



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Hipnose, complexidade e dores crônicas: um percurso teórico

João Antônio de Assis Mallmann

Brasília – DF

2018

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Hipnose, complexidade e dores crônicas: um percurso teórico

João Antônio de Assis Mallmann

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Maurício S. Neubern

Brasília – DF

2018

**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia**

Hipnose, complexidade e dores crônicas: um percurso teórico

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Maurício S. Neubern – Presidente

Universidade de Brasília – PPG/PsiCC PCL/IP – UnB

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo – Membro Interno

Universidade de Brasília – PPG/PsiCC PCL/IP - UnB

Profa. Dra. Isabela Machado da Silva – Membro Interno

Universidade de Brasília – PPG/PsiCC PCL/IP – UnB

Profa. Dra. Marta Helena de Freitas – Membro Externo

Universidade Católica de Brasília – UCB

Prof. Dr. Daniel Magalhães Goulart – Membro Suplente

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Brasília, junho de 2018

Dedico este trabalho à memória de François Roustang

(1923 – 2016)

Agradecimentos

Agradeço imensamente ao professor Maurício Neubern pela dedicação, apoio, confiança, e que, por abrir caminhos, permite que possamos crescer e compartilhar nossos sonhos.

Agradeço à minha família e à minha esposa Marianna por todo apoio prestado, pela confiança, parceria e incentivo. À minha pequena Helena que nasce durante esse processo e nos enche de amor. Sem vocês nada seria possível.

Agradeço aos pacientes que se dispuseram a participar dessa pesquisa e que entregaram o seu melhor para a terapia em busca de mudanças.

Agradeço às professoras doutoras Maria Inês Gandolfo, Isabela Machado da Silva e Marta Helena de Freitas por aceitarem ao convite de compor a banca examinadora desta tese. Igualmente ao professor doutor Daniel Magalhães Goulart.

Agradeço à Elizabeth, amiga de todas as horas e parceira de estudos. Igualmente aos Mestres por toda a sabedoria compartilhada, por confiarem em mim e por me incentivarem ao longo de tantos momentos intensos nessa etapa.

Agradeço aos meus amigos Daniel e Hugo e Jones pela amizade e pela inspiração que a presença de vocês sempre traz.

Agradeço ao Instituto Milton H. Erickson de Brasília e ao Olavo Rigon pela parceria e amizade.

Agradeço ao grupo CHYS pelas parcerias e aprendizados.

Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro da pesquisa.

À toda equipe da clínica Cura e Acupuntura pela parceria, confiança, apoio e amizade.

MALLMANN, J. A. A. (2018). *Hipnose, complexidade e dores crônicas: um percurso teórico*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

RESUMO

Esta tese tem como objetivo a elaboração de noções teóricas complexas sobre o papel da hipnose na reconfiguração das dores crônicas. Parte-se da articulação entre a hipnose de Milton H. Erickson e a teoria da complexidade de Edgar Morin pautado por base epistemológica que possibilite apoiar a construção de um modelo teórico de potencial explicativo sobre a atuação da hipnose nos processos de dor crônica. Estima-se que 30% da população mundial sofra com dores crônicas, sendo que, especificamente no Brasil, aproximadamente 75% da procura pelo sistema de saúde está relacionada a essa demanda. A literatura especializada concebe a diversidade de tratamentos como proposta diante da complexidade e do caráter refratário da cronicidade, entretanto, a atenção à dor ainda é substancialmente pautada pelo saber biomédico e pela prescrição de medicamentos. Em grande parte, essa visão se deve ao fato de que o paradigma moderno de ciência estabeleceu dicotomias entre corpo-mente, indivíduo-social e controle-autonomia, atuando primordialmente sobre o corpo em detrimento dos processos psicológicos, de um indivíduo isolado do contexto de suas experiências sociais e culturais, numa relação baseada na lógica do controle. Compreende-se que a dor é um processo subjetivo e complexo vivido no corpo, envolvendo sensações aversivas e de sofrimento. A hipnose, como estratégia psicoterapêutica no cuidado da dor possui um papel importante no que se refere à reconfiguração dos processos de dor crônica, pois possibilita o agenciamento de processos fisiológicos, conscientes e inconscientes com potencial de mudanças clínicas ligadas à dor. Para tanto, a leitura dessa relação sob uma perspectiva complexa lança mão de categorias que permitam a inteligibilidade dos processos singulares vividos por sujeitos acometidos por dores crônicas. Essas categorias compreendidas em tetragrama, holograma e auto-eco-organização oriundas da teoria da complexidade possibilitam uma discussão dialógica que supere as dicotomias tradicionalmente estabelecidas. A discussão se baseia em dois estudos de caso clínicos, de pessoas que passaram pela terapia orientada pela abordagem de Milton H. Erickson com o foco na dor crônica. A pesquisa baseou-se numa metodologia qualitativa, em caráter construtivo-interpretativo de inspiração na Epistemologia Qualitativa. Por fim, conclui-se a discussão destacando que a proposta de tese adotada sobre a construção de noções teóricas complexas constitui não apenas uma contribuição teórica alternativa, mas atende a exigências epistemológicas, teóricas e metodológicas próprias da atuação da hipnose na reconfiguração da dor. Em decorrência disso, concebe-se que as práticas de saúde devem ter uma maior atenção à singularidade dos sujeitos, desenvolvendo metodologias e políticas públicas que se lancem sobre o cuidado da dor sem que o universalismo das macro visões teóricas apaguem a complexidade do sujeito. O resgate da dimensão de sujeito, portanto, é o elemento central do cuidado da dor e da saúde.

Palavras-chave: hipnose, complexidade, dor crônica, transe, psicoterapia.

MALLMANN, J. A. A. (2018). *Hypnosis, complexity and chronic pain: a theoretical path*. Doctoral thesis. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

ABSTRACT

This thesis seeks the elaboration of complex theoretical notions about the role of hypnosis in the reconfiguration of chronic pain. It begins with the articulation between Milton H. Erickson's hypnosis and Edgar Morin's theory of complexity based on an epistemological basis that allows to support the construction of a theoretical model of explanatory potential on the hypnosis performance in chronic pain processes. It is estimated that 30% of the world's population suffers from chronic pain, and that, specifically in Brazil, approximately 75% of the demand for the health system is related to this demand. The specialized literature conceives the diversity of treatments as a proposal in view of the complexity and refractory nature of chronicity, however, attention to pain is still substantially based on biomedical knowledge and prescription of medications. This view is due to the fact that the modern paradigm of science established dichotomies between body-mind, individual-social and control-autonomy, acting primarily on the body to the detriment of psychological processes, of an individual isolated from the context of their social and cultural experiences, in a relationship based on the logic of control. It is understood that pain is a subjective and complex process experienced in the body, involving aversive sensations and suffering. Hypnosis, as a psychotherapeutic strategy in color care, plays an important role in the reconfiguration of chronic pain processes, as it allows the agency of physiological, conscious and unconscious processes with potential for clinical change related to pain. For that, the reading of this relationship under a complex perspective makes use of categories that allow the intelligibility of the singular processes experienced by subjects affected by chronic pain. These categories comprised in tetragrammaton, hologram and self-eco-organization from the theory of complexity enable a dialogic discussion that overcomes the traditionally established dichotomies. The discussion is based on two clinical case studies of people who underwent therapy guided by the approach of Milton H. Erickson with the focus on chronic pain. The research was based on a qualitative methodology, in a constructive-interpretative character of inspiration in the Qualitative Epistemology. Finally, the discussion concludes by emphasizing that the proposed thesis on the construction of complex theoretical notions constitutes not only an alternative theoretical contribution, but also attends to the epistemological, theoretical and methodological demands peculiar to hypnosis in the reconfiguration of pain. As a result, it is conceived that health practices should pay greater attention to the singularity of the subjects, developing methodologies and public policies that are launched on the care of pain without the universalism of macro theoretical visions erase the complexity of the subject. The rescue of the subject dimension, therefore, is the central element of the care of pain and health.

Key words: hypnosis, complexity, chronic pain, trance, psychotherapy.

MALLMANN, J. A. A. (2018). *Hypnose, complexité et douleur chronique: um chemin teórico*. Thèse de Doctorat. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

RÉSUMÉ

Cette thèse vise l'élaboration de notions théoriques complexes sur le rôle de l'hypnose dans la reconfiguration de la douleur chronique. Il commence par l'articulation entre l'hypnose de Milton H. Erickson et la théorie de la complexité d'Edgar Morin fondée sur une base épistémologique qui permet de soutenir la construction d'un modèle théorique du potentiel explicatif sur la performance hypnotique dans les processus douloureux chroniques. On estime que 30% de la population mondiale souffre de douleur chronique et que, précisément au Brésil, environ 75% de la demande du système de santé est liée à cette demande. La littérature voit la diversité des traitements tels que proposés par la complexité et la nature réfractaire de chronicité, cependant, l'attention à la douleur est encore essentiellement guidé par les connaissances biomédicales et les médicaments sur ordonnance. En grande partie, ce point de vue est due au fait que le paradigme moderne de la science établie dichotomies entre le corps-esprit, l'individu-société et contrôle-autonomie, travaillant principalement sur le corps au détriment des processus psychologiques d'un individu isolé de leurs expériences sociales et culturelles, dans une relation basée sur la logique du contrôle. Il est entendu que la douleur est un processus subjectif et complexe vécu dans le corps, impliquant des sensations aversives et la souffrance. L'hypnose, en tant que stratégie psychothérapeutique dans les soins de couleur joue un rôle important par rapport à la reconfiguration des cas de douleur chronique, il permet à l'agence de processus physiologiques, conscients et inconscients des changements cliniques potentiels liés à la douleur. Pour ce faire, la lecture de cette relation sous une perspective complexe fait appel à des catégories permettant l'intelligibilité des processus singuliers vécus par les sujets atteints de douleur chronique. Les catégories de tétragramme, l'hologramme et l'auto-organisation écologique de la théorie de la complexité permettent une discussion dialogique qui surmonte les dichotomies traditionnellement établies. La discussion est basée sur deux études de cas cliniques de personnes qui ont suivi une thérapie guidée par l'approche de Milton H. Erickson en mettant l'accent sur la douleur chronique. La recherche a été basée sur une méthodologie qualitative, constructif-interprétatif de l'inspiration dans l'épistémologie qualitative. Enfin, nous terminons la discussion en notant que la proposition de thèse adoptée sur la construction de notions théoriques complexes est non seulement une contribution théorique alternative, mais qu'elle répond aussi aux exigences épistémologiques, théoriques et méthodologiques propres à l'hypnose dans la reconfiguration de la douleur. En conséquence, on conçoit que les pratiques de santé doivent accorder plus d'attention à la singularité des sujets, développer des méthodologies et des politiques publiques qui sont lancées sur le soin de la douleur. Le sauvetage de la dimension sujet est donc l'élément central du soin de la douleur et de la santé.

