevância terapêutica ao material de supostas «vidas passadas» relatado pelo paciente, mas que, pelo menos, também **utilizam aquilo que o paciente atribui a vivências entre supostas «vidas passadas»**.

«Vidas Passadas» Comuns

TABELA 34: Resultados da resposta ao item número 30 do questionário: *Alguns dos meus pacientes encontraram-se em supostas vidas passadas.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Sempre	0	0,0
2. Normalmente	0	0,0
3. Às vezes	4	22,2
4. Isso não acontece	14	77,8
Total	18	100,0

(T. 34) **A maioria dos psicoterapeutas licenciados participantes deste estudo (77,8%) declarou que os seus clientes não se encontraram em supostas vidas passadas.** Apenas 22,2% afirma ao contrário.

Nos comentários realizados à margem desta pergunta, os 22,2% que afirmaram terem-se encontrado os seus pacientes em supostas «vidas passadas» entenderam por isso que *a)* dois ou mais pacientes relataram uma mesma vivência em suposta vida passada sem nunca se terem conhecido ou, *b)* sendo pessoas que se conheciam mutuamente, fizeram uma mesma vivência, com o mesmo tipo de pormenores, sem nunca terem partilhado uma experiência semelhante. Nenhum dos participantes do estudo declarou ter um dos seus pacientes relatado uma vivência em que um dos personagens era um outro paciente do mesmo psicoterapeuta, totalmente desconhecido do primeiro (com esta pergunta pretendia-se despistar a existência de vivências como uma descrita por Weiss (1999), em que acontecia o acima descrito).

Vivências sem Carácter Regressivo

TABELA 35: Resultados da resposta ao item número 29 do questionário: *Surgem outras vivências para além das relativas ao passado ou a supostas vidas passadas, vivências do domínio do mito, da lenda, supostas instâncias de natureza espírita, etc.?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Sempre	0	0,0
2. Normalmente	5	27,8
3. Às vezes	12	66,7
4. Isso não acontece	1	5,6
Total	18	100,0

(T. 35) **Apenas 5,6%** dos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo afirma não surgirem outras vivências para além das relativas ao passado ou supostas vidas passadas, vivências do domínio do mito, da lenda, de supostas instâncias de natureza espírita, etc. **94,4%** dos participantes declara que isso acontece *Normalmente* (27,8%) ou *Às vezes* (66,7%). **Podemos concluir que na Psicoterapia Regressiva sob EMC em que é pedido ao paciente para ir para a origem do seu problema, ele nem sempre vivência cenas atribuíveis a um real ou suposto passado, mas que realiza vivências de outro tipo, com um conteúdo radicalmente diferente.** Tal conclusão é relevante para compreendermos a fenomenologia das vivências sob Estado Modificado de Consciência que fazem os pacientes que se submetem a Psicoterapia Regressiva sob EMC.

«Vidas Futuras»

TABELA 36: Resultados da resposta ao item número 25 do questionário: *A possibilidade de vidas futuras é também explorada?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	0	0,0	0,0
2. Normalmente	1	5,6	5,6
3. Às vezes	7	38,9	44,4
4. Não uso esta técnica	10	55,6	100,0
Total	18	100,0	

(T. 36) **A maior parte dos psicoterapeutas (55,6%) não induz os pacientes a vivenciarem cenas de supostas vidas futuras** embora 38,9% utiliza *Às vezes* esta técnica. Estes dados mostram o carácter regressivo da Psicoterapia Regressiva sob EMC, tanto mais que, daqueles que *Às vezes* exploram a técnica chamada de progressão, não sabemos se o fazem intencionalmente ou porque o paciente vivência espontaneamente uma cena que atribui a uma vida no futuro. No comentário a esta pergunta, alguns psicoterapeutas relataram que alguns pacientes vivenciaram cenas de supostas vidas futuras depois de receberem a sugestão de ir para o momento da origem do seu problema actual. A confirmar-se esta informação, esta Tabela mostrar-nos-ia mais uma vez a tendência dos psicoterapeutas de Psicoterapia Regressiva sob EMC para **utilizar terapêuticamente todo o material trazido pelo paciente sob Estado Modificado de Consciência durante a prática clínica** (vide resultados da Tabela anterior).

Integração da Vivência na Problemática do Paciente

TABELA 37. Resultados da resposta ao item número 21 do questionário: *Depois da cena da morte, nós revimos a suposta vida que acabou de ser vivenciada para perceber como ela se relaciona com a área problemática ou com a situação presente de vida.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	7	38,9	38,9
2. Normalmente	6	33,3	72,2
3. Às vezes	1	5,6	77,8
4. Não uso esta técnica	4	22,2	100,0
Total	18	100,0	

(T. 37) 38,9% dos participantes do estudo (7 em 18) *Sempre* faz conexão, depois do momento da morte, entre uma suposta vida passada que foi vivenciada e a questão problemática da vida do paciente que esteve na origem da psicoterapia. 33,3% fá-lo *Normalmente*, **donde se conclui ser esta técnica de excepcional importância na prática clínica da Psicoterapia Regressiva sob EMC pois 72,2% da amostra utiliza-a *Sempre* ou *Normalmente* (22,2% *Não* a utiliza e 5,6% *Às vezes*).**

TABELA 38. Resultados da resposta ao item número 42 do questionário: ***Relacionamos a suposta memória de vivência passada com o problema original.***

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	14	77,8	77,8
2. Normalmente	2	11,1	88,9
3. Às vezes	0	0,0	88,9
4. Não uso essa técnica	2	11,1	100,0
Total	18	100,0	

(T. 38) **Relacionar a suposta memória de vivência passada com o problema original é igualmente prática comum entre os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo. 77,8% fazem-no *Sempre*, 11,1% *Normalmente*, num total de 88,9% (vide análise de resultados da Tabela anterior).**

TABELA 39: Resultados da resposta ao item número 43 do questionário: *Um modelo ou padrão de comportamento em várias das supostas vivências passadas do paciente é muitas vezes descoberto e nós discutimo-lo.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	7	38,9	38,9
2. Normalmente	8	44,4	83,3
3. Às vezes	3	16,7	100,0
4. Não uso essa técnica	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 39) **A descoberta e discussão de um padrão de comportamento comum em várias das supostas vivências passadas é, também, acontecimento e prática comum entre os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo. 38,9% fazem-no *Sempre*, 44,4% *Normalmente* e 16,7% *Às vezes*. Todos os elementos da amostra o fazem.**

Dos resultados destas últimas três Tabelas podemos concluir que um procedimento habitual da maioria dos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo no acompanhamento do paciente após a sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC é o de:

rever em detalhe as experiências de supostas vivências passadas - ou eventualmente outras - do paciente, relacionadas com o problema original por

ele trazido à sessão, procurando discutir os padrões ou modelos de comportamento que tenham emergido de forma constante;

através deste processo parece fazer-se uma integração das vivências sob Estado Modificado de Consciência na problemática do paciente, procurando dar relevo, com uma intencionalidade terapêutica, aos *insights* ou novas perspectivas entrevistadas.

Revisão da Vivência sob Estado Modificado de Consciência

TABELA 40: Resultados da resposta ao item número 41 do questionário: *Depois de experienciar a suposta vivência passada, nós revemos a experiência em detalhe.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	10	55,6	55,6
2. Normalmente	3	16,7	72,2
3. Às vezes	4	22,2	94,4
4. Não uso essa técnica	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

(T. 40) **Mais de metade dos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo (55,6%) Sempre revê em detalhe**, no acompanhamento do paciente posterior à sessão sob Estado Modificado de Consciência (esta pergunta insere-se na sessão do questionário intitulada de *Acompanhamento*), **a suposta**

vivência passada por ele experiênciada. 16,7% fá-lo *Normalmente* e 22,4% *Às vezes*. Apenas 5,6% *Não usa esta técnica*.

Podemos concluir que a revisão da suposta vivência passada experimentada pelo paciente sob Estado Modificado de Consciência durante a Psicoterapia Regressiva sob EMC é uma prática comum entre os elementos da amostra. Podemos igualmente concluir que, provavelmente, outras vivências realizadas pelo paciente sob Estado Modificado de Consciência que não se incluam entre as de supostas vivências passadas, sejam também revistas na etapa do processo terapêutico posterior à sessão sob Estado Modificado de Consciência.

Diálogo com o «Eu Superior»

TABELA 41: Resultados da resposta ao item número 20 do questionário: *Depois da cena da morte, levo o paciente a dialogar com o Eu Superior (ou um eu distanciado ou guias internos daquela vida) para ter um perspectiva mais ampla.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	3	16,7	16,7
2. Normalmente	7	38,9	55,6
3. Às vezes	5	27,8	83,3
4. Não uso esta técnica	3	16,7	100,0
Total	18	100,0	

TABELA 42: Resultados da resposta ao item número 38 do questionário: *Usa o Eu Superior (Eu Interior, terapeuta interior, etc.) do paciente como guia?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	5	27,8	27,8
2. Normalmente	8	44,4	72,2
3. Às vezes	5	27,8	100,0
4. Não uso essa técnica	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 41 e 42) **Mais de metade dos participantes do estudo (55,6%) leva o paciente a dialogar com o Eu Superior depois de uma vivência de uma cena da morte.** Apenas 16,7% *Não usa essa técnica*, e 27,8% utiliza-a *Às vezes* (T.40).

Em consonância com estes resultados, estão os resultados da resposta dada ao item número 38 do questionário (T.41) **Todos os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo afirmaram usar o Eu Superior** (o Eu Interior, o Terapeuta Interior, etc.) do paciente nas suas sessões de Psicoterapia Regressiva sob EMC. 27,8% *Sempre*, 44,4% *Normalmente*, e 27,8% *Às vezes*, num total de 100%.

Podemos concluir com segurança ser esta uma técnica importante na aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC pelos participantes do estudo.

Sugestão

TABELA 43: Resultados da resposta ao item número 46 do questionário: *Sugiro ao paciente: (pode escolher mais do que uma)*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Relembrar a sessão.	6	10,5
2. Sentir-se melhor graças à sessão.	8	14,0
3. Ter insights acerca da sessão em sonhos.	7	12,3
4. Ter insights acerca da sessão no dia a dia.	11	19,3
5. Esquecer a sessão.	2	3,5
6. Ouvir a cassete da sessão.	1	1,8
7. Discutir na sessão seguinte o vivenciado na anterior.	14	24,6
8. Outra	8	14,0
Total	57	100,0

(T. 43) Das sugestões - entenda-se *sugestão* aqui no sentido em que é palavra é utilizada pela programação neuro-linguística - dadas pelos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo a que é mais comum a **77,7%** dos elementos da amostra é a de *se prepararem/programarem para discutir na sessão seguinte o vivenciado na anterior*.

Como sugestões bastante comuns encontramos a de *ter insights acerca da sessão no dia-a-dia* (**61,1%**), *sentir-se melhor graças à sessão* (**44,4%**), *ter insights*

acerca da sessão em sonhos (38,8%) e lembrar a sessão (33,3%). Sugestões que **não são dadas frequentemente**: esquecer sessão (11,1% - provavelmente apenas no caso dos conteúdos dessa sessão serem demasiado traumáticos para o paciente, de difícil integração na problemática apresentada), e ouvir a cassete da sessão (5,6% dos elementos da amostra - provavelmente porque raramente as sessões são gravadas por meio áudio ou vídeo).

TABELA 44: Resultados da resposta ao item número 46.8 do questionário: *Sugiro ao paciente: (pode escolher mais do que uma) Outra _____*

1. Sugiro ao paciente que se permita integrar as novas vivências que teve.
 2. Realizar um TPC relevante para questão.
 3. Lembrar a redecisão e imaginar situações em que a pode pôr em prática.
 4. Aprender o significado do vivenciado na sessão quando o padrão se repetir no dia-a-dia.
 5. Manter a redecisão tomada na sessão.
 6. Não analisar o vivenciado por 24 horas; evitar locais agressivos por um certo período de tempo.
 7. Meditar sobre as redecisões; meditar, tanto no sentido ocidental de pensar como no sentido de realizar uma meditação de contexto oriental.
 8. Que fica atento a alguma modificação em si próprio.
 9. Sugiro ao paciente que pense na relação que estabeleceu entre o vivenciado e o problema original.
-

(T. 44) Nos resultados da resposta ao item 46.8, em que os participantes do estudo apresentam *outras sugestões* que dão aos pacientes, encontramos duas constantes. Elas são a de ter em conta, de algum modo que seja, a/as **redécisões** que tomou na sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC, e de **integrar** as vivências que realizou (das 9 respostas, 6 tocam estes tópicos).

Os dados desta Tabela têm um interesse ilustrativo e formativo: **os pacientes têm que ser alertados da importância de trazer ao quotidiano o produto terapeuticamente significativo das suas vivências sob Estado Modificado de Consciência.**

Reforço Positivo

TABELA 45: Resultados da resposta ao item número 33 do questionário: *Reforço respostas positivas do paciente para ajudá-lo a mudar (reforçar pode ser tocar o paciente, ou dar uma réplica verbal positiva, que «imprime» a nova maneira de pensar).*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	9	50,0	50,0
2. Normalmente	6	33,3	83,3
3. Às vezes	2	11,1	94,4
4. Não uso essa técnica	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

(T. 45) A **maioria** dos psicoterapeutas licenciados participantes deste estudo usa a **técnica do reforço positivo a propósito das respostas dos pacientes**

avaliadas como positivas a uma dada problemática (83,3%). 50% fá-lo *Sempre*, 33,3% *Normalmente*. Apenas 5,6% da amostra não usa esta técnica.

Podemos concluir que reforçar as respostas positivas dos paciente para ajudá-los a mudar através de um toque, de uma réplica verbal positiva enquanto o mesmo se encontra sob Estado Modificado de Consciência **faz parte do conjunto de técnicas mais utilizadas pelos elementos da amostra.**

Reescrita

TABELA 46: Resultados da resposta ao item número 35 do questionário: *Uso técnicas de reescrita (pedindo ao paciente para mudar cenas desagradáveis).*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	1	5,6	5,6
2. Normalmente	1	5,6	11,1
3. Às vezes	6	33,3	44,4
4. Não uso essa técnica	10	55,6	100,0
Total	18	100,0	

(T. 46) **55,6% dos psicólogos licenciados participantes do estudo não usa técnicas de reescrita**, não pedindo ao paciente para mudar cenas desagradáveis. 33,3% fazem-no *Às vezes*, 5,6% *Normalmente* e 5,6% *Sempre*. Foi explicado aos participantes do estudo que por reescrita entendia-se sugerir ao paciente que mudasse imaginalmente o conteúdo de uma vivência. Por exemplo, se na vivência alguém sofria um estupro, imaginar que antes do estupro alguém ou algo aparecia a impedi-lo.

Em comentário realizado à margem das perguntas, alguns elementos da amostra declararam considerar eticamente incorrecto a aplicação de tal técnica, sendo esse o motivo pelo qual ela não faz parte da sua panóplia de recursos técnicos. Por não sabermos ainda a natureza das vivências do paciente, se elas correspondem ou não a recordações reais, alterar o conteúdo dessas vivências seria uma implantação de falsas memórias, de eventual efeito confusional.

Trabalho Corporal

TABELA 47: Resultados da resposta ao item número 7 do questionário: *Usa trabalho corporal durante sessões de Psicoterapia Regressiva sob EMC? (por exemplo: massagem, Toque Terapêutico, Rolfing, Reiki, digitopressura, etc.)?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Não	5	27,8
2. Sim	6	33,3
3. Às vezes	7	38,9
Total	18	100,0

TABELA 48: Resultados da resposta ao item número 7.4 do questionário: *Se «sim» ou «às vezes» que técnica?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Aura cleaning	1	3,7
2. Bioenergética.	2	7,4
3. Colocação Postural.	1	3,7
4. Digitopressura.	1	3,7
5. Massagem.	2	7,4
6. Polarity.	1	3,7
7. Psicodrama.	1	3,7
8. Reiki.	7	25,9
13. Ressonância corporal (Woolger).	1	3,7
14. Técnica Pessoal.	1	3,7
15. Toque Terapêutico.	9	33,3
Total	27	100,0

(T. 47 e 48) **As Tabelas 10 e 11 permitem-nos verificar a importância do trabalho corporal na Psicoterapia Regressiva sob EMC** (entendendo-se por trabalho corporal massagem, toque terapêutico, Rolfing, Reiki, digitopressura, etc.). **72,2% responde Sim ou Às vezes**, apenas **27,8% Não** utiliza uma forma de trabalho corporal. Verificamos aqui o quanto, com a aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC, se utilizam outras técnicas terapêuticas. Maioritariamente, as técnicas de trabalho corporal utilizadas são o Reiki (**25,9%**) e o Toque Terapêutico (**33,3%**).

Frases como «Trabalho de Casa»

TABELA 49: Resultados da resposta ao item número 27 do questionário: *São dadas frases ao paciente como trabalho de casa?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	8	44,4	44,4
2. Normalmente	5	27,8	72,2
3. Às vezes	2	11,1	83,3
4. Não uso esta técnica	3	16,7	100,0
Total	18	100,0	

(T. 49) **72,2% dos psicoterapeutas participantes do estudo dá frases ao paciente como trabalho de casa *Sempre* ou *Normalmente*.** Apenas 16,7% *Não usa esta técnica*. Nos comentários realizados a esta pergunta, parte significativa dos psicoterapeutas referiu que essas frases de trabalho de casa são correspondentes às redecisões que os pacientes fizeram sob Estado Modificado de Consciência relativamente à problemática que trazem à consulta.

Diário das Sessões

TABELA 50: Resultados da resposta ao item número 44 do questionário: *Eu peço ao paciente para manter um diário das sessões, ou dos pensamentos entre as sessões.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	1	5,6	5,6
2. Normalmente	5	27,8	33,3
3. Às vezes	5	27,8	61,1
4. Não uso essa técnica	7	38,9	100,0
Total	18	100,0	

(T. 50) Apenas 33,3% dos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo pede aos pacientes – *Sempre* ou *Normalmente* - para manter um diário das sessões ou dos pensamentos entre as sessões. 27,8% fá-lo *Às vezes* e 38,9% *Não usa esta técnica*.

Podemos concluir que o pedido ao paciente da criação de um diário das sessões ou dos pensamentos entre as sessões não é das práticas mais comuns entre os elementos da amostra.

Procedimento após Sessão sob Estado Modificado de Consciência

TABELA 51: Resultados da resposta ao item número 45 do questionário: *Depois da sessão: (pode escolher mais do que uma)*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Interpreto a sessão para o paciente.	1	1,1
2. Colocamos em comum as nossas ideias acerca do significado da sessão.	14	14,9
3. Prefiro deixar o paciente fazer a sua própria interpretação.	15	16,0
4. Procuro verificar a estabilidade emocional do paciente.	18	19,1
5. Dou trabalho de casa para o paciente realizar entre as sessões.	16	17,0
6. Asseguro-me que o paciente fez inteiramente o retorno ao presente antes de se ir embora.	18	19,1
7. Outro.	12	12,8
Total	94	100,0

(T. 51) Dos vários resultados relevantes trazidos por esta Tabela há um que se destaca. Apenas um dos elementos da amostra (5,6%) num total de 18 elementos afirmou interpretar sessão ao paciente após a mesma. Interpretar significa aqui, no contexto das outras hipóteses de resposta, explicar o significado do conteúdo das vivências do paciente na óptica do psicoterapeuta.

Pelo contrário, o que se revela como prática comum é:

- a) **deixar o paciente fazer sua própria interpretação daquilo que vivenciou** (83,3% da amostra escolheu esta resposta)
- b) **colocar em comum as ideias do paciente e do psicoterapeuta acerca do significado da sessão** (77,7% da amostra escolheu esta resposta também).

Como prática que **todos** os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo realizam, é a **verificação da estabilidade emocional do paciente e o seu inteiro retorno ao presente**, evitando que o paciente saia da sessão ainda sob Estado Modificado Consciência, eventualmente ainda regredido, sem ter a noção clara do aqui e do agora.

88,8% dos participantes do estudo **dá tarefas para os pacientes realizarem entre as sessões**.

TABELA 52: Resultados da resposta ao item número 45.7 do questionário: *Depois da sessão: (pode escolher mais do que uma) Outro.*

1. Estímulo a pessoa a recordar mais memórias depois da sessão.
2. Disponibilizo-me para ser contactada telefonicamente em caso de mal-estar do paciente.
3. Pergunto: «*Há algo que gostaria de dizer e que não disse?*»
4. Dou ao paciente o cartão da sua redecisão.
5. Questiono o paciente sobre aspectos da sessão que possa não ter entendido.
6. Induzo o paciente a fazer meditação, relaxamento ou *body clearing*.
7. Levo o paciente a descodificar a sessão simbolicamente por associação livre.

-
8. Dou a redecisão ao paciente.
 9. Por vezes realizo uma visualização ou um relaxamento.
 10. Os pacientes, por dez minutos, não saem da sala; tomam chocolate ou açúcar, iogurte ou chá, e é-lhes medida a tensão arterial.
 11. Digo ao paciente para me contactar caso ocorra algo estranho na sequência da sessão.
 12. Dou ao paciente outras técnicas para aprofundamento do vivenciado.
-

(T. 52) A Tabela 52 contém os resultados da resposta ao item 45.7, apresentando os comportamentos habituais dos psicoterapeutas licenciados participantes do estudo no final da sua sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC, comportamentos não contemplados pelas hipóteses de resposta anteriores (item 45). As suas respostas têm uma relevância ilustrativa da panóplia de técnicas associadas à aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC e um interesse formativo.

INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES E ASPECTOS CORRELATOS

Patologias

TABELA 53: Resultados da resposta ao item número 8 do questionário: *Que problemas mais frequentemente tratou com Psicoterapia Regressiva sob EMC? (escolha cinco das categorias abaixo).*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Enxaquecas	3	3,3
2. Perturbações Alimentares	3	3,3
3. Problemas de Peso	0	0,0
4. Fobias	13	14,4
5. Outros sintomas físicos	4	4,4
6. Adições	3	3,3
7. Problemas Relacionais	17	18,9
8. Problemas Sexuais	8	8,9
9. Problemas de Identidade (incluindo Pert. Pers. Mult.)	2	2,2
10. Depressão	13	14,4
11. Sonhos recorrentes	1	1,1
12. Encontrar significado e propósito para a vida	12	13,3
13. Libertação de suposta pos- sessão espiritual	1	1,1

14. Memórias de supostas vidas passadas	3	3,3
15. Emergências espirituais (crises de meditação, problemas de kundalini, etc.)	2	2,2
16. Outro	5	5,6
Total	90	100,0

TABELA 54: Resultados da resposta ao item número 8.16 do questionário: *Que problemas mais frequentemente tratou com Psicoterapia Regressiva sob EMC? Outro. Qual?*

1. Ataque de pânico.
 2. Problemas obsessivo - compulsivos; problemas de pânico e, sobretudo, ansiedade generalizada.
 3. Stress pós-traumático.
 4. Criança interior.
 5. Traços particulares da personalidade e do comportamento; uma filia.
-

(T. 53 e 54) Por ordem decrescente, os **Problemas Relacionais (18,9%)**, a **Depressão** e as **Fobias (14,4%)**, a **Ausência de Significado e Propósito para a Vida** e os **Problemas Sexuais (8,9%)**, foram as problemáticas mais frequentemente abordadas com a aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC pelos participantes do estudo.

As Tabelas 53 e 54, em conjunto, indicam-nos também **todas as problemáticas que mais frequentemente são abordadas** com a Psicoterapia Regressiva sob EMC, no total **substancial** de 20.

Sucesso e Insucesso Psicoterapêutico (Indicações e Contra-indicações)

TABELA 55: Resultados da resposta ao item número 9.1 do questionário: *Em referência à questão 8 acima apresentada, em que problema teve mais sucesso com a aplicação de Psicoterapia Regressiva sob EMC?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Enxaquecas	2	11,1
Fobias	3	16,7
Problemas Relacionais	7	38,9
Depressão	3	16,7
Encontrar significado e propósito para a vida	1	5,6
Emergências espirituais (crises de meditação, problemas de kundaliní, etc.)	1	5,6
Outro	1	5,6
Total	18	100,0

TABELA 56: Resultados da resposta ao item número 9.2do questionário: *Em referência à questão 8 acima apresentada, em qual (problema) foi menos bem sucedido com a aplicação de Psicoterapia Regressiva sob EMC ?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Enxaquecas	1	5,6
Problemas de Peso	1	5,6
Adições	5	27,8
Problemas Relacionais	2	11,1
Problemas Sexuais	2	11,1
Problemas de Identidade (incluindo Pert. Pers. Mult.)	1	5,6
Depressão	1	5,6
Encontrar significado e propósito para a vida	1	5,6
Libertação de suposta possessão espiritual	1	5,6
Outro	2	11,1
Não responde	1	5,6
Total	18	100,0

(T. 55 e 56) Igualmente por ordem decrescente, os **Problemas Relacionais** (38,9%), as **Fobias** e a **Depressão** (16,7%), as **Enxaquecas** (11,1%), a **Ausência de Significado e Propósito para a Vida** (5,6%) e as **Emergências Espirituais** (5,6%) são as problemáticas que mais sucesso têm através da aplicação de **Psicoterapia Regressiva sob EMC** pelos participantes da amostra. Verificou-se em

relação à Tabela 53, que as quatro primeiras categorias são coincidentes, **concluindo-se que os elementos da amostra aplicam com mais frequência Psicoterapia Regressiva sob EMC às problemáticas em que obtêm mais sucesso com ela.**

A problemática em que o insucesso é maior (T. 56) é relativa a **Adições (27,8%)** – entendendo-se por Adição qualquer tipo da dependência de substâncias, da nicotina à heroína. Alguns participantes do estudo, em comentário a esta pergunta, referiram que existiu uma expectativa positiva em relação às Adições com o aparecimento desta técnica, pela familiaridade dos toxicodependentes, por exemplo, com os Estados Modificados de Consciência. Contudo, os resultados não corresponderam a esta expectativa.

Fobias

TABELA 57: Resultados da resposta ao item número 36 do questionário: *Que tipo de fobias responde melhor à aplicação de Psicoterapia Regressiva sob EMC na sua prática clínica?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Agorafobia.	5	26,3
2. Claustrofobia.	4	21,1
3. Fobias Específicas.	1	5,3
4. Fobias da Morte.	1	5,3
5. Fobias Sociais.	5	26,3
6. Medo de violação.	1	5,3
7. Síndrome de Pânico.	1	5,3
8. Todo o tipo de Fobias à exceção de Fobia às cobras	1	5,3
Total	19	100,0

(T. 57) As fobias que, como verificamos através dos resultados da Tabela anterior, são uma das patologias com maior indicação para a Psicoterapia Regressiva sob EMC, podem sofrer uma terapêutica quase integral através desta técnica, como podemos suspeitar através das respostas número 3 e número 8 desta Tabela.

Contudo, as fobias com indicação mais repetida pelos psicoterapeutas licenciados participantes deste estudo – e recorde-se que a resposta era aberta -, são as **Fobias Sociais** (26,3%), a **Agorafobia** (26,3%) e a **Claustrofobia** (21,1%).

Estes resultados reforçam os resultados da Tabela anterior.

Culpa

TABELA 58: Resultados da resposta ao item número 31 do questionário: *A libertação da culpa é uma parte importante das minhas sessões.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	3	16,7	16,7
2. Normalmente	15	83,3	100,0
3. Às vezes	0	0,0	100,0
4. Não uso essa técnica	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 58) **100%** dos psicoterapeutas licenciados participantes deste estudo, afirmou que *a libertação da culpa é uma parte importante das suas sessões* (83,3% Normalmente, 16,7% Sempre).

Podemos concluir a partir destes resultados que a questão da culpa emerge com frequência na Psicoterapia Regressiva sob EMC, ocupando a sua terapêutica um «espaço clínico» relativamente significativo.

Catarse

TABELA 59: Resultados da resposta ao item número 32 do questionário: *Eu uso técnicas centradas na catarse ou abreacção de emoções para libertar o trauma de supostas vidas passadas.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	2	11,1	11,1
2. Normalmente	10	55,6	66,7
3. Às vezes	5	27,8	94,4
4. Não uso essa técnica	1	5,6	100,0
Total	18	100,0	

(T. 59) **55,6%** dos psicoterapeutas licenciados participantes deste estudo **utilizam, Normalmente, técnicas centradas na catarse de emoções para libertar o trauma de supostas vidas passadas.** 11,1% fá-lo *Sempre*, e 27,8% *Às vezes*, num **total de 94,4%**. Apenas 5,6% afirma não o fazer.

Vemos assim, com clareza, que as técnicas catárticas ocupam o seu lugar na Psicoterapia Regressiva sob EMC. Este lugar será relativamente importante se pensarmos que as mesmas se utilizam para libertar o paciente das tensões emocionais que as suas vivências traumáticas do real ou suposto passado contêm, vivências traumáticas de ocorrência constante.

Nos comentários a esta pergunta, parte da amostra referiu que as técnicas catárticas utilizadas consistiam na estimulação dos comportamentos de descarga energética como chorar, gritar, pontapear e pressionar os pontos onde emergem sensações dolorosas, aumentando essa sensação, e dando azo ao aparecimento de emoções associadas a essas dores e também à sua catarse.

Espiritualidade

TABELA 60: Resultados da resposta ao item número 34 do questionário: *Um enfoque espiritual é uma parte importante do meu trabalho.*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Freq. Relativa Acumulada
1. Sempre	5	27,8	27,8
2. Normalmente	8	44,4	72,2
3. Às vezes	5	27,8	100,0
4. Não uso essa técnica	0	0,0	100,0
Total	18	100,0	

(T. 60) **Nenhum** psicoterapeuta licenciado participante deste estudo **afirma ser irrelevante um enfoque espiritual no seu trabalho.**⁵Para todos, um enfoque espiritual é relevante, sendo *Sempre* relevante para 27,8% da amostra, *Normalmente* para 44%, e para 27,8% apenas *Às vezes*.

Podemos concluir ter a Psicoterapia Regressiva sob EMC, tal como é praticada pelos participantes do estudo, uma dimensão espiritual, o que a coloca no âmbito claro da Psicoterapia Transpessoal.

Nos comentários realizados à margem desta pergunta, parte dos psicoterapeutas entrevistados afirma que alguns dos conteúdos que emergem espontaneamente em Psicoterapia Regressiva sob EMC têm uma dimensão espiritual. Parte dos pacientes depois de realizar este tipo de vivências vê transformada a sua vida espiritual, quer porque a mesma se desenvolveu, se ampliou ou porque adquiriu novas perspectivas em função das experiências realizadas.

Remissão de sintomas

TABELA 61: Resultados da resposta ao item número 37 do questionário: *Aconteceu a cura de problemas físicos durante a terapia a algum dos seus pacientes submetido a Psicoterapia Regressiva sob EMC?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Não	7	38,9
2. Sim	11	61,1
Total	18	100,0

(T. 61) A **61%** dos psicoterapeutas licenciados participantes deste estudo aconteceu a remissão sintomática significativa de problemas físicos a alguns dos seus pacientes durante o período de tempo em que estiveram submetidas a **Psicoterapia Regressiva sob EMC**. Para 38,9% não se deparou tal fenómeno (optou-se pela não utilização do conceito de «cura» e a sua substituição pelo de remissão sintomática significativa, por não ter havido, por parte dos participantes do

estudo um *follow up* que ultrapassasse, em geral, os 24 ou 36 meses. Num caso, contudo, o conceito de «cura» poderia ter sido usado, no que se refere à **infertilidade**).

Podemos concluir ter a Psicoterapia Regressiva sob EMC indicação para psicoterapia coadjuvante ou principal de algumas patologias físicas. Como veremos na Tabela seguinte, estas patologias entram, pelo menos parcialmente, no leque daquelas que podemos designar de psicossomáticas. **Este é um dos resultados significativos do questionário.**

TABELA 62: Resultados da resposta ao item número 37.3 do questionário: *Aconteceu a cura de problemas físicos durante a psicoterapia a algum dos seus pacientes submetido a Psicoterapia Regressiva sob EMC? Se «Sim», que doença foi curada?*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Alergia.	3	13,6
2. Asma.	1	4,5
3. Asma alérgica.	1	4,5
4. Cancro.	1	4,5
5. Cefaleias.	4	18,1
6. Doença de Crohn.	1	4,5
7. Dores crónicas de origem traumática (acidente).	1	4,5
8. Dores de estômago, náuseas e vômitos.	1	4,5
9. Esclerose múltipla.	1	4,5
10. Gastrite.	2	9,0
11. Problemas de pele.	1	4,5
12. Problemas ginecológicos (infertilidade e infeções genitais).	2	9,0
13. Problemas respiratórios.	1	4,5
14. Recuperação motora e muscular.	1	4,5
15. Problemas de sono.	1	4,5
16. Vaginismo.	1	4,5
Total	22	100,0

(T. 62) Dos 22 casos de remissão sintomática de patologias físicas observados pelos psicoterapeutas licenciados participantes deste estudo há a destacar a *alergia* com 4 casos (considerando neste grupo as *asma alérgica*), os *problemas respiratórios* com 3 casos (considerando neste grupo a *asma* e a *asma alérgica*), os *problemas ginecológico* com 3 casos (considerando neste grupo o *vaginismo*), e a *gastrite* igualmente com 3 casos (considerando neste grupo as *Dores de estômago, náuseas e vômitos*). Contudo, qualquer um dos casos é significativo de *per si*, exemplificando claramente os resultados da Tabela anterior, e a dimensão psicossomática que envolve este tipo de psicoterapia.

Na remissão sintomática assinalada como *cancro*, o participante do estudo que a referiu acrescentou que esta remissão ocorrera em paralelo com outros tratamentos, alterações na dieta, estilo de vida etc.

 INOVAÇÕES E APERFEIÇOAMENTO FUTURO

Investigações Necessárias

TABELA 63: Resultados da resposta ao item número 50 do questionário: *Que investigação gostaria de ver realizada acerca da Psicoterapia Regressiva sob EMC (pode escolher mais do que uma).*

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Investigação que teste a efectividade da Psicoterapias Regressiva sob EMC.	17	17,5
2. Investigação sobre a relação entre a Psicoterapias Regressiva sob EMC e a cura física.	17	17,5
3. Investigação sobre provas da reencarnação.	5	5,2
4. Investigação sobre as Psicoterapias Regressiva sob EMC e as fobias.	16	16,5
5. Investigação sobre as Psicoterapias Regressiva sob EMC e o controlo de peso.	9	9,3
6. Investigação comparativa entre a Psicoterapias Regressiva sob EMC e as outras terapias.	11	11,3
7. Investigação para esclarecer o mecanismo da cura.	15	15,5
8. Outra	7	7,2
Total	97	100,0

(T. 63) As investigações que os psicólogos licenciados participantes do estudo mais gostariam de ver realizadas acerca da Psicoterapia Regressiva sob EMC seriam - por ordem decrescente:

que testassem a efectividade da Psicoterapia Regressiva sob EMC ;

que descobrissem a relação entre a Psicoterapia Regressiva sob EMC e a cura física;

que mostrassem a importância da Psicoterapia Regressiva sob EMC no tratamento das fobias;

que esclarecessem os mecanismos da cura.

Todas estas respostas foram escolhidas por um mínimo de 15 elementos da amostra em dezoito (83,3%). Como já referido anteriormente apenas 5 em 18 participantes do estudo (27,7%) mostrou interesse numa investigação que fornecesse provas da teoria da reencarnação.

Podemos concluir que os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo detectam **uma ausência de investigação científica nesta área** que facilite o conhecimento mais profundo da Psicoterapia Regressiva sob EMC (a outra hipótese de conclusão - que desconhecem a investigação nesta área - não é possível porque a investigação propriamente dita é efectivamente muito reduzida).

TABELA 64: Resultados da resposta ao item número 50.8 do questionário: *Que investigação gostaria de ver realizada acerca da Psicoterapia Regressiva sob EMC (pode escolher mais do que uma). Outra _____*

1. Investigação sobre o tempo interno na Psicoterapia Regressiva sob EMC.
 2. Relação da Psicoterapia Regressiva sob EMC e os símbolos da natureza e dos animais que nela podem surgir. Investigação acerca do valor terapêutico dos símbolos da natureza e dos animais sob Estado Modificado de Consciência.
 3. A Psicoterapia Regressiva sob EMC e as mudanças no sistema imunológico.
 4. Métodos rápidos de acesso a núcleos problemáticos e a sua terapêutica.
 5. Utilização da Psicoterapia Regressiva sob EMC para o despertar da intuição.
 6. Investigação que teste a utilidade da Psicoterapia Regressiva sob EMC na compreensão dos elos de ligação entre os membros de uma família.
 7. Investigação que teste o desenvolvimento de uma espiritualidade no decurso da evolução terapêutica proporcionada por técnicas de orientação regressiva. A Psicoterapia Regressiva sob EMC e a anatomia subtil (desenvolvimento do conceito de universo auto-consciente).
-

(T. 64) As respostas ao item número 50.8 apresentam outro tipo de investigações, além das sugeridas acerca da Psicoterapia Regressiva sob EMC que os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo gostariam de ver realizadas.

Elas dão indicações complementares aos investigadores que se venham a interessar por esta modalidade psicoterapêutica e ilustram o universo plurifacetado em que elas se movem, interagindo com inúmeras dimensões do fenómeno humano, algumas insuficientemente exploradas .

Renovação

TABELA 65: Resultados da resposta ao item número 49 do questionário: *A que mudanças gostaria de assistir na prática da Psicoterapia Regressiva sob EMC?*

1. Não induzir nos pacientes determinados conteúdos das vivências; existirem, nos terapeutas, várias hipóteses explicativas para as vivências (sem estarem fechados na reencarnação). Haver a consciência da parte do público em geral que não é panaceia, que não serve para tudo.
2. Maior respeito pelo tempo interno da pessoa - tempo de recordar e de integrar. Cada um evolui dentro do seu próprio tempo. Desenvolver-se a questão do tempo interno do paciente na conceptualização do terapeuta.
3. Deixarem de ser chamadas *Regressivas*.
4. Gostaria de assistir a uma mudança de nome, porque o actual é muito redutor.
5. Usar apenas a Psicoterapia Regressiva sob EMC como intervenção terapêutica e não como resposta a mera curiosidade.
6. Maior idoneidade (profissionalismo): realizada apenas por terapeutas credenciados.
7. Submetida a uma avaliação científica e aceite pelo meio científico com mais abertura.
8. Mais informação sobre integração espiritual. Os terapeutas deveriam dar mais importância ao significado que os seus clientes atribuem às vivências. Maior conhecimento, da parte dos terapeutas, dos vários níveis da consciência e dos vários tipos de conhecimento que são possíveis numa terapia sob Estado Modificado de Consciência.
9. Que houvesse, da parte dos terapeutas e dos pacientes, uma compreensão mais ampla da realidade simbólica, e que a técnica fosse usada como uma técnica auxiliar de expansão da consciência.
10. Aceitação deste tipo de terapias na comunidade terapêutica em geral e a sua validação científica.

-
11. Tem que haver preocupação pela pessoa, o respeito pela pessoa: não levar a pessoa para onde se quer mas aceitar aquilo que é dito, compreendê-la. A redecisão positiva deve ser o mais possível da pessoa.
 12. Evitar qualquer tipo de manipulação dos pacientes quando se encontram sob Estado Modificado de Consciência (a integridade do terapeuta é uma das condições básicas desta forma de Terapia).
 13. Distanciar-se das doutrinas ou das interpretações de supostas vidas passadas.
 14. A Terapia Regressiva não deve ser apresentada como tendo resultados superiores às outras terapias. Não usar Terapia Regressiva para tudo. Deve ser utilizada num plano terapêutico que passe por outros trabalhos; deve ser utilizada depois de um ensaio de relaxamento.
 15. A prática da Psicoterapia Regressiva deve ter qualquer tipo de entidade que a resguarde do espectáculo e do sensacionalismo porque fica desacreditada e abre as portas ao charlatanismo.
 16. Despir a Psicoterapia Regressiva das fantasias inerentes; sobretudo acabar com a ilusão de que elas são panaceia universal; igualmente, desidentifica-las com a ideia das vidas passadas.
 17. Gostaria que a Psicoterapia Regressiva sob EMC estivesse inserida numa psicoterapia de orientação transpessoal como sua base epistemológica. Gostaria que houvesse um sério investimento na formação do psicoterapeuta de orientação transpessoal que utilize técnicas Regressivas.
-

(T. 65) As respostas presentes nesta Tabela expõe as mudanças que os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo gostariam de ver efectivadas na aplicação clínica da Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Três ideias são repetidas por vários elementos da amostra.

Em **primeiro lugar** – e por ordem crescente - devem-se activar os meios de informação e de formação que **irradiquem a ideia de que a Psicoterapia**

Regressiva sob EMC é uma panaceia universal, isto é, que têm indicação para todas as patologias (três referências).

Em **segundo**, desenvolver os meios que permitam trazer esta técnica para um diferente patamar de **aceitação acadêmica através da formação de psicoterapeutas credenciados** para a aplicação de Psicoterapia Regressiva sob EMC (5 referências).

Em **terceiro**, é sugerida uma **alteração do nome** de modo a **acabar com a ideia de que se realiza na Psicoterapia Regressiva sob EMC uma efectiva regressão de memória**, uma ida ao passado, eventualmente um passado de supostas vidas passadas (6 referências).

Podemos concluir, a partir dos presentes dados, existirem **mudanças** de algum relevo a realizar no âmbito da Psicoterapia Regressiva sob EMC, nomeadamente **a nível do conceito público e acadêmico das mesmas**.

Contribuições da Psicoterapia Regressiva sob EMC para o Universo Psicoterapêutico

TABELA 66: Resultados da resposta ao item número 48 do questionário: ***Quais pensa serem as maiores contribuições da Psicoterapia Regressiva sob EMC?***

1. Ser uma psicoterapia que permite facilmente processos de catarse; que permite a valorização de vivências passadas, de supostas vidas passadas, do nascimento e da infância. Ser uma psicoterapia de intervenção breve - dirigida para problemas concretos.
2. A pessoa poder dizer o não dito; forma de ultrapassar o auto - julgamento.
3. Permitir aceder a outros estados da consciência; permitir integrações mais completas porque vivenciadas; permitir uma expansão da consciência.

