

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso

**SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS EM TÉCNICAS
IMAGÉTICAS EM TERAPIA DO ESQUEMA,
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E
PROGRAMAÇÃO NEUROLINGUÍSTICA APLICADAS
A INTERVENÇÕES CLÍNICAS**

Daniel Tavares Dal Corso

Porto Alegre

2017

DANIEL TAVARES DAL CORSO

**SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS EM TÉCNICAS
IMAGÉTICAS EM TERAPIA DO ESQUEMA,
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E
PROGRAMAÇÃO NEUROLINGUÍSTICA APLICADAS
A INTERVENÇÕES CLÍNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Graduação em Psicologia – Habilitação Psicólogo – do
Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, referente às disciplinas de TCC-I e TCC-II,
como requisito parcial à obtenção do grau, sob orientação
do Prof^o Dr^a. Lisiane Bizarro Araújo

Orientadora: Prof^o Dr^a. Lisiane Bizarro Araújo

PORTO ALEGRE

2017

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio e pela compreensão das noites em claro;

Denise, lua da minha vida e minha *raison d'être*;

Henrique, Luiz e Júlio. Por me mostrarem um mundo além desse;

Lisiane, a melhor mentora que eu podia pedir;

Nicole, Paulo, Giovanna e Diandra. Por me darem um motivo pra ir às aulas.

Nelson, por expandir meus mapas.

Resumo

Este trabalho de conclusão de curso tem o objetivo de revisar as técnicas imagéticas como intervenções de métodos como a Terapia do Esquema, a Programação Neurolinguística e a Terapia Cognitivo-Comportamental aplicadas a populações clínicas e analisar criticamente que semelhanças e diferenças se mostram em seus procedimentos. Relata-se uma revisão sistemática com o método PICO, analisando 8 artigos encontrados. Encontra-se que alterações diretas nas imagens mentais e foco em memórias traumáticas e/ou infantis são praticamente unânimes, apesar das diferenças conceituais. Os estudos analisados indicam impacto positivo das intervenções analisadas, mas mais instrumentos voltados para a imagética no contexto clínico são necessários para melhores avaliações futuras.

Palavras-chave: imagética, imagem mental, imaginação, visualização, terapia do esquema, PNL, programação neurolinguística, TCC, *imagery rescripting*

Abstract

This essay has the objective of reviewing imagery techniques as interventions based on Schema Therapy, Neurolinguistic Programming and Cognitive-Behavior Therapy, all applied to clinical populations, as well as critically analysing what similarities and differences appear in their procedures. A PICO method systematic review is reported, analysing the 8 articles found. Direct alterations in the mental images and focus on traumatic and or/ childish memories are practically unanimous, despite conceptual differences. The analysed studies indicate positive impact by the analysed interventions, but more imagery-focused instruments for clinical contexts are needed for better future assessments.

Keywords: imagery, mental image, imagination, visualization, schema therapy, NLP, neurolinguistic programming, CBT, imagery rescripting

Sumário

Introdução.....	7
Imagética na TCC.....	7
Imagética na Terapia do Esquema	
(TE).....	8
Imagética na Programação Neurolinguística (PNL).....	9
Conexões com Outras Teorias.....	9
Mensurando a imagética.....	10
Objetivos.....	11
Objetivo	
geral.....	11
Objetivos específicos.....	11
Método.....	12
Resultados.....	17
Descrição dos procedimentos encontrados	19
Terapia	do
Esquema.....	19
<i>Imagery Rescripting</i> e Reestruturação Cognitiva.....	20
Protocolo RTM.....	21
<i>Imaginal Exposure e Imagery Rehearsal Therapy</i>.....	22
Discussão.....	23
Semelhanças e Diferenças.....	23
Outras considerações.....	25
Conclusão.....	27
Referências	

Introdução

Visualizar uma imagem mental produz a experiência consciente de ‘ver’ mesmo que sem utilizar os olhos. A imaginação, referida neste trabalho como imagética, pode ser definida como a experiência de “ver com o olho da mente”, “ouvir com o ouvido da mente” (Kosslyn, Ganis e Thompson, 2001). Para Kosslyn (1987), a imagética pode utilizar outras modalidades, como apenas sons ou sensações, e define a imagética visual como “a experiência de ver na ausência do *input* sensorio adequado.”

Técnicas imagéticas têm sido utilizadas cada vez mais em diversas abordagens psicoterapêuticas. Similarmente, uma quantidade crescente de estudos nas áreas de psicologia experimental e neurociência tem tido as imagens mentais como objeto de estudo, seja verificando sua eficácia como aplicação terapêutica, seja como parte de pensamentos intrusivos em populações clínicas (Holmes e Mathews, 2010).

Este trabalho pretende compreender as aplicações da imagética utilizada pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), sua descendente, a Terapia do Esquema e bem como pela Programação Neurolinguística (PNL).

Imagética na TCC

Técnicas imagéticas fazem parte do repertório de procedimentos da TCC há um bom tempo. Wolpe (1969) já dizia que a maioria dos pacientes era capaz de se projetar em situações imaginárias de modo que isso evoque aspectos da realidade e uma intensidade correspondente de ansiedade. Wolpe já aplicava, na década de 70, imagens mentais como uma alternativa para o trabalho de dessensibilização. Essa abordagem permanece utilizada até hoje, tendo inclusive resultados comparáveis a simulações em realidade virtual. Esse procedimento de exposição prolongada (Reger et al., 2014) é descrito como um tratamento manualizado para TEPT que envolve psicoeducação e respostas comum a eventos traumáticos; treinamento de respiração; exercícios imagéticos repetidos e prolongados de exposição à memória traumática; processamento cognitivo e emocional do que emerge da exposição.

Esse processo de exposição via imagética também pode ser aplicado a vício em jogos de azar, dado a forte resposta autonômica presente na jogatina (McConaghy et al. 1983, 1991), sendo essa abordagem possivelmente generalizável para outros vícios. Caballo (1996)

relata como uma imagética guiada pode ser aplicada como técnica de relaxamento, evocando imagens de tranquilidade e segurança.

A imagética, entendida como imagens mentais que fazem parte da vida do paciente, que invadem seus pensamentos ou como parte da terapia, já era levada em consideração por Beck e Lazarus na mesma época que por Wolpe (Hackmann, Bennet-Levy e Holmes, 2011). Um protocolo mais voltado para os aspectos cognitivos é chamado de *Imagery Rescripting* (Wild, Hackmann, Clark, 2007). Esta intervenção foca-se principalmente em desvelar crenças encapsuladas em memórias ansiogênicas e em intervir através de técnicas imagéticas nessas mesmas memórias.