Mots-clés: hypnose, complexité, douleur chronique, transe, psychothérapie.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
OBJETIVOS.....	20
CAPÍTULO 1 – Aportes teóricos.....	21
1.1. HIPNOSE: FATO OU ARTEFATO?.....	21
1.2. A HIPNOSE ENTRE O PARADIGMA MODERNO E A COMPLEXIDADE.....	29
1.3. O PENSAMENTO COMPLEXO E A TEORIA DA COMPLEXIDADE.....	31
1.4. A HIPNOSE MODERNA.....	34
1.5. A HIPNOSE NATURALISTA.....	41
CAPÍTULO 2 – O papel da teoria e o diálogo rumo à construção teórica..	46
2.1. O PAPEL DAS TEORIAS NO PROCESSO EXPLICATIVO.....	46
2.2. A NOÇÃO DE INFLUÊNCIA EM LÉON CHERTOK.....	51
2.3. FRANÇOIS ROUSTANG, INFLUÊNCIA E ANIMALIDADE.....	56
2.4. JEFREY ZEIG E A SISTEMATIZAÇÃO DA TÉCNICA HIPNÓTICA.....	62
2.5. AS ALTERNATIVAS PARA UMA CONSTRUÇÃO TEÓRICA COMPLEXA.....	67
CAPÍTULO 3 – O cenário das pesquisas contemporâneas	72
3.1. A INVESTIGAÇÃO SOBRE A RELAÇÃO HIPNOSE E DORES CRÔNICAS.....	72
3.2. UMA LEITURA COMPLEXA SOBRE O CORPO E A DOR.....	74
3.3. O CORPO E A ORGANIZAÇÃO COMPLEXA DA DOR.....	77
3.4. DA ELIMINAÇÃO DO SINTOMA À RECONFIGURAÇÃO DA DOR.....	81
3.5. O PAPEL DA HIPNOSE NA RECONFIGURAÇÃO DA DOR.....	86
CAPÍTULO 4 – Metodologia.....	91
4.1. BASES EPISTEMOLÓGICAS PARA UMA METODOLOGIA COMPLEXA.....	91
4.2. CATEGORIAS COMPLEXAS.....	92
4.3. A CONSTRUÇÃO DAS INTERPRETAÇÕES.....	96
4.4. HIPNOSE: O MÉTODO CLÍNICO.....	102
4.4.1. PRINCÍPIOS DA HIPNOSE NATURALISTA.....	104
4.5. PROTOCOLO, LOCAL DE PESQUISA, PARTICIPANTES E LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES.....	109
4.5.1. LOCAL.....	110
4.5.2. PARTICIPANTES.....	111
4.5.3. LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES.....	112
4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	114
CAPÍTULO 5 – ROSA – Minha vida parou.....	117
5.1. ROSA – A VIDA QUE PAROU.....	118
5.2. PRIMEIRAS INTERVENÇÕES.....	123
5.3. O TETRAGRAMA.....	132

5.4. O HOLOGRAMA	136
5.5. AUTO-ECO-ORGANIZAÇÃO	142
CAPÍTULO 6 – Dona Hortência e os bombons	148
6.1. DONA HORTÊNCIA	148
6.1.1. PRIMEIRAS INTERVENÇÕES.....	151
6.2. CONFIGURAÇÃO E TETRAGRAMA.....	161
6.3. HOLOGRAMA	175
6.4. AUTO-ECO-ORGANIZAÇÃO	184
CONSIDERAÇÕES FINAIS – O que posso dizer sobre o outro?	193
REFERÊNCIAS	208
ANEXO I.....	208
ANEXO II.....	222

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.....	133
FIGURA 2.....	134
FIGURA 3.....	135
FIGURA 4.....	162
FIGURA 5.....	163

INTRODUÇÃO

A relação entre hipnose e dor crônica possui profundas ligações, desde o século XVIII ainda sobre a denominação de magnetismo – em que o cuidado da dor ocupou posição de destaque –, até a retomada da hipnose nos meios clínicos e nas pesquisas científicas nos últimos 30 anos (Neubern, 2014b). Essa notória relação apresenta importantes questões sobre a experiência do transe e seu potencial terapêutico, também nos mostra a complexa rede de processos fisiológicos e psicológicos (Mallmann, 2018; Neubern, 2009a), destacando-se o papel que a hipnose possui para o processo de reconfiguração das dores crônicas (Neubern, 2009b, 2010). Entretanto, mesmo havendo longa tradição e a incontrovertida eficácia, algumas lacunas ainda são mantidas pela necessidade de articulação teórica que siga na direção de um propósito explicativo destinado a compreender as relações entre a influência hipnótica sobre a dor crônica numa lógica não reducionista, tal como é a marca do pensamento dominante nesse campo (Morin, 2005, 2007; Neubern, 2010).

Considera-se a hipnose como uma abordagem complexa que possui a capacidade de intervenção nos processos de dor em níveis físicos, cognitivos, simbólicos e emocionais (Erickson & Rossi, 1970, 1980; Neubern, 2014b, 2016, 2017). E, desse modo, a tese defendida é que a relação entre a Hipnose (Erickson & Rossi, 1970, 1980) e a Teoria da Complexidade (Morin, 2005, 2007, 2011a, 2011b, 2011, 2013) permite a elaboração de um modelo teórico pautado por uma base epistemológica e teórica complexa que apoie a construção de um saber especializado e igualmente complexo sobre o processo de reconfiguração das dores crônicas. Sendo que o objetivo geral está orientado para a elaboração de noções teóricas complexas sobre o papel da hipnose na reconfiguração da dor crônica.

A dor é considerada neste trabalho sob uma perspectiva subjetiva e complexa, caracterizada por vivências corporais que implicam em sensações aversivas e de sofrimento (Neubern, 2009a). Uma vez que as dores em caráter crônico possuem a característica de perdurarem no tempo, submetem o sujeito a uma lógica de convivência com a dor, em que os cuidados e os vínculos tornam-se mais importantes que a ideia de cura definitiva (Neubern, 2015). A hipnose possui um importante papel sobre esses cuidados, pois, além de situar o processo terapêutico com numa perspectiva de melhoria de qualidade de vida, aponta para soluções concretas para a vida do paciente. Nesse sentido, a noção de reconfiguração da dor (Neubern, 2010, 2012b, 2016) diz respeito à atuação da hipnose, principalmente, sobre a mobilização de recursos corporais para a anestesia e analgesia hipnótica (Erickson & Rossi, 1970), bem como da produção de sentidos em relação à vida e as processos de saúde que possibilita ao paciente.

A estimativa da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) é que aproximadamente 30% da população mundial sofra de dores crônicas. Um cenário nada desprezível para políticas de atenção à saúde e para o desenvolvimento de práticas e modelos de atuação. No Brasil, cerca de 75% da procura pelo sistema de saúde está relacionada à dor, sendo aproximadamente 40% os casos de dor crônica (Miceli, 2002). O contexto de cronicidade impõe uma realidade limitante aos tratamentos convencionais. Isso porque o caráter crônico dos processos de dor possui grande complexidade com relação a diagnósticos e terapêuticas se comparado às dores nas fases agudas. Além disso, as condições crônicas de saúde são caracterizadas, em muitos casos, por serem refratárias aos tratamentos tradicionais, ou, em alguns casos, perduram após intervenções comumente adotadas (Sallum, Garcia & Sanches, 2012).

Com isso, as práticas terapêuticas no cuidado da dor crônica são marcadas significativamente pela busca de variedade de métodos de intervenção e pela associação

a métodos alternativos como tentativa de lidar com limitações impostas pela condição crônica (Yeng, Teixeira, Romano, Greve & Kaziyama, 2001). Também são marcadas pelo alto custo financeiro e pelos questionamentos de sua efetividade, chegando a afetar diretamente a relação dos médicos com os pacientes, alcançando a equipe médica e o sistema de saúde (Ferreira, 2013; Lima & Trad, 2008).

As condições crônicas de saúde compõem um cenário variado de demandas clínicas num amplo espectro de situações e patologias, compreendendo desde problemas congênitos, hereditários, síndromes cromossômicas, traumatismos causados por acidentes e situações pós-cirúrgicas, até problemas oriundos da atividade laboral. Destaca-se também que os estudos sobre dor em caráter crônico, oriundos dos diversos processos patológicos, conflitam em termos de conceituação e critérios para a identificação, carecendo de maiores aprofundamentos no que se refere à subjetividade da dor (Kreling, Cruz & Pimenta, 2006).

Apesar de haver na área médica relevante produção científica que investiga a dor e propõe práticas terapêuticas, estas se concentram majoritariamente nas fases agudas. Essa literatura reconhece o caráter subjetivo da dor e aponta a necessidade de multidisciplinaridade no tratamento (Sallum et al, 2012). Entretanto, na prática a realidade conflita com essa perspectiva, pois o foco concentra-se sob o diagnóstico categórico da dor e a terapêutica, nos medicamentos. A portaria nº 1.083 do Ministério da Saúde (Portaria nº 1.083, de 2 de Outubro do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2012) – que atribui parâmetros e diretrizes nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de indivíduos com dor crônica – foi desenvolvida com o foco em literatura específica da área a partir da busca em bases de dados. Apesar disso, não faz menção à dimensão subjetiva da dor, propondo como intervenções terapêuticas apenas os fármacos e seus esquemas de administração. Essa portaria desconsidera a

cronicidade em seu caráter refratário às terapêuticas tradicionais, não reconhecendo também a importância de intervenções distintas da prescrição de medicamentos como alternativa ou como coadjuvante.

Nota-se que a prática clínica voltada para pacientes acometidos por dor crônica é restrita, com foco em intervenções predominantemente de caráter biomédico, fato que não acompanha o crescente desenvolvimento das clínicas de dor organizadas no Brasil desde a década de 1980 (Lima & Trad, 2008). Esse modelo preza pela organização multiprofissional agregando especialistas em terapêuticas tradicionais da biomedicina a modelos como a acupuntura e hipnose (Castro, 1999). De fato, pode-se perceber que há necessidade de cuidados multidisciplinares orientados mais especificamente à complexidade dos processos de dor crônica, o que se mostra conflitante, em contrapartida, às práticas dominantes nos cenários de cuidado da dor crônica.

No que se refere à psicologia, os estudos desenvolvidos sobre dor crônica apresentam mais incisivamente o caráter subjetivo e multifatorial da dor, além da ênfase na multidisciplinaridade de teorias e metodologias para o seu tratamento (Miceli, 2002; Besset, Gaspard & Doucet, 2010). Assim, é essencial que haja maior especificidade técnica para o tratamento diretamente ligado à cronicidade, enquanto campo que possui as suas próprias exigências. Ademais, com exceção do HIV, não existem políticas abrangentes em termos de intervenção, modelos de cuidados e serviços direcionados à cronicidade da dor, e à formação de profissionais da saúde requer preparação especializada para a atuação nesse contexto.

Apesar do crescente interesse pelo estudo da hipnose com foco em dor nos últimos 30 anos, esse campo ainda ocupa lugar de marginalidade (Neubern, 2014). Isso demonstra a diligência de profissionais, pesquisadores e a importância que tal conhecimento possui no campo clínico, mas também sua incompreensão. Historicamente, a hipnose tem um

papel importante no cuidado da dor que data desde o século XVIII. Embora conhecida sua importância nesse campo, entra em relativo ostracismo com a constituição da psicanálise (Chertok & Stengers, 1990) e também com o advento de analgésicos químicos farmacêuticos no século XIX (Michaux, 2004).

O interesse pela hipnose, entretanto, não se esgota nesse cenário, sendo retomada no cuidado das dores crônicas, com grande ênfase no século XX, por pesquisadores como Leon Chertok e Milton H. Erickson (Neubern, 2014b), tendo em vista a sua eficácia para vários tipos de demanda, incluindo a dor. No cenário científico, destacam-se atualmente o desenvolvimento de pesquisas com foco no uso da hipnose para o tratamento de dores (Nogueira, Lauretti & Costa, 2005; Vale, 2006; Velloso, Duprat, Martins & Scopetta, 2010; Castro, Leal & Sakata 2013; Jensen & Patterson, 2014; Roja & Kalkis, 2013). Essas pesquisas são desenvolvidas sob a ótica do paradigma moderno e tendem a demonstrar importantes resultados atestando os efeitos da hipnose para o controle e alívio da dor. Apesar da importância que possuem, as discussões se dirigem no sentido de estabelecer padrões de resposta, escalas de mensurabilidade e eficácia sem, contudo, estabelecer uma discussão teórica sobre como a hipnose pode atuar no nível da dor e produzir seus efeitos.

A hipnose ainda carece de maiores estudos que se aprofundem em sua complexidade, de maneira que possibilite compreender melhor seu funcionamento e com isso, estabelecer caminhos teóricos e metodológicos mais consistentes no campo científico. Pelas condições apresentadas, o desenvolvimento de um pensamento qualificado sobre o papel da hipnose no cuidado da dor crônica justifica-se por poder auxiliar os tratamentos existentes e desenvolver um aprofundamento científico sobre esse campo de atuação, tanto numa prática que tem mostrado sua eficácia quanto no estudo dos complexos processos vinculados à dor e a dimensão subjetiva.

Este trabalho pretende investigar a relação da hipnose e da dor, tomando como base um caminho epistemológico, teórico e metodológico que compreenda a dor em sua complexidade e como a hipnose atua na reconfiguração subjetiva das dores crônicas. Essa visão integra aspectos da vida do sujeito, como a cultura, o social, o individual, a sua história, ao processo vivido da dor. Com isso, se permite pensar a dor como parte integrante de um sistema mais complexo e de lógica configuracional sem a atomização do corpo e o isolamento dos processos subjetivos (Morin, 2013, 2012b; Neubern, 2004 2009a, 2013).

Esta tese está organizada em capítulos, de modo que, no intuito de promover maior visibilidade dos eixos estabelecidos para a discussão, destaca-se:

- **Capítulo 1 – Aportes Teóricos**
 - **Hipnose: fato ou artefato:** Nesta seção, é apresentado o problema da hipnose para o pensamento moderno, evidenciando a dificuldade diante do paradigma dominante de atestar a experiência subjetiva do paciente em termos de fato. É traçada uma digressão sem fins historiográficos a processos históricos e epistemológicos importantes para o desenvolvimento da hipnose no cenário científico, marcado pelas dicotomias tradicionais da racionalidade dominante.
 - **A hipnose entre o paradigma moderno e a complexidade:** Busca discutir como a hipnose foi posicionada ao lado das noções dominantes do paradigma moderno, estabelecendo perspectivas universalistas e de controle sobre um sujeito isolado de seu contexto cultural. Neste tópico, busca-se elucidar acerca do pensamento complexo e a teoria da complexidade como aporte teórico para a investigação, trazendo como contribuição as categorias *tetragrama*, *holograma* e *auto-eco-*

organização. Apresenta também a hipnose concebida dentro dos moldes da ciência moderna e o impacto dessa visão sobre as noções dominantes nas noções dominantes da clínica e das pesquisas científicas.