4. Utilização de Estados Modificados de Consciência; técnica que altera radicalmente a perspectiva através da qual o paciente vê o mundo.
5. Levar a pessoa ver-se como um todo; contribuir para a inteireza da pessoa.
6. O tratamento de determinados quadros clínicos, como, por exemplo, as fobias, devido ao seu elevado sucesso. Igualmente para um autoconhecimento.
7. Síntese de diferentes experiências que leva à evolução da pessoa como um todo.
8. Abertura e expansão da consciência; desenvolvimento da espiritualidade.
9. Um método de mais fácil acesso ao inconsciente e de mais fácil desprogramação.
10. Permite a expansão dos modelos explicativos do adoecer actuais; rapidez de resultados terapêuticos; permanência desses resultados.
11. As Terapias de Orientação Regressiva permitem às pessoas auto-conhecer-se e aceitar-se melhor; permite um conhecimento mais amplo da pessoa; permite uma melhor integração no todo da vida.
12. A dessensibilização; permite mudanças de atitude; tem um leque variado de aplicações.
13. Técnica poderosa de acesso ao subconsciente.
14. Ajuda as pessoas a encontrar soluções de forma a conseguir a sua realização. É importante na solução de problemas psicossomáticos com origem traumática.
15. Maior facilidade em entrar em contacto com situações traumáticas; maior rapidez na solução do problema.
16. Técnica que permite uma entrada rápida no problema pelo rebaixamento do nível das defesas; permite trabalhar problemas actuais desfocando-os, trabalhando-os numa suposta vida passada (ajuda, portanto, a vencer a resistência).
17. O maior contributo é proporcionar um acesso rápido e directo para elementos inconscientes, seja através da imaginação, de metáforas etc.
18. A Psicoterapia Regressiva sob EMC permite uma expansão da consciência, isto é, a consciencialização da multidimensionalidade do ser. Favorece a emergência de uma ética natural. Permite uma abertura para a espiritualidade (não confundir com

religiosidade). Sugere o aspecto evolutiva do ser humano; mostra a relevância das meta-necessidade de Maslow.

(T. 66) Apresenta-se aqui o que cada um dos 18 psicoterapeutas licenciados participantes do estudo considera serem **as maiores contribuições** da Psicoterapia Regressiva sob EMC **para o universo das Psicoterapias**.

Entre as contribuições mais referidas há a destacar quatro por ordem crescente:

em primeiro lugar o facto da Psicoterapia Regressiva sob EMC **utilizar Estados Modificados de Consciência** (duas referências no total);

em segundo o facto da Psicoterapia Regressiva sob EMC permitir o **desenvolvimento da espiritualidade** (com duas referências);

em terceiro o facto da Psicoterapia Regressiva sob EMC permitir uma **expansão da consciência**, entendendo-se por tal quer o acesso a outros níveis de consciência, quer o aumento do auto-conhecimento (6 referências no total);

em quarto o facto da Psicoterapia Regressiva sob EMC permitir um **acesso mais rápido aos núcleos traumáticos** de carácter inconsciente ou supraconsciente (6 referências no total).

Como veremos na discussão, **a importância destes resultados fica patente na análise das características da amostra a nível da sua formação académica, experiência clínica e número de psicoterapias realizadas** com Psicoterapia Regressiva sob EMC. Para além do óbvio relevo ilustrativo, esta Tabela tem igual relevância formativa.

Técnicas inovadoras

Tabela 67: Resultados da resposta ao item número 55 do questionário: *Gostaria de fazer algum outro comentário? Relate brevemente as técnicas que tenha desenvolvido e/ou aperfeiçoado de modo original, ainda não presentes na literatura do tema.*

1. Acesso a memórias importantes do passado, não necessariamente traumáticas. Associação de técnicas corporais ao processo terapêutico de orientação regressivo. Levar o eu actual a trabalhar com a criança ferida quando ela aparece na regressão.
 2. Começar pelo lado seguro, agradável, prazenteiro do passado do paciente. Recuperar memórias agradáveis da vivência emocional como modo de reforçar o valor da pessoa.
 3. Não pedir especificamente para ir para o passado mas para ir para uma situação relacionada com o problema, e relevante para a sua resolução. Usar algumas técnicas desta Terapia para ajudar a pessoa a clarificar experiências problemáticas (exemplo: um sonho, uma ideia recorrente, etc.).
 4. Utilização do chamanismo e de técnicas rituais criativas com Terapia de Orientação Regressiva.
 5. Descodificação do significado da sessão de regressão na sessão de integração por Associação Livre.
 6. Técnicas de aprofundamento da relaxação com base na hipnose.
 7. Apanhando de surpresa as pessoas sem anunciar que vão regressar à cena anterior na qual tinham revelado resistência.
 8. Utilização das técnicas da Constelação Familiar (variante de Terapia Sistémica) em Terapias de Orientação Regressiva (montagem de um cenário imaginário com as personagens familiares).
 9. Sistematização da Psicoterapia Regressiva sob EMC em sete fases no contexto da Psicologia e da Psicoterapia Transpessoal.
-

(T. 67) Na Tabela 80 apresentam-se relatos breves de técnicas que os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo supõem ter desenvolvido e/ou aperfeiçoado de modo original.

Podemos observar a existência de dez novas técnicas (ou dez técnicas que sofreram uma diferente adaptação) o que nos permite concluir:

há um dinamismo criativo nos elementos da amostra participantes do estudo;

a técnica está ainda numa fase de expansão e de experimentação de potencialidades;

a formação geral do psicoterapeuta é sumamente importante dado que a Psicoterapia Regressiva sob EMC tende a ser aplicada - ou enriquecida - através da aplicação de outras técnicas em simultâneo.

Comentários

TABELA 68: Resultados da resposta ao item número 54 do questionário: *Gostaria de fazer algum outro comentário?*

1. O questionário é muito direccionado para supostas vidas passadas. A Terapia Regressiva é igualmente útil para a reestruturação emocional da vida actual.
2. Questionário interessante que faz repensar a prática.
3. É necessário desenvolver técnicas que permitam torná-la mais exequível em menos tempo (45/60 minutos).
4. Considero muito útil a regressão à infância, não apenas aos traumas mas também às memórias de felicidade. Técnica muito útil para uma abordagem mais profunda do ser.

5. O questionário coloca um enfoque demasiado grande no modelo reencarnacionista.
6. Bem elaborado; não é exaustivo mas toca pontos principais.
7. Estou satisfeita com o questionário e com a minha participação neste projecto de investigação.
8. As Terapias de Orientação Regressiva provocam uma melhoria clara de sintomas físicos; não fosse o tempo despendido e o preço, seria de recomendação generalizada.
9. Há uma origem genética e colectiva (junguiana) das memórias. Todas as doenças psicossomáticas (cancro incluído) melhoram com a Psicoterapia Regressiva sob EMC.
10. A Terapia está no caminho certo na sua evolução; os terapeutas devem ter uma formação adequada, reger-se por uma ética e estar inseridos numa "ordem" própria; devia estar ligada a uma equipa de supervisão.
11. Parabenizar o autor desta investigação por se debruçar sobre uma área do conhecimento importante para o desenvolvimento do ser humano.

PARTE IV

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

A Discussão, em geral, reflecte o carácter dual deste trabalho. Por um lado, sumariam-se e discutem-se, brevemente, os resultados obtidos. O carácter restrito da *Discussão dos resultados* compreende-se em função da natureza descritiva do estudo, e dos resultados obtidos confirmarem, com três excepções - uma importante e duas secundárias - os resultados do único estudo existente com características idênticas, e os dados inerentes à literatura em geral, extensivamente descrita na Parte II. Uma discussão mais pormenorizada seria redundante. Questões como a do carácter transpessoal da Psicoterapia Regressiva sob EMC, ou o seu potencial para desenvolver a espiritualidade, já aí foram suficientemente abordadas, vindo o estudo apenas confirmar esses dados sem trazer a novidade que justifique o excuro.

Em segundo lugar discutiu-se, também brevemente, a técnica, recorrendo à extensa revisão da literatura apresentada sobre Estados Modificados de Consciência e sobre a memória, e utilizando igualmente dados de outras fontes, nomeadamente da psicanálise. Com isto procurou-se contribuir, ainda que modestamente, para a compreensão da validade da técnica, do seu interesse psicoterapêutico e da sua fenomenologia.

O significado global destes resultados deve ser perspectivada em função de dois elementos principais. O primeiro radica na natureza da amostra. Esta, como descrito na *Seleção da amostra*, tem a peculiaridade de, provavelmente, ser quase coincidente com o universo em estudo. Os psicoterapeutas licenciados devidamente credenciados que aplicam esta técnica em Portugal à data da recolha dos dados, estão substancialmente representados na amostra, como vimos pelos argumentos

apresentados. Assim, podemos ter uma expectativa elevada quanto à representatividade dos resultados para o universo em questão.

O segundo radica na natureza do questionário. Este, como referido em *Instrumento e material*, é retirado de um questionário mais extenso aplicado nos EUA por via postal. No presente estudo, para além de se ter encurtado o número das perguntas, de se ter aplicado o questionário presencialmente num esquema de pergunta-resposta, substituíram-se, em geral, as referências a existências pretéritas por referências a vivências pretéritas, apresentando-se sempre as memórias de existências pretéritas como supostas memórias de existências pretéritas ou supostas memórias de vidas passadas.

Estes dados devem ser tidos em conta nesta *Discussão dos resultados*.

Resultados

Os resultados obtidos permitem realizar um esboço de contornos bem definidos da aplicação da técnica em Portugal. Os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo descrevem, aos seus pacientes, a Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência como permitindo (a) o acesso ao inconsciente ou ao subconsciente, como permitindo (b) vivenciar uma experiência passada ou como (c) uma metáfora das suas vivências presentes. Descrevem-na igualmente (d) apresentando as várias etapas de que se reveste e a (e) reestruturação cognitiva, emocional, etc. que permite. Nenhum deles a descreve como permitindo o acesso a reais existências pretéritas (T. 5 e 6), ao contrário do que acontece, por exemplo, nos EUA.

A técnica regressiva sob EMC não é utilizada de modo isolado de outras técnicas psicoterapêuticas (T. 7 e 8, e a resposta ao item 47.3) embora seja

considerada uma técnica com uma individualidade própria (resposta ao item 47.1). A maioria dos participantes do estudo tem uma aprendizagem em hipnose (resposta ao item 53), o que indicia a proximidade entre as duas técnicas.

Apenas uma pequena minoria acredita serem as respostas encontradas através da Psicoterapia Regressiva sob EMC de reais existências pretéritas (T. 9), poucos definindo esta psicoterapia como uma psicoterapia da reencarnação (resposta ao item 47.8). A maioria, pelo contrário, aproxima as vivências dos pacientes do domínio da metáfora (T. 10), do sonho (T. 11) e do simbólico (T. 12). Contudo, a hipótese de que algumas das vivências sejam de reais existências pretéritas não é absolutamente descartada (T. 12). Uma atitude crítica, mas com abertura de espírito, parece ser uma das características e uma das melhores qualidades daquilo a que podemos chamar de escola portuguesa de Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Apesar de nenhum participante do estudo estar interessado em provar a veracidade de supostas existências pretéritas (T.13) a maioria solicita dados factuais das vivências do paciente provavelmente para poder orientar o paciente (T. 14)

O tempo médio das sessões é de 120 minutos (T. 15). Parte dos pacientes - aproximadamente um terço - já procura os psicoterapeutas em questão para realizar uma psicoterapia de tipo regressivo sob EMC, sendo que a maioria dos restantes submetem-se à aplicação da técnica por indicação do psicoterapeuta que os reconhece como possuindo indicação para tal. (T. 16 e 17).

A maioria das sessões começa por um relaxamento progressivo e pelo pedido de visualização de um mecanismo imaginário como um túnel, umas escadas, ou um jardim, para induzir o estado modificado de consciência (T. 18). Entre as imagens mais usadas para a indução encontramos a estrela, a escada, e o túnel (T. 20). Com isto podemos verificar que, naturalmente, a modalidade preferencial para acessar o imaginário é a (a) visual, destacando-se também, em segundo plano, a (b) emocional e a (c) intuitiva (T. 21). Neste processo, a maioria dos psicoterapeutas experimenta igualmente um Estado Modificado de Consciência (T. 27).

(a) Securizar o paciente, (b) aprofundar o relaxamento e (c) induzir uma visualização para vencer o medo são as técnicas mais usadas para ultrapassar resistências. A discussão da resistência com os pacientes raramente é utilizada (T. 22).

Os pacientes, geralmente, em cada vivência sob EMC experienciam várias cenas (T. 24), quer por (a) mudança espontânea, quer por (b) indicação do psicoterapeuta para ir para a próxima cena importante quer por (c) contagem, com a sugestão de que, no final dela, aparecerá uma imagem, intuição, emoção, ou uma sensação significativas. (T. 25). Comumente utilizada é, igualmente, a técnica de questionar o paciente quanto ao avanço ou recuo no tempo relativamente à cena em que este se encontra (T. 26).

De todos os momentos biográficos experimentados na Psicoterapia Regressiva sob EMC o do nascimento é dos mais frequentes (T. 28), embora apenas um terço dos participantes do estudo considere necessário ir ao trauma de nascimento para haver alívio sintomático (T. 29). Daí, provavelmente, não ser o trauma de nascimento sistematicamente explorado pelos participantes do estudo (T. 30). Ao invés, as regressões a qualquer momento do passado biográfico são muito frequentes para todos os que aplicam a técnica (T. 31), contrariando o que usualmente se pensa, atribuindo à técnica uma predominância de vivências anômalas.

Contudo, a maioria, pelo menos normalmente, leva os pacientes a vivenciarem uma real ou suposta cena da morte na sequência final da vivência de uma real ou suposta existência pretérita (T. 32). Igualmente, a maioria utiliza as vivências entre supostas existências pretéritas na sua prática psicoterapêutica (T. 33).

Igualmente presentes nas vivências dos pacientes sob EMC são as vivências sem carácter regressivo, vivências do domínio do mito, da lenda, de supostas instâncias de natureza espírita etc. (T. 35). As vivências de supostas vidas futuras raramente são utilizadas pelos elementos da amostra na sua prática psicoterapêutica, não sendo comum a sua indução (T. 36).

Técnica de excepcional importância é a que permite a integração da vivência do paciente na problemática original trazido à sessão (T. 37 e 38), o que revela amplamente a sua estirpe psicoterapêutica. Igualmente importante é a descoberta de padrões de comportamento nas vivências sob EMC, padrões igualmente actantes no momento presente da vida do paciente (T. 39). Com esta integração das vivências na problemática do paciente procura-se dar relevo, com uma intencionalidade psicoterapêutica, aos *insights* ou às novas perspectivas entrevistas. Normalmente, a vivência experienciada é revista com algum detalhe, tal como, normalmente, é estabelecido um diálogo com um real ou suposto eu superior, ou terapeuta interno, particularmente depois de uma real ou suposta cena de morte (T. 40 e 41). Num momento ou noutro todos os elementos da amostra afirmam utilizar o eu superior (T. 41).

As sugestões facultadas aos pacientes quando sob EMC são, comumente, as sugestão de se (a) auto programar para discutir na sessão seguinte o vivenciado naquela, o ter (b) insights acerca da sessão no dia-a-dia, (c) sentir-se melhor graças à sessão, e (d) lembrar a redecisão no seu quotidiano, integrando-a de um modo pleno (T. 44). Igualmente, é dado um reforço positivo a todas as respostas que tenham um carácter terapêutico (T. 45).

O trabalho corporal, nomeadamente o toque terapêutico, assume relevo no conjunto da Psicoterapia Regressiva sob EMC (T. 47 e 48). Pelo contrário, as técnicas de rescrita não são importantes (T. 46). Por outro lado, a maioria dos participantes do estudo dá frases ao paciente como trabalho de casa (T. 49), e tarefas para realizar entre as sessões (T. 51), não sendo, contudo, prática comum o pedido de manter um diário actualizado das vivências dentro e fora da sessão psicoterapêutica (T. 50).

Após a sessão, usualmente, não há interpretação, por parte do psicoterapeuta, do vivenciado sob EMC, deixando-se o paciente fazer a sua própria interpretação ou,

quanto muito, colocando-se em comum as ideias acerca do significado da sessão (T. 51).

A Psicoterapia Regressiva sob EMC tem uma clara indicação para (a) problemas relacionais, (b) depressão, (c) fobias, (d) ausência de significado e de propósito para a vida, e para (e) problemas sexuais. (T. 53). No total, as psicopatologias mais abordadas atingem o número de vinte (T. 53 e 54). Por ordem decrescente, os (a) problemas relacionais, as (b) fobias, (c) depressão, (c) enxaqueca, a (d) ausência de significado e de propósito para vida e as (e) emergências espirituais são as problemáticas que mais sucesso têm através da aplicação desta técnica (T. 55 e 56). As adições são as psicopatologias que registam maior insucesso (T. 56). Das fobias, as que mais respondem à técnica são as sociais, a agorafobia e a claustrofobia. (T. 57)

A técnica encontra igualmente indicação para a sua aplicação em problemas físicos (T. 61), particularmente nas patologias com uma clara vertente psicossomática (T. 62), por serem frequentes casos de remissões sintomática ou de cura - nos casos de infertilidade -, durante o seu curso.

A libertação da culpa é uma tema psicoterapêutico importante, ocupando um significativo espaço nas sessões (T. 58), sendo a catarse uma técnica muito utilizada, entendendo-se por catarse comportamentos como o do choro, do grito, o pontapear, etc. (T. 59). A espiritualidade é uma dimensão importante para todos os participantes do estudo, dimensão presente na Psicoterapia Regressiva sob EMC (T. 60).

As investigações que participantes do estudo mais gostariam de ver realizadas acerca da Psicoterapia Regressiva sob EMC seriam (a) as que comprovassem a efectividade da Psicoterapia Regressiva sob EMC, (b) as que descobrissem a relação entre a Psicoterapia Regressiva sob EMC e a cura física, (c) as que mostrassem a importância da Psicoterapia Regressiva sob EMC no tratamento das fobias, (d) e as que esclarecessem os mecanismos da cura (T.63).

Mudanças que seriam valorizadas na aplicação clínica da técnica, são (a) a irradicação da ideia de que a Psicoterapia Regressiva sob EMC tem indicação para todas as patologias, (b) a sua aceitação académica, (c) e a alteração da nomenclatura que ultrapasse a ideia de que se realiza na Psicoterapia Regressiva sob EMC uma efectiva regressão de memória (T. 65).

Os psicoterapeutas licenciados participantes do estudo consideram que as maiores contribuições da técnica para o universo das psicoterapias são (a) utilizar Estados Modificados de Consciência, (b) facultar o desenvolvimento da espiritualidade, (c) permitir uma expansão da consciência e um (d) acesso mais rápido aos núcleos traumáticos de carácter inconsciente (T. 66).

Comparação dos Resultados

O resultado mais significativo deste estudo, que muito credibiliza a aplicação da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência em Portugal, é a atitude dos psicoterapeutas licenciados e credenciados face aos conteúdos vivenciados pelos pacientes. Quer na descrição da técnica aos pacientes - que enfatiza as suas possibilidades de acesso ao inconsciente -, quer na atitude geral face à mesma, há uma atitude de prevenção epistemológica, mesmo de distanciamento, face ao conteúdo das narrativas produzidas pelos pacientes (T. 5 e 6), particularmente no que respeita à questão das existências pretéritas que muitos pacientes narram (T. 9 e resposta ao item 47.8), preferindo aproximar as vivências dos pacientes do domínio do sonho, do simbólico ou da metáfora (T. 10, 11, 12).

A confrontação com o estudo de Clark (1995) chega a ser gritante. Enquanto neste 65% apresenta ao paciente as memórias a que se acede como de *Past - lifes*,

aqui **nenhum** dos elementos da amostra escolheu essa alternativa. Na discussão dos seus resultados Clark, lucidamente, advertiu:

The possibility of past-life therapist imposing a belief system unwittingly upon their clients, and perhaps also creating false memories, is one of the most important findings of this study, in my opinion. The ethical questions posed should be carefully studied. (Clark, 1995, p.116)

Portanto, em Portugal, e tendo em conta estes resultados, a possibilidade de que os psicólogos licenciados e acreditados que aplicam a técnica sejam instrumento da criação de falsas memórias e que tendam a impor o seu sistema de crenças aos pacientes, fica substancialmente reduzida. Parece assim ser real o declarado interesse pelos conteúdos psicoterapêuticos das vivências dos pacientes, a procura exclusiva dos padrões neles presentes com o objectivo de os conectar às problemáticas trazidas à sessão, utilizando a técnica apenas como um meio de aceder ao inconsciente do paciente, de mais rapidamente entrar nos núcleos traumáticos sem atender a outras considerações (T. 37, 38 e 39). Este é um resultado importante pela credibilidade que acarreta para a classe de profissionais que aplica a técnica.

Numa breve análise, poder-se-ia dizer ser clara a influência cartesiana e a exigência de rigor científico para o universo em questão. Este aspecto, que não é demais assinalar, radica, provavelmente, no facto de que a formação em Portugal a este nível ter estado até à data intimamente ligada a uma associação de psicologia de carácter cultural e científico (Alubrat - Associação Luso-brasileira de Transpessoal), que tem realizado investigação na área, com resultados publicados em revistas da especialidade.¹

Tal característica mais rigorosa não pode ser atribuída, em exclusivo, a uma atitude própria do universo europeu em geral. Com efeito, embora em França a atitude de prevenção epistemológica seja real, nomeadamente na obra do presidente

¹ Ver *História na Parte II* deste trabalho.

da Association Française du Transpersonnel (Descamps, s.d.), já na Holanda, o trabalho de Hans TenDam (1997), por exemplo, reflecte mais intensamente as características das escolas americanas, tal como na Inglaterra o trabalho de Roger Woolger (1988).