Por fim, outra psicoterapia descendente da TCC, a *Imagery Rehearsal Therapy* é aplicada para maior maestria de pesadelos, sintoma comum do transtorno de estresse pós-traumático. Tratamento através de IRT é tipicamente conduzido em pequenos grupos, em duas sessões de 3 horas (Germain et al., 2004).

Imagética na Terapia do Esquema (TE)

A TE é uma terapia de terceira onda baseada no conceito de Esquemas Infantis Desadaptativos, ou EIDs (Young, 2008). Esses Esquemas são crenças, comportamentos e reações emocionais aprendidas e consolidadas pelo paciente através de várias experiências durante sua infância. Os estudos em TE, na maior parte, não descrevem técnicas específicas. De fato, seria desproporcional relatar um processo terapêutico inteiro em comparação a outros estudos em TCC, onde a eficácia de uma técnica ou procedimento foi testada. Não obstante, a TE utiliza de várias técnicas baseadas em imagética para intervenção terapêutica. Utiliza-se com frequência a reparação parental limitada, baseada no pressuposto de que o psicoterapeuta pode, dentro de seus limites, oferecer um modelo melhor de como atender as necessidades básicas das quais o paciente teve falta em sua infância.

A TE se utiliza de várias ferramentas imagéticas para explorar EIDs no paciente. Young (2008) argumenta que técnicas imagéticas, por ativarem emocionalmente o paciente, permitem que se elabore mudanças não só a um nível lógico, mas também emocional.

Imagética na Programação Neurolinguística (PNL)

A Programação Neurolinguística é “o estudo da estrutura da experiência subjetiva” (O’Connor e Seymour, 1995). Ela tem gerado grandes quantidades de evidências anedóticas, embora muito pouca testagem empírica (Gray e Liotta, 2012).

A imagética, de fato, é uma parte essencial da prática em PNL. Ela parte de pressupostos teóricos como “o mapa não é o território” (Spritzer, 2012), ou seja, que nossa percepção do mundo (e, portanto, as crenças e comportamentos que tiramos dessa percepção) não é necessariamente precisa. Dado que são essas percepções que nos fazem desenvolver sintomas e transtornos, são elas o objeto de intervenção. De acordo com a PNL, todo processo mental produz comportamento em algum nível (Bandler, Grinder e Stevens, 1979), de forma que imagens mentais produzidas pelo cliente refletem não só suas crenças e desregulações emocionais como também desencadeiam comportamentos autônômicos frente a essas crenças e desregulações. Essa explicação não é de todo diferente de outras mais modernas, como o efeito ideomotor (Kahneman, 2013).

É evidente a necessidade de mais estudos acerca das diversas ferramentas que a PNL pode oferecer. Neste trabalho, olha-se mais perto o uso de uma em específico: o protocolo *Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM)*, também chamado de *Visual-Kinesthetic Dissociation (VK/D)*. Nota-se como o RTM é um bom exemplo de técnica em PNL no que tange à utilização da imagética, que é um recurso quase onipresente em intervenções de PNL.

Conexões com Outras Teorias

O behaviorismo radical evitava o construto da mente, tratando pensamentos como comportamentos encobertos, ou *covert behavior* (Skinner, 2012/1957). Estudos mais recentes indicam que essa noção de comportamento encoberto pode não estar tão distante de outras concepções. Estudos sobre as fundações neurológicas da imagética indicam que o que é imaginado tem um impacto fisiológico, como se o corpo simulasse em um nível menor o que se visualiza (Kosslyn, Ganis, Thompson, 2001).

Isso é aplicável a contextos fora da psicologia clínica. A imagética aplicada a ensaios comportamentais, chamada de *motor imagery*, vem sido estudada na fisioterapia como método suplementar de treinamento para vítimas de derrames e dor crônica (Zimmermann-Schlatter, Schuster, Puhan, Siekierka, Steurer, 2008; Thieme, Morksich, Rietz, Dohle, Borgetto, 2016). Similarmente, atletas olímpicos de esportes de alta intensidade

praticam a imagética como parte do *psychological skills training*, campo da psicologia do esporte que aplica técnicas como controle de ansiedade e imagética para melhorar o desempenho dos competidores (Birrer, D., Morgan, G., 2010).

Neurologicamente, Kosslyn et al. (2001) sugerem que a imagética seja qualificada como uma função cognitiva, da mesma forma que percepção, atenção, memória, etc. Inclusive, a imagética pode estar mais relacionada à memória do que inicialmente se pensava. Estudos em neurociência indicam que nossa memória se abre a alterações toda vez que evocada (Bridge e Voss, 2014). Isso dialoga muito bem com teorias psicológicas que embasam terapias de terceira onda da TCC, como a Teoria das Molduras Relacionais (RFT). A RFT teoriza que a mente humana permite a compreensão do mundo através da relação e o aprendizado por associações (Hayes, S. C., 2004). A RFT não se foca tanto quanto terapias de 2ª onda da TCC no aspecto da mudança, ou cura de associações problemáticas. Não obstante, ela reconhece que essas relações podem tomar novos significados diante de novas experiências, tais como as trazidas pela imagética.

Entendendo-se a imagética como uma função cognitiva e que faz parte da rotina de um paciente, é natural e esperado que ela apareça em processos terapêuticos de diversas abordagens e que muitas terapias não mencionadas nesse estudo a utilizem em alguma medida.

O Psicodrama de Jacob Moreno é sobre reencenar relacionamentos e momentos críticos para os pacientes com a ajuda do terapeuta e de auxiliares treinados; durante essas cenas, é sempre o paciente quem relata como as outras pessoas da dramatização devem reagir. Isso pode ser compreendido como uma externalização guiada da imagética do paciente, caso a dramatização seja de uma cena mental específica (Utay e Miller, 2006).

A Gestalt-terapia também possui diversas técnicas vivenciais que partem das imagens mentais para as técnicas vivenciais. Por exemplo, na técnica da cadeira, é essencial que o paciente seja capaz de imaginar outras pessoas ou versões de si mesmo para que a intervenção tenha algum impacto (Brownell, 2010).