- **A hipnose Naturalista:** Trata da abordagem de hipnose de Milton H. Erickson. Busca uma discussão sobre os pressupostos deste modelo naturalista de hipnose e como ele possui importantes articulações com noções complexas.
- **Capítulo 2 - O papel da teoria e o diálogo rumo à construção teórica**
 - **O papel das teorias no processo explicativo:** busca traçar uma discussão sobre a importância da teoria como um dos elementos de maior visibilidade do processo de construção do conhecimento. Nesta seção, apresenta-se a necessidade de dialogar com outros importantes autores da hipnose que desenvolveram seus trabalhos dentro de uma perspectiva clínica, auxiliando a aproximação de noções complexas.
 - **A noção de influência em Léon Chertok:** Destina-se à apreciação do trabalho deste importante autor no cenário clínico e do resgate da influência, como uma importante noção que rompe com a ideia de controle.
 - **François Roustang, influência e animalidade:** Discute o importante conceito de *animalidade* apresentado como uma articulação complexa de processos fisiológicos, emocionais e psíquicos do sujeito.
 - **A sistematização da técnica hipnótica de Jeffrey Zeig:** dedica-se acerca das elaborações e sistematizações realizadas sobre o trabalho de Milton Erickson.

- **Capítulo 3 – O cenário das pesquisas contemporâneas: uma análise crítica**
 - **A investigação sobre a relação hipnose e dores crônicas:** São discutidos os principais elementos de limitação das pesquisas científicas em relação às noções de corpo e sintoma. Esta seção não se destina a uma revisão bibliográfica da literatura, mas busca a interlocução com a produção científica atual. Salienta-se as importantes lacunas sobre as quais as noções de complexidade e a hipnose naturalista se sobrepõem, lançando condições para o aprofundamento teórico.
 - **Uma leitura complexa sobre o corpo e a dor:** Discute a dor como um processo vivido no corpo em contraposição às visões dominantes em que o corpo é isolado do sujeito e de seu contexto.
 - **O corpo e a organização complexa da dor:** Busca discutir a noção de configuração da dor e da relação que esta estabelece com a complexidade do sujeito.
 - **O papel da hipnose na reconfiguração da dor:** Visa à discussão do resgate da noção de sujeito como ponto central da noção de mudança e reconfiguração da dor.
- **Capítulo 4 – Metodologia**
 - **Bases epistemológicas para uma metodologia complexa:** Esta seção se destina a organizar o pensamento complexo dentro da base metodológica adotada para dois estudos de caso.
 - **Categorias complexas:** Discute o papel das categorias de *tetragrama*, *holograma* e *auto-eco-organização* estabelecidas para a investigação

empírica e como elas podem auxiliar na inteligibilidade dos processos de transe e da reconfiguração da dor.

- **A construção de informação no processo teórico:** É a estratégia adotada para a análise e a produção teórica. Pauta-se na epistemologia qualitativa que propõe balizas complexas para os estudos qualitativos.
- **Hipnose: o método clínico:** destina-se a avançar na discussão sobre hipnose naturalista sob o enfoque da intervenção clínica. Apresenta seus princípios e alguns elementos técnicos que serão utilizados no estudo de caso.
- **Protocolo, local de pesquisa, participantes e levantamento de informações:** Destinam-se à delimitar os processos de pesquisa. Define a constituição do processo de psicoterapia, das interpretações e construções teóricas.
- **Capítulo 5 e Capítulo 6:** Compõem os dois estudos de caso selecionados para a pesquisa. Neles constam o relato da psicoterapia orientada pela hipnose naturalista e a construção das informações, bem como as discussões realizadas à luz da complexidade.
- **Considerações finais – O que posso falar sobre o outro?** Nesta parte final, as principais construções e conclusões teóricas são apresentadas, sendo levantadas contribuições do trabalho para a hipnose, psicologia e para a saúde.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Elaborar noções teóricas complexas sobre o papel da hipnose na reconfiguração dos processos de dor crônica.

Objetivos específicos:

- Desenvolver categorias complexas que permitam a superação de dicotomias a partir da integração dialógica.
- Desenvolver análise teórica sobre a reconfiguração da dor a partir do transe, numa perspectiva complexa.
- Analisar os processos de reconfiguração da dor crônicas de pacientes submetidos à hipnoterapia por meio de estudos de caso.

CAPÍTULO 1 – APORTES TEÓRICOS

A Hipnose entre a influência moderna e a complexidade

“Sendo todas as coisas causa e consequência, assistidas e assistentes, mediatas e imediatas, e todas se conservando por um laço natural e imperceptível que une as coisas mais distantes e mais diferentes, (...) impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tampouco conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes.”

(Blaise Pascal, 1632-1662)

“Por mais diferentes que eles possam ser, os elementos ou indivíduos, constituindo um sistema, têm pelo menos uma identidade comum de vinculação à unidade global e de obediência às suas regras organizacionais.”

(Edgar Morin, método 1, p.37)

1.1. Hipnose: fato ou artefato?

Uma das questões centrais no estudo da hipnose reside em torno de concepções sobre a objetividade dos fatos e criação de realidades (Stengers, 2002). Trata-se de uma complacência do pensamento moderno em atestar sobre os fenômenos hipnóticos em termos de verdade, ou seja, atestar se o processo de comunicação hipnótica e os estados de transe vividos pelos pacientes são realmente verdadeiros. Isso implicou em graves consequências para a hipnose ao longo da história, desde a sua perseguição e estigma de marginalidade no século XVIII (Chertok & Stengers, 1990; Neubern, 2009c) até os processos de colonização¹ no século XIX, que impediram o aprofundamento das discussões e do entendimento de sua condição complexa.

¹ A ideia de colonização diz respeito à tentativa de explicação a partir de bases teóricas já definidas pelo saber moderno (Demo, 2000; Santos, 2002) e que, no contexto aqui discutido, diz respeito à tentativa de explicar a hipnose por conceitos e categorias modernas, desprezando o potencial explicativo que a própria hipnose poderia mostrar.

Ao longo de seu desenvolvimento, a hipnose atravessou importantes processos históricos marcados por um mal-estar epistemológico em torno da noção de verdade (Neubern, 2009). Desde a cruzada magnética (Chertok & Stengers, 1990) – em que se estabeleceram comissões científicas para submeter a hipnose a dispositivos de validação científica, levando à perseguição dos magnetizadores – até o advento da psicanálise, o intento ao redor da verdade se concentrou numa tentativa racionalista de qualificar o valor terapêutico da hipnose, buscando a legitimidade de tal prática clínica dentro de uma lógica explicativa moderna. Desse modo, destinar-se à superação da complacência em direção ao que é fato, eliminando assim, o que seria considerado artefato produzido pela influência hipnótica.

Sob essa perspectiva se lançariam as luzes do saber moderno a um passado supostamente sobrecarregado de ignorância, para que a epopeia científica, enfim, desvelasse o mundo em um conhecimento sólido e estável. Entretanto, no que diz respeito à hipnose, nem a condenação dos magnetizadores, nem mesmo a atribuição dos fenômenos hipnóticos a mero processo imaginativo, conseguiu fazer com que seus efeitos terapêuticos pudessem ser desprezados (Neubern, 2009c). Da mesma forma, nem o impacto da revolução da ciência do inconsciente pôde dar rumo diferente para o fascínio que a hipnose despertou na sociedade e na comunidade científica (Chertok & Stengers, 1990).

Como estratégia para lidar com tal embaraço diante de uma proposta explicativa moderna, o imperativo racionalista cunhou uma visão substancializada sobre a noção de inconsciente, comportando um verdadeiro jogo de forças capaz de resistir às supostas inconsistências da sugestão (Neubern, 2009c). Desse modo, seria possível, por meio da análise da dinâmica do inconsciente, chegar a testemunhos mais verdadeiros acerca do mundo psíquico. Além disso, a suposta posição de neutralidade do terapeuta colocaria o

processo sugestivo fora do cenário clínico, garantindo confiabilidade na leitura dos processos relacionais sob a noção de transferência. Entretanto, mesmo essa tentativa não foi suficiente para a superação dos efeitos da sugestão hipnótica (Freud, 1917).

Por outro lado, a dificuldade em se posicionar e atestar sobre tais fenômenos dentro de uma lógica racionalista, implicou na aplicação e uso da hipnose como uma mera técnica, como métodos universais de intervenção. Alheias à dimensão subjetiva, dentro de uma perspectiva de neutralidade, tal como se vê num laboratório, a hipnose foi aplicada em contextos experimentais como forma de legitimação da eficácia terapêutica (Hilgard, 1967). Entretanto, poucas discussões foram tratadas acerca da dimensão subjetiva do fenômeno hipnótico, do papel da relação terapêutica como fonte de influência e o contexto, dentre outros aspectos terapêuticos importantes para a hipnoterapia (Bioy, 2018).

A exclusão sistemática do mundo subjetivo dos pacientes está inscrita numa cosmovisão de ser humano que está no seio do paradigma moderno, o qual associou a noção de *psique* à *physis* como estratégia de conhecimento. Essa visão, nascida no contexto da revolução científica com o clamor pela certeza e pela purificação das ideias, se coaduna com o processo de secularização, que coloca a verdade científica como principal vertente explicativa do mundo (Monteiro, 2009; Whitehead, 1951).

A verdade, em sua acepção, seria aquilo que não está oculto, podendo ser desvelado pelos olhos do corpo e do espírito, é a manifestação do que realmente existe no mundo tal como é. Assim, o verdadeiro, como uma qualidade das coisas, é evidente e plenamente apreensível pela razão (Chauí, 1995). Essa concepção estabelece uma forte harmonia com ideal emancipatório do desenvolvimento científico, em que a racionalidade ocupou lugar de destaque. Isso se procedeu de tal modo que a qualidade de verdade pudesse garantir o lastro de confiabilidade necessário para a validação das teorias

científicas. O sujeito-pesquisador, assim, imbuído da racionalidade objetivista, poderia desvelar a realidade do mundo em termos de leis gerais da natureza (Santos, 2002).

No que se refere à produção teórica, por exemplo, uma das saídas para lidar com o problema foi a teorização acerca do inconsciente como uma instância psíquica substancializada, ameaçadoramente alheia aos desígnios da vontade do sujeito. Quando muito, uma propriedade cerebral que poderia ser sugestionada pelo poder de influência externo. Além disso, viabilizou a leitura dos processos dinâmicos entre as distintas instâncias da consciência a partir de leituras mecanicistas, provenientes de estruturas de personalidade estanques e deterministas (Gonzalez Rey, 2003). Em contrapartida, as expressões do inconsciente como seu potencial de auto-regulação e de recursos autônomos de processos de mudança e reconfiguração de experiências de dor (Erickson, 1983; Neubern 2009c) saem de cena ofuscados pelo peso da descrição racional das evidências.

Esse conjunto de processos históricos e epistemológicos conduziu a hipnose a longo período de ostracismo no meio científico (Chertok & Stengers, 1990; ElleMBERGER, 1970; Neubern, 2009c). Destaca-se a marca de estruturas basilares do paradigma das ciências modernas sobre a hipnose, ora levando-a ao estigma de misticismo e charlatanismo, ora compreendendo-a sob um ponto de vista reducionista. Essa marca deixou várias lacunas sobre a noção de subjetividade, a relação terapêutica e a influência hipnótica como estratégia de mudança clínica. Separou o sujeito de seu *ethos* existencial, de suas representações de mundo de sua condição espiritual, privilegiando as suas experiências de um ponto de vista intrapsíquico (Foucault, 2006; Stengers, 2002). Excluiu a relação terapêutica para dar lugar ao espaço clínico esterilizado pela falsa noção de neutralidade do pesquisador.

Isso compõe uma notável contradição no saber *psy*, pois a hipnose, que inicialmente justificou o nascimento da ciência da psique passou a ser relegada, por ela própria, ao lugar da marginalidade (Chertok & Stengers, 1990; ElleMBERGER, 1970; Neubern, 2009c). Com a adesão da ciência psicológica ao paradigma moderno, seu objeto de estudo passa a ser pautado pela dimensão objetivada de sua expressão no mundo, impedindo uma distinção qualitativa que a integre a todo o contexto em que a psique se manifesta (González Rey, 2007).