Com estes dados, abrem-se as portas para a realização de uma das necessidades que revelaram os elementos da amostra, a acreditação académica da Psicoterapia Regressiva sob EMC em Portugal (T. 65), acreditação para a qual este estudo espera contribuir.

Quanto aos resultados em geral, podemos constatar o quanto replicam os obtidos por Clark (1995) analisando, por exemplo, a *Parte II* desta tese de mestrado. Podemos referir como particularmente relevantes, pelo seu significado pragmático, os relativos à (a) possibilidade de aplicação da técnica como terapia complementar de patologias orgânicas, nomeadamente psicossomáticas (T. 61),² (b) o seu carácter de psicoterapia coadjuvante (T. 7 e 8 e resposta ao item 47.3), isto é, de técnica psicoterapêutica que é aplicada, na totalidade de uma psicoterapia, em conjunto com outras técnicas psicoterapêuticas, entre as quais se incluem as que envolvem trabalho corporal (T. 47 e 48); (c) a utilização do relaxamento e da visualização como técnicas principais para a indução de um EMC (T. 18 e 20), e a ultrapassagem das resistências, colocando (d) num distante segundo plano a sua discussão com os pacientes, tal como a discussão das próprias vivências dos pacientes, afastando-se assim dos modelos interpretativo próprios das psicoterapias de inspiração dinâmica (T. 51). A técnica situa-se, assim, claramente num âmbito transpessoal (T. 60 e 66), atendendo à definição da Psicologia Transpessoal apresentada na *Introdução* da Parte II, como aquela que, formalmente, utiliza Estados Modificados de Consciência para

² Wambach (1986), num questionário a 26 psicoterapeutas de regressão sob EMC, encontrou o mesmo tipo de respostas. Os outros resultados relevantes deste estudo não são aqui referidos por estarem fora do âmbito do questionário aplicado em Portugal.

potenciar processos psicoterapêuticos, de auto-conhecimento e de expansão da consciência.

Igualmente consonante com os resultados de Clark (1995), é a (e) entrada em EMC ligeiro dos próprios psicoterapeutas durante a aplicação da técnica, como também (f) o sucesso acentuado da técnica com fobias e problemas relacionais, e o seu (g) insucesso com problemas de adições.

Tal como os psicoterapeutas inquiridos por Clark (1995), também os da amostra portuguesa parecem (h) utilizar todo o material que é vivenciado pelos pacientes, seja ele respeitante ao real ou suposto passado biográfico, a reais ou supostas vidas passadas ou futuras, cenários mitológicos, lendários, arquétipicos, oníricos, etc (T. 32, 35 e 36). Além disso, (i) o passado biográfico, as suas reais ou supostas vivências dele, ocupam, em ambas as amostras, uma parte importante da prática psicoterapêutica (T. 28, 29, 30 e 31), o que a afasta do conceito popular da mesma, que a julga apenas envolvida com as vivências mais anómalas de supostas existências pretéritas.

A (j) diferença em relação à hipnose é outra das semelhanças entre os estudos, pelo tipo de condução que preside à sessão, pelo papel do psicoterapeuta, e pela superficialidade do EMC que é induzido.

A terminar, não será demais salientar (k) a efectividade psicoterapêutica da técnica sobre um conjunto relativamente alargado de psicopatologias, efectividade em que são coincidentes as amostras americana e portuguesa (T. 55, 56 e 57). Para além do interesse de uma determinada clientela que procura explorar as possibilidades de auto-conhecimento inerentes aos estados não vigís da consciência, esta é a mais forte fundamentação empírica de que dispõem os psicoterapeutas que aplicam a técnica: Os resultados que obtêm na sua prática clínica, isto é, o feedback positivo dos seus pacientes.

Neste quadro geral e breve de elementos particularmente significativos, apenas há a referir, como diferentes dos resultados obtidos por Clark (1995) - exceptuando o aspecto essencial com que se iniciou esta discussão - os relativos à depressão e à reescrita. A primeira aparece como substancialmente resistente à aplicação da técnica no estudo de Clark, mas é bem sucedida nos resultados obtidos por este estudo. Esta discrepância talvez se deva ao carácter ambíguo do conceito de depressão - que se repetiu no questionário apresentado à amostra portuguesa para poder replicar o estudo de Clark neste aspecto -, pois o mesmo tanto pode ser entendido como *Perturbação Depressiva da Personalidade* ou como simples *Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação* (DSM-IV).

Quanto à reescrita, que na amostra de Clark 70% afirmam usá-la *Sempre*, aqui apenas 5,6% refere tal. Provavelmente, no entender de alguns dos participantes, a reescrita, que se traduz num reformular das memórias sob EMC, é uma técnica pouco recomendável por ser muito interventiva, de efeitos ainda insuficientemente conhecidos, que pode ter um efeito confusional no paciente.

No seu conjunto, pelos resultados presentes no estudo, podemos verificar que, em Portugal, a aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC está consonante com a evolução que a técnica tem sofrido em geral. Assim, a preocupação pela descoberta dos padrões de comportamento do paciente, pela reestruturação cognitiva, comportamental e emocional que lhe assiste (T. 37, 38 e 39), mostra que não se encontram entre nós, provavelmente, muitos cultores da técnica tal como a mesma era aplicada na sua génese, em meados dos anos 70, em que a preocupação pela remissão sintomática e a procura da catarse eram tónicas dominantes.³

A consciência da necessidade de acreditação académica, e do direito à mesma, e do carácter de vanguarda desta ecléctica técnica psicoterapêutica fundamenta, provavelmente, a necessidade de realização de investigação nesta área

³ Ver *História na Parte II* deste trabalho.

sentida por parte significativa dos participantes do estudo (T. 63). A sua noção da fragilidade da fundamentação experimental da Psicoterapia Regressiva sob EMC atesta em favor do rigor e da seriedade com que os elementos da amostra realizam a sua actividade profissional. Reflexo disso está presente no seu desejo de ver realizado um esclarecimento não só académico mas igualmente junto da opinião pública, terminando com a ilusão de que a mesma é panaceia, ou que permite, de modo inequívoco, uma efectiva regressão de memória, com um retorno real a um passado mais ou menos distante. Como tal, naturalmente, desejam ver implementada uma formação profissional de alto nível, e a criação de uma instituição que regule os profissionais e a aplicação da técnica (T. 65).

Discussão da Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência

O percurso seguido até aqui, com paragens na questão da consciência, nos estados modificados de consciência, na memória, nas técnicas de regressão de memória, e o estudo da sua aplicação em Portugal por psicoterapeutas credenciados, permite-nos discutir aqui alguns aspectos num espírito de *epistemofilia* (Coimbra, 2002), que possam trazer alguma mais-valia teórica ao estudo e reflexão sobre a Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência.

Todo o discurso, até à presente discussão foi pontuado pela imposição das referências. Reclama-se aqui uma relativa liberdade de pensamento para articular algumas questões que se levantaram ao longo da investigação, mas que são questões aparentemente sem resposta possível no actual estado dos conhecimentos em psicologia, ou que exigiriam uma tese de outra natureza para serem extensivamente abordadas.

A Questão da Consciência

Em primeiro lugar a questão da consciência. Onde está a consciência, ou o que se passa com a consciência no decurso de uma Psicoterapia Regressiva sob EMC?

Para problematizar a questão podemos recorrer aos conceitos de Damásio (2000b) apresentados na Parte I, *Consciência, Estados Modificados de Consciência e Memória*, os conceitos de *consciência nuclear* e de *consciência alargada*.

Sabemos, pela literatura em geral, que o paciente permanece sempre vigíl e consciente durante a sessão, embora num estado da consciência diferente daquele

que é comum ao seu estado ordinário. Em função disto podemos teorizar com toda a evidência que aquilo que é modificado durante a indução do EMC é da ordem da consciência alargada do sujeito, ou seja, daquilo de que o sujeito tem consciência.

Do que é que o sujeito tem consciência? Tem consciência de um eu que se comporta de um modo inusual, que tem vivências internas que são estranhas ao acontecer comum, que vive uma subpersonalidade ou um estado dissociativo. Como é que o paciente sabe tudo isso? Porque se mantém constante na sua consciência nuclear, que é a capacidade de apercepção interna, de permanecer como testemunha, isto é, de tomar conhecimento do que ocorre no campo da sua consciência alargada. É aquilo a que se pode chamar capacidade de estar presente a si mesmo, embora seja discutível se o *si mesmo* é o que ocorre na consciência alargada, eternamente mutável, ou aquele observador eternamente permanente, que só parece ausentar-se durante o sono profundo sem sonhos. Parte da filosofia oriental, numa época em que a grande parte do continente europeu era semi-bárbaro, depois de se debruçar à mais de dois mil anos sobre o fenómeno da consciência e da sua instabilidade, diria, no séc. III, A.C, pela voz do pai do Yôga clássico, Patañjali, que, inquestionavelmente, o *si mesmo* é o observador e não o que é observado, isto é, a consciência nuclear e não a consciência alargada (Feuerstein, 2001; DeRose, 2000; Onraam, 1979; Osho, 1979). Mas esta questão é de segundo porte nesta discussão.

De reter apenas a utilidade da concepção dual da consciência proposta por Damásio (2000b), concepção assente em claros dados das neurociências. A permanência da consciência nuclear durante a sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC é o dado que permite distinguir claramente esta psicoterapia das que são realizadas sob hipnose profunda na hipnoterapia. Com esta característica técnica permite-se ultrapassar um obstáculo como o que colocou Freud (1881/1998) à utilização da hipnose no "tratamento das neuroses", pois aqui o paciente permanece sempre lúcido e acordado, testemunhando sempre os conteúdos que ocorrem à sua

mente e os estados do seu corpo, podendo retirar daí todo o *insight* necessário, e encetando na própria vivência um processo imediato de auto-conhecimento.

A técnica utiliza, assim, com vantagem, uma das propriedades dos EMC, isto é, aceder mais rapidamente aos núcleos traumáticos de carácter subconsciente ou inconsciente. Disse deram conta os participantes do estudo realizado (Tabela 66). Sob EMC os mecanismos de defesa parecem recuar, e embora seja um estado em que se produzem mais falsas memórias que em estado de vigília normal, também nele se recuperam mais memórias verdadeiras (Spiegel, 2000). Da mesma forma a dimensão simbólica da consciência alargada fica mais presente, podendo com ela realizar-se a tarefa psicoterapêutica. A utilização destes estados que, em si e num contexto clínico ou sob controlo do sujeito, não têm um mínimo carácter patológico (Simões, no prelo), deve ser considerada como uma mais-valia da técnica, mais-valia que, provavelmente, se irá estender a outras técnicas psicoterapêuticas que queiram conjugar a utilização destes estados não ordinários com os seus procedimentos mais clássicos. Com eles, no mínimo, poderemos aceder ao já pensado mas rejeitado, e às divagações e fantasias que, nascendo do lado diurno da consciência, são remetidas ao seu lado nocturno, por sensores de desígnios inúmeros (Coimbra, 2002).

Contudo, nada obsta, analisando a fenomenologia apresentada, nomeadamente a relativa ao *terapeuta interno*,⁴ que aceitemos a hipótese de que os EMC permitam o acesso a dinâmicas inconscientes que fogem ao padrão do inconsciente como *armazém de lixo* ou como mecanismo estritamente submetido ao primado das pulsões instintivas como é apanágio de alguma psicanálise de inspiração clássica (Coimbra, 2002). Despojar os mecanismos inconscientes de criatividade ou, simplesmente, retirar-lhes outros atributos de mérito em favor da consciência, pode revelar um apego ao princípio da razão, rejeitando a sabedoria da loucura que já os gregos conheciam dos cultos de Diónisos. É o espírito da lógica contra o espírito da música, Sócrates contra Diónisos, como Nietzsche (1892/1985) o advertiu. É querer

⁴ Ver o sub-capítulo *Fenomenologia*, na *Parte II*.

o predomínio do *homo sapiens* sobre o *homo demens* (Morin, s.d.), quando os dois são inseparáveis e formam um só. Neste espírito radica uma das causas da rejeição dos EMC em geral na cultura ocidental, e a sua categorização como do domínio do patológico, como bem o tematizou Foucauld, prenhe da herança de Nietzsche, na sua análise da história da loucura (Waelhens, 1997).

O Conteúdo das Vivências

Independentemente do valor psicoterapêutico das vivências, que adiante será referido, importa fazer uma incursão pelo seu valor da verdade, realizando uma síntese de alguns elementos referidos anteriormente, apresentando outros novos, no intuito de ir mais longe na compreensão teórica dos mecanismos subjacentes às vivências sob EMC que caracterizam a Psicoterapia Regressiva que utiliza esses estados.

De um modo empírico, e dada a extrema maleabilidade da memória,⁵ sobretudo da memória sob EMC, poderíamos dizer que toda a memória ou vivência associada que ocorra numa Psicoterapia Regressiva sob EMC deve ser considerada falsa ou sob suspeita – sob um estado de *suspeição esclarecida* - até à sua confirmação por terceiros. Sem um dado documental que garanta a sua autenticidade, ou sem poder ser corroborada por uma testemunha credível, a nenhuma se pode dar o estatuto da verdade, de efectiva recuperação de memória e, mesmo nos casos positivos, pequenas falsas memórias podem gravitar em torno de uma memória verdadeira, parasitando-a.

⁵ Ver *Memória, verdade e psicoterapia* para um aprofundamento das temáticas abordadas neste sub-capítulo.

Este princípio é válido mesmo que as vivências sejam relatadas plenas de detalhes milimétricos, de emoção, e claramente conectadas às problemáticas do paciente. Como vimos, a memória reage com um reverente espírito de submissão à sugestão, ao contexto, e às expectativas, parecendo sempre desejosa de se adaptar ao que julga ser o mais adequado (Spanos, 2001). Sabemos ser isso verdade para esta técnica psicoterapêutica como para todos os *memory recovery work* em geral (Lynn & McConkey, 1998).

Esta espécie de *epochê*, de *suspensão do juízo*, deve estender-se a qualquer tipo de memória, e não apenas às de carácter mais *anómalo* que alguns apelam de *bizarras* (Dubreuil, Garry & Loftus, 1998). Esta suspensão do carácter de verdade das memórias deve aplicar-se tanto às da infância tardia, adolescência, idade adulta, quanto às supostas memórias intra-uterinas, peri-natais e às anteriores aos dois anos de vida.⁶

Com mais razão o mesmo se aplica a vivências de supostas existências pretéritas - que popularizaram e reduziram a dimensão desta técnica -, muito mais as vivências de supostas existências futuras e, inquestionavelmente, as vivências de tipo simbólico, onírico, mitológico ou lendário, as mais consensuais entre todas as vivências pelo claro carácter alegórico que lhes subjaz.

Assim, como princípio, devemos procurar confirmação empírica para as vivências dos pacientes, e suspender os juízos de verdade até a ter, pois, de outro

⁶ Como vimos em *Memória, verdade e psicoterapia*, sub-capítulo *Memórias que contradizem os paradigmas vigentes*, só são tecnicamente aceitáveis as memórias posteriores aos vinte e quatro meses, preferencialmente as posteriores aos três anos de idade (DuBreuril, Garry & Loftus, 1998; Malinoski, Lynn & Sivec, 1998; Schacter, 2001). Mesmo a hipótese estudada por Mancia (1981), as indicações positivas que nesse sentido registou - de que haja alguma actividade proto-mental no feto - não nos demonstra que de tal actividade sejam guardadas registos.

modo, nunca poderemos despistar a clara hipótese de criptomnésia que paira sobre elas.

A possibilidade de criptomnésia em vivências regressivas sob EMC está sólidamente demonstrada (Spanos, Menary & alt., 1991, citado por Spanos, 2001). Para além do pungente caso Bridey Murphey acima descrito,⁷ vejamos com justificado detalhe alguns estudos realizados por Spanos, Menary & alt., sobre um dos tipos de vivência que mais frequentemente ocorre com a aplicação desta técnica, a já referida vivência de supostas existências pretéritas, as *Past lifes*. Spanos, Menary & alt., verificaram que, num dos seus quatro estudos, a informação prévia dada pelo investigador ao sujeito do estudo fez variar o tipo de vivência que ocorreu. Assim, informando o grupo experimental acerca do sexo, raça e cultura que seriam dominantes nas vivências de supostas existências pretéritas, os sujeitos do estudo apresentaram tendência para realizar as vivências dentro dessas coordenadas.

Noutro estudo, os mesmos investigadores, depois de informar os sujeitos do grupo experimental que os iam questionar sobre a educação das crianças em tempos históricos primitivos, e que nesses tempos as crianças eram abusadas sexualmente de modo frequente, verificaram que os sujeitos vivenciaram mais supostos abusos sexuais em supostas existências pretéritas do que o grupo controlo que não teve essa informação.

Ainda em outro estudo verificaram que os sujeitos a quem era informado previamente que as existências pretéritas eram cientificamente credíveis, acreditavam em número superior na realidade das suas vivências de supostas existências pretéritas.

Spanos, Menary & alt. (1991), confirmaram igualmente que aqueles que previamente acreditavam na concepção reencarnatória mais facilmente aceitavam as suas vivências como credíveis, mostrando assim a importância da crença dos sujeitos

⁷ Ver *Memória, verdade e psicoterapia*, sub-capítulo *A comprovação de memórias de supostas existências pretéritas*.

e das suas expectativas na formatação das suas vivências e da sua atitude em relação a elas. Contudo, concluiu igualmente que os sujeitos que mais facilmente regrediam tinham índices mais altos de hipnotizabilidade e eram mais propensos à fantasia, embora não tivessem níveis diferentes em testes de debilidade mental ou de psicopatologia que os sujeitos com mais dificuldade em realizar a regressão.

Com isto, Spanos (2001) permitiu-se concluir que «Subjects construct these fantasies to meet the demands of the hypnotic regression situation.» (p.142) e que «With the aid of the regression procedures used in this kind of therapy, patients construct past- life fantasies that are congruent with, and used as explanations, for their somatic symptoms.» (p.111), considerando que para o paciente e, provavelmente, para muitos psicoterapeutas, a diminuição do sintoma que muitas vezes ocorre após uma ou várias sessões de tipo regressivo é entendida como prova da realidade das supostas memórias experienciadas.

Um estudo realizado em Portugal (Sobrinho, Simões & alt., 2000; 2002) sobre o comportamento da hormona do stress (cortisol) nas vivências regressivas sob EMC não desmentiu as conclusões anteriores, antes pelo contrário, embora não as confirme em absoluto. Com efeito, verificou-se que os picos do cortisol ocorriam sempre que o sujeito regredia à vivência de um acontecimento traumático que efectivamente tinha ocorrido na sua história biográfica. Contudo, em vivências traumáticas que não podiam ser identificadas como pertencentes a um momento do passado, vivências, por exemplo, de supostas existências pretéritas, os níveis do cortisol subiam apenas em algumas das vezes, não sempre como anteriormente.

No mesmo sentido se dirigem outras conclusões do mesmo estudo (Sobrinho, Simões & alt., 2000). Uma parte da sua metodologia, destinada a responder a uma questão paralela à anterior, consistia em induzir, a doze mulheres jovens uma regressão sob EMC a um estado de gravidez. Durante o mesmo os elementos da amostra sentiram o peito a crescer e experimentaram varias das sensações habitualmente relatadas por grávidas. Contudo, passadas doze horas, apenas as que já

tinham sido mães produziram leite, resultado inesperado do estudo mas que sugere que as alterações hormonais mais profundas só aparecem em vivências regressivas sob EMC quando o corpo experimentou efectivamente as vivências de que na sessão, supostamente, se realiza a vivência.

Spanos (2001) refere também o estudo de Kampman & Hirvenoja (1978) que relatam ter hipnotizado um grupo de sujeitos, regredindo-os a supostas existências pretéritas, regressão que deu origem a vivências com a fenomenologia conhecida. Posteriormente, recorrendo de novo à hipnose, foi pedido aos sujeitos que relembressem as vivências que tinham realizada e que relatassem as fontes de informação que tinham usado nas vivências anteriores. Face a esse pedido, os sujeitos citaram filmes, livros, e experiências reais do seu passado biográfico de onde tinham retirado as informações prestadas nos relatos das vivências de supostas existências pretéritas.

Neste contexto, e em relação a este conjunto de dados, convém, contudo, referir o já descrito na análise histórica da Psicoterapia Regressiva sob EMC: Muitos psicoterapeutas descobriram este tipo de vivências supostamente regressivas de modo espontâneo, contrariando elas, muitas vezes, as suas expectativas e crenças, tal como as expectativas e crenças dos pacientes. O simples pedido para ir para a origem da problemática a ser tratado na sessão foi o mecanismo desencadeador, sem que antes, directa ou indirectamente, tivessem sido dadas sugestões nesse sentido (Fiori, s.d.; Oppenheim, 1986; Jue, 1996; Weiss, 1998). Tal ocorrência deu-se mesmo em pacientes que traziam em curso uma psicoterapia regressiva na qual já tinham vivido momentos claramente enquadráveis no seu conhecido passado biográfico.