Mensurando a imagética

Diversos instrumentos têm sido criados para avaliar o uso espontâneo da imagética no cotidiano e suas propriedades (Nelis et al., 2014; Willander e Baraldi, 2010). Percebe-se que a imagética pode conter (e intencionalmente retirar) elementos visuoespaciais, auditivos e

táteis; portanto, há um debate quanto a imagética ser um único construto ou diversos (Hiscock, 1978). Em ambos os casos, a necessidade de instrumentos tanto para aspectos gerais como vividez e frequência quanto para específicos como canal sensorial mais ativo é evidente. Ademais, precisamente pelos estudos atuais estarem focados na imagética enquanto função cognitiva, percebe-se escassez de instrumentos, validados ou em validação, para avaliação de intervenções que aplicam a imagética. Dessa forma, perde-se muita informação acerca de que procedimentos e intervenções nas imagens mentais dos pacientes podem ser mais úteis para cada diagnóstico e desfecho.

Objetivos

Objetivo Geral: Fazer uma revisão sistemática e crítica da literatura científica sobre aplicações da imagética em psicoterapias para doenças mentais.

Objetivos Específicos: Analisar que semelhanças e diferenças na aplicação da imagética apresentam-se no método das abordagens de Terapia do Esquema (TE), TCC e Programação Neurolinguística. Delinear, operacionalmente, métodos de imagética empregados na PNL, Terapia do Esquema e TCC; analisar o protocolo nesses estudos para procedimentos similares; correlacionar esses procedimentos com o impacto terapêutico nos sujeitos.

Método

Os estudos foram identificados por busca em bases de dados eletrônicas e listas de referências de artigos. Dado que pesquisas preliminares em bases brasileiras não indicaram pesquisas com a palavra-chave imagética ou termos similares como imagística e visualização, limitou-se a revisão a artigos na língua inglesa. As bases de dados utilizadas foram PsycInfo (1967-presente), PubMed (1996-presente) e ScienceDirect (1997-presente). A última busca foi feita em 31 de Agosto de 2017. Buscou-se por artigos que utilizem como palavra-chave ou que contenham no título/resumo os seguintes termos de todas as bases de dados:

1. Neurolinguistic Programming
2. Imagery AND Psychotherapy
3. Schema Therapy

Essas três buscas se provaram suficientes, dado a relativa escassez de estudos com PNL (especialmente voltados para população clínica) e TE. A combinação de Imagery e Psychotherapy foi aplicada porque, como já dito, a quantidade de estudos na área da neurociência sobre a imagética tem aumentado, muitos deles estudando a capacidade para a imagética e suas propriedades na população geral.

Algumas adaptações foram feitas levando em consideração os mecanismos de busca e acervo das bases PubMed e ScienceDirect. Como ambas são bases para publicações de diversas áreas, especificou-se a área da psicologia através das opções disponíveis nas ferramentas de busca, bem como o estilo desejado de pesquisa, intervenções clínicas.

Os estudos selecionados foram escolhidos de acordo com o método PICO:

- População: Homens e mulheres com diagnóstico clínico de transtorno ou doença psicológica.
- Intervenção: Técnicas imagéticas em conjunto ou separadas de tratamento tradicional.
- Comparação: Tratamento controle sem técnica imagética; sem tratamento; ou terapia sem imagética.

- *Outputs*: Indícios de eficácia de protocolos de técnica imagética através de instrumentos psicométricos

A elegibilidade dos estudos encontrados foi decidida com base nas informações do título, palavras-chave e resumo de cada artigo. Foi desenvolvida uma tabela de extração de dados, constando, de todos os artigos, o nome e sua elegibilidade; dos artigos considerados relevantes, foram analisadas as seguintes informações:

1. Características dos participantes (incluindo número total, idade e diagnóstico);
2. Tipo de intervenção (incluindo tipo, duração e frequência);
3. Tipo de controle (*treatment as usual*, fila de espera etc.)
4. Medida de resultado (instrumento utilizado, comparação de escores e observações qualitativas pelos autores).

Um total de 8 estudos foram identificados como relevantes para esse TCC (*Figura 1*). A busca nas bases PsycInfo, PubMed e ScienceDirect teve um retorno de 214 resultados. Após a retirada de duplicatas, 201 permaneceram. Desses, 169 foram descartados após leitura do resumo e constatar-se que eles claramente não se encaixavam nos critérios estabelecidos. Dos 32 artigos remanescentes, fez-se uma leitura mais detalhada dos estudos, excluindo 25 que constavam uma população sem diagnóstico de transtorno mental e/ou que não tinham como foco uma intervenção baseada em técnicas imagéticas.