Nesse processo, o modelo científico estabeleceu dicotomias fundantes ao separar o sujeito do mundo ao qual está inserido (Morin, 2007; Neubern, 2004). Essa importante disjunção concretizou delimitações bem definidas quanto ao papel do pesquisador e quanto ao lugar do conhecimento, de modo que o universo subjetivo do pesquisador não intervisse no saber por ele produzido. Essa representação de neutralidade, portanto, tornaria o conhecimento mais confiável, dentro da concepção de verdade, *aletheia* (Chauí, 1995; Neubern, 2009c).

A crítica epistemológica a este modelo de conhecimento, intensificada a partir da segunda metade do século XX, apontou com maior precisão a crise do paradigma dominante (Santos, 2002), denunciando fragilidades do pensamento consolidado na noção de objetividade e isomorfismo. O desenvolvimento de disciplinas da área de humanidades como a sociologia, antropologia e ciência política abre um contraponto no pensamento objetivista da racionalidade moderna (Stengers, 2002). Nesse sentido, a crítica ao controle da natureza, à universalidade e o papel do sujeito no conhecimento trazido por tais disciplinas são evidenciadas como elementos centrais de análise do processo científico (Morin, 2011a, 2012a, 2013; Neubern, 2004).

As ciências humanas contribuíram para o desenvolvimento de uma crítica à dimensão individualista e universalista do conhecimento científico apontando a relação

entre o sujeito e o social e a dimensão cultural dos processos humanos. Entretanto, apesar da crítica sobre o pensamento dominante, muitas de suas vertentes ainda se posicionam dentro do paradigma moderno, à medida que se mantêm sob perspectivas universalistas (Neubern, 2004). Promovem a exclusão da subjetividade nas tentativas de redução dos processos humanos a determinações macrossociais, como a cultura, a sociedade, as instituições e a luta de classes. Assim, o desenvolvimento de um novo campo de humanidades, mesmo que tenha apresentado outra visão sobre o paradigma dominante, ainda se mantém imbuído de sua lógica no que se refere à colonização de saberes, ocupando uma posição desconfortável no pensamento moderno.

No desenvolvimento da psicologia, o ímpeto em constituir-se como uma disciplina científica trouxe a inspiração moderna, impregnando-a da racionalidade e objetividade, centrando-se num indivíduo determinado pela dinâmica intrapsíquica e por sua história (Neubern, 2004). Concedeu maior privilégio a representações universais de um indivíduo fragmentado, em que a noção de controle seria uma estratégia para melhor conhecê-lo. Trouxe uma representação empirista e instrumentalista da noção de psique como um objeto passível de apreensão pelas regras do jogo científico moderno, sem reflexão ontológica condizente com a complexidade inerente à subjetividade (González Rey, 2007). Nesse sentido, a necessidade de uma leitura dos processos humanos a partir da quantificação de dados observáveis separou o indivíduo das qualidades emergentes da expressão de seus processos subjetivos e culturais (Morin, 2012b).

Essa dificuldade em lidar com seu objeto de estudo demonstra o movimento reducionista das ciências em direção à noção de verdade baseada em evidências. Uma noção objetivista que, pela dificuldade de realizar uma definição ontológica mais precisa de seu objeto de estudo (González Rey, 2007), limita-o em condições concretas. Como uma disciplina que possuía o objetivo de fundar-se no cenário científico, a psicologia

deveria assegurar seu espaço de expansão sem riscos para a sua consolidação e para estabelecer o conhecimento na condição de um fato: uma verdade científica.

A questão controversa está justamente localizada na dificuldade de atestar os fatos acerca da psique humana. Nesse sentido, as elucidações que a ciência psicológica traria à tona deveriam eliminar qualquer irregularidade, mitologia ou convicção, sob pena de estarem caindo em imprecisão e, com isso, deixando de lado os fatos para lidar com fabricações de realidades (Chertok & Stengers, 1990; Neubern, 2004, 2009b). Nessa perspectiva, o estudo da hipnose esbarrou num grande desafio, pois a ciência deveria explicar diversos fenômenos hipnóticos como a sugestão, a influência e o transe, expurgando-os de incertezas e contradições.

O desafio nunca foi superado devido à impossibilidade de atestar se o que o sujeito vive em transe é fruto de uma simulação ou um fato concreto. Dito de outro modo, uma complacência ao pronunciar-se sobre a realidade do fenômeno hipnótico. Dessa maneira, alimentou-se a ideia de que as práticas e metodologias teórico-experimentais poderiam atingir explicações verdadeiras sobre tais fenômenos relativos à hipnose. O problema-chave para essa questão está na celeuma própria do paradigma moderno ocidental em fazer uma distinção epistemológica entre fato e artefato (Stengers, 2002). Essa questão trouxe para a discussão o problema da hipnose como o elemento de um produto da imaginação e, com isso, a sua desqualificação como mera fabricação de fenômenos.

Tal estratégia de desqualificação e colonização demarca o início do movimento clínico na psicologia, a partir da delimitação de algumas expressões do psiquismo em dados objetivos passíveis de observação. Entretanto, o sujeito e seus processos subjetivos ficam restritos às condições objetivas de sua atuação no mundo, demarcando a tentativa de trazer as leis da *physis* para a noção moderna de psique. Desenvolveu-se a

representação de um sujeito isolado do contexto em que vive, estabelecendo dicotomias em que os distintos aspectos de sua expressão subjetiva e complexa se localizam em polos de oposição (Como mostra a Tabela 1).

TABELA 1.

Polos dicotômicos estabelecidos no paradigma moderno de ciência (Neubern, 2004).

Noções Dominantes	Noções Preteridas
Interno	Externo
Essência	Existência
Individual	Social
História	Atual
Universal	Singular
Patologia	Potencial
Determinação	"Livre-Arbítrio"
Natureza	Construção
Inconsciente	Consciência
Processo	Momento

Essa condição impôs uma forte tradição universalista e empirista que predomina no cenário atual, situando a noção de complexidade num campo de marginalidade, desprivilegiada com relação às noções dominantes. Se por um lado as abordagens mais tradicionais se constituíram arraigadas nas noções dominantes do paradigma moderno, por outro lado, as psicoterapias de base humanistas e as escolas de inspiração pós-moderna se imbuíram das noções preteridas, invertendo a polaridade das dicotomias. Enquanto as psicodinâmicas priorizam noções dominantes como os aspectos universais, históricos, patológicos, inconscientes, individuais e internos, as escolas humanistas e de inspiração pós-moderna tendem a adotar aspectos singulares, atuais, potenciais, sociais e externos como suas noções dominantes (Neubern, 2004).

Ainda que a noção de verdade objetiva não esteja situada como a marca fundamental de algumas escolas de psicologia, o propósito moderno prevalece dentro de uma ótica explicativa pautada dentro da separação em polos opostos. O que se pode destacar é que mesmo existindo uma tentativa de dar atenção às noções desprivilegiadas

no paradigma, as escolas humanistas e pós-modernas também se mantiveram reducionistas na medida em que não apresentam um caminho para superar a polarização.

Mesmo sendo marcada pela diversidade de escolas e abordagens, o pensamento *psy* moderno permaneceu no embaraço diante da hipnose sem superar o problema teórico explicativo de seus processos. De modo semelhante, também não conseguiu avançar na criação de uma noção verdadeiramente complexa sem diluir um polo das dicotomias no outro. Discutiu relações entre o universo biológico, psíquico e social, entretanto, mantendo-os, ainda, segregados em suas condições ontológicas. Desse modo, discutir a hipnose numa perspectiva complexa pode trazer contribuições importantes para pensar na relação entre psicologia clínica e dor. Na medida em que tal perspectiva evidencia processos de reconfiguração de experiências de dor em níveis corporais, cognitivos, simbólicos e culturais (Neubern, 2016), orienta-se em direção à ruptura com as estratégias dicotômicas modernas.

1.2. A hipnose entre o paradigma moderno e a complexidade

O problema epistemológico da hipnose, tal como explicitado sobre a complacência (Chertok & Stengers, 1990), ao longo da história, implicou em profundas máculas no que se refere à construção de um conhecimento capaz de lidar com a complexidade que lhe é própria. Apesar das iniciativas de inserção da hipnose nos cenários acadêmicos, o movimento científico dirigiu as discussões pautadas pela racionalidade do paradigma dominante (Santos, 2000) que, em grande parte, se deram a partir de processos de desqualificação e colonização, inaugurando longa tradição positivista (Stengers, 2002; Neubern, 2009).

Conforme a racionalidade dominante se consolida, privilegia noções-chave como o *universal, individual e controle* sendo esses os elementos preponderantes dos polos na

dicotomia (Como mostra a Tabela 1). Essas noções-chave são macro estruturas de pensamento que situam as noções paradigmáticas básicas (Morin, 2012a). Dessa forma, promoveu-se a disjunção das noções de *singularidade*, *autonomia* e *social* dos fenômenos humanos fundamentais ao aprofundamento da discussão sobre o conhecimento da hipnose. A partir da dicotomização e da influência do paradigma moderno, forjou-se um pensamento dominante eminentemente positivista, instaurando longa tradição na produção teórica dentro desse campo.

A marca do paradigma moderno (González Rey, 1997; Morin, 2002; Santos, 2002) consolidou sobre as ciências o privilégio dado às interpretações galgadas em bases estatísticas e comportamentais. Apesar da hegemonia do modelo empirista, a partir do século XX, a retomada da hipnose por autores como Milton H. Erickson (1901-1980) e Leon Chertok (1911-1991) trouxe nova perspectiva. Optou-se por um modelo clínico de enfoque orientado para a experiência subjetiva (singularidade) e na relação com o sujeito. Isso demonstra a predileção por um posicionamento epistemológico e metodológico que se pauta pela singularidade e pela compreensão do sujeito na complexidade de sua relação com o mundo.

Nesse movimento de retomada da hipnose após longo período de ostracismo, algumas discussões de grande valor como a influência, a relação terapêutica e o papel do sujeito no processo de mudança puderam ser introduzidas na articulação de ideias. Esse debate, preterido no pensamento dominante, deu lugar a novas possibilidades de demarcações epistemológicas e construções teóricas. Ainda que possamos identificar hegemonia de perspectivas positivistas sobre a hipnose, há um campo clínico de práticas que se abre para pensar a complexidade da hipnose. Por um lado, as visões dominantes deixam lacunas explicativas com relação aos processos humanos de maior complexidade como a subjetividade, por outro lado as perspectivas de autores que se opõem à construção

exclusivamente instrumentalista e positivista fundamentam-se nas práticas, não havendo maiores investimentos em um processo explicativo de maior organização teórica numa perspectiva complexa.

1.3. O pensamento complexo e a teoria da complexidade

As noções de complexidade e teorias complexas ganharam mais espaço no século XX, mobilizadas, em grande parte, pela busca de princípios que pudessem trazer explicações mais ricas do que as elucidações trazidas pelas ciências modernas (Morin, 2007). As discussões pós-modernas, a cibernética, a teoria dos sistemas, dentre outras, foram grandes alavancas, que reconheceram a necessidade de maior amplitude de vias explicativas para fenômenos da natureza (Latour, 1994; Morin 2005, 2007). Ao passo que o paradigma da ciência moderna preconizava os princípios da ordem, da separação, da redução e o caráter lógico-dedutivo como os pilares do conhecimento, as teorias complexas se dirigiam à possibilidade da integração de princípios excluídos como a aleatoriedade e irregularidade (Morin & Le Moigne, 2000).

Os preceitos modernos de explicação se constituem em noções fundamentais de lógica e regularidade, de maneira que estabelece uma relação de isomorfismo entre o conhecimento e a realidade (González Rey, 2003; Neubern, 2004). Para a racionalidade dominante, o modelo científico possui princípios de explicação que concebem o universo sob uma perspectiva linear de organização, dentro de uma lógica aristotélica. Nesse sentido, a contradição e a irregularidade se apresentam ao cientista moderno como um sinal de erro ou imprecisão.

Em essência, o movimento científico iniciado no século XVI, se consolida sob a missão de afastar o saber científico do senso comum. Pode-se apontar um ideal emancipatório de secularização em superar as explicações teológicas medievais (Monteiro, 2009). A ciência conduziria esforços com o intuito de prover todas as respostas

para as questões humanas, conforme a seu progresso pudesse prover todas as respostas para o conhecimento da natureza e para as questões humanas (Whitehead, 1951). Dessa forma, há uma grande premissa básica na consciência moderna sobre um ideal de pureza e da verdade sobre o conhecimento.