Por outro lado, James (1995), investigador que parece enquadrado dentro do paradigma reencarnacionista, obteve resultados opostos aos de Spanos (2001) em estudo semelhante. No estudo de James, as crenças dos elementos do estudo não influenciaram significativamente as vivências por eles realizadas, não havendo uma

correlação directa entre os que acreditam na reencarnação e os que vivenciam, preferencialmente, supostas existências pretéritas.

Estes factos devem ser ponderados na procura de compreensão do mecanismo psíquico inerente às vivências de supostas existências pretéritas dos pacientes, ou em todas aquelas que podem ser rotuladas de anómalas ou bizarras, se quisermos associar à designação um juízo de valor. Assim, devemos concluir que nem sempre as expectativas, as crenças, a sugestão e as tarefas pedidas estão na origem dessas vivências, embora isso deva ser tido em conta, tanto mais que uma parte dos pacientes já procura este tipo de psicoterapias para realizar uma regressão (Woolger, 1996), facto que este estudo também confirmou (T. 16).

Contudo, mesmo no caso em que não há sugestão nem expectativas de parte a parte, deve sempre considerar-se, entre outras, a hipótese de que essas vivências podem sempre ser reportáveis à sugestão provinda fora do *setting* psicoterapêutico, sugestão produzida pelo visionamento de um programa televisivo, pela leitura de um jornal, etc. Mais investigação nesta área parece ser recomendável, independentemente do valor psicoterapêutico que, unanimemente, se reconhece a esta psicoterapia, valor dentro das limitações que lhe são inerentes tal como a qualquer outra.

Psicanálise e Fenomenologia das Vivências

A psicanálise pode contribuir para esta discussão em torno da fenomenologia das vivências sob Estado Modificado de Consciência na Psicoterapia Regressiva.

Sem que aqui seja o lugar para realizar um levantamento exaustivo, é útil para o objectivo desta discussão englobante recorrer a alguns conceitos desta escola de análise psicológica para problematizar a fenomenologia em questão.

Ao longo deste trabalho a psicanálise foi objecto de algumas referências. Em relação à Psicoterapia Regressiva sob EMC propriamente dita demonstrou-se o quanto ela retomou um filão inicialmente explorado por Freud, o da hipnose, mas abandonado por não permitir a integração consciente das memórias ou das vivências e não ser assim instrumento de *insight* (Freud, 1891/1998). Igualmente se referiu que alguns psicoterapeutas, nomeadamente Dethlefsen (1997) e Grof (1998) detectaram nos pacientes sob EMC, e nas vivências por eles realizadas, os mecanismos de defesa clássicos, e, mesmo, alguns conceitos chave da psicanálise clássica como, por exemplo, o complexo de Édipo.

No capítulo sobre a problemática da memória em psicoterapia, as referências a Thomas Ogden (1994) e ao movimento de que é personagem destacado, são úteis aqui. Com efeito, a corrente intersubjectiva no seio da psicanálise considera que as vivências que ocorrem no *setting* psicoterapêutico são interdependentes não apenas da subjectividade de cada um dos parceiros terapêuticos mas do campo intersubjectivo por eles criado. Para Ogden, este campo intersubjectivo - o *Terceiro Analítico* - é mais do que a simples adição de duas subjectividades, é um terceiro elemento, com uma individualidade própria, do qual resultam directamente as vivências que ocorrem. Como tal, as memórias relativas ao passado biográfico do sujeito, são determinadas não apenas pelo sujeito propriamente dito e o conteúdo residual de vivências passadas que estaria guardado na memória, mas pelo resultado da interacção entre analista e paciente: Se outro fosse o analista, diferentes, provavelmente, seriam as memórias em alguns aspectos de relativa relevância.

Aron (1996) vai talvez mais longe e propõe o conceito de *inconsciente relacional* para referir um mecanismo presente na relação analítica que actuaria para lá do conhecimento dos seus participantes, influenciando-os mutuamente, mecanismo mais profundo que os habitualmente descritos como trans e

contratransferências, que poderia conter igualmente uma vertente somática, sugerindo uma ligação profunda, quase telepática, entre o analista e o analisando.

Outros (Spence, 1984, citado por Shafter, 2000), assumem explicitamente a possibilidade de um tipo de interferência mais clara sobre a memória, como, por exemplo, a interferência da sugestão: «(...) the exact wording of a question by the analyst may have a powerful influence on the recollective experience of the patient.» (p.16).

O próprio Freud, após o período da teoria da sedução (1896) reconheceu - provavelmente um dos primeiros fazê-lo -, a possibilidade do paciente fabricar falsas memórias, e não apenas reproduzir memórias com distorções mais ou menos assinaláveis (Kihlstrom, 1998; Spanos, 2001). Daí poder Mansia (1981b) concluir que aquilo a que se pode aceder no decurso de uma análise - e aquilo a que é realmente essencial aceder - é ao passado emocional dos pacientes, não ao seu passado real, quiçá inacessível. É o passado emocional que se tenta reconstruir no sentido de criar uma hermenêutica do presente propiciadora de *insight* e despatologizadora das relações. Com isso poderíamos concluir com Ogden (1994) da importância do *aqui e do agora* no acontecer analítico. Se o passado é inacessível, apenas o presente resta, e é sobre esse que deve incidir o olhar analítico, procurando despatologizar a relação analista/analisando, relação semente que procura introduzir a virose da saúde em todas as outras igualmente tóxicas.

Claro que uma concepção mais ortodoxa confia na possibilidade de criar uma função analítica que possa fugir aos jogos intersubjectivos e que possa dominar os movimentos trans e contra-transferenciais (Kernberg, 1997). Contudo, a corrente intersubjectiva acima esboçada, de clara genealogia construtivista, mostra-nos, pela via da psicanálise, a relevância da prevenção epistemológica face às vivências dos sujeitos sob EMC na Psicoterapia Regressiva: Se a subjectividade do sujeito e a sua memória são suficientemente maleáveis em estado de vigília normal para se poder partir do princípio que dificilmente se poderá aceder à realidade do seu passado,

muito maior maleabilidade apresentará no EMC que caracteriza a Psicoterapia Regressiva aqui estudada. Como se viu,⁸ sob EMC o sujeito tem uma superior sugestionabilidade, podendo, graças isso, contorcer as suas memórias até as poder encaixar dentro, por exemplo, da expectativa do psicoterapeuta.

Assim, poderíamos concluir não ser estranha à psicanálise, particularmente ao movimento intersubjectivo, alguma da fenomenologia que ocorre na Psicoterapia Regressiva sob EMC, e algumas das hipóteses levantadas para a sua dilucidação crítica. Encontramos aí a clara consciência de que a mesma pode ser gerada pelo campo intersubjectivo entre psicoterapeuta e paciente - o Terceiro Analítico (Ogden, 1994) - campo intersubjectivo de largos matizes inconscientes (Aron, 1996).

Quanto às vivências claramente anómalas presentes na fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC, poderão ser apresentadas outras referências do universo psicanalítico que contribuam para a teorização das mesmas.

Dentro de uma perspectiva clássica (Coimbra, 2002) poderíamos dizer que parte das vivências anómalas corresponderiam ao retorno do reprimido, nomeadamente, de desejos recalcados que subiriam à consciência distorcidos por via, por exemplo, dos mecanismos oníricos. Essas vivências anómalas poderiam também corresponder a fantasias igualmente reprimidas, chegadas à consciência nas suas vestes originais ou igualmente *travestidas* pelas roupagens fabricadas pelos mecanismos de defesa, fantasias de fantasias.

Freud, em carta a Lou Andreas Salomé (Roudinesco & Plon, 1997), considera que algumas vivências dos pacientes – semelhantes a algumas descritas na fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC - seriam na sua essência reminiscências de processos arcaicos da história da humanidade, profundamente esquecidos, experiências arquétipicas do homem, difíceis de contextualizar e, como

⁸ Ver *A Memória sob Estado Modificado de Consciência* no capítulo *Memória, Verdade, e Psicoterapia*.

tal, dignas do epíteto de anômalas. Neste sentido quase se aproxima do conceito de *inconsciente colectivo* de um dos mais famosos dissidentes do movimento psicanalítico, Carl Jung (Perrot, 1997).

No *Moisés e o monoteísmo* (1939/1996), outra versão é apresentada, a de que este tipo de vivências anômalas corresponderia ao retorno de vivências muito precoces, intra-uterinas ou dos primeiros meses de vida, que retornariam com grandes deformações. Seriam, assim, vivências regressivas, tal como seriam regressivas, para Freud, as vivências de cunho místico presentes na história de todas as religiões, nomeadamente as vivências sob EMC espontâneo - caracterizadas, por aqueles que as experimentam, como experiências unitivas, de dissolução dos limites do eu, de fusão cósmica com o envolvente (Washburne, 1994; Epstein, 1996).⁹ Estas vivências, geralmente acompanhadas de estados de êxtase (DeRose, 2001), que algumas descrevem como os estados mais elevados de consciência que o homem pode experimentar (Saraswati, 1984, DeRose), são avaliadas pelo pai da psicanálise como regressivas, regressão a memórias intra-uterinas em que o feto vive banhado no líquido amniótico, sem consciência de um ego individualizado e em profunda interacção com a mãe, seu todo envolvente.

A Questão da Emoção

A presença da emoção na Psicoterapia Regressiva sob EMC foi anteriormente analisada no capítulo *Memória, Verdade e Psicoterapia*, na medida em que a mesma surge comumente associada às vivências de supostas memórias traumáticas ou

⁹ Embora não tenham recebido um lugar privilegiado na análise da fenomenologia, as experiências de tipo místico também podem ocorrer numa sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC

marcantes. Foi igualmente referida, na análise da técnica a propósito da abreacção e de outros aspectos. Contudo, a importância que a mesma tem no âmbito desta técnica psicoterapêutica e as questões que levanta, justificam a sua retoma no contexto desta Discussão.

A emoção associada a certas vivências de supostas memórias traumáticas ou marcantes, independentemente do valor terapêutico da ab-reacção, desempenha papel importante na atitude do par terapêutico face à vivência a que está associada: A de confirmação da verdade da memória associada a essa vivência.

Como vimos, não há prova de que semelhantes emoções permitam tal inferência confirmatória (Loftus & Ketcham, 1996; Spanos, 2001). A hipótese que aqui gostaria de discutir diz respeito à possibilidade de que o paciente, involuntariamente, *represente o sofrimento* em conformidade com as suas expectativas acerca do que é suposto decorrer na sessão psicoterapêutica.

Tal hipótese foi consistentemente formulada na forma de teoria por Spanos (2001), que a colocou sob a denominação de *perspectiva sóciocognitiva*. Em termos de engenharia psíquica, ela depende da possibilidade de que o psiquismo possa ir a memórias reais da emoção - emoções de medo, de raiva, de alegria -, e reactiva-las num contexto preciso, independentemente do conteúdo cognitivo a elas associado originalmente.

Tal possibilidade de utilizar a memória emocional independentemente do conteúdo cognitivo a ela associada originalmente, parece ser clara na arte da representação. De um ponto de vista meramente opinativo, podemos afirmar que os actores utilizam o repositório das suas emoções - as emoções, de certo modo, são universais -, re-apresentando-as no contexto da cena que estão a representar. Neste sentido lato o actor vivência de facto a emoção quando a re-apresenta, sendo as lágrimas que chora de natureza semelhante aquelas que na experiência original chorou. Uma análise hormonal, provavelmente - podemos especular - encontraria

semelhanças entre a experiência original e aquela que é, emocionalmente, o seu simulacro.

No contexto da psicoterapia tal hipótese é realmente credível. Vimos na análise da *síndrome das falsas memórias* o quanto falsas memórias de abuso podiam ser repetidamente visitadas, sem que se esgotasse a emoção a elas associada, antes de descobrindo novas situações de abuso que permitiam o re-experienciar das emoções até à exaustão ou à desagregação física e psíquica dos pacientes (Loftus & Ketcham, 1996). Igualmente se dá conta, noutros contextos psicoterapêuticos isentos do síndrome das falsas memórias, que certas emoções associadas a certas vivências - nomeadamente às da raiva - podem ser repetidamente estimuladas a se manifestarem, aparentando-se inesgotáveis e capazes de se reproduzir *ad-infinitum* (Descamps, Cazenave, Filliozat, 1990), contrariando a ideia tão cara às terapias psico-corporais como a bioenergética, de que as emoções associadas a um acontecimento traumático podem ser descarregadas, e precisam de o ser, para que o paciente possa resolver a sua problemática.

Esta hipótese da representação da emoção a pedido - da circunstância, do psicoterapeuta, das expectativas -, encontra um consistente suporte na investigação neurológica. Com efeito, Ledoux (2000) e Damásio (2000a) colocam consistentemente a hipótese de que a emoção não necessita da cognição para se manifestar, embora em muitos casos, como é óbvio, a cognição e a emoção estejam associadas. O relevante aqui é a hipótese de que tal dissociação seja possível. Assim, tudo indica que os centros neurológicos da emoção e da cognição a ela associada sejam diferentes, a primeira relativa a estruturas mais primitivas do encéfalo, a amígdala e o cíngulo, a segunda associada a áreas neocorticais de constituição mais recente.

Ledoux (2000), acentando em sólidos indícios, coloca mesmo a hipótese de que as estruturas mais antigas não necessitam de autorização das mais recentes para

ocorrer, nomeadamente, em situações associadas a vivências de stress. Assim, a manifestação das emoções primárias do medo e da raiva não necessitaria obrigatoriamente de nenhum suporte cognitivo associado para se manifestar. Podemos especular que este tipo de comportamento emocional, associado a situações de perigo, existe na espécie anteriormente ao aparecimento da consciência,¹⁰ e mantém a sua força para potenciar a possibilidade de sobrevivência em certas situações de perigo: A intervenção da área neocortical poderia atrasar uma resposta rápida da qual dependeria a sobrevivência (Ledoux).

Se associarmos a isto a hipótese colocada por Ledoux (2000) de que certas vivências traumáticas podem deixar apenas uma memória emocional por disfunção do hipocampo durante situações de stress intenso, disfunção que impediria a formação de memórias de longa duração, e que o medo fica marcado de modo indelével no cérebro, podemos então considerar como fundamentada a hipótese da possibilidade de dissociação entre emoção e cognição em contextos psicoterapêuticos.

Por outro lado, partindo igualmente da noção de que «(...) as emoções fornecem automaticamente ao organismo comportamentos orientados para a sobrevivência.» (Damásio, 2000b, p.77), podemos colocar também a hipótese de que as emoções também se manifestam quando há oportunidade para tal, nomeadamente as emoções primárias que sobrecarregam o psiquismo do paciente, partindo aqui do princípio de que podem existir emoções reprimidas e que é terapêutico libera-las. Assim, essas emoções poderiam ser vivenciadas, com a abreacção a elas inerente, independentemente do contexto subjacente, dependendo de um princípio organismico que tendesse para uma saudável homeóstasia.

¹⁰ O carácter tardio da consciência em relação a outras estruturas como a memória e a emoção, é defendido, por exemplo, por Damásia (2000b) e Ruíz Vargas (1994).

Com estas despreziosas hipóteses podemos encontrar uma teorização razoável que sirva de ponto de partida para futuras investigações na área, e que permita compreender o facto contra-intuitivo de que as falsas memórias ou memórias anómalas como as de existências pretéritas, abduções por extra-terrestres, etc., possam corresponder a emoções reais e factualmente mensuráveis (Simões, Barbosa, Gonçalves & alt., 1998; Sobrinho, Simões, Barbosa & alt., 2002).

Com isto se reforça a necessidade da absoluta prevenção epistemológica que deve presidir ao psicoterapeuta que assiste a fortes manifestações emocionais na sua prática clínica, obrigando ao princípio contra-intuitivo de colocar entre parênteses a verdade de certas vivências apesar de estar associada a elas uma forte descarga emocional.

Contudo, esta prevenção epistemológica necessária à suspensão dos juízos não nos deve levar a ignorar as possibilidades excepcionais da memória mas, pelo contrário, deve fazer parte dela e integra-la. As possibilidades excepcionais da memória, analisadas no capítulo *Memória, verdade e psicoterapia*, mostram-nos, com um grau de evidência suficiente, o quanto devemos manter em aberto a possibilidade de que as vivências dos pacientes, nomeadamente as mais precoces, ou mesmo as de supostas existências pretéritas, correspondam a acontecimentos reais. A possibilidade dessa correspondência deve ser mantida independentemente do facto dessas vivências corresponderem a memórias ou a actos cognitivo que não sabemos explicar à luz da evolução actual da ciência vigente. Parece indesmentível a capacidade do psiquismo sob EMC para reportar informações verdadeiras, sejam as mesmas relativas a um passado distante ou próximo, pessoal ou não.

O Carácter Psicoterapêutico da Psicoterapia Regressiva sob EMC

A Psicoterapia Regressiva sob EMC, como vimos na extensa apresentação da técnica, pode ser efectivamente colocada ao lado das outras psicoterapias breves, não tendo em si nenhuma conotação religiosa ou espiritual (Peres, 1996). Contribui para o seu estatuto psicoterapêutico o facto inequívoco de que existe, num número substancial de casos, uma parcial ou total remissão dos sintomas que levaram os pacientes à consulta. Importa então discutir brevemente, apenas para o estabelecimento de hipóteses teóricas de carácter meramente opinativo, assentes numa simples reflexão pessoal, as várias coordenadas dentro das quais tentar compreender o efeito efectivamente curativo da Psicoterapia Regressiva sob EMC para um número significativo de pacientes. Este mero carácter opinativo radica também no facto de ainda ser pouco claro, em termos de verificação experimental, o que cura na psicoterapia em geral.

A) A hipótese mais clara para a compreensão da melhoria sintomática que ocorre nos pacientes submetidos à Psicoterapia Regressiva sob EMC radica na libertação energética, na descarga emocional abreactiva, que ocorre durante as mesmas. Fenómenos semelhantes também parecem ocorrer com técnicas psicoterapêuticas que recorrem de modo sistemático à abreacção, como a bioenergética (Lowen, 1982) ou o grito primal. Estas técnicas partem do princípio que a libertação de emoções reprimidas, eventualmente conectadas a reais eventos traumáticos, é necessária ao bem-estar psico-orgânico do indivíduo em geral (Lowen). Nestes casos, poder-se-ia dizer que a Psicoterapia Regressiva sob EMC realiza um tipo específico de cirurgia psíquica, num processo complexo que inclui abertura, remoção e cicatrização de traumas emocionais encapsulados no psiquismo.

B) A segunda causa mais provável dos efeitos benéficos da aplicação da técnica poderá radicar numa efectiva produção de *insight*: O paciente entenderá efectivamente os padrões de comportamento inerentes à sua conduta problemática e essa compreensão será susceptível de produzir mudança. Nesse caso, o tipo de EMC ligeiro utilizado, em que o paciente se mantém plenamente consciente, deverá ser entendido como um meio particularmente eficaz de entrar nos núcleos traumáticos do paciente, de torná-los mais transparentes no tempo próprio de uma psicoterapia breve.¹¹

C) Em terceiro lugar na hierarquia de probabilidade das causas, há a contabilizar o efeito da programação neuro-linguística, particularmente evidente na técnica Peres. Com efeito, os pacientes ao procurarem uma decisão ou mandato associado à sua problemática, ao formularem uma redecisão, e ao grava-la no seu psiquismo através de técnicas de programação neuro-linguística, poderão estar aí a construir o seu processo terapêutico. Em termos neuro-linguísticos, associa-se à redecisão as sugestões de bem-estar que o psicoterapeuta induz após a mesma. Este é um claro factor a considerar, mesmo sem o tornar factor exclusivo.

D) O estado de relaxamento no qual decorre toda a Psicoterapia Regressiva sob EMC é outro dos factores a ter em conta para o seu sucesso. Ele não só induz um estado de bem-estar que em si é terapêutico, como abre a possibilidade de que o paciente aprenda a reproduzi-lo na sua vida diária, reduzindo substancialmente os níveis de stress habituais.

¹¹ Como vimos, as técnicas regressivas sob EMC podem igualmente ser utilizadas em psicoterapias de longa duração. Ver *Parte II, Duração*.

E) Deve-se igualmente reservar uma hipótese para o efeito placebo: É razoável considerar que, para o paciente, a convicção de que se descobriu a causa da sua problemática patológica e patologizante, e que se descarregou a emoção traumática a ela associada, é razão suficiente para dar origem uma espécie de efeito placebo a nível psicológico que desencadeie a remissão sintomática. Esta hipótese é particularmente aceitável se partirmos do princípio de que as vivências anómalas ou bizarras do paciente, como as relativas a supostas existências pretéritas ou a abduções por extra-terrestres, são pura criação ficcional.

F) Como última – e certamente não se terão esgotado todas as hipóteses -, há ainda a considerar a possibilidade de que o simples envolvimento com um processo psicoterapêutico seja o suficiente para desencadear as melhoras do paciente, fenómeno que a ser efectivo seria concomitante à maioria das psicoterapias efectivamente presentes na actualidade.

Com este esboço pretendeu-se alargar o âmbito da reflexão sobre a Psicoterapia Regressiva sob EMC realizada nesta Discussão, traçando coordenadas para uma futura teorização e investigação apropriada.

Conclusões

Algumas conclusões são passíveis de retirar desta investigação e estudo sobre a Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência.