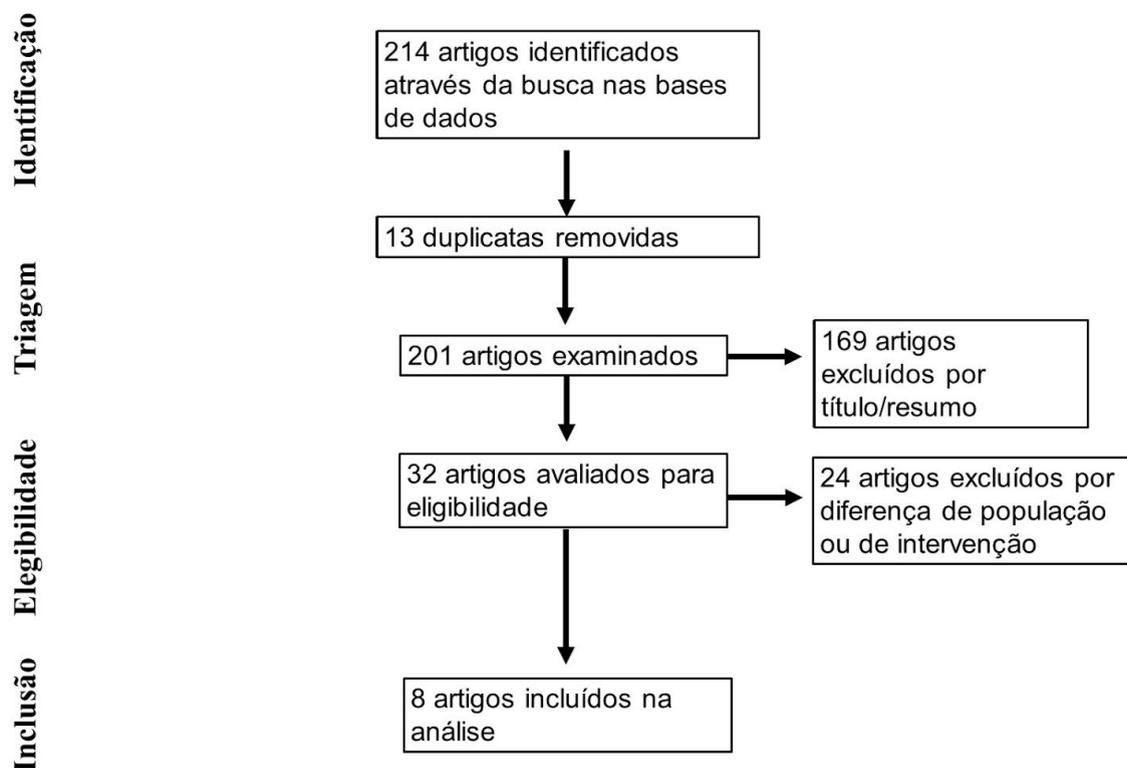


Figura 1. Fluxo de informação durante as etapas da revisão.

Participantes:

Os estudos incluídos envolveram, ao todo, 302 participantes, 198 homens, idade média 31,22 anos. O principal transtorno estudado TEPT, outros sendo Transtornos de Personalidade, Transtorno Depressivo Maior e Fobia Social.

Intervenção:

Todas as intervenções avaliadas foram: Terapia do Esquema, *Imagery Rehearsal Therapy*, exposição através da imagética, reestruturação cognitiva combinada com *imagery rescripting* e o *RTM Protocol*. A tabela 1 demonstra quais estudos utilizaram quais métodos e em qual combinação.

Mensuração:

A tabela 1 também lista os instrumentos utilizados. Dentre os instrumentos mais utilizados encontram-se os inventários Beck de depressão e ansiedade (BDI-II e BAI) e a *PTSD Checklist*, versões militar e civil (*PCL-M* e *PCL-C*). Os estudos que abordaram a

Terapia do Esquema também utilizaram seus instrumentos, como o *Young Schema Questionnaire* (YSQ). Desses instrumentos, apenas o BDI-II foi traduzido e validado para o português brasileiro (Pang, 2011).

Tabela 1

Informações de Amostra, Intervenção e Medidas de Resultado

Autor, ano	Amostra	Média de Idade / % de Mulheres	Intervenção	Controle	Principais Medidas de Resultado
Chakhssi, F., Kersten, T., de Ruiten, C., & Bernstein, D. P. (2014).	N = 1; Transtorno de Personalidade Borderline.	25 / 0%	Terapia do Esquema	Não houve	<i>PCL-R; Young Schema Questionnaire e Schema Therapy Rating Scale</i>
Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016).	N = 42; Transtornos de Personalidade (Borderline, Evitativo ou Dependente)	26,94 / 71%	Terapia do Esquema	Não houve	<i>Young Schema Questionnaire, Schema Mode Inventory</i>
Heilemann, M. V., Pieters, H. C., Kehoe, P. e Yang, Q. (2011).	N = 8; Transtorno Depressivo Maior ou Menor	30 / 100%	Terapia do Esquema e Entrevista Motivacional	Não houve	<i>Beck Depression Inventory-II; Resilience Scale;</i>
Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., . . . Koss, M. (2004).	N = 44; Pesadelos	37,1 / 100%	<i>Imagery Rehearsal Therapy</i>	Grupo de espera (N = 80)	<i>Nightmare Frequency Questionnaire (NFQ), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), PTSD Symptom Scale (PSS)</i>
Reger, G. M.,	N = 162; TEPT	/ 0%	<i>Imaginal</i>	Grupo de	<i>PTSD</i>

Koenen-Woods, P., Zetocha, K., Smolenski, D. J., Holloway, K. M., Rothbaum, B. O., . . . Gahm, G. A. (2016).			<i>Exposure</i>	espera (N = 53)	<i>Checklist, Civilian Version; Beck Anxiety Inventory; Beck Depression Inventory</i>
Wild, J., Hackmann, A., Clark, D. M., (2007).	N = 14; fobia social	25 / 65%	<i>Imagery Rescripting e Reestruturação Cognitiva</i>	Não houve	<i>Beck Depression Inventory, Liebowitz Social Anxiety Scale</i>
Gray, R., Bourke, F. (2015).	N = 30; TEPT	47,5/ 0%	<i>Reconsolidation of Traumatic Memories Protocol (RTM)</i>	Lista de espera (N = 5)	<i>PTSD Checklist–Military version</i>
Gray, R., Liotta, R. (2012)	N = 1; TEPT	30 / 0%	<i>Visual-Kinesthetic Dissociation Protocol (VK/D)</i>	Não houve	<i>PTSD Checklist - Civilian Version</i>

Resultados

Em todos os estudos, houve mensuração pré e pós-intervenção. Em alguns casos, mensurou-se alterações em *follow-up* de no máximo 12 meses. Notadamente, os estudos baseados em Terapia do Esquema utilizaram como instrumento principal o *Young Schema Questionnaire*, feito para avaliar a presença de esquemas infantis desadaptativos na vida dos pacientes. A variação no escore pré e pós intervenção dos instrumentos principais de cada estudo pode ser melhor analisada utilizando-se as seguintes tabelas:

Tabela 2

Intervenções Baseadas em Terapia do Esquema

Estudo	Transtorno(s)	Instrumento Principal	Escore médio pré-intervenção	Escore médio pós-intervenção
Heilemann, M. V., Pieters, H. C., Kehoe, P. e Yang, Q. (2011).	Depressivo Maior; Depressivo Menor	Inventário de Depressão Beck - II	40.50	4.50
Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016)	Transtornos de Personalidade (Borderline, Evitativo e Dependente)	<i>Young Schema Questionnaire-YSQ</i>	3.45	2.42
Chakhssi, F., Kersten, T., de Ruiten, C., & Bernstein, D. P. (2014)	Transtorno de Personalidade Antissocial	<i>Young Schema Questionnaire - YSQ</i>	2,692	1,396

Tabela 3

Intervenções Baseadas em PNL

Estudo	Transtorno(s)	Instrumento Principal	Escore médio pré-intervenção	Escore médio pós-intervenção
Gray, R., Bourke, F. (2015).	TEPT	<i>PTSD Checklist–Military version</i>	61.344	28.884