Como garantia de que o cientista pudesse comprovar suas teorias, as operações de *redução* e *disjunção* são aplicadas para atender a uma diretriz básica que compreende que quanto mais se isolam os fenômenos do mundo e quanto mais reduzidos à suas unidades elementares, mais próximo da realidade o conhecimento chegaria (Morin, 2007). Segundo as noções de ordem, regularidade e controle, o cientista moderno poderia interpelar a realidade com métodos seguros e efetivos, sua atuação está focada num universo previsível, passivo e manipulável (Bindé, 2003). Por essa razão, o cientista moderno tende a lidar em sua base com elementos complexos, entretanto, constrói sobre eles a partir de explicações limitantes, condicionadas aos seus pressupostos (Bachelard, 1988).

Desse modo, a noção de complexidade proposta por Morin (2005) ganha destaque para a discussão que se pretende neste trabalho, dado que ela se opõe às duas operações básicas de redução e disjunção do pensamento moderno. Além disso, o autor propõe em sua obra *O Método* (Morin, 2012a, 2012b, 2013a, 2013b) a construção de um pensamento filosófico de base epistemológica com a elaboração de conceitos que permitam a inteligibilidade da realidade a partir da superação das dicotomias impostas pelo saber moderno.

Esses conceitos baseiam-se em princípios fundamentais cujas premissas se opõem à simplificação como método de conhecimento herdado das ciências modernas, o determinismo como conceito principal, que oculta o acaso as imprecisões, incertezas, instabilidades e a aplicação mecanicista que aproxima a lógica das máquinas artificiais

aos problemas humanos. A separação (disjunção) impõe um problema à especialização, pois ela retira do objeto de estudo científico o contexto, desprezando suas relações e comunicações, destituindo a possibilidade de sistematicidade e multidimensionalidade dos fenômenos. Esses princípios conduzem a uma leitura matemática e mecânica que privilegia tudo que é calculável e, executa, a partir dela própria, uma cisão com o que é concreto do objeto.

Os desafios do pensamento complexo estão galgados em oposição às operações metodológicas (disjuntivas e reducionistas) da racionalidade moderna a partir da superação das dicotomias. Contrapondo-se a noções dominantes, o pensamento complexo propõe os conceitos de *tetragrama*, *holograma* e *auto-eco-organização* (Morin, 2012) como macrocategorias que permitem gerar inteligibilidade sobre fenômenos complexos numa perspectiva dialógica. Trata-se de uma concepção do humano oriunda da complexa e sistêmica organização em seu enraizamento biológico/filogenético, cultural e individual (Morin, 2013).

Compreende-se que o *tetragrama* (Morin, 2012b) abarca a possibilidade de articular a complexidade do sujeito e das dores crônicas em termos de configurações. Essa categoria permite a visibilidade da articulação singular de sistemas dinâmicos e plurideterminados do mundo de experiências do sujeito. Comporta as noções de ordem e desordem, implicando uma relação dialógica entre esses dois princípios que garante que a organização possua relativa flexibilidade em sua organização e seu rearranjo.

Desse modo, a complexidade remete à profunda relação do sujeito com o mundo, sendo que a categoria *holograma* (Morin, 2012b) correspondente à ideia de que o sujeito é um ponto de seu enraizamento enquanto indivíduo, sociedade e espécie. Sob essa ótica, organização complexa do todo necessita da complexidade organizacional das partes que, retroativamente, necessitam da complexidade organizacional do todo.

A processualidade dessa organização possui leis internas, sendo, desse modo, *auto-organizações*, agenciadas por processos muito específicos, a partir da relação entre os distintos sistemas. Entretanto, não são herméticas com relação ao mundo, mas referem-se à forma como as influências externas são integradas e qualificadas em relação a toda uma organização complexa de regras próprias que, em rede, se inter-relacionam, sendo, portanto uma *auto-eco-organização*. Assim, não ocorre de modo linear a organização dos sistemas, nem a reconfiguração de uma organização. Por essa categoria de *auto-eco-organização*, a hipnose não participa da reconfiguração da experiência de dor crônica a partir de uma noção de controle ou domínio, mas do encontro da autonomia.

Essas três categorias são lançadas nessa discussão por sua importância epistemológica, de ruptura com a lógica disjuntiva e reducionista, pelo valor teórico que possuem ao lançar um olhar sobre a possibilidade de novas articulações conceituais e metodológica, de modo que proporciona estratégias e modos distintos de interpelar a realidade viabilizando a ampla expressão da complexidade da realidade. Com essa perspectiva, abre-se um caminho de possibilidades de ruptura com as lógicas dominantes e propostas de investigação, elucidando diferentes lacunas não contempladas nas perspectivas consideradas clássicas da hipnose, de inspiração moderna.

1.4. A hipnose moderna

O movimento de inclusão da hipnose no cenário científico acontece principalmente a partir do interesse de importantes nomes como James Braid, Charcot, Bernheim e Delboeuf (Chertok, 1979; Ellemberger, 1970). Isso se deve, em grande parte, ao apelo que a hipnose possuía frente aos cuidados de dores crônicas e da histeria (Chertok & Stengers, 1990). Entretanto, apenas por um processo de colonização, em que se atribuiu sentido moderno às experiências de transe, foi possível conduzir os procedimentos tradicionalmente utilizados pelo magnetismo nos espaços acadêmicos e

hospitais. Não mais sob a denominação de magnetismo, mas hipnotismo, fazendo referência a estados cerebrais ou patológicos mobilizados pela sugestão, tornou-se mais aceitável no meio acadêmico que se pudesse investigar os estados de transe.

De fato, a modernidade propõe a irrupção de outro período, instaurando novo regime paradigmático. Pela sua característica de oposição e contraste, a tendência é que o novo se sobreponha ao antigo, demarcando, além da ruptura no tempo, o combate dos movimentos e ideais do período anterior (Latour, 1994). Isso implicou, enfim, em processos culturais e sociais orientados a dar um sentido objetivo ao problema do psiquismo. Propunha um conjunto de práticas e de novos problemas que, compreensíveis ou não, deveriam passar pela nova noção da psique (Stengers, 2002).

As implicações dessa transformação alcançam um sentido mais profundo, uma inversão sobre a noção de verdade e de acesso a essa dimensão. Esse novo modo subverte a noção de espiritualidade (Foucault, 2006), como uma condição da constituição da subjetividade do sujeito por uma via autônoma, dando espaço para perspectivas de acesso à realidade pautada numa forma filosófica, a qual define os limites de acesso do sujeito ao que é conhecido como verdade. Ao passo que o acesso e a relação com a verdade transcorria por um caminho no qual o próprio sujeito se realiza ou transcende a ela, tal mudança de perspectiva coloca sua natureza sob a objetividade e portanto, passível de ser reconhecido.

Desse modo, a hipnose, para cumprir as expectativas do projeto científico, deveria estar em consonância com os modelos explicativos e a lógica determinada dentro do âmbito da discussão (Chertock & Stengers, 1990; Neubern, 2009c), sendo marcada por noções típicas da subjetividade moderna (Neubern, 2009a) como psicopatologia, imaginação, comunicação, sugestão. Seu surgimento no campo clínico se deve em grande parte à contribuição do magnetismo animal no cuidado de dores crônicas, entretanto a

noção de um fluido magnético – tal como concebiam Mesmer e seu discípulo, Puységur – como responsável pelo tratamento de doenças proporcionava grande incômodo no meio acadêmico, sobretudo pelo fato de que tal fluido se pretendia um agente físico.

Pode-se compreender por essa questão por que as incursões do magnetismo ao campo científico para a análise e submissão à racionalidade foram tidas como um atestado de fracasso, pois não puderam trazer uma explicação plausível sob a ótica moderna (Chertok & Stengers, 1990; Neubern, 2009b). Essa proposta de fluido magnético trazia polêmicas e insatisfações, já que tal fluido não se apresentava acessível à experimentações, nem mesmo estava em consonância com as noções de predição e controle. Desse modo, a proposta anti-fluidista nasce concebendo os fenômenos magnéticos e sonambúlicos como processos da imaginação. Essa perspectiva inaugura uma tendência fundamentada na imaginação, conquistando espaços institucionais mais significativos, atravessando o século XIX (Neubern, 2009c).

A influência desse movimento de inserção da hipnose nos espaços acadêmicos alcança maior repercussão na escola de Nancy e no Hospital da Salpêtrière em Paris. Essas duas escolas se constituíram como as principais vertentes de pensamento no campo clínico (Neubern, 2009a), influenciando as abordagens clássicas. A escola de Nancy, liderada por Hippolyte Bernheim (1891/1995) e Joseph Delboeuf (1885/1993), concebia a importância da sugestão como um processo relacional capaz de colocar o sujeito num estado de sugestão, caracterizado por fenômenos psíquicos e orgânicos. Considerava-se a importância da relação terapêutica, mas esta era concebida como um processo sistemático e racional em que uma ideia era aceita pelo cérebro do sujeito, permitindo a transformação em sensações, imagens, emoções ou movimento. Pela justificativa de que as funções orgânicas estavam enraizadas no cérebro, seria possível produzir fenômenos variados como anestesia e analgesia.

Por um lado, Bernheim possuía uma concepção de psique enraizada biologicamente, sem contudo, tecer maiores explicações sobre como tal órgão aceitaria as sugestões e disparariam os processos de transe. Por outro lado, Delboeuf, mesmo atribuindo à sugestão o valor de principal elemento explicativo, concebia o papel relacional e a autonomia do paciente, que não se encontrava totalmente submetido às intenções do terapeuta. Essa é uma importante característica de seu trabalho, pois compreendia que o papel do terapeuta estava em proporcionar ao paciente o poder de acessar seus próprios recursos (Neubern, 2009a). Em sua visão, o problema do paciente estava centrado na dificuldade de acessar suas ferramentas, contrariamente à crença dominante de que ele não as possuía. Isso remete à noção de inconsciente comum em tal período que, em sua visão, acontecia por uma intensa troca afetiva entre paciente e terapeuta (Delboeuf, 1993). Nessa condição, o paciente em transe adentrava em um tipo de sonho que lhe permitia se posicionar diante das sugestões e de produzir os efeitos hipnóticos.

Na outra vertente, liderada por Charcot, em Paris, as concepções sobre os processos hipnóticos e os transe se situavam no campo psicopatológico (Elleberger, 1970; Chertok & Stengers, 1990). Suas investigações demonstravam grande interesse em estados letárgicos, catalepsia e sonambulismo, em sua maioria, de pacientes histéricas. Charcot considerou, assim, os estados hipnóticos sob uma ótica organicista associando o transe principalmente à histeria, mas também a choques nervosos decorrentes de traumas. Com isso, estabeleceu também uma relação diretamente fundamentada em processos neurológicos e psicopatológicos, distanciando-se, assim, de maiores discussões sobre o processo sugestivo e a relação terapêutica, entendendo que tais aspectos não eram significativos para a hipnose. Charcot também estava em consonância com a ideia de

promover uma tradução dos fenômenos das *possessões demoníacas*, os quais também considerou como meras manifestações da histeria (ElleMBERGER, 1970; Stengers, 2002).

Com base nessa lógica, a discussão sobre a hipnose no meio científico não foi realizada sem o divórcio de inspirações advindas das principais noções do magnetismo animal de Mesmer e os primeiros hipnotistas, como o fluido magnético (ElleMBERGER, 1970), as noções renascentistas (Michaux, 2001) e a profunda ligação do ser humano com a natureza e o mundo que o cerca. A adesão ao paradigma positivista implicou a evocação de noções reducionistas, o caráter experimentalista e noções subjetivistas do pensamento moderno. A inserção em um universo científico racionalista promoveu o afastamento das possibilidades de compreensões mais complexas acerca da realidade humana em termos de emoções, cultura, espiritualidade, moral, ética, privilegiando, assim, visões objetivistas dos processos individuais.

Segundo o pensamento dominante, seria possível que as complexas relações entre hipnose e dor, além de outros fenômenos hipnóticos, fossem lançadas em um contexto no qual pudessem ser controladas e analisadas de forma confiável tal como um laboratório, afastando-se assim das supostas inconsistências dos processos subjetivos. Sob a orientação racionalista, a hipnose deveria proceder à explicação de todos os processos psíquicos de forma confiável e que eliminasse de suas práticas e conclusões todas as inconsistências e incertezas (Chertok & Stengers, 1990). Fomentou-se a ideia de que os procedimentos experimentais e teóricos poderiam chegar a uma explicação definitiva sobre os fenômenos hipnóticos.