A) De acordo com o discutido nesta secção final, apenas podemos especular sobre a natureza dos mecanismos psíquicos envolvidos na vasta e diversificada fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC.

Da psicologia clínica à psicanálise, passando pelo trabalho parapsicológico sobre as possibilidades excepcionais da memória, verificamos que os fenómenos são conhecidos e foram devidamente observados, que sobre eles já se realizou teorização, mas que ainda nos encontramos na ausência de uma teoria geral do psiquismo que os englobe e explique as vivências anómalas da consciência. Não há uma teoria aceite como paradigma (Kuhn, 1984), paradigma que conduza ao desenvolvimento de investigações subsequentes que produzam uma massa crítica de evidências que permita a constituição de um modelo comumente válido em função da sua evidente probabilidade (Popper, 1982).

B) Independentemente do facto de nos encontrarmos na ausência de um modelo paradigmático de carácter teórico e experimental que nos permita explicar e investigar com racional suficiente a fenomenologia da Psicoterapia Regressiva sob EMC, não devemos colocar em causa a sua indelével utilidade psicoterapêutica no contexto das psicoterapias breves, com abertura para a sua inclusão em psicoterapias de longa duração, em evidente coadjuvação com outras técnicas psicoterapêuticas.

A clareza dos dados de que dispomos parece ser inequívoca, não contabilizando, neste caso, a possibilidade de má-fé: Tanto no estudo conduzido por

Clark (1995) nos EUA, quanto no estudo apresentado nesta tese de mestrado, os psicoterapeutas que responderam ao questionário, com uma média de onze anos de prática nos EUA e de 4,8 anos de prática em Portugal, são inequívocos quanto às suas possibilidades psicoterapêuticas. A mesma tônica é encontrada em toda a literatura consultada. Ainda que não possamos dispor dos dados que nos permitam compreender o que permite a remissão sintomática - algumas hipóteses foram sumariamente esboçadas na *Discussão geral* -, a sua efectividade não deve ser questionada. Também é conclusiva a utilidade da técnica a nível das patologias orgânicas, pelo menos como terapia coadjuvante de doenças do foro psicossomático e, em geral, como instrumento de auto-conhecimento.

C) Na Psicoterapia Regressiva sob EMC, como em qualquer psicoterapia, devemos ter a clara noção, como pano de fundo, da impossibilidade de alcançar o conhecimento da verdadeira natureza das nossas memórias e do mecanismo do esquecimento que nos impede de ter o pleno acesso a elas. São criações da totalidade do nosso psiquismo, criação de criações à medida que o tempo passa e sucessivamente as recordamos de modo algo diferente, ou são entes mentais guardados num depósito mais ou menos inviolável a que chamamos de memória?

Não o podemos saber e a possível resposta provisória é a que contempla as três possibilidades desta questão, ainda que não em simultâneo:

- a) algumas memórias podem corresponder a recuperações relativamente fidedignas do passado;
- b) algumas «memórias» são falsas memórias, puras criações imaginárias que não correspondem à realidade da experiência;
- c) algumas memórias são recriações do vivenciado suportadas por um material efectivamente recuperado dos arquivos mnemónicos que corresponde à realidade do vivido.

A recriação efectuada com base nessa matriz real pode alterar em alguns pormenores ou mesmo em alguns aspectos relevantes a verdade da experiência, mas o quadro geral pode ser verdadeiro. Neste sentido ficaríamos próximos da proposta de Bartlett, considerando que o factor de recriação conteria as variáveis contextuais inerentes à situação, ao «momento» daquele que narra uma memória, acrescida das variáveis inerentes às recordações anteriores daquela memória que, por sua vez, se depositaram nos arquivos da memória a alterar a memória inicial.

Estas três possibilidades que qualquer evocação mnemónica contém não nos libertam da atitude crítica de *suspeita* face à mesma e apenas reforçam a necessidade de alargar o espaço interno dedicado à dúvida e intensificam o *alerta epistemológico*. De um ponto de vista prático podemos ater-nos à proposta de Mansia no contexto da análise (1981), corroborada certamente por outras (Ogden, 1994, por exemplo), de que não nos devemos centrar na realidade do passado histórico do paciente, mas na realidade do passado emocional trazido à sessão. Esse é real, permite alguma reconstituição, e o trabalho sobre ele será sempre útil.

D) De um ponto de vista puramente epistemológico, o essencial para a Psicoterapia Regressiva sob EMC, como para qualquer outra psicoterapia, é a consonância com os modelos teóricos adoptados. Sabendo que, em princípio, nenhuma psicoterapia é realizada fora de um modelo teórico, e que em psicologia podemos fazer uma clivagem entre as posturas teóricas acerca da possibilidade de conhecer o real psicológico,¹² a questão depende da capacidade de ser coerente com a resposta escolhida.

Se optarmos por um modelo positivista mais ou menos crítico - tematizado no conceito de *correspondência* (Hanly, 1990; Dunn, 1995), que enuncia a possibilidade

¹² Ver *Memória, Verdade e Psicoterapia..*

de produzir enunciados a respeito da realidade psíquica que correspondem ao acontecido - então deve haver abertura epistemológica para aceitar as produções mnemônicas como eventualmente verdadeiras. Se, pelo contrário, se optar por um posicionamento que embeba os seus fundamentos no modelo teórico do *construtivismo*, essa possibilidade deve ser afastada. Com efeito, o máximo a que pode almejar o discurso que se realiza na psicologia em geral e em ambiente psicoterapêutico em particular, é elaborar uma estrutura coerente, sem contradições internas, entre todos os seus elementos, que apenas se apresente como tal, e nunca com a pretensão a alguma forma de objectividade. Deste modo, a possibilidade de que alguma produção mnemônica seja mais do que um construto circunstancial com validade objectiva relativamente ao passado que supostamente deveria relatar, é liminarmente afastada.

Contudo, é possível a opção por uma posição intermédia, a do *perspectivismo realista intersubjectivo* (Orange, 1992), que considera a possibilidade de encontrar conteúdos mnemônicos verdadeiros, mas verdadeiros segundo uma determinada perspectiva, a inerente às circunstâncias que deram origem à emersão desses conteúdos, e que através desse filtro os matizaram.

E) O conhecimento de que dispomos da antropobiologia evolutiva e das neurociências permitem-nos *colocar a hipótese de não serem recuperáveis de modo explícito as memórias de algumas vivências traumáticas* por mais que as mesmas pareçam fazer sentir o seu efeito pela contaminação do psiquismo.

Sabemos, pela história da evolução, que a memória antecedeu em muito o aparecimento da consciência; sabemos que ainda hoje a memória tem uma dimensão implícita e uma dimensão explícita. Então nada nos pode obrigar a afirmar que podemos recuperar explicitamente todas as nossas memórias relevantes, mesmo que em processo psicoterapêutico.

Ledoux (2000) afirma mesmo, em função do anterior, que o actual estado dos conhecimentos nem nos permite dizer se parte dos estados ansiosos, por exemplo, têm causa traumática, tal como não podemos dizer que toda a depressão tem uma estrutura de personalidade subjacente ou um acontecimento de que ela é um estado reactivo. Tão pouco podemos dizer que certas amnésias correspondem a mecanismos repressivos de defesa do eu, mas podem resultar de disfunção do hipótalamo que, a nível explícito, dificultaria ou impediria a formação de memórias – as implícitas poderiam estar presentes e mesmo profundamente actuantes.

Em suma, *não há validade absoluta para o princípio da arqueologia da memória* que preside a muitas psicoterapias – tantas as regressivas sob EMC quanto as de inspiração dinâmica - e é aceitável e mesmo aconselhável não erigir a mesma em etapa indispensável de um processo psicoterapêutico.

F) Contudo, a conclusão anterior não deve impedir que a psicoterapia em geral continue a ser, parcialmente, *psicoterapia da memória*. A concepção de que a psicoterapia é psicoterapia da memória é extensível à maior parte das terapias, mesmo as comportamentais. Estas últimas são psicoterapias da memória na medida em que muitas das suas técnicas psicoterapêuticas – a dessensibilização, por exemplo – pretendem alterar a resposta emocional padrão a um determinado fenómeno que terá ficado registado traumáticamente na memória do paciente. As psicoterapias de inspiração mais ou menos dinâmica são-no igualmente, na medida em que tentam trazer *insight* sobre o passado, curar um eu que depende de uma memória autobiográfica (*eu sou o que fui*), etc. Ferenczi, por exemplo, reflecte através do seu conceito de memórias sem conteúdo – os *engramas* – sobre a importância de articular através da linguagem aquilo que permanece sem lugar no discurso, de eliminar os «buracos negros» da memória (Bertrand, 1994) – o que não deixa de ser verdadeiro apesar das limitações apontadas. Williams (1992), no *Handbook of Emotions and Memory*, aponta a comprovada importância clínica das operações de

repescagem mnemónica das experiências não depressivas – como parte da terapêutica das depressões - e das memórias apaziguantes e securizantes na terapêutica das perturbações da ansiedade.

Há então inequivocamente lugar para uma psicoterapia da memória, que não seja, contudo, obtusa em relação às limitações da sua absoluta arqueologia.

G) De substancial relevância é a conclusão de que qualquer ensejo de psicoterapia da memória pode sofrer o enviesamento do quadro teórico ou conceptual do psicoterapeuta através da *sugestão* por ele facultada, do contexto em que a mesma é realizada, das expectativas do paciente, das tarefas pedidas, etc. (Spanos, 2001). Como tal, a *prevenção epistemológica* deve ser aqui radical, para não nos depararmos com *édipos à força*, violências sexuais, abduções, rituais satânicos e de supostas existências pretéritas condimentadas e cozinhadas em divãs psicoterapêuticos. Evitaremos assim, com essa suspeição esclarecida, parte substancial dos percursos que conduzem inequivocamente ao *síndrome das falsas memórias*.

A periculosidade da sugestão e dos processos concomitantes ou próximos é dupla na psicoterapia em geral, e na regressiva sob EMC em particular – já que o paciente está mais desprotegido em relação a ela - porque muitos psicoterapeutas não só a utilizam como são crédulos em relação às memórias que os seus pacientes produzem a partir delas, particularmente se as mesmas forem acompanhadas por significativas manifestações emocionais (Loftus & Ketcham, 1996; Schacter, 2000).

Em suma, a sugestão e processos afins tem muitos e intrincados caminhos, e deve ser prevenida atentamente em qualquer psicoterapia que tenha o ensejo de realizar alguma forma de psicoterapia da memória.

H) A psicoterapia da memória está submetida ao princípio da causalidade e deve igualmente prevenir-se quanto a ele. O modo racional de conhecer a natureza, que

parte dos efeitos para as causas e explica as primeiras pelas últimas, é naturalmente aplicada à compreensão dos fenômenos psicológicos. Tal leva-nos quase irresistivelmente a procurar no passado a explicação para o presente. Como vimos, esse intento pode não ser possível – os estados psicológicos podem não ter conteúdo explícito subjacente a nível da memória, ou não ter uma causa vivencial radicada no passado – e como tal a prevenção epistemológica deve ser estabelecida quanto a ele. Não porque possam existir fenômenos sem causa, mas porque ela pode estar muito para lá do que foi e é o passado do paciente.

I) Como conclusão final, é aceitável afirmar que parece demonstrada uma convicção do autor deste estudo, a de que o fenômeno humano da memória em geral, da memória em psicoterapia e, particularmente, da regressão de memória através da utilização de EMC, é demasiado complexo e ainda demasiado desconhecido para permitir qualquer atitude simplista ou inocente em relação a ele e a toda a sua fenomenologia. Como tal, o espírito crítico informado, a prevenção e esclarecimento dos psicoterapeutas são indispensáveis. Parece inultrapassável a noção de que *algumas dimensões da psicoterapia nunca poderão ser arqueológicas*, e que a memória e as suas reais ou supostas recordações terá que ser usada como simples meio, como mero instrumento da difícil, complexa e quase impensável tarefa que é a psicoterapêutica.

Recomendações

Quatro breves recomendações:

A) Urge a realização de mais investigação na área da aplicação psicoterapêutica de Estados Modificados de Consciência, particularmente no contexto da Psicoterapia Regressiva. Disso deram conta os psicoterapeutas licenciados que responderam ao questionário. Por outro lado, a efectividade da mesma a nível psicológico e psicossomático justifica esta recomendação. Uma maior investigação permitiria compreender melhor os mecanismos inerentes à Psicoterapia Regressiva sob EMC, ampliar a sua aceitação académica, e a sua divulgação junto dos profissionais da Saúde Mental, com benefícios para o panorama da Saúde em geral.

B) A formação adequada dos profissionais da área da Saúde Mental interessados na aplicação da Psicoterapia Regressiva sob EMC deve ser implementada, de modo a evitar que a mesma seja utilizada de modo irresponsável, com desconhecimento dos riscos que lhe são inerentes, prejudicando, em última análise, a saúde mental dos que a procuram.

C) Em consonância com a recomendação anterior, deve ser criada uma estrutura institucional que tenha credibilidade para validar a prática dos psicoterapeutas que pretendam aplicar a Psicoterapia Regressiva sob EMC, através da emissão de um certificado, ou equivalente, reconhecidamente válido, que ateste a qualidade da sua formação na área.

D) Por último, é inteiramente recomendável a aceitação académica da Psicoterapia Regressiva sob EMC e a sua integração dentro das psicoterapias breves.

A mesma, em termos estritamente técnicos, não tem conotação religiosa ou espiritual, possuindo as mesmas características de cientificidade que outras técnicas psicoterapêuticas, devendo, claramente, ficar sob a jurisdição da Psicologia enquanto ciência humana.

A sua ostrazição remete para as franjas do preconceito, sendo inaceitável em ciência, e terá as devidas consequências no estado da saúde mental e no conhecimento do psiquismo humano em geral.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agee, D. (1986). Edgar Cayce on ESP. In H. Cayce (Ed.), *The Edgar Cayce collection* (pp. 391-532). Nova Iorque: Wings Books.

Aïvanhov, O. (1987). *A chave essencial para resolver os problemas da existência* (trad. portuguesa). Lisboa: Prosveta.

Alcock, J. (1998). *The evolution of human behavior*. Massachusetts, USA: Sinaner.

Altman, I., & Rogoff, B. (1987). World views in psychology: Trait, interaccional, organismic and transactional perspectives. In D. Stokols, & I. Altman, *Handbook of Environmental Psychology* (pp.7-29). Nova Yorque: John Wiley.

American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (trad. portuguesa, 4ª edi.). Lisboa: Climepsi.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds. Mutuality in psychoanalysis*. Londres: The Analytic Press.

Bachelard, G. (1984). *A filosofia do não. Filosofia do novo espírito científico*. Lisboa: Presença.

Baddeley, A.D. (1999). *Essentials of human memory*. East Sussex, GB: Psychology Press.

Baldwin, W. (1996). Differential diagnosis in spirit releasement therapy. *The Journal of Regression Therapy*, X, 1, 73-81.

Barbell, S. (1994). The healing qualities of past life integration. *The Journal of Regression Therapy*, VIII, 1, 65-71.

Barnier, A., & McConkey, K. (1992). Reports on real and false memories: The relevance of hypnosis, hypnotizability, and context of memory test. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 3, 521-527.

Benjamin, J. (1999). Recognition and destruction: an outline of intersubjectivity. In S.A. Mitchell, & L. Aron, *Relational Psychoanalysis. The Emergence of a Tradition*. Hillsdale: The Analytic Press.

Bertrand, J. & Charleston J. (1995). Spiritual nomads: Research into past lives. *The Journal of Regression Therapy*, LX, 1, 30-35.

Bertrand, M. (1994). Des fragments de la réalité disparue: Comment faire que le temps passe? *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 763-770.

Bolduc, H. (1989) Induction to childhood: Principles of induction and transformation. *The Journal of Regression Therapy*, IV, 1, 14-21.

Bolduc, H. (1995). Forgiveness as a therapeutic tool. *The Journal of Regression Therapy*, LX, 1, 60-64.

Brandão, A. J. (1985). Prefácio. In M. Heidegger, *Carta sobre o Humanismo* (pp. 9-23). Lisboa: Guimarães Editores.

Broughton, R. (1986). Human consciousness and sleep/waking rhythms. In B. Wolman, & M. Ullman, *Handbook of States of Consciousness* (pp.461-484). Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company Inc.

Brown, R. (1991). The reincarnation of James. The submarine man. *The Journal of Regression Therapy*, V, 1, 62-71.

Budzynski, T. (1986). Clinical applications of non-drug-induced states. In B. Wolman, & M. Ullman, *Handbook of States of Consciousness* (pp.428-460). Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company Inc.

Rodrigues, L. (1998). *Introdução à filosofia*. Lisboa: Plátano.

Capra, F. (1976). Modern physics and eastern mysticism. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 8, 1, 20-40.

Carrington, P. (1986). Meditation as an access to altered states of consciousness. In B. Wolman & M. Ullman, *Handbook of states of consciousness* (pp.487-523). Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold.

Caldas, A.C. (1999). *A herança de Franz Joseph Gall. O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: Mcgraw-hill.

Chamberlain, D. (1998). *The mind of your newborn baby*. Berkeley, California: North Atlantic Books.

Cladder, J.M. (1986). Past-Life Therapy with difficult phobics. *The Journal of Regression Therapy*, II, 1, 81-89.

Clark, R. (1994). Past-Life Therapy research project. Part II. *The Journal of Regression Therapy*, VIII, 1, 25-29.

Côrtes, C., & Moraes, R. (2002, 5 de Julho). De volta ao passado. *Isto É*.

Costa Freitas, M. (1992). Verdade. *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, 5, 441- 448.

Craig, R. J. (1991). O Processo clínico de entrevista. In R. Craig (Ed.), *Entrevista Clínica e Diagnóstica* (trad. brasileira, pp. 25-43). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

Christianson, S.-A. (1992). Remembering emotional events: Potential mechanisms. In S.-A. Christianson (Ed.). *The Handbook of Emotion and Memory*. New-Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, págs. 307-339.

Cunningham, J. (1992). Regression therapy as a valid approach in treating obesity: A case study. *The Journal of Regression Therapy*, VI, 1, 42-47.

Damáσιο, A. (2000a). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano* (trad. portuguesa, 20ª ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.

_____ (2000b). *O Sentimento de si. O Corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (trad. portuguesa, 6ª ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.

Darwin, C. (s.d.). *A Origem das espécies* (trad. portuguesa). Porto: Livraria Chardron.

Denning, H.(1986). Philosophical assumptions underlying Past-life Therapy. *The Journal of Regression Therapy*, 2, 1, 67-72.

_____ (1987). Dialogue with cancer. *The Journal of Regression Therapy*, II, 2, 93-99.

_____ (1988). Rescripting: An opinion. *The Journal of Regression Therapy*, III, 1, 42-46.

_____ (1988). Guilt: Facilitator and inhibitor in the growth of the soul. *The Journal of Regression Therapy*, III, 2, 7-16.

_____ (1993). Altered states of consciousness: A technique for healing the body. *The Journal of Regression Therapy*, separata.

DeRose, A. (1995). *Yôganidrá, muito mais que relaxamento*. São Paulo, Brasil: Uni-Yôga.

DeRose, M. (2000a). *Yôga Sutra de Pátañjali*. São Paulo: Uni-Yôga.

_____ (2000b). *Hiper orgasmo. Uma via tântrica*. São Paulo: Uni-Yôga.

_____ (2001a). *Faça Yôga antes que você precise*. São Paulo: Uni-Yôga.

_____ (2001b). *Yôga. Mitos e verdades*. São Paulo: Uni-Yôga.

Descamps, M-A. (1999). *Le rêve éveillé*. Meschers, França: Bernet-Danilo.

Descamps, M-A., Cazenave, M., & Filliozat, A-M. (1990). *Les Psychothérapies transpersonnelles*. Lavaur, França: Trismégiste.

Dethlefsen, T. (1997). *A Regressão a vidas Passadas como método de cura* (trad. brasileira). São Paulo: Pensamento.

Dilthey, W. (1984). Origens da hermenêutica. In R. Magalhães, (Ed.) *Textos de hermenêutica* (trad. portuguesa, pp.147-203). Rés: Porto

Dittrich, A. (1996). Basic dimensions of altered states of consciousness, their correlation with brain metabolism patterns, and the prediction of interindividual

reaction differences . *In Aquém e Além do Cérebro. 1º Simpósio da Fundação Bial.* (pp. 69-92). Porto: Fundação Bial

DuBreuil, S., Garry, M., & Loftus, E. (1998). Tales from the crib. Age regression and the creation of unlikely memories. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp.137-162). Nova Iorque: The Guilford Press.

Dunlap, D.M., (1986). Past-Life therapy and arthritis. *The Journal of Regression Therapy, I, 1*, 48-49.

Dunn, J. (1995). Intersubjectivity in psychoanalysis: A critical review. *The International Journal of Psycho-Analysis, 76 (4)*, 723-738.

Feuerstein, G. (2001). *A tradição do Yoga. História, literatura, filosofia e prática* (trad. brasileira). São Paulo: Pensamento.

Findeisen, B. (1987). The psyche and the body: Partners in healing. *The Journal of Regression Therapy, I, 1*, 27-31.

Fiori, E. (s.d.). *Já vivemos antes*. Lisboa: Publicações Europa-América.

Fiori, E.(1986). Past-life therapy Reexamined. *The Journal of Regression Therapy, I, 1*, 50-53.