Gray, R., Liotta, R. (2012).	TEPT	<i>PTSD Checklist - Civilian Version</i>	76.5	28,333
------------------------------	------	--	------	--------

Tabela 4

Intervenções Baseadas em Reestruturação Cognitiva e Imagery Rescripting

Estudo	Transtorno(s)	Instrumento Principal	Escore médio pré-intervenção	Escore médio pós-intervenção
Wild, J., Hackmann, A., Clark, D. (2007)	Fobia Social	<i>Social cognitions questionnaire (SCQ)</i>	815.63	605.63

Tabela 5

Intervenções Baseadas em Dessensibilização Sistemática

Estudo	Transtorno(s)	Instrumento Principal	Escore médio pré-intervenção	Escore médio pós-intervenção
Reger, G. M. et al. (2014)	TEPT	<i>Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)</i>	80	39

Tabela 6

Intervenções Baseadas em Imagery Rehearsal Therapy

Estudo	Transtorno(s)	Instrumento Principal	Escore médio pré-intervenção	Escore médio pós-intervenção
Germain, A. et al. (2004)	Pesadelos associados a TEPT	<i>Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)</i>	81.88	49.58

Dos oito estudos relatados, todos indicaram algum nível de eficácia do uso terapêutico da imagética. Observou-se-se diminuição dos sintomas dos participantes em todos os estudos, sendo a redução maior em sintomas de transtornos depressivo maior ou menor pela Terapia do Esquema, de 88% dos sintomas; a PNL e a exposição prolongada tiveram reduções

consistentes de 50% dos sintomas em pacientes com TEPT; a menor redução veio de Imagery Rescripting voltada para sintomas de ansiedade social, de 25%.

Em todos os estudos, o tempo de tratamento foi relativamente curto, com a carga horária entre duas horas e meia e três horas ao todo, espalhadas de duas a quatro sessões; dos procedimentos analisados, todas as técnicas analisadas foram feitas para durar de duas a três sessões, com uma ou duas sessões de psicoeducação e racionalização do processo. De acordo com acompanhamentos, os efeitos das intervenções tendiam a persistir, com a medição dos sintomas indicando que continuam diminuindo até 3 meses depois.

Descrição dos procedimentos encontrados

Terapia do Esquema

Os estudos baseados na TE utilizam-se da reparação parental limitada como uma das técnicas imagéticas principais (Heilemann, M. V. et al., 2011; Schaap, G. M et al., 2016; Chakhssi, F. et al., 2014). Para isso, o paciente escolhe uma memória de segurança e conforto, o seu lugar seguro. Uma vez estabelecido essa memória de segurança, busca-se uma situação da vida presente do paciente onde ele tenha sofrimento, ansiedade, ou outro sintoma, a ser imaginada. Evidencia-se juntamente com o paciente que esquemas são ativados nessa imagem e pede-se a ele que busque o primeiro momento que se lembra em sua vida que se sentiu dessa maneira, geralmente uma memória infantil. Uma vez nessa memória, pede-se que o paciente passe por essa imagem do início ao fim, de forma a perceber que necessidades suas não foram atendidas e que crenças e comportamentos foram aprendidos nessa experiência.

A reparação parental limitada propriamente dita entra em ação nesse momento, onde o terapeuta pede permissão para entrar nessa visualização e explica assertivamente aos pais ou responsáveis do paciente onde estão errando e o impacto que isso tem no *self* infantil do paciente. Monitora-se mudanças nas atitudes dos pais ou atitudes do *self* infantil do paciente como indicadores de mudança. Em estágios futuros da terapia, o paciente tem novas crenças e modelos internalizados o bastante para ser ele próprio a entrar nas memórias e fazer a reparação parental.

Uma vez encerrados os diálogos e as necessidades do *self* infantil estejam atendidas, pede-se ao paciente para retornar ao lugar seguro. Esses procedimentos tem uma alta carga

emocional e cognitiva no paciente, então é possível, naturalmente, levar mais de uma sessão para se passar por todas as etapas de uma única memória associada a um esquema (Young, 2008).

Imagery Rescripting e Reestruturação Cognitiva

Faz-se uma entrevista semi-estruturada logo antes do procedimento de *imagery rescripting*. Na entrevista, o participante escolhe um exemplo de imagem invasiva e recorrente de situações sociais para identificar e descrever na primeira pessoa, no tempo presente. O significado dessa imagem é elicitado em relação a crenças acerca de si mesmo, de outros e do mundo. Durante a entrevista, então, identifica-se uma memória angustiante relacionada à imagem recorrente. Para isso, pede-se ao participante para lembrar da primeira memória de uma experiência que se assemelhava à da imagem. Se várias memórias surgissem, a memória mais angustiante e com o significado mais similar à imagem recorrente é selecionada. Em seguida, a memória é relembrada e seu significado, elicitado. Os significados tanto da imagem quanto da memória geralmente são muito similares e pede-se ao participante para sumarizar em suas próprias palavras a “crença encapsulada”, uma frase que capture ambos os significados.

A sessão de *rescripting* acontece em seguida, envolvendo dois componentes: reestruturação cognitiva para desafiar verbalmente as crenças antigas; e *rescripting*, mudança da memória para incluir novas perspectivas, ajudar a contextualizar a experiência desagradável e mudar a percepção do paciente. O estudo (Wild, J., Hackmann, A., Clark, D., 2007) demonstra, com um exemplo, essa execução.

O paciente, então, passa por um momento de reestruturação cognitiva, durando até 30 minutos para ajudá-los a desafiar a “crença encapsulada”. Tendo gerado evidências a favor e contra as crenças do paciente, o terapeuta as resume em um quadro branco. A informação dada durante a reestruturação verbal também pode ser incorporada na mudança da imagem, durando aproximadamente 45 minutos. O paciente revisita sua memória em três etapas. Na primeira, o paciente imagina que está na idade em que o evento ocorre, e o revive como se fosse no momento presente. Então, revivem a memória com sua idade atual, assistindo-a acontecer ao seu *self* mais jovem. Eles podem se imaginar intervindo nessa etapa se assim quiserem. Isso, frequentemente, envolve confrontar outras pessoas críticas, e/ou comunicar ao seu *self* mais jovem a perspectiva alternativa que desenvolveu durante a etapa de

reestruturação cognitiva. Finalmente, o paciente revive a memória novamente pela perspectiva do seu *self* mais jovem com o seu *self* adulto na cena, intervindo como já interviu antes. Dessa vez, pergunta-se ao *self* jovem o que mais poderia ser feito para que se sentisse bem e imaginar isso acontecendo. O *self* jovem frequentemente pede compaixão e afeto nesse ponto.