Dessa maneira, as estratégias tendem a se estabelecer na tentativa de validação do processo hipnótico por meio de parâmetros mensuráveis. Elas incorrem na dicotomização e no reducionismo desse processo, atribuindo aos sinais físicos a validação científica, desconsiderando os demais aspectos qualitativos. Em consequência, a insuficiência dos

modelos teóricos que se dispunham a explicá-la, e da limitação dos procedimentos experimentais, coloca distante de resolução a possibilidade de uma explicação coerente para a hipnose.

O problema da complacência cria um grande empecilho para a produção de conhecimento dentro da perspectiva moderna. Contemporaneamente, priorizam-se pesquisas de métodos quantitativos que se detêm nas noções consagradas do paradigma moderno como o controle, o indivíduo e o universal. Tendem a observar a relação de eficiência da hipnose em tratamentos de dor (Nogueira, Lauretti, Costa, 2005; Vale, 2006; Jensen, Patterson, 2014; Roja & Kalkis, 2013), demonstram os desdobramentos da hipnose sobre processos fisiológicos como a redução de glicose (Cazarotto, 2008) e eficácia em relação a controle de ansiedade e dor crônica (Castro, Leal, Sakata 2013; Velloso et al, 2010).

Há importantes desdobramentos desse modelo de pesquisas ao dar visibilidade à hipnose como uma importante ferramenta para o cuidado da dor crônica. Elas permitem abertura para discussões das profundas relações entre as dimensões subjetivas, a fisiologia humana (Cazarotto, 2008) e as emoções (Castro, Leal & Sakata 2013; Velloso, Duprat, Martins & Scoppetta, 2010). Diante de cenários que se mostram cada vez mais especializados no campo biomédico no tocante ao corpo e à dor, essas pesquisas levantam importantes temas e relações que sugerem maior aprofundamento de tais discussões, bem como a necessidade de maior interdisciplinaridade entre áreas do saber.

Apesar de incontestável relevância no meio científico, tais pesquisas estão mais direcionadas à validação dos efeitos da hipnose do que à produção teórica que vise a superação de problemas teóricos e metodológicos. Suas investigações dão ênfase nas bases quantitativas entre o fenômeno hipnótico e a atuação sobre a dimensão corporal. Entretanto, os processos subjetivos que estão subjacentes a essas relações permanecem

obscurecidos pela necessidade de aprofundamento teórico. As respostas hipnóticas são desenvolvidas e detectadas a partir de partes do corpo ou de alterações de processos corporais isolados de um contexto funcional e somático maior (Chande & Patel, 2016).

Torna-se possível notar que esse modelo sugere uma relação de linearidade entre a sugestão hipnótica e a mudança do sintoma, em que a resposta identificada no corpo e/ou os relatos dos sujeitos se situam como elementos de validação das sugestões. Assim, o processo hipnótico parece adquirir força sobre o corpo com independência do interlocutor, ou que o corpo tenha sua autonomia para promover as respostas independentemente do sujeito. Nesse sentido, a complexidade inerente à prática da hipnose fica restrita ao esquema de sugestões, que atuam como estímulos, portanto, sem o questionamento sobre o papel do sujeito na reconfiguração da dor e qual é a repercussão que uma dada sugestão pode ter no caso singular.

Na outra vertente, nota-se que a tentativa de se desvencilhar dos procedimentos experimentais dá lugar a produções que prezam pelas questões relativas à técnica hipnótica, na elaboração de manuais ou no relato de atuação clínica (Neubern, 2012b). Nesses casos, observa-se a necessidade de maiores elaborações teóricas que permitam avançar sobre os casos clínicos no sentido de desenvolvimento teórico e conceitual que permita extrapolar a dimensão singular, dando caminho a uma maior possibilidade de generalização do conhecimento produzido.

Cabe ressaltar também, que apesar do trabalho de autores consagrados nesse campo (Bioy, 2011; Chertok, 1998; Clément, 2011; Roustang, 2015; Zeig, 2014) e da obra de Milton Erickson (Erickson & Rossi, 1979), ocorre uma exaltação tecnicista entre praticantes da hipnose que leva à rejeição e ao distanciamento da academia. Seja como um objeto de consumo, ou como uma fórmula mágica oferecida por hipnotizadores

excêntricos, a lógica de mercado excessivamente voltada para aplicação de técnicas fáceis e eficazes coloca os efeitos e as fantasias que circundam a hipnose acima da reflexão.

Em ambas as vertentes citadas, são colocadas de lado importantes questões relativas ao processo hipnótico, como a subjetividade e o papel do sujeito, a relação terapêutica, as emoções, os processos cognitivos e simbólicos. Assim, existem lacunas que estão marcadas pela dificuldade de um arranjo epistemológico e teórico que supere as dicotomias e a lógica da complacência (Neubern, 2014b).

No que diz respeito ao uso da hipnose no cuidado da dor, o foco sobre as representações da racionalidade dominante não permite, por exemplo, compreender o corpo como um campo de experiências vividas pelo sujeito, onde está enraizada a sua subjetividade (Morin, 2013). A partir da demarcação em dicotomias, a dor, manifesta no corpo do paciente, está desvinculada de seu contexto, ficando adstrita ao biológico. Assim, há uma lacuna que não permite a explicação teórica consistente sobre como a hipnose pode atuar no cenário do sujeito e permitir que haja uma reorganização de seus processos para a intervenção no nível da dor, promovendo a reconfiguração desse processo (Neubern, 2013b).

Ademais, as noções que conduzem o processo hipnótico nas abordagens tradicionais (clássicas) tendem a observar o sujeito a partir de suas regularidades e dos aspectos universais da psique, sem apresentar uma aproximação teórica mais ligada à singularidade. Estabelecem uma relação de controle com o sujeito entendendo que as sugestões por si só promovem os efeitos esperados e são emitidas de forma linear sem que o sujeito seja tomado como parte do processo.

1.5. A Hipnose Naturalista

Na condição de importante ferramenta terapêutica no cuidado de dores crônicas, a hipnose evidencia a complexidade dos processos humanos, sendo que a hipnoterapia

permite detectar a intrincada rede de lógica configuracional (Neubern, 2014) em que estão relacionados processos subjetivos e a vivência da dor. A noção de configuração remete à integração complexa dos processos subjetivos, cognitivos, simbólicos, emocionais e coletivos, de forma que sua relação esteja pautada por uma noção dialógica que não impõe hierarquia na sua organização (Morin, 2011a, 2011b, 2011c, 2013).

A obra de Milton H. Erickson (Erickson, 1985; Erickson & Rossi, 1979, 1980) apresenta uma ruptura epistemológica no pensamento sobre hipnose, pois estabelece como foco de seu método a singularidade dos processos humanos (Neubern, 2009, 2014). Compreende que o transe é uma característica natural e que a hipnose deve buscar os caminhos singulares pelos quais o sujeito faz associações e desenvolve os recursos para a superação dos processos de sofrimento. Esse posicionamento epistemológico rompeu com as correntes tradicionais clássicas e que, apesar de procurar desenvolver teorias de base explicativa para a hipnose, constituíram-nas baseadas na noção de linearidade do paradigma moderno (Neubern, 2004).

A hipnose naturalista ou hipnose ericksoniana pressupõe a organização complexa dos processos humanos, enfatizando a dimensão singular da construção do sofrimento e da mudança terapêutica (Erickson, 1958; Erickson & Rossi, 1979, 1980). Dessa forma, a escolha pela abordagem de Milton H. Erickson pode favorecer o desenvolvimento de um pensamento mais sensível à relação entre os processos subjetivos e fisiológicos da vivência da dor, buscando compreender a articulação complexa da dor, bem como a reconfiguração de tais processos. A fundamentação desse pensamento está relacionada às bases da teoria da complexidade (Morin, 2005) por uma demarcação epistemológica que se opõe à redução e a disjunção, e também pela construção teórica que concebe os processos humanos numa lógica configuracional, nunca isolados de todo o contexto que circunscreve as experiências subjetivas.

O pensamento dominante no campo da hipnose tem mostrado base metodológica predominantemente quantitativa, que busca, a partir de modelos estatísticos, elaborar a construção do modelo teórico. A proposta desta pesquisa, entretanto, segue caminho de proposição qualitativa para o aprofundamento na discussão do problema de pesquisa, o que aproxima este projeto do pensamento de autores como Chertok (1998), Clément, (2011), Roustang (2015) e Zeig, (2014), dentre outros. Esses autores possuem pertinência para essa discussão, pois vão além dos modelos tradicionais de metodologia quantitativa, abrindo novas perspectivas possíveis na discussão *hipnose e dor*. Cabe ressaltar que a opção por uma perspectiva qualitativa está relacionada à proposta da tese de buscar uma visão dialógica e complexa. Assim, o qualitativo não exclui o quantitativo, mas é adotado como momento vital para discussão cuja proposta concebe o aspecto teórico como condição para a integração de polaridades e dicotomias.

A abordagem de Milton H. Erickson (1983, 1985) possui especial relevância para a proposta pretendida nessa discussão. Erickson promoveu uma significativa mudança de perspectiva sobre a hipnose ao estabelecer uma abordagem focada na naturalidade do transe. Compreendendo o transe hipnótico como um processo natural e que cada sujeito possui sua forma particular de desenvolvê-lo, seus métodos e técnicas se orientavam para a singularidade desse processo (Erickson & Rossi, 1979). Entendia que as técnicas hipnóticas deveriam ser moldadas e desenvolvidas em consonância com as características singulares do sujeito e dentro da complexidade de seu mundo. Assim, suas técnicas se distanciavam das perspectivas tradicionais reconhecidas como técnicas universalistas e impositivas.

Sua abordagem de *utilização* (Erickson & Rossi, 1979) constitui um dos princípios mais importantes, demonstrando uma mudança radical em relação à hipnose clássica. Essa noção concebe que as habilidades, comportamentos, sintomas, linguagem e as

limitações do paciente devem ser utilizados como recursos terapêuticos, de modo que se criem condições para desencadear processos de mudança. Consiste na profunda compreensão do sujeito em sua singularidade, entendendo em sua diversidade e suas características em termos de possibilidades de mudança, em vez de enquadrá-las como patologias ou meros sintomas. Desse modo, não se objetiva uma mudança dentro de uma perspectiva normativa, mas a forma particular com que o sujeito tem de desenvolver-se na terapia.

Dessa maneira, a terapia está voltada para a solução, contrariamente às visões dominantes que primam pela busca de diagnósticos e que estabelecem técnicas universalistas de intervenção. Isso implica desenvolver técnicas alinhadas às necessidades e à singularidade de cada pessoa em direção ao processo hipnótico. O inconsciente para Erickson (Erickson & Rossi, 1979) não consiste em uma região da mente, demarcada topograficamente e onde ficariam armazenados conteúdos reprimidos. Mas se refere ao conjunto de processos do sujeito em termos de suas capacidades e aprendizados variados além do sofrimento.

Para Erickson (Erickson & Rossi, 1979), o inconsciente apresenta importantes recursos e habilidades para novas associações e reorganizações. Tais mudanças se situam em níveis corporais, dos processos cognitivos e simbólicos (Neubern, 2016), que podem ser utilizados para construir um contexto terapêutico de possibilidades de resolução e de consecução de objetivos definidos para a terapia. Isso demarca também um caráter pragmático, pois estabelece que o foco na solução está voltado para as possibilidades de mudança do sujeito, sem determinar o caminho em que a terapia deve acontecer e sem que o domínio da produção de sentidos seja determinada pelo terapeuta, ou por sua visão teórica.

Nessa visão a influência hipnótica tem um papel importante, pois é pela relação terapêutica que se acessa o universo do paciente e, por meio dela, o terapeuta promove a indução ao transe. A noção de comunicação trabalhada nessa abordagem (Erickson & Rossi, 1979, 1980) está centrada no verbal e não verbal em que estão presentes elementos simbólicos e emocionais. Assim, destina-se não apenas ao aspecto racional, mas compreende que a comunicação acontece por meio da relação, a qual é responsável por comunicar em níveis conscientes, mas principalmente em níveis que estão para além do que a consciência ordinária pode captar.

Nesse sentido, a comunicação hipnótica deve privilegiar uma via indireta que se dirige ao inconsciente, mobilizando os recursos do sujeito que podem estar temporariamente fora de suas referências habituais. Essa foi uma importante contribuição de Erickson para a hipnose, pois compreendia que o inconsciente não é acessível por uma via lógica e linear, por isso, uma pessoa que deseja mudar um hábito, por exemplo, mesmo sabendo que deve fazê-lo e como fazer, muitas vezes enfrenta grandes dificuldades. Assim, a comunicação de ideias deveria desenvolver caminhos indiretos por meio de metáforas, histórias, analogias de modo a superar algumas barreiras desenvolvidas no processo de desenvolvimento do sujeito, alcançando níveis mais profundos de sua experiência vivida.