Freedman, T.B., (M.A..) «*Two Different Uses of Past-Life Report Therapy: Synopsis of a Master's Thesis*» in *The Journal of Regression Therapy*, 1987, vol.1, nº1, págs.54-56

Freedman, T.B., (M.A..) «*Past Life for Phobias: Patterns and Outcome*», in *The Journal of Regression Therapy*, 1995, Vol.IX, nº1, págs.20-29

Freud, S. (1939/1996). *Moisés e o Monoteísmo* (trad. brasileira). Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1998). *Artigos sobre hipnotismo e sugestão. A psicoterapia da histeria* (trad. brasileira). Rio de Janeiro: Imago.

Fuqua, E. (1989). Using Past-Life Concepts in Child Therapy. *The Journal of Regression Therapy*, IV, 1, 53-59.

Gamito, L. (1988). A psicoterapia comportamental como psicoterapia breve. *Psicologia*, VI, 11-16.

Geiselman, R., Fisher, R., MacKinnon, D. & Holland, H. (1985). *Journal of Applied Psychology*, 70, 2, 401-412.

Gilula, M.F. (1987). Past-Life recall while running. *The Journal of Regression Therapy*, II, 2, 128-131.

Givens, A. (1991). The Child is Innocent: Identify and Resolve Child Abuse by Going Into Past Lives: Part II. *The Journal of Regression Therapy*, V, 1, 36-47.

Godoy, H.P. (1990). Relação terapeuta/cliente. In L. Pincherle (Ed.), *Terapia de vida passada. Uma abordagem profunda do inconsciente* (pp. 131-138). São Paulo: Summus

Goldberg, B. (1999). *A cura da alma. Vidas passadas – vidas futuras* (trad. portuguesa). Lisboa: Estampa.

Goleman, D. (1999). *A arte da meditação* (trad. brasileira). Rio de Janeiro: Sextante.

Green, E. e Green, A. (1986). Biofeedback and states of consciousness. In B. Wolman, & M. Ullman (Eds), *Handbook of States of Consciousness* (pp.553-589). Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company Inc.

Grof, S. (1998). *Psicologia Transpessoal. Nascimento, muerte e transcendencia em psicoterapia* (trad. espanhola, 3ª edi.). Barcelona: Kairós

_____ (1999). *La mente holotrópica. Los niveles de la conciencia humana* (trad. espanhola; 2ª edi.). Barcelona: Kairós .

Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin, & Y. Lincoln (1994), *Handbook of qualitative research*, pp.105-117. California: Sage Publications.

Hanly, C. (1990). The concept of truth in psychoanalysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 71 (3), 375-383.

Hansen, P. (1992). Critical skills for Past Life Therapy. *The Journal of Regression Therapy*, VIII, 1, pp. 5-9.

_____ P. (1994). PLT: A multi-modal therapy. *The Journal of Regression Therapy*, VIII, 1, 36-40.

Hannoun, R. (1980). *A atitude não-directiva de Carl Rogers* (trad. portuguesa). Lisboa: Livros Horizonte.

Haraldsson, E. (2000). Children who claim to remember a previous life. Is there a psychological explanation? In *Aquém e Além do Cérebro. 1º Simpósio da Fundação Bial*. (pp. 139-158). Porto: Fundação Bial.

Haraldsson, E., & Samararatne, G. (1999). Children who speak of memories of a previous life as a buddhist monk: Three new cases. *Journal of the Society for Psychical Research*, 63, 857, 268-291.

Hickman, I. (1987). Hypnosis and healing. *The Journal of Regression Therapy, I*, 1, 32-34.

_____ (1989). Principles and techniques of regression to childhood. *The Journal of Regression Therapy, IV*, 1, 8-13.

Hirt, E.R., McDonald, H.E., & Markman, K.D (1998). Expectancy effects in reconstructive memory: When the past is just what we expect. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp. 62-89). Nova Iorque: The Guilford Press.

Hobson, J. (2001). *The dream drugstore. Chemically altered states of consciousness*. Cambridge: Bradford.

Hoffman, A. (1993). Past Life induced anorexia: A case study. *The Journal of Regression Therapy, VII*, 1, 94-96.

Hughes, D.J. (1992). Differences between trance channeling and multiple personality disorder on structured interview. *The Journal of Transpersonal Psychology, 24*, 2, 181-192.

Huxley, A. (1954). *The doors of perception* (3ª ed.). Londres: Chatto & Windus.

Instituto Nacional de Terapia de Vivências Passadas (s.d). *Ficha clínica, psicológica e psiquiátrica para TRVP*. (Disponibilizado por: Instituto Nacional de Pesquisa e Terapia Regressiva Vivencial Peres, rua Maestro Cardim, 887, CEP 01323-001, São Paulo, Brasil).

Jacob, A. (1984). *Introdução à filosofia da linguagem*. Porto: Rés.

James, R.T. (1995). Verifiable Past Lives: Readily available. *The Journal of Regression Therapy, LX*, 1, 7-19.

Jeffrey, F. (1986). Working in isolation: States that alter consensus. ». In B. Wolman, & M. Ullman, *Handbook of states of consciousness* (pp.249-285). Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company Inc.

Jolivet, R. (1975). *As doutrinas existencialistas. De Kierkegaard a Sartre*. Porto: Livraria Tavares Martins.

Jong, M. (1992). Agoraphobia: Trauma of a lost soul?. *The Journal of Regression Therapy*, VI, 1, 37-41.

Jue, R.W. (1986). Past-life therapy: Assumptions, stages and process. *The Journal of Regression Therapy*, I, 1, 9.

_____ (1988). Defining professional relationships in Past-Life therapy. *The Journal of Regression Therapy*, III, 1, 8-11.

_____ (1996). Contributors. Ronald Wong Jue, Ph.D. In W. Lucas (Ed.), *Regression therapy. A handbook for professionals*. (Vol. 1, pp. 155-183). Crest Park, CA: Deep Forest Press.

_____ (1996). Past-life therapy. In B. W. Scotton, A. B. Chinen, & J.R. Battista, *Textbook of transpersonal psychiatry and psychology*, pp. 377-388. Nova Iorque: HarperCollins.

Kaisch, K. (1988). Rescripting: A family of therapeutic techniques. *The Journal of Regression Therapy*, III, 1, 26-31.

Kant, E. (1781/1985). *Crítica da razão pura* (trad. portuguesa). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

_____ (1784/1988). *A Paz Perpétua e Outros Opúsculos* (trad. portuguesa). Lisboa: Edições 70.

Kardec, A. (1994). *O livro dos espíritos*. São Paulo, Brasil: Instituto de Difusão Espírita.

Kernberg, O. F. (1997). The nature of interpretation: Intersubjectivity and the third position. *The Annual of Psychoanalysis*, XXV, 97-110.

Kihlstrom, J. (1998). The exhumed memory. In S. J. Lynn, & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp. 3-31). Nova Iorque: The Guilford Press.

Klimo, J. (1998). *Channeling. Investigations on receiving information from paranormal sources*. Berkeley: North Atlantic Books.

Kloppenburger, B. (1984). Espiritismo. *Enciclopédia Luso-brasileira de Cultura* (1240-1243). Lisboa: Verbo.

Krippner, S., (1987). Folk healing traditions and Past-Life therapy. *The Journal of Regression Therapy*, II, 2, 81-84.

_____ (1992). Estados alterados de consciência. In J. White (Ed.), *La experiencia mística. Y los otros estados de consciencia* (5ª ed., pp. 23-37). Barcelona: Kairós.

_____ (1996). Parapsychological studies and the human brain. In *Aquém e Além do Cérebro. 1º Simpósio da Fundação Bial* (pp. 126-144). Porto: Fundação Bial.

Krippner, S., Jaeger, C & Faith, L. (no prelo). Conteúdo espiritual de sonhos: Identificação e utilização. In M. Simões, M. Resende & S. Gonçalves. *Psicologia da consciência. Pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal*. Lisboa: Lidel.

Kuhn, T.S. (1984). *La estructura de las revoluciones científicas* (9ª ed., trad. espanhola). Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Lajoie, D.H., & Shapiro (1992). Definitions of transpersonal psychology: The first twenty-three years. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 24, 1, 79-91.

Lamb, B. (1990). Two cases Of spontaneous regression. *The Journal of Regression Therapy*, IV, 2, 54-58.

_____ (1995). Extra-terrestrial contact experiences: How regression therapy can help. *The Journal of Regression Therapy*, IV, 1, 86-99.

Lapassade, G. (1987). *Les états modifiés de conscience*. Paris: Puf.

Laurence, J.R., Day, D., & Gaston, L. (1998). From memories of abuse to the abuse of memories. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp. 323-348). Nova Iorque: The Guilford Press.
(Eds.)

Lauzun, G. (1974). Sigmund Freud (trad. portuguesa). Lisboa: Círculo de Leitores.

Leary, T. (1995). *Surfing the conscious nets*. EUA: Last Gasp.

Leary, T., Metzner, R., Alpert, R. (1964/1995). *The psychedelic experience. A manual based on the Tibetan Book of the Dead*. Nova Iorque: Citadel Press.

LeDoux, J. (2000). *O Cérebro emocional. As misteriosas estruturas da vida emocional*. Lisboa: Pergaminho.

Lindsay, D.S (1998). Depolarizing views on recovered memory experiences. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp. 481-494). Nova Iorque: The Guilford Press.

Loehr, F. (1987). Healing the dying: Contributions to thanatology. *The Journal of Regression Therapy, I*, 1, 38-41.

Loftus, E. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist, 48*, 5, 518-537.

Loftus, E., & Ketcham, K. (1996). *The myth of repressed memory. False memories and allegations of sexual abuse* (2ª ed.). Nova Iorque: St Martin's Press.

Lowen, A. (1982). *Bioenergética* (8ª ed., trad. brasileira). São Paulo, Brasil: Summus.

Lucca, E.G., & Possato, A. (1998). *A Evolução da terapia de vida passada*. São Paulo: Roka.

Lucas, W. (1989). Mind mirror research on the retrieval of past lives. *The Journal of Regression Therapy, IV*, 1, 60-71.

Lucas, W. (1987). Spontaneous Remissions. *The Journal of Regression Therapy, II*, 2, 109-114.

Lukoff, D. (1985). The Diagnosis of Mystical Experiences with Psychotic Features. *The Journal of Transpersonal Psychology, 17*, 2, 155-181.

Lynn, S. J., & McConkey, K. M. (1998). Preface. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp.ix-xv). Nova Iorque: The Guilford Press.

Mack, J. E. (1994). *Sequestro. Encontros com extra-terrestres*. Lisboa: Planeta.

Malinoski, P., Lynn, S.J., & Sivec, H. (1998). The assessment, validity, and determinants of early memory reports: A critical review. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp. 109-136). Nova Iorque: The Guilford Press.

Maluf, M.C. (1990). A reencarnação do ponto de vista científico. In L. Pincherle (Ed.), *Terapia de vida passada. Uma abordagem profunda do inconsciente* (pp. 165-192). São Paulo: Summus.

Mancia, M. (1981a). *No olhar de Narciso. Ensaio sobre a memória, o afecto e a criatividade* (trad. portuguesa). Lisboa: Escher.

_____ (1981b). On the beginning of mental life in the foetus. *International Journal of Psychoanalysis*, 62, 351-357.

Marques, M. E. (1999). *A Psicologia clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climépsi.

Maslow, A. (1995). *El hombre autorealizado. Hacia una psicología del Ser* (11ª edi., trad. espanhola). Barcelona: Kairós.

Matos, A.C. (sd). A Propósito da contratransferência e da transferência. *Jornal do Médico*. Lisboa.

_____ (1984). Da depressão à psicanálise. *Saúde Mental*, número especial de homenagem a João dos Santos, 45-46

_____ (1985). A Contratransferência como resistência do analista e como material do processo analítico. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 2, 25-42.

_____ (2002, Julho). *Metáforas do inconsciente*. Conferência apresentada no I Curso Pós-graduado em Terapia por Reestruturação Vivencial e Cognitiva da Faculdade de Medicina de Lisboa.

McClelland, J.L. (2000). Constructive memory and memory distortions: A parallel-distributed processing approach. In D.L. Schacter (eds.), *Memory distortion: How minds, brains, and societies reconstruct the past* (3ª ed., pp. 69-90). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

McGarey, W., & Carter, M. (1986). Edgar Cayce on healing. In H. Cayce (Ed.), *The Edgar Cayce collection*, (pp. 153-259). Nova Iorque: Wings Books.

Mehl, L. (1987). Improvement of Diabetes in Conjunction With Regression Therapy. *The Journal of Regression Therapy*, II, 2, pp. 100-104.

Mendes, E. (1976). *Personalidade intrusa. Parapsicologia clínica I*. Bahia, Brasil: edição do autor.

_____ (1980). *Psicotranse: Terapia dos distúrbios mentais e psicossomáticos*. S. Paulo: Pensamento.

Metzner, R. (1996). The Buddhist Six-Worlds Model of Consciousness and Reality. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 28, 2, 155-166.

Miller-Dunlap, D. (1988). Karmic Patterns in Family Relationships. *The Journal of Regression Therapy*, III, 1, 17-21.

Moody, R. (1988). *Vida depois da vida* (trad. portuguesa). Lisboa: Caravela.

Morgan, D. (1999). *The Bardo Todol: A Guide Book for the Newly Dead*. Disponível: home.earthlink.net/~delia5/pagan/epw/tp99w-bardoth1.htm - 62k

Morris, D. (1989). *O Macaco Nu* (trad. portuguesa). Lisboa: Europa-América.

Morujão, A. F. (1989). Dilthey. *Logos Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, 1, 1420-1422.

_____ (1990). Husserl. *Logos Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, 2, 1242-1249

_____ (1990). Intersubjectividade. *Logos Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, 2, 1477-1480.

Moura, G. (no prelo). Evolução e expansão da consciência: Uma abordagem transpessoal na pesquisa de experiências extraordinárias. In M. Simões, M. Resende & S. Gonçalves. *Psicologia da consciência. Pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal*. Lisboa: Lidel.

Naranjo, C. (1986). Drug-Induced States. In B. Wolman, & M. Ullman, *Handbook of States of Consciousness* (pp.365-394). Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company Inc.

Nash, M.R. (1998). Psychotherapy and reports of early sexual trauma: A conceptual framework for understanding memory errors. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp. 90-108). Nova Iorque: The Guilford Press.

Nietzsche, F. (1984). *O Livro do Filósofo* (4ª ed., trad. portuguesa). Porto: Rés.

_____ (1892/1985). *A origem da tragédia* (trad. portuguesa). Lisboa: Guimarães

Ogden, T. (1994). *Subjects of analysis*. Londres: Karnac Books..

OMS, «*International Digest of Health Legislation*», vol. 50, nº1, 1999

Oppenheim, G. (1986). Who Were You Before You Were You? *The Journal of Regression Therapy*, I, 1, 20.

_____ (1988). Overcoming resistance to a past-life scene. *The Journal of Regression Therapy*, III, 2, 43-46.

Orange, D. M. (1992). Subjectivism, relativism, and realism in psychoanalysis. In A. Goldberg (Ed.), *New therapeutic visions. Progress in self psychology*. (Vol. 8, pp.189-197). Londres: The Analytic Press .

Payne, D. G., & Blackwell, J.M. (1998). Truth in memory: Caveat emptor. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp. 62-89). Nova Iorque: The Guilford Press.

Pecci, E. (1987). Opening the Way for Healing. *The Journal of Regression Therapy*, II, 2, 105-107.

Pereira, F. (1994). Caos, psicanálise e hermenêutica. In Dias, C. A., & Ribeiro, L.S. (Eds.). *Caos e meta-psicologia* (pp. 263-277). Lisboa: Fenda.

Peres, M. J. (1996). *Manual prático para formação e especialização de profissionais em TRVP: Terapia regressiva a vivências passadas. Terapia regressiva vivencial Peres. Técnica Peres*. (Disponibilizado por: Instituto Nacional de Pesquisa e Terapia Regressiva Vivencial Peres, rua Maestro Cardim, 887, CEP 01323-001, São Paulo, Brasil).

Peres, M. J. (1998). Estudo eletroencefalográfico em estados modificados de consciência induzidos pela terapia regressiva vivencial Peres. In *Aquém e além do cérebro. Actas do 2º simpósio da Fundação Bial* (pp.215-221). Porto: Bial.

_____ (2002). *Terapia regressiva vivencial peres. Informativo*. (Disponibilizado por: Instituto Nacional de Pesquisa e Terapia Regressiva Vivencial Peres, rua Maestro Cardim, 887, CEP 01323-001, São Paulo, Brasil).

Pincherle, L.T. (1990). Filosofia e Ciência. In L. Pincherle (Ed.), *Terapia de vida passada. Uma abordagem profunda do inconsciente* (pp. 13-76). São Paulo: Summus.

Perrot, E. (1997). Jung, Carl Gustav (1875-1961). In *Dictionnaire de la Psychanalyse. Encyclopaedia Universalis* (pp. 385-394). Paris: Albin Michel.

Popper, K.R. (1972). *Conjecturas e refutações* (4ª ed., trad. brasileira). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Rajneesh, B. (1993). *O livro orange. Técnicas de meditação* (trad. brasileira, 9ª edição). São Paulo: Pensamento.

_____ (s.d.). *A semente da mostarda. A explicação viva das palavras de Jesus segundo o Evangelho de Tomé* (trad. brasileira, 6ª edi.). São Paulo: Tao.

Ramos, A. (2001). *Efeito do treino de Karate-Do Okinawa Goju-Ryu nos conteúdos da consciência*. Lisboa (Tese de dissertação de Mestrado).

Reid, C.H. (1986). Past-life therapy in ongoing psychotherapy. *The Journal of Regression Therapy*, I, 1, 13.

_____ (1988). Healing relationships through past-life regression: A new paradigm. *The Journal of Regression Therapy*, III, 1, 52-55.

Richardson, S. (1991). Pardon My Research. *The Journal of Regression Therapy*, V, 1, 72-76.

Ring, K. (1976). Mapping the Regions of Consciousness: a Conceptual Reformulation. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 8, 2, 77-88.

Roudinesco, E., & Plon, M. (1997). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris: Fayard

Rowan, J. (1996). *Lo transpersonal. Psicoterapia e counselling*. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo.

Ruiz Vargas, J. (1994). *La Memoria humana. Función y estructura*. Madrid: Alianza Editorial.

Saldanha, V. (1999). *A psicoterapia transpessoal*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Santo Agostinho (386/1982). O Mestre (trad. portuguesa). In A. Pinheiro (Ed.), *Opúsculos selectos de Filosofia Medieval*. Braga: Faculdade de Filosofia.

Santos, M. E (1990). Papeis vivenciados em terapia de vida passada. In L. Pincherle (Ed.), *Terapia de vida passada. Uma abordagem profunda do inconsciente* (pp. 77-82). São Paulo: Summus

Sartre, J. P. (1978). *O Existencialismo é um Humanismo* (trad. portuguesa). Lisboa: Editorial Presença.

Satyananda, S. (1984). *Kundalini Tantra*. Bihar, Índia: Yoga Publications Trust.

Schacter, D. L. (2000). Memory distortion: History and current status». In D.L. Schacter (ed.), *Memory distortion: How minds, brains, and societies reconstruct the past* (3ª ed., pp.1-46). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

_____ (2001). *The seven sins of memory. How the mind forgets and remembers*. Nova Iorque: Houghton Mifflin Company

Schubot, E. (1987). Creative source therapy in past life exploration. *The Journal of Regression Therapy*, *II*, 2, 115-119.

Shealy, C.N. (1987). Comments On Healing. *The Journal of Regression Therapy*, *I*, 1, 35-37.

_____ (1990). The old question: Is it allegory or reality? *The Journal of Regression Therapy*, *IV*, 2, 40-45.

Silva, D. (1985). Terapia das vidas passadas – reencarnação e ciência. In Pincherle, L., Lyra, A., Silva, D. B., & Gonçalves, A. *Psicoterapias e Estados de Transe* (pp. 187-216). São Paulo: Summus

Simões, M. (1992). *Consciência do eu na esquizofrenia paranoide*. Lisboa: edição do autor (tese de doutoramento).

_____ (1996a). Consciência e estados modificados de consciência em psicoterapia. *Psicologia*, *XI*, 2/3, 15-50.

_____ (1996b). Estados alterados de consciência e fenómenos parapsicológicos». In *Aquém e Além do Cérebro. 1º Simpósio da Fundação Bial*. (pp. 107-124). Porto: Fundação Bial.

_____ (no prelo, a). Experiência mística: O ponto de vista do psiquiatra. In M. Simões, M. Resende & S. Gonçalves. *Psicologia da consciência. Pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal*. Lisboa: Lidel.

_____ (no prelo, b). Estados modificados de consciência e a terapia pela reestruturação vivencial e cognitiva (Técnica Peres). In M. Simões, M. Resende & S. Gonçalves, *Psicologia da consciência. Pesquisa e reflexão em psicologia transpessoal*. Lisboa: Lidel.

_____ (2002). Altered states of consciousness and psychotherapy. *The International Journal of Transpersonal Studies*, 21, 145-152.

Simões, M., Barbosa, L., Gonçalves, S., Pimentel, T., Fernandes, P., Correia, J., Peres, M.J., & Esperança, P. (1998). Altered states of consciousness. In *Aquém e além do cérebro. Actas do 2º simpósio da Fundação Bial* (pp. 305-312). Porto: Bial.