Protocolo RTM

Uma breve lembrança do trauma é evocada pelo sujeito ao recontar a narrativa traumática, encerrada pelo terapeuta assim que uma resposta autonômica é observada (lágrimas, congelamento, enrubescimento, pausas, etc.). O sujeito é orientado para o presente e a pensar em memórias seguras e neutras de antes e depois do evento traumático, para buscar recursos internos. O sujeito imagina uma sala de cinema onde assistirá o evento traumático, começando com uma imagem em preto e branco da memória de recurso anterior e terminando com o recurso posterior.

Tomando uma perspectiva de alguém que assiste de trás de si mesmo, o sujeito assiste suas próprias respostas ao filme em preto e branco até que ele termine com a imagem segura posterior. Se houve desconforto, ajusta-se o filme e ele é repetido. Quando confortável, o sujeito imagina o filme de trás para frente, fazendo todos os eventos acontecerem dentro de dois segundos. Dessa maneira, começando com o recurso pós-trauma e terminando com o pré-trauma.

Se houve desconforto, essa etapa é repetida. Se a resposta é positiva, sonda-se o sujeito novamente pelas respostas autonômicas previamente demonstradas. Quando o sujeito se sente confortável ao recontar o evento, ele é convidado a experienciar diversas versões alternativas e não-traumáticas da memória. Depois de ensaiar os novos cenários, pede-se novamente que o sujeito relate o evento traumático e busca-se gatilhos anteriores. Quando não é mais possível evocar o trauma e a narrativa pode ser relatada sem ativação autonômica significativa, o procedimento é encerrado (Gray, R., Bourke, F., 2015; Gray, R., Liotta, R., 2012).

Imaginal Exposure e Imagery Rehearsal Therapy

Ambos estudos não descreveram de maneira tão detalhada quanto os outros os seus procedimentos.

A exposição via imagética envolve a evocação do estímulo estressor pelo paciente e a aplicação de técnicas de relaxamento, como respiração, em conjunto. Portanto, requiere-se apenas a imagem mental do evento traumático nesse estudo (Gahm, G. A., 2016).

Sabe-se que a IRT foca-se no aumento da maestria dos pacientes sobre seus próprios pesadelos. Dessa forma, o paradigma que governa a intervenção não é de alterar elementos dos pesadelos de forma a diminuir a resposta ansiogênica ou de ressignificar essa experiência, mas de alterar inteiramente qual imagem mental é evocada. Idealmente, o paciente se torna capaz de sonhar com outras situações que não as evocadas pelo trauma (Germain, A. et al., 2004).

Discussão

Este trabalho buscou evidenciar similaridades e diferenças entre diversas técnicas imagéticas, comparando principalmente as utilizadas pela Programação Neurolinguística e por TCC e Terapia do Esquema. Através da revisão com o método PICO, foram encontrados 8 estudos compatíveis com os termos buscados. Uma limitação que contribuiu para esse número relativamente pequeno de resultados é a variabilidade dos termos utilizados. A imagética, apesar de ser uma ferramenta amplamente utilizada em vários estilos de psicoterapia, não tem um termo unificado para se referir ao seu uso. Isso resulta, certamente, em vários estudos que utilizaram palavras-chave diferentes; também, considerando a imagética como uma função cognitiva superior, como Kosslyn et al. (2001) sugerem, é natural que ela acabe não mencionada em muitas intervenções que se utilizam dela, da mesma forma que não se mencionaria memória ou processamento de informação.

Lambert e Barley (2001) dizem que fatores extraterapêuticos, fatores comuns a todas as abordagens e as técnicas em si são responsáveis por 40%, 30% e 15% da melhora dos pacientes, respectivamente. Os estudos revisados neste trabalho não mediram de forma alguma a relação terapêutica, muito menos fatores extraterapêuticos, o que torna impossível comparar seu impacto nas intervenções, mas certamente supõe-se que estiveram presentes. Hackmann e Clark (2007) foram os únicos a medir vividez e fatores ansiogênicos da imagética dos pacientes, com uma escala própria para esses dois fatores. De fato, não foi encontrado em nenhum momento deste trabalho um instrumento voltado para mensurar propriedades ansiogênicas ou adaptativas do uso da imagética em pacientes. Assim, as intervenções estudadas e a melhora nos escores dos pacientes tem sua correlação prejudicada por essa falta de instrumentos, restando apenas a verificação empírica, isto é, durante a interação com os sujeitos na pesquisa.

Semelhanças e Diferenças

Alterações diretas: Das intervenções estudadas, nota-se algumas semelhanças entre as aplicações. Primeiramente, todas as abordagens, salvo a dessensibilização, atuam pela alteração de fatores presentes na imagética, como mudar a perspectiva do paciente, adicionando e/ou removendo elementos e até mesmo a sequência dos eventos. Essa

intervenção é corroborada por estudos recentes em neurociência que implicam que a mera evocação de uma memória abre a possibilidade de alterá-la (Bridge e Voss, 2014).

A mudança de perspectiva é o elemento mais comum dentre todas as alterações, sendo um dos aspectos centrais na PNL para diminuir as respostas ansiogênicas ao evento traumático. Inclusive, mesmo quando não é uma parte explicitamente central da intervenção, ela é necessária para alterações posteriores, como quando um terapeuta do esquema proporia aparecer nessa imagem ou para o paciente da *imagery rescripting* se libertar da crença encapsulada do seu *self* infantil.

Foco temporal: Há duas temporalidades das imagens invocadas, o presente (ou passado recente) ou uma memória de infância. As intervenções voltadas para TEPT, baseadas em PNL e em exposição via imagética, tem um foco no evento traumático ou, pelo menos, em um gatilho altamente ansiogênico. Curiosamente, são duas abordagens radicalmente diferentes sobre o quanto alterar da imagem, refletindo seus *backgrounds* teóricos: a PNL pressupõe a possibilidade de alterar a carga emocional de uma memória, enquanto o Terapia Comportamental pressupõe, ao enfrentar de frente essa carga emocional, diminuir o seu impacto através da dessensibilização a essa memória.