CAPÍTULO 2

O papel da teoria e o diálogo rumo à construção teórica

“A nossa ciência não se encontra em fase de acabamento, mas em via de recomeço a partir das novas descobertas que não obedecem mais aos antigos princípios de inteligibilidade”

Edgar Morin (2011, p. 122)

“Uma palavra sem afeto é, como sabemos, inoperante na dinâmica da cura.”

Léon Chertok (1989)

2.1. O papel das teorias no processo explicativo

As teorias compõem um dos principais elementos do processo científico, sendo, em grande parte, os espaços de maior visibilidade da construção de conhecimento (Morin, 2011; Neubern, 2004). São organizadas de forma a expressar a articulação de suas ideias aos pressupostos básicos do paradigma que as comporta. Situam-se como uma constelação de conceitos que se organizam e ganham sentido conforme se associam aos axiomas enraizados nos paradigmas e nas suas relações com universo empírico. Como uma espécie de mediadora, exerce um papel de inteligibilidade sobre o mundo, sendo que a partir dela é possível estabelecer relações entre conceitos e entre os conceitos e os fenômenos sobre os quais eles se pronunciam; uma vez que os fenômenos não estão necessariamente explícitos. Assim, o momento teórico de uma investigação e seus conceitos estabelecem a ruptura entre o aspecto racional da ciência e dos saberes que estão fora desse âmbito, como o senso comum, por exemplo (Santos, 1989).

Na condição de um sistema de ideias (Morin, 2011), a teoria deve aceitar o jogo do embate crítico, enquanto manifesta a sua capacidade de se modificar adaptando-se às

tensões trazidas pelo meio empírico e por outros sistemas subjacentes com os quais estabelece relações periféricas. Por um lado, a teoria por si se organiza de acordo com a sua coesão interna, possuindo auto-organização (Morin, 2015), o que a permite gerar resistência às tensões impostas pelo mundo empírico e contestações de outros sistemas de ideias. Com isso, mantém a sua autoconservação em termos de coesão interna e capacidade de recriação. Por outro lado, entretanto, ela interage com outras ideias e sistemas de ideias, sendo, assim, eco-organizada (Morin, 2015) para manter a sua coesão. Estabelece uma relação de dependência com o mundo que a circunscreve, desde os processos empíricos até as regras do meio que a alimenta, como a sociedade, a cultura, comunidades filosóficas e científicas.

Nesse sentido, a condição da teoria enquanto um sistema é de *auto-eco-organização* (Morin, 2011). Ela é aberta e depende da experiência empírica, vive a partir das trocas que estabelece com o mundo e se reorganiza em função dessa dinâmica. Sua auto organização é que garante resistência frente às provocações externas e a inspira em sua capacidade de reorganização. Desse modo, possui também uma característica auto-conservadora cuja organização procura protegê-la da contestação e de um embate que, por ventura, possa colocar em cheque a sua homeostase. O coração dessa resistência encontra-se no núcleo onde se conglomeram os princípios organizadores do sistema, ou seja, suas noções fundamentais, axiomas, postulados. Mas as regras impostas pelo contexto que a circunscreve em termos das comunidades e do controle empírico impõem a ela que se refaça, podendo ser até rejeitada pelo jogo científico.

Assim, apesar da visibilidade da teoria, os pressupostos que as fundamentam nem sempre estão expressos ou são pensados criticamente. Esses pressupostos determinam como se estabelecem as relações com os fenômenos do mundo e o conhecimento da realidade. Estão geralmente ocultos e não são necessariamente submetidos ao controle

empírico. Dessa forma, as ideias provocadas, ou mesmo, refutadas, ainda garantem a produção de novas teorias, mais bem adaptadas do que as precedentes. Assim, mesmo as teorias sendo deterioradas e reconstruídas, podem comportar ainda uma cegueira de natureza paradigmática (Morin, 2011, 2012).

Esse expediente presente nas disjunções efetuadas com a instauração do paradigma científico colocam em lados opostos noções fundamentais das construções teóricas e metodológicas na condição de núcleos paradigmáticos. Estes se antagonizam tanto mais as teorias se mantêm fechadas ao diálogo e à salutar tensão do contato com o empírico, típicos do jogo científico (Morin, 2007). Assim, impõem formas inflexíveis de pensar a diversidade dos processos subjetivos complexos e singulares da vida cotidiana, de modo que as construções teóricas se situam como narrativas rígidas impostas aos pacientes, desqualificando as experiências de seu mundo (Erickson, 1983; Neubern, 2014).

Nota-se o protagonismo da teoria no meio científico dado que, por muito tempo, este se ocupou mais das discussões teóricas e metodológicas, abstendo-se da investigação sobre os núcleos e das bases de construção de um sistema de ideias (Neubern, 2004). Como um elemento de grande valor pela inteligibilidade que permite aos fatos e fenômenos estudados, a teoria exerce um papel importante por ser um dos poucos momentos de um sistema de ideias que pode ser analisado e questionado, comportando-se, dentro dessa perspectiva, como o acesso ao mundo dos fatos (Morin, 2013).

A dificuldade em lidar com as próprias bases de pensamento refletiu sobre as construções teóricas fundadas nas dicotomias do pensamento moderno. Assumem o papel de diretrizes norteadoras, orientando teorias que detêm o estatuto de verdade. Com isso, em meio à diversidade de teorias, cientistas e pesquisadores arvoram-se no direito de clamar para si a verdade definitiva ou acesso exclusivo ao real. Assim, com a inexistência

de um campo experimental para a psicologia clínica, as teorias ocuparam o lugar de ponto final sobre as discussões (Neubern, 2004).

Implicitamente, a teoria na visão moderna é edificada sobre os alicerces da previsibilidade, controle, sobre regras e leis universais que permitem estabelecer uma relação de ordem e regularidade na leitura do mundo e dos fenômenos humanos (Neubern, 2004). Em contrapartida, o ímpeto da psicologia em consolidar-se como uma disciplina científica esbarra no problema da redução e simplificação, eliminando as possibilidades de desordem, reorganização, sujeito, autonomia, em suma, noções que estão no polo oposto ao racionalismo moderno. Mesmo nesse imbróglio em busca de teorias que expressem a verdade definitiva, a psicologia clínica desenvolveu discussões que visassem lidar com a questão de que sua eficácia não é maior do que outros sistemas terapêuticos, como a própria hipnose (Chertok & Stengers, 1990), ou de cura, como vertentes xamanísticas (Nathan, 1999).

Não é incomum que entre psicólogos a existência das diversas abordagens e teorias psicológicas seja tratada com naturalidade, inclusive que as divergências entre tais concepções sejam levadas ao campo de disputa sobre o domínio do acesso à verdade (Neubern, 2004), como se nessa rivalidade alguma escola já houvesse superado este ou aquele problema, esgotando a discussão. Em grande parte, isso se deve ao fato de haver pouca disposição crítica sobre o quanto cada escola se liga ao paradigma moderno, bem como a seus pressupostos. Nesse sentido, as produções teóricas foram desenvolvidas atribuindo pouca abertura para a reflexão de seus princípios e axiomas (Morin, 2011). Tornaram-se obtusas ao debate fechando-se à possibilidade de críticas, encerrando o pensamento de seus principais autores.

Assim, o diálogo com autores que empreenderam o desenvolvimento sobre suas práticas no campo da hipnose ou que tenham procurado promover a sistematização de

conhecimentos e técnicas nesse campo torna-se um caminho frutífero para a discussão sobre a hipnose e sua dinâmica. A possibilidade do diálogo com autores que poderiam ser considerados a-teóricos ou que desenvolveram seus trabalhos rompendo com algumas determinações do pensamento moderno apresenta-se como um caminho possível para a superação das dicotomias.

Esse caminho apresenta-se como uma hipótese, pois, ao desenvolverem conhecimento técnico ou teoricamente sem o protagonismo da teoria, e ainda, eliminando a construção formal da teoria, torna-se possível analisar como as noções preteridas (marginalizadas) no paradigma dominante podem se fazer presentes ocupando lacunas e permitindo novas construções. Além disso, a relação estabelecida com as noções marginalizadas que se desenvolvem no sentido de inclusão ou superação, mesmo que implicitamente, podem guiar o pensamento no sentido de uma epistemologia complexa para se pensar a prática da hipnose.

As análises partirão das ideias principais de Leon Chertok (1989, 1990, 1998), François Roustang (1990, 1994, 2006) e Jeffrey Zeig (2002, 2014), em face à perspectiva da complexidade (Morin, 2005, 2011, 2012). Pretende-se viabilizar uma análise da contribuição desses autores sobre a hipnose, suas práticas e articulações teóricas principais, bem como abordar como eles se posicionam frente às noções do paradigma dominante que foram preteridas. Trata-se de realizar uma leitura sobre tópicos de grande relevância na prática da psicoterapia e hipnoterapia, orientada sob as dicotomias do pensamento moderno *universalidade/singularidade, controle/autonomia, individual/social*. Essas dicotomias constituem-se em barreiras as quais a psicologia, em sua inspiração, moderna trouxe para as teorias como pressupostos epistemológicos.

2.2. A noção de influência em Léon Chertok

De nacionalidade russa, Léon Chertok (1911-1991) estudou medicina na Polônia e emigrou para a França após passar pelos Estados Unidos, em função da 2ª Guerra Mundial. No período de 1963 a 1972, foi chefe do Departamento de Medicina Psicossomática no La Rochefoucauld Instituto de Psiquiatria em Paris. Então, entre 1972-1981 foi diretor do Centro de Medicina Psicossomática Daejerine, onde juntamente com Didier Michaux, constituíram um laboratório de hipnose.

Em 1948, deu início aos estudos em psicanálise com Jacques Lacan, concluindo o treinamento em 1953. Apesar das supervisões e orientações não foi admitido na Sociedade de Psicanálise de Paris, devido ao fato de usar a hipnose em seus atendimentos. O fato de ter feito amplo uso da hipnose em sua prática fez dele um dos grandes especialistas em hipnose na França. Tornou-se um grande crítico e pesquisador da psicanálise e da hipnose, tendo publicado profundos trabalhos a respeito da relação entre esses dois campos de conhecimento.

Em um de seus principais trabalhos, em parceria com a filósofa Isabelle Stengers, intitulado na língua portuguesa “O coração e a razão: a hipnose de Lavoisier à Lacan” (1990), lança uma perspectiva histórica sobre o nascimento da hipnose e seu papel fundamental na constituição da psicanálise e da psicologia moderna. Além disso, o autor observa como foram impetrados esforços para afastar a hipnose do cenário científico, e como foi colonizada pelo saber moderno, afastando-se de suas origens.

Os esforços empreendidos pelo movimento científico no processo de colonização da hipnose colocaram obscurecido um dos principais aspectos da prática clínica da hipnose: a influência (Chertok & Stengers, 1990). A influência se constitui como uma noção central da terapia hipnótica, pois, por meio dela, podem-se transmitir as sugestões e induzir o fenômeno hipnótico ao desenrolar do transe. Na condição de um elemento

técnico e relacional, é pela influência que ocorre a transmissão de ideias, do pensamento teórico do terapeuta, dos objetivos estabelecidos para a terapia e, também, do conhecimento mútuo que estabelece cada passo no andamento da terapia (Neubern, 2013).

Sob a égide da *universalidade e controle*, entretanto, a produção teórica promoveu um afastamento da noção de influência, devido à necessidade de resguardar a confiabilidade e a neutralidade de seu projeto. Uma flexibilidade sobre o papel do terapeuta e sua influência seria difícil de ser assumida claramente, pois, entre outros motivos, seria necessária a inclusão epistemológica de noções marginais como a influência, em contraposição ao controle. Um processo de difícil aquisição se considerarmos, por exemplo, a consolidação da psicanálise como uma ciência tal como a proposta freudiana, entre o jogo de forças institucionais cujas determinações estariam ameaçadas (Chertok & Stengers, 1990).

Assim, por vezes, as teorias em psicologia serviram como ponto definitivo de explicação e as investigações do empírico deveriam, sobretudo, confirmar as teorias e categorias estabelecidas, sem ameaçar os pressupostos básicos. Numa comunidade científica geralmente o intercâmbio é realizado a partir das teorias, de maneira que se possam projetar e fazer previsões (Neubern, 2004). É justamente nesse cenário que a previsão e o controle se entrelaçam em termos de práticas, experimentos laboratoriais, análises estatísticas. No âmbito da prática clínica, a previsão e o controle se entrelaçam no *setting* à medida que o terapeuta toma determinadas medidas para a construção de um contexto em que a terapia ocorra. Desde a organização do espaço para, por exemplo, deixar o paciente ficar mais à vontade e não se sentir intimidado pelo terapeuta, até a escolha dos temas, do objetivo da terapia, das respostas ou do silêncio, há certo ideário de controle.