Simões, M., & Barbosa, L. (2001). Aplicações clínicas de estados modificados de consciência» (trabalho não publicado)

Simões, M., Gonçalves, S., & Barbosa, L. (no prelo). Terapia pela reestruturação vivencial e cognitiva (TRV-C) e cefaleia: Um estudo ». In M. Simões, M. Resende & S. Gonçalves, *Psicologia da Consciência: Pesquisa e Reflexão em Transpessoal*. Lisboa: Difel.

Simões, M., Polónio, P., Von Arx, S., Staub, S., & Dittrich, A. (1986). Estudo internacional sobre estados de consciência alterados (ISASC): Resultados em Portugal». *Psicologia*, V, 1, 59-70.

Sobrinho, L.G., Simões, M., Barbosa, L., Raposo, J.F., Pratas, S., Fernandes, P.L., & Santos, M.A. (2002). Cortisol, prolactin and growth hormone responses to emotions elicited during na hypnoidal state. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 1-17.

Snow, C. S. (1996). Contributors. Chet B. Snow, Ph.D. In W. Lucas (Ed.), *Regression therapy. A handbook for professional* (Vol. 1, pp. 280-319). Crest Park, CA: Deep Forest Press

Spanos, N. (1991). Secondary identity enactments during hypnotic past-life regression: a sociocognitive perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61.

_____ (2001). *Multiple identities & false memories. A sociocognitive perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.

Spiegel, D. (2000). Hypnosis and suggestion». In D.L. Schacter (Ed.), *Memory distortion: How minds, brains, and societies reconstruct the past* (3ª ed., pp. 129-149). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Squire, L.R. (2000). Biological foundations of accuracy and inaccuracy in memory. In D.L. Schacter (Ed.), *Memory distortion: How minds, brains, and societies reconstruct the past* (3ª ed., pp. 197-225). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Stearn, J. (s.d.). *Edgar Cayce. The sleeping prophet*. Nova Iorque: Bantam Books.

Steiger, B. (1994). Past lives therapy as an aspect of shamanism. *The Journal of Regression Therapy*, VIII, 1, 50-53.

Stevens, A. (1991). *On Jung*. Londres: Penguin Books.

Stevenson, I. (1995). *Twenty Cases Suggestive of Reincarnation*. Charlottesville, EUA: University Press of Virginia.

_____ (1997). *Where Reincarnation And Biology Intersect*. Westport, EUA: Praeger.

Schwimmer, G. (1993). A. R. Martin: Pioneer in past-life regression. *The Journal of Regression Therapy*, VII, 1, 16-28.

Tabone, M. (1999). *A Psicologia transpessoal. Introdução à nova visão da consciência em psicologia e educação* (5ª edi.). São Paulo: Cultrix.

Tart, C. (1986). Consciousness, altered states and worlds of experience. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 18, 2, 159-170.

_____ (1996a). Parapsychology and transpersonal psychiatry. *Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology* (pp.186-194). Nova York: HarperCollins.

_____ (1996b). Altered states are not inherently pathological. *Journal of Consciousness Studies-Online*. Disponível: www.imprint.co.uk/jcs_contents.html.

_____ (1999). Altered states of consciousness». *Journal of Consciousness Studies-Online*. Disponível: www.imprint.co.uk/jcs_contents.html.

Tendam, H. (1994). *Panorama sobre a reencarnação. Uma investigação recente e a sua relação com a TVP*. São Paulo: Summus.

_____ (1997). *Cura Profunda. A metodologia da terapia de vida passada*. São Paulo: Summus.

Tobias, B., Kihlstrom, J. & Schacter, D. (1992). Emotion and implicit memory. In S.-A. Christianson (Ed.), *The Handbook of emotion and memory* (pp.67-92). New-Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Treadway, M., McCoskey, M. & Gordon, B. (1992). Landmark life events and the organization of memory: Evidence from functional retrograde amnesia. In S.-A. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory* (pp.389-424). New-Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Tytell, P. (1997). Rank, Otto (1884-1939). In *Dictionnaire de la Psychanalyse. Encyclopaedia Universalis* (pp. 713-716). Paris: Albin Michel.

Vaughan, A. (1991). Channeling PastLives. *The Journal of Regression Therapy*, V, 1, 29-35.

Vermetten, E., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (1997). Dissociation and hypnotizability: A conceptual and methodological perspective on two distinct

concepts. In Bremner, J. D. & Marmar, C. R. (Eds.) *Trauma, memory and dissociation* (pp. 107-159). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Waelhens, A. (1997). Folie. In *Dictionnaire de la Psychanalyse. Encyclopaedia Universalis* (pp. 199-207). Paris: Albin Michel.

Walsh, R. (1995). Phenomenological mapping: A method for describing and comparing states of consciousness. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 27, 1, 25-51.

_____ (1996). Shamanism and healing. In B. W. Scotton, A. B. Chinen, & J.R. Battista, *Textbook of transpersonal psychiatry and psychology*, pp. 96-103. Nova Iorque: HarperCollins.

_____ (1993). The transpersonal movement: A history and state of the art. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 25, 2, 123-139.

Wapnick, K. (1969). Mysticism and schizophrenia. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 1, 49-67.

Wambach, H. (s.d). *Recordando vidas passadas. Depoimentos de pessoas hipnotizadas* (trad. brasileira). São Paulo: Pensamento.

Wambach, H.(1986). Past-life therapy: The experience of twenty-six therapists. *The Journal of Regression Therapy*, II, 1, 73-80.

Watkins, J. & Watkins, H. (1986). Hypnosis, multiple personality and ego states as altered states of consciousness. In B. Wolman, & M. Ullman, *Handbook of states of consciousness* (pp.133-158). Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company Inc.

Weiss, B. (1998). *Muitas Vidas Muitos Mestres* (1ª ed., trad. portuguesa). Lisboa: Pergaminho.

_____ (1999). *Só o Amor é Real* (1ª ed., trad. portuguesa). Lisboa: Pergaminho.

_____ (2000). *A divina sabedoria dos mestres* (1ª ed., trad. portuguesa). Lisboa: Pergaminho.

Whitton, J.L., & Fisher, J. (1986). *Life between life: Scientific explorations into the void separating one incarnation from the nex*. Nova Iorque: Warner Books (revisto por Winn, V.A., 1988, in *The Journal of Regression Therapy*, III, 1, 67-68).

Wilber, K. (1979). A developmental view of consciousness. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 11, 1, 1-21.

_____ (1984). The developmental spectrum and psychopathology: Part I, stages and types of pathology. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 16, 1, 75-118.

_____ (1999). *O projecto Atman. Uma visão transpessoal do desenvolvimento humano*. São Paulo: Cultrix.

Williams, J.M. (1992). Autobiographical memory and emotional disorders. In S.-A. Christianson, (Ed.), *The handbook of emotion and memory* (451-477). New-Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Wolman, B. & Ullman, M. (1986). *Handbook of States of Consciousness*. Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company Inc.

Woolger, R. (1987). Aspects of past-life bodywork: Understanding subtle energy fields – Part II. *The Journal of Regression Therapy*, II, 2, 85-92.

_____ (1986). Imaginal techniques in past-life therapy. *The Journal of Regression Therapy*, I, 1, 28-35.

_____ (1987). Imaginal techniques in past-life therapy. *The Journal of Regression Therapy*, I, 1, 7-19.

_____ (1988). *Other lives, other selves. A jungian psychotherapist discovers past lives*. Nova Iorque: Bantam Books.

_____ (1996). Contributors. Roger J. Woolger, Ph.D. In W. Lucas (Ed.), *Regression therapy. A handbook for professionals*. (Vol. 1, pp. 216-248). Crest Park, CA: Deep Forest Press.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

Questionário sobre Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência (EMC)

Entende-se por Psicoterapia Regressiva sob Estado Modificado de Consciência (EMC) a psicoterapia sob EMC em que existe, da parte do psicoterapeuta, o pedido explícito para ir (regredir) a um momento do passado (recente ou distante) responsável pelo motivo que originou a consulta ou outro. Incluem-se neste contexto as Terapias Regressivas de Vivências Passadas – Técnica Peres (TRVP-Peres), as Terapias pela Reestruturação Vivencial-Cognitiva (TRVC), e todas as psicoterapias de inspiração hipnoterapêutica em que está expresso o pedido para recuar na memória ao acontecimento que está na origem dos problemas actuais.

Experiência em Psicoterapia Regressiva sob EMC

1. Número total de anos em que esteve directamente envolvido em Psicoterapia Regressiva sob EMC como terapeuta? _____
2. Estimativa do número de pacientes desde então. _____
3. Com que regularidade recorre a Psicoterapia Regressiva sob EMC? (escolha uma)
 1. _____ A tempo inteiro com todos os pacientes?
 2. _____ A tempo parcial com todos ou alguns dos pacientes?
 3. _____ Mistura entre Psicoterapia Regressiva sob EMC e outras técnicas terapêuticas?
 4. _____ Inactivo agora em Psicoterapia Regressiva sob EMC?

As seguintes questões permitem escolha múltipla – escolha um número para cada questão:

1. Concordo claramente 2. Concordo 3. Neutro 4. Discordo 5. Discordo claramente

4. Acredita que as respostas encontradas através das Psicoterapia Regressiva sob EMC são: (escolha um dos números acima para cada uma)

1. _____ Reais vidas passadas
2. _____ Uma metáfora do presente
3. _____ Como um sonho
4. _____ Algumas simbólicas, algumas vidas passadas

5. Acredita na reencarnação? _____

6. Concorda que traumas de nascimento devem ser ultrapassados para serem efectivas a Psicoterapia Regressiva sob EMC? _____

7. Usa trabalho corporal durante sessões de Psicoterapia Regressiva sob EMC? (por exemplo: massagem, Toque Terapêutico, Rolfing, Reiki, digitopressura, etc.)?

1. ___ Não 2. ___ Sim 3. ___ Às vezes

4. Se «sim» ou «às vezes» que técnica? _____

8. Que problemas mais frequentemente tratou com Psicoterapia Regressiva sob EMC? (escolha cinco das categorias abaixo).

1. ___ Enxaquecas
2. ___ Perturbações Alimentares
3. ___ Problemas de Peso
4. ___ Fobias
5. ___ Outros sintomas físicos
6. ___ Adições
7. ___ Problemas Relacionais
8. ___ Problemas Sexuais
9. ___ Problemas de Identidade (incluindo Pert. Pers. Mult.)
10. ___ Depressão
11. ___ Sonhos recorrentes
12. ___ Encontrar significado e propósito para a vida
13. ___ Libertação de possessão espiritual
14. ___ Memórias de supostas vidas passadas
15. ___ Emergências espirituais (crises de meditação, problemas de kundalini, etc.)
16. Outro ___ Qual? _____

9. Em referência à questão 8 acima apresentada (indique apenas os números que se lhe aplicarem)

1. Em que problema teve mais sucesso com a aplicação de Psicoterapia Regressiva sob EMC? _____
2. E em qual foi menos bem sucedido com a aplicação de Psicoterapia Regressiva sob EMC? _____

II. A entrevista inicial e o início da sessão

10. Quantos minutos demora a sua sessão normal de Psicoterapia Regressiva sob EMC? _____ minutos

11. Quando introduz, aos pacientes, a ideia de abordar a sua problemática através da Psicoterapia Regressiva sob EMC? (pode escolher mais do que uma)

1. ___ Eles sabem que eu sou um terapeuta de Terapia de orientação Regressiva antes de marcarem uma consulta.

2. ___ Quando marcamos a primeira consulta.
3. ___ Eu menciono-o durante a consulta inicial.
4. ___ Depois de perceber que o paciente tem uma problemática à qual se aplica a Psicoterapia Regressiva sob EMC.
5. ___ Só introduzo a ideia da Psicoterapia Regressiva sob EMC quando há indicação para tal.
6. ___ Outra _____

12. Qual destas descrições usa quando descreve as Psicoterapia Regressiva sob EMC ao seu paciente? (pode escolher mais do que uma)

1. ___ Permite o acesso ao subconsciente.
2. ___ Permite o acesso a memórias da alma.
3. ___ As memórias que experimenta são de vidas passadas reais.
4. ___ As memórias que experimenta são metáforas do presente.
5. ___ Há um âmago da questão, ou problema central. Uma vez que a primeira experiência dele é libertada, situações similares do presente também serão resolvidas. Este âmago da questão pode ser de uma vivência passada.
6. ___ Se se descobrir a si próprio como vítima numa vida, você pode ser o carrasco em outra.
7. ___ É importante experimentar o corpo de vivências passadas como se estivesse nele.
8. ___ Você pode estar possuído por um espírito.
9. ___ Outro _____

13. Como é que começa a sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC? (pode escolher mais do que uma)

1. ___ Relaxamento progressivo.
2. ___ Peço ao paciente para visualizar um lugar seguro.
3. ___ Peço ao paciente para seguir um sentimento até às suas origens.
4. ___ Crio uma visualização para o paciente seguir.
5. ___ Uso algum mecanismo (túnel, escadas, jardim, etc.) para levar o paciente para uma vivência passada. Qual? _____
6. ___ Deixo o paciente mover-se espontaneamente para uma vivência passada se isso for adequado.
7. ___ Outro _____

14. Que métodos utiliza para vencer a resistência dos seus pacientes? (Resistência pode incluir dificuldade em lembrar uma suposta vivência passada, ausência de uma imagem, imagens bloqueadoras, incapacidade para experimentar acontecimentos traumáticos, apenas percebendo escuridão, sentindo-se demasiado inseguro para relaxar). (Pode escolher mais do que uma.)

1. ___ Discuto a resistência com eles.
2. ___ Dou-lhes uma visualização para ajudar a vencer o seu medo.
3. ___ Levo-os a relaxar mais profundamente.
4. ___ Levo-os para um local seguro.
5. ___ Outro _____
6. ___ Nenhum

15. Está num Estado Modificado de Consciência quando conduz uma sessão de Psicoterapia Regressiva sob EMC?

1. ___ Não 2. ___ Sim 3. ___ Às vezes

16. Incorpora técnicas terapêuticas tradicionais com Psicoterapia Regressiva sob EMC (hipnose, programação neuro-linguística, Gestalt, etc.)?

1. ___ Não 2. ___ Sim 3. ___ Às vezes

III. O trabalho imaginal

17. O paciente percebe uma série de cenas de uma suposta vivência passada (escolha uma).

1. ___ Sim 2. ___ Não 3. ___ Às vezes

18. Movo o paciente de uma época de uma suposta vivência passada para outra através de (pode escolher várias):

1. ___ Sugerindo ao paciente que vá para a próxima cena importante.
2. ___ Contando.
3. ___ O paciente decide quando mudar de cena.
4. ___ Não uso esta técnica.
5. ___ Outra _____

Escolha um número para cada uma das seguintes questões em caixa:

1. Sempre. 2. Normalmente. 3. Às vezes 4. Não uso esta técnica

19. Depois de vivenciar diversas cenas numa suposta vida passada, peço para o paciente ir para o momento da morte nessa vida. ___

20. Depois da cena da morte, levo o paciente a dialogar com o Eu Superior (ou um eu distanciado ou guias internos daquela vida) para ter um perspectiva mais ampla. ___

21. Depois da cena da morte, nós revimos a suposta vida que acabou de ser vivenciada para perceber como ela se relaciona com a área problemática ou com a situação presente de vida. ___

22. Explora traumas de nascimento na sua utilização da Psicoterapia Regressiva sob EMC? ____
23. Explora o que acontece no espaço de tempo entre supostas vidas passadas? ____
24. Pede ao paciente para rememorar o momento do seu nascimento na presente vida? ____
25. A possibilidade de vidas futuras é também explorada? ____
26. São feitas regressões à vida presente (como, por exemplo, à infância)? ____
27. São dadas frases ao paciente como trabalho de casa? ____

28. Qual das duas modalidades listadas em baixo são usadas mais frequentemente para acessar o imaginário do paciente? ____ . ____ .

1. Visual 2. Auditiva 3. Cinestésica 4. Emocional 5. Olfactiva
6. Intuitiva 7. Não sei

Por favor escolha um número para cada questão:

1. Sempre 2. Normalmente 3. Às vezes 4. Isso não acontece

29. Surgem outras vivências para além das relativas ao passado ou a supostas vidas passadas, vivências do domínio do mito, da lenda, supostas instâncias de natureza espírita, etc.? ____

30. Alguns dos meus pacientes encontraram-se em supostas vidas passadas. ____

IV. Conclusões da sua experiência com Psicoterapia Regressiva sob EMC

Por favor escolha um número para cada questão:

1. Sempre 2. Normalmente 3. Às vezes 4. Não uso essa técnica

31. A libertação da culpa é uma parte importante das minhas sessões. ____

32. Eu uso técnicas centradas na catarse ou abreacção de emoções para libertar o trauma de supostas vidas passadas. ____

33. Reforço respostas positivas do paciente para ajuda-lo a mudar (reforçar pode ser tocar o paciente, ou dar uma réplica verbal positiva, que «imprime» a nova maneira de pensar). ____

34. Um enfoque espiritual é uma parte importante do meu trabalho. ____

35. Uso técnicas de rescrita (pedindo ao paciente para mudar cenas desagradáveis). ____

36. Que tipo de fobias responde melhor à aplicação de Psicoterapia Regressiva sob EMC na sua prática clínica?

37. Aconteceu a cura de problemas físicas durante a terapia a algum dos seus pacientes submetido a Psicoterapia Regressiva sob EMC?

1. ___ Não 2. ___ Sim 3. Se «Sim», que doença foi curada?

Escolha uma resposta das seguintes:

1. Sempre 2. Normalmente 3. Às vezes 4. Não uso esta técnica

38. Usa o Eu Superior (Eu Interior, terapeuta interior, etc.) do paciente como guia?

39. Está interessado em provar a veracidade das supostas vidas passadas do paciente?

40. Pede dados factuais acerca das supostas vidas passadas durante as sessões (como nomes, datas, lugares) ? ___

V. O acompanhamento (counseling) do paciente

Escolha uma resposta das seguintes:

1. Sempre 2. Normalmente 3. Às vezes 4. Não uso essa técnica

41. Depois de experienciar a suposta vivência passada, nós revemos a experiência em detalhe. ___

42. Relacionamos a suposta memória de vivência passada com o problema original. ___

43. Um modelo ou padrão de comportamento em várias das supostas vivências passadas do paciente é muitas vezes descoberto e nós discutimo-lo. ___

44. Eu peço ao paciente para manter um diário das sessões, ou dos pensamentos entre as sessões. ___

45. Depois da sessão: (pode escolher mais do que uma)

1. ___ Interpreto a sessão para o paciente.
2. ___ Colocamos em comum as nossas ideias acerca do significado da sessão.
3. ___ Prefiro deixar o paciente fazer a sua própria interpretação.
4. ___ Procuo verificar a estabilidade emocional do paciente.
5. ___ Dou trabalho de casa para o paciente realizar entre as sessões.

49. A que mudanças gostaria de assistir na prática das Psicoterapia Regressiva sob EMC?

50. Que investigação gostaria de ver realizada acerca das Psicoterapia Regressiva sob EMC (pode escolher mais do que uma)

1. ___ Investigação que teste a efectividade das Psicoterapia Regressiva sob EMC.
2. ___ Investigação sobre a relação entre as Psicoterapia Regressiva sob EMC e a cura física.
3. ___ Investigação sobre provas da reencarnação.
4. ___ Investigação sobre as Psicoterapia Regressiva sob EMC e as fobias.
5. ___ Investigação sobre as Psicoterapia Regressiva sob EMC e o controlo de peso.
6. ___ Investigação comparativa entre as Psicoterapia Regressiva sob EMC e as outras terapias.
7. ___ Investigação para esclarecer o mecanismo da cura.
8. ___ Outra _____

VII. Informações demográficas:

51. Idade actual: _____ anos.

52. Sexo: M ___ F ___

53. Fez alguma aprendizagem em hipnose?

1. ___ Não 2. ___ Sim

54. Gostaria de fazer algum outro comentário?

49. A que mudanças gostaria de assistir na prática das Psicoterapia Regressiva sob EMC?

50. Que investigação gostaria de ver realizada acerca das Psicoterapia Regressiva sob EMC (pode escolher mais do que uma)

1. ___ Investigação que teste a efectividade das Psicoterapia Regressiva sob EMC.
2. ___ Investigação sobre a relação entre as Psicoterapia Regressiva sob EMC e a cura física.
3. ___ Investigação sobre provas da reencarnação.
4. ___ Investigação sobre as Psicoterapia Regressiva sob EMC e as fobias.
5. ___ Investigação sobre as Psicoterapia Regressiva sob EMC e o controlo de peso.
6. ___ Investigação comparativa entre as Psicoterapia Regressiva sob EMC e as outras terapias.
7. ___ Investigação para esclarecer o mecanismo da cura.
8. ___ Outra _____

VII. Informações demográficas:

51. Idade actual: _____ anos.

52. Sexo: M ___ F ___

53. Fez alguma aprendizagem em hipnose?

1. ___ Não 2. ___ Sim

54. Gostaria de fazer algum outro comentário?

VIII. Desenvolveu novas técnicas para as Psicoterapia Regressiva sob EMC?

55. Relate brevemente as técnicas que tenha desenvolvido e/ou aperfeiçoado de modo original, ainda não presentes na literatura do tema.