Por outro lado, a Terapia do Esquema e *Imagery Rescripting* são muito similares. Ambas baseiam sua intervenção em buscar memórias da infância do paciente onde crenças ou esquemas foram aprendidos. Ambas atuam mudando a percepção do *self* infantil do paciente ao conversar com um adulto saudável, seja o terapeuta ou o próprio paciente, e pela mudança estrutural da imagética de forma a deixá-la mais segura. Por fim, ambas buscam cuidar das necessidades não atendidas desse *self* infantil.

Imagem e memória: Uma distinção feita exclusivamente em *imagery rescripting*, separando a imagem mental que surge ao paciente em uma situação de ansiedade social de uma lembrança de um evento de fato. Uma peculiaridade, considerando que nenhum outro estudo tratou de imagens invasivas que não fossem memórias.

Ordem, velocidade e cor: Os protocolos RTM e VK/D da PNL são os únicos que alteram de maneira mais drástica a ordem dos eventos na imagética, em um passo específico no qual o paciente vê os eventos de sua memória traumática passarem de trás pra frente, do final até o começo, na duração de 2 segundos. Durante a maior parte do processo, também, essa imagética é vista sem cores, em preto e branco.

Não se esclarece que outras alterações são feitas quando os autores falam de ajustar a imagem para diminuir as respostas autonômicas, mas supõe-se que sejam mais alterações de submodalidades, alterações sensoriais como, por exemplo a presença, fonte e volume de sons na imagética (Spritzer, 2012).

Outras considerações

A Terapia do Esquema provou-se única no seu método da Reparação Parental Limitada ao permitir ao terapeuta inserir-se nessa imagem mental para confrontar figuras paternas problemáticas (Heilemann, M. V. et al., 2011; Schaap, G. M et al., 2016; Chakhssi, F. et al., 2014). *Imagery Rescripting* estabelece uma distinção entre imagens mentais que surgem no cotidiano do paciente de memórias de eventos onde o paciente tenha aprendido crenças disfuncionais, o que tem sinergia com outros pesquisadores que especificam imagens mentais intrusivas como elementos separados (Malik e Holmes, 2011).

A PNL é única em quais alterações estruturais o terapeuta propõe ao paciente. Onde outras abordagens alteram a presença de adultos saudáveis como uma versão mais madura do paciente ou do terapeuta para conversar com o *self* e outras pessoas presentes (Wild, J., Hackmann, A., Clark, D., 2007), a PNL altera a qualidade da imagética, alterando a ordem dos eventos, as cores do ambiente, a velocidade dos eventos, etc (Gray, R., Bourke, F., 2015; Gray, R., Liotta, R., 2012).

A IRT intervém através da imagética de um novo sonho, menos ansiogênico e que o paciente elabore-o ao alterar elementos do pesadelo original. IRT não envolve exposição através da imagética ao pesadelo ou aos traumas. A IRT busca alterar a imagética em si, substituindo-a por sonhos que o paciente deseja ter ao invés dos atuais e invasivos.

A exposição prolongada para dessensibilização dos pacientes com TEPT foi comparada com o mesmo tipo de intervenção, mas aplicada por realidade virtual (Gahm, G. A., 2016). Esse é o único estudo onde não se altera nada na imagética. Durante o procedimento, o paciente utiliza técnicas de respiração, relaxamento etc. para diminuir suas respostas ansiogênicas a essas imagens.

Para pesquisas futuras, é essencial continuar estudos sobre a imagética enquanto construto, mas faz-se importante a criação e validação de instrumentos para avaliação do impacto de mudanças imagéticas em pacientes clínicos, de forma a relacionar melhor que técnicas de imagética se mostrem mais eficientes e para quais diagnósticos. Essa falta de

instrumentos voltados para a mensuração da imagética em contexto clínico já é percebida por pesquisadores. Por enquanto, Pearson et al. (2013) sugeriram uma lista de tarefas e testes alternativos que podem ser utilizadas pelo terapeuta para avaliar aspectos clínicos da imagética, como, por exemplo, a escala de *Impact Event Scale* (IES), já traduzida e adaptada para o português brasileiro (Silva, Nardi e Horowitz, 2010).

Com o aumento da tecnologia de realidade virtual, estudos tem sido feitos sobre sua aplicação para dessensibilização de eventos traumáticos. O estudo de Reger et al. (2014) comparou sua eficácia com técnicas imagéticas, indicando que o efeito produzido no paciente possa ser o mesmo durante o tratamento com essas duas abordagens; inclusive, com redução maior de sintomas no acompanhamento pós-intervenção dos sujeitos que passaram por exposição via imagética. Certamente mais estudos precisam ser feitos para reproduzir esses resultados, mas, seguindo esses indícios, dessensibilização via imagética para pacientes com TEPT pode vir a ser a abordagem mais recomendável e baseada em evidências para psicoterapeutas, dada a sua natureza relativamente acessível e de baixo custo (se comparada, pelo menos, a realidade virtual).

Outro possível caminho é a especificação dos tipos de imagéticas. É chamada de *intrusive prospective imagery* (imagética prospectiva intrusiva, em tradução livre) as imagens mentais que surgem de situações futuras imaginadas (Malik e Holmes, 2011). As autoras acreditam que essas imagens invasivas tenham um impacto maior na população com transtorno de personalidade bipolar, se comparada às imagéticas estudadas neste trabalho, que são ou imagens acerca de uma situação hipotética durante a terapia ou memórias de eventos estressores.

Conclusão

Este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo revisar as aplicações terapêuticas de técnicas imagéticas como intervenções a populações clínicas e analisar criticamente que semelhanças e diferenças se mostram em seus procedimentos. Todas as abordagens estudadas fazem parte, em algum nível, de Terapia Cognitivo-Comportamental, seja como protocolos da terapia propriamente dita, seja como terapias de 3ª onda que advieram da TCC, salvo a PNL. Dentre elas, notou-se diversos elementos em comum. Todas elas pressupõem que revisitar uma memória através da imagética abre a possibilidade de uma intervenção terapêutica. Todas elas, salvo a dessensibilização, trabalham alterando aspectos dessa imagética, utilizando, também, uma ou duas outras imagens mentais que não provocam uma resposta ansiogênica como “portos seguros”, para onde o paciente possa ir antes e depois do procedimento.

Conclui-se que há empecilhos dificultando uma base comum de compreensão nessa área. Nem todas as vezes que a imagética faz parte de um procedimento ela é reconhecida e não há consenso da terminologia entre os pesquisadores, levando a diversos termos e palavras-chave. Apesar de ser uma estratégia terapêutica utilizada há décadas, há uma escassez de instrumentos e estudos voltados para a imagética isoladamente, mas as evidências que existem apoiam seu uso.

Referências

- Bandler, R., Grinder, J., Stevens, J. (1979). *Frogs into Princes: Neuro Linguistic Programming*. *Real People Press*: [Lafayette, Califórnia].
- Birrer, D., Morgan, G. (2010). Psychological skills training as a way to enhance an athlete's performance in high-intensity sports. *Medicine & Science in Sports*, 20(2). DOI: 10.1111/j.1600-0838.2010.01188.x
- Bridge, D. J., Voss, J. L. (2014). Hippocampal binding of novel information with dominant memory traces can support both memory stability and change. *Journal of Neuroscience*, 34. DOI:10.1523/JNEUROSCI.3819-13.2014
- Brownell, P. (2010). *Gestalt therapy: a Guide to Contemporary Practice*. *Springer Publishing Company*: Nova Iorque.
- Caballo, V. (1996). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. *Editora Santos*: São Paulo.
- Chakhssi, F., Kersten, T., de Ruiter, C., & Bernstein, D. P. (2014). Treating the untreatable: A single case study of a psychopathic inpatient treated with Schema Therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 447-461. doi:10.1037/a0035773
- Deeproose, C., Malik, A. and Holmes, E. A. (2011). Measuring intrusive prospective imagery using the Impact of Future Events Scale (IFES): Psychometric properties and relation to risk for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. doi: 10.1521/ijct.2011.4.2.187
- Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., Warner, T., Koss, M. (2004). Increased Mastery Elements Associated With Imagery Rehearsal Treatment for Nightmares in Sexual Assault Survivors With PTSD. *Dreaming*, 14(4), 195-206. doi:10.1037/1053-0797.14.4.195
- Gahm, G. A. (2016). Randomized controlled trial of prolonged exposure using imaginal exposure vs. virtual reality exposure in active duty soldiers with deployment-related posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(11), 946-959. doi:10.1037/ccp0000134
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Neto, F. L., Andrade, L. H., Pang, W. Y. (2011). Validação da versão brasileira em português do Inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34. DOI:10.1016/j.rbp.2012.03.005
- Gray, R., Liotta, R. (2012). PTSD: Extinction, Reconsolidation, and the Visual-Kinesthetic Dissociation Protocol. *Traumatology*, 18(2), 3-16.
- Hackmann, A., Bennet-Levy, J., Holmes, E.A., (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*, p 4. *Oxford University Press*: Oxford.

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies - Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3.
- Heilemann, M.V., Pieters, H.C., Kehoe, P., Yanq, Q. (2011). Schema Therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(4):473-80. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.05.001
- Hiscock, M. (1978). Imagery assessment through self-report: What do imagery questionnaires measure? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(2), 223-230. doi:10.1037/0022-006X.46.2.223
- Holmes E.A., Mathews A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Kahneman, D. (2013). Thinking, Fast and Slow. *Farrar, Straus and Giroux*.
- Kosslyn S.M., Ganis G., Thompson W.L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Reviews Neuroscience*; 2, 635-42.
- Kosslyn, S.M. (1987). Seeing and imagining in the cerebral hemispheres: a computational approach. *Psychology Review*, 94(2):148-75.
- McConaghy, N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A., & Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitisation in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A., & Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling: A two- to nine-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- Pearson, D.G., Deeprose, C., Wallace-Hadrill, S.M.A., Heyes, S.B., Holmes, E.A. (2013). Assessing mental imagery in clinical psychology: A review of imagery measures and a guiding framework. *Clinical Psychology Reviews*, 33(1). doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.001
- Reger, G. M., Koenen-Woods, P., Zetocha, K., Smolenski, D. J., Holloway, K. M., Rothbaum, B. O., Difede, J., Rizzo, A., Edwards-Stewart, A., Skopp, A., Mishking, M., Reger, M., Nelis, S., Holmes, E.A., Griffith, J.W., Raes, F. (2014). Mental imagery during daily life: Psychometric evaluation of the Spontaneous Use of Imagery Scale (SUIS). *Psychologica Belgica*, 54(1). doi: 10.5334/pb.ag
- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*, 53(4), 402-412. doi:10.1037/pst0000056
- Skinner, B.F. (2012). Verbal Behavior. *B.F. Skinner Foundation Reprint Series*. Disponível em: <http://www.bfskinner.org/wp-content/uploads/2014/05/Verbal-Behavior.pdf>. (Original publicado em 1957)

- Spritzer, N. (2012). Curso de Formação em PNL, Nível Básico [Apostila do Curso]. Porto Alegre: Dolphin Tech.
- Thieme, H., Morksich, N., Rietz, C., Dohle, C., Borgetto, B. (2016). The efficacy of movement representation techniques for treatment of limb pain—A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 17(2), 167-180. DOI:10.1016/j.jpain.2015.10.015
- Utay, J., Miller, M. (2006). Guided imagery as an effective therapeutic technique: a brief review of its history and efficacy research. *Journal of Instructional Psychology*, vol. 33(1), 40-43.
- Vaknin, S. (2008). The Big Book Of NLP Techniques: 200+ Patterns & Strategies of Neuro Linguistic Programming (4E). *Inner Patch Publishing*: [Praga, República Checa]
- Young, J. E., Weishaar, M. E. (2008). Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Arned.
- Zimmermann-Schlatter, A., Schuster, C., Puhan, M.A.,Siekierka, E., Steurer, J. (2008). Efficacy of motor imagery in post-stroke rehabilitation: a systematic review. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. DOI:10.1186/1743-0003-5-8
- Wild, J., Hackmann, A., Clark, D. (2007). When the present visits the past: updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4): 386–401. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.07.003
- Willander, J., Baraldi, S. (2010). Development of a new clarity of auditory imagery scale. *Behavioral Research Methods*, 42(3).
- Wolpe, J. (1969). The Practice of Behavior Therapy. Pergamon Press: Toronto.