De certa forma, a negação dessa influência demarca os processos disjuntivos e reducionistas das dicotomias já apresentadas na busca de um contexto que se assemelhe ao laboratório e garanta fidedignidade dos dados e das informações levantadas. Esse funcionamento responderia às expectativas da teoria, sobretudo, porque não constringem os núcleos mais rígidos. Nesse sentido, Chertok (1989) aponta que as teorias desenvolvem um aspecto intelectual, de grande valor, que fundamenta e orienta os processos técnicos que diferenciam a terapia de uma conversa qualquer ou de outros sistemas de cura. Por outro lado, ele aponta a existência de outro aspecto fundamental para o acontecimento da terapia relacionado ao afeto. Assim, a comunicação passa por duas vias: uma intelectual, que se desdobra na teoria do terapeuta, as palavras, conceitos ideias, objetivos; e a outra de ordem emocional ou afetiva, que está relacionada a aspectos mais qualitativos.

Em geral, nota-se que os terapeutas se colocam arredios a essa perspectiva. Podem temer que isso os distancie da solidez científica, já que são construídas baseadas em leituras dos fenômenos físicos e biológicos. Além disso, poderiam perder o controle do andamento do processo terapêutico, na medida em que não poderiam mais prever quais os próximos passos do paciente e da terapia. Tais preocupações possuem suas razões de ser, justamente por apresentarem a necessidade de reflexões bastante significativas sobre os papéis dos protagonistas da cena terapêutica e, sobretudo, do ponto de vista teórico, porque propõem a requalificação das noções de controle, predição, influência e relação.

A dificuldade de lidar com a complexidade da subjetividade e sua conseqüente separação presente nas teorias é, em grande parte, responsável pela clivagem entre a prática e o conhecimento (Neubern, 2004). Apesar das possíveis resistências que essa temática pode suscitar, muitos terapeutas compreendem a importância do acolhimento de aspectos subjetivos e qualitativos dentro da relação. Colocam-se disponíveis e sensíveis

às demandas do paciente, desenvolvendo uma qualidade de relação diferenciada orientada aos sentidos subjetivos.

Essa visão rompe com o tradicional papel do cientista e do terapeuta moderno que tende a se colocar em uma posição relativamente confortável de pretensa neutralidade. Entende-se que o caminho da influência está perpassado pela relação que se orienta desde o pensamento teórico até a noção de afeto. Chertok (1979) compreende o afeto na base do vínculo e visa a uma comunicação repleta de elementos afetivos, buscando as experiências mais primárias do sujeito. A influência como um processo relacional, afetivo e comunicacional pressupõe um estado tal que mobiliza o organismo em sua totalidade, o que inclui as suas vivências em nível corporal.

Esse é o caminho proposto para a noção de transe, como um estado diferenciado do sujeito, um quarto estado, diferente da vigília, sono e sonho. Trata-se de uma potencialidade natural, “caracterizada por elementos que, aparentemente, referem-se às relações pré-linguísticas da criança que ocorrem em situações em que o indivíduo é perturbado na sua relação com o meio ambiente.” (Chertok, 1989, p. 260-261). Nesse sentido, ele se refere a uma condição complexa do sujeito e, por trazer a noção de “estado”, ele se opõe às ideias que reduzem o transe hipnótico à sugestionabilidade e simulação. Com essa visão, o autor apresenta um posicionamento que se distancia da noção de controle.

Tal perspectiva sobre esse fenômeno de influência consiste em um processo que está galgado no contato relacional, em termos técnicos, como, por exemplo, as sugestões (diretas, indiretas, entre outros tipos), mas também em elementos qualitativos que estão além das representações objetivas da relação terapêutica, sendo essa a base para a manifestação de um estado hipnótico que permite a emergência de potencialidades inerentes ao sujeito que o mobilizam em termos psíquicos e fisiológicos. Assim, a hipnose

pode fornecer ao sujeito a capacidade de modificar mecanismos de amortização emocional, que estão interligados às suas bases filogenéticas e, por conseguinte, a intervenção no nível da dor.

Entretanto, Chertok (1979) compreende que uma explicação desse processo de intervenção no nível da dor por uma via neuropsicológica não seria suficiente. Não se trata de descrever mecanismos de excitação ou inibição da dor numa perspectiva quantitativa. A dor não se restringe a um processo unicamente fisiológico, ela estaria articulada intrinsecamente aos processos subjetivos. Assim, a investigação da relação hipnose e dor não deve estar dirigida para “quais” mecanismos envolvidos, ou para “mais ou menos” informações processadas cognitivamente, mas sim de uma mudança qualitativa da informação e por isso a hipnose seria um mecanismo privilegiado de investigação da dor.

A perspectiva apresentada por Chertok (1989) tende a romper com os impositivos dicotômicos da modernidade, pois, apesar de não desenvolver uma teoria formal sobre influência, acolhe essa dimensão do processo terapêutico utilizando-a tecnicamente. Diferentemente da noção de controle, com a hipnose, ele compreende a emergência de processos inconscientes, por ele interpretados a partir da ideia de potencial, sendo este o elemento que possibilita os processos de mudança terapêutica. A hipnose pode acessar recursos de base neurofisiológica, na condição de mecanismos sensoriais, volitivos, perceptuais desenvolvidos geneticamente e de ordem qualitativa.

Trata-se de uma potencialidade inerente que se direciona para a noção de autonomia em oposição ao controle. Por outro lado, a noção de autonomia está mais atrelada a respostas, mecanismos e automatismos do organismo, o que não permite maior clareza do papel do sujeito em sua complexidade subjetiva. Mesmo que se considere a importância das mudanças qualitativas das informações produzidas e processadas, elas

parecem estar mais relacionadas a processos autônomos numa ótica mecanicista, em que o sujeito tem uma participação limitada.

De certa maneira, Chertok (1979) avança sobre tópicos importantes no processo hipnótico, posicionando-se de forma diferenciada ao não se limitar às determinações do paradigma moderno. Pode-se notar que a noção de controle é contraposta à noção de influência, decorrente do processo relacional, que considera especificidades do sujeito e o dirige para sua autonomia, dado que este se mobiliza num engajamento de processos fisiológicos e subjetivos. Esse processo tem fundamental importância para o potencial de mudança terapêutica e para mudança da dor. Entretanto, a ideia de potencial aparentemente é um conceito vago e que armazena certa dose de universalismo, pois não apresenta as dimensões singulares e subjetivas, como no caso da mudança qualitativa dos processos de informação que interferem na resposta e vivência da dor.

2.3. François Roustang, influência e animalidade

François Roustang (1923-2016) estudou teologia e filosofia, fez parte de uma instituição católica com a qual rompeu após a publicação de um artigo crítico à prática do catolicismo intitulado *“Le troisième homme”* (O terceiro homem). Interessou-se pela psicanálise por motivos pessoais e, posteriormente, deu início aos estudos como um processo de libertação pessoal, tendo se interessado muito pela relação discípulo-mestre. Mais tarde, em *“Un destin si funeste”* (Um destino tão fatal), um de seus principais trabalhos, publicado em 1976, faz uma leitura crítica da relação entre Freud e alguns de seus discípulos, como Ferenczi, Jung e Groddeck. Gradualmente foi distanciando-se da psicanálise destacando uma visão diferente desse círculo psicanalítico para o papel da sugestão. Seu interesse pela hipnose se desenvolve e a publicação de diversos trabalhos sobre o tema lhe garante notoriedade, tornando-se uma referência no mundo francófono.

Com a hipnose, a visão de Roustang (1990, 1994, 2006) sobre a psique e o inconsciente começa a ganhar uma nova construção. Ele traz um outro olhar sobre a existência humana, mais natural e mais livre, compreendendo que a hipnose pode permitir ao paciente o desenvolvimento de um estado de consciência único, como um dispositivo para o acesso à potencialidade humana. Trata-se de uma visão que rompe com a tradicional perspectiva da imposição do hipnotizador sobre o paciente, que representa a mudança de uma postura técnica e da visão ontológica sobre a psique humana.

A ruptura de uma concepção monolítica como *controle* impõe a exigência de considerar o outro polo dicotômico situado na noção de *autonomia* como um princípio epistemológico. Um aspecto interessante da proposta do pensamento sobre a influência é compreender que o paciente está inserido em um contexto terapêutico organizado de tal forma que se estabelece uma comunicação profunda e complexa, está além das condições objetivas da linguagem. Sendo que o papel do terapeuta é conduzir para a possibilidade de reorganização autônoma das demandas do sujeito (Roustang, 1990, 1994).

Tradicionalmente, as perspectivas psicológicas, principalmente representadas pelas psicodinâmicas, psicanalíticas e comportamentais concebem dicotomias sobre posturas diretivas e não diretivas. Encontra-se sobre as posturas não diretivas os caminhos mais seguidos nas correntes tradicionais, que buscam ser permissivas, questionadoras e colocando o paciente como o centro do trabalho. Nas diretivas, menos comuns, os terapeutas se colocariam direcionando todo o *setting* terapêutico, em formas mais prescritivas (Ribeiro, 1986). Essas perspectivas são conflitantes com seus próprios preceitos epistemológicos, pois, no primeiro caso há uma hipervalorização do sujeito em função da isenção quase total do terapeuta. No segundo caso, há um ideal de direcionamento quase absoluto, o que seria contraindicado por não prezar pelo potencial do sujeito, sendo até impossível de ser alcançado (Neubern, 2004).

Sobre tais perspectivas de manejo clínico, o trabalho de François Roustang (1990, 1994, 2006) compreende a influência exercendo um papel que parece transitar para além do diretivo e não diretivo. Isso se refere à compreensão de que, na prática, a demanda pela terapia coloca em contato dois sujeitos em busca de um propósito clínico. Entretanto, sua concepção é a de que o terapeuta não deve ocupar o lugar do paciente, garantindo a este o espaço necessário “para estar só sem estar isolado” (Roustang, 2006, p. 57). Deve-se criar um espaço de risco em que o paciente não precisa do terapeuta e, por sua vez, o terapeuta não necessita do paciente para crer em sua importância e em seu potencial.

Assim, o uso da influência por parte do hipnoterapeuta está em saber guiar o paciente ao encontro de seu potencial de transformação. Trata-se de se mobilizar em direção à transformação, mas procurar sem o imperativo de encontrar. Nesse sentido, compreende-se a defesa do autor de que o hipnoterapeuta deve se dirigir ao paciente no caminho de sua aspiração à mudança, sem encontrar a causa do problema como o elemento que o incentive a tal mobilização. Essa forma de organização da terapia pressupõe um processo relacional entre dois sujeitos, por essência, ligados por meio da comunicação. Mas na visão do autor, principalmente conectados por elementos sutis da comunicação que estão subjacentes à linguagem formalmente verbal (Roustang, 2006).

Roustang (1990) defende que a realidade da existência humana é fundada essencialmente pelas emoções, paixões e pelo sofrimento. Assim, a existência está marcada por tais processos, que moldam comportamentos, formas de pensar, agir e também a comunicação. Nessa perspectiva, a condição humana está em um ser “psíquico somático” que vive certa ambiguidade, sendo, desde o princípio, um indivíduo em relação aos que a ele se assemelham, ao passo que se diferencia de cada um e do mundo que o circunda. A consequência disso está centrada numa angústia com a incerteza de sua individualidade, de um psiquismo que é também corpo somático. O sujeito transita no

incessante movimento entre a tensão e a angústia de sua “animalidade” e de ser um indivíduo singular.

Dessa maneira, é dotado da capacidade de isolar suas intenções de sua fala, as ações de suas palavras, seu psiquismo de seu corpo, o que o coloca em situação de privilégio e, ao mesmo tempo, o que lhe causa sofrimento. A capacidade desse sujeito de dissociação de sua condição fundante, de esquecer-se, de tomar a si como objeto de observação e de se dirigir para onde o seu pensamento se projeta o faz doente de sua maior preciosidade. Esse é o sofrimento que ele deseja colocar de lado, afastar de si. A saída apresentada pelo autor é o retorno à sua condição de animalidade. Com os animais se procede ao contrário, “o animal brinca com opostos, tudo se troca e se comunica, comportamento e metabolismo, fluido e os seus órgãos, as suas mensagens e mensageiros” (Roustang, 1990, p.120).

O autor defende, assim, que animalidade não se trata da condição biológica do ser humano à qual nós ajuntaríamos a suas propriedades humanas como numa integração de elementos de um binômio. Mas de uma condição humana única, que contém sua animalidade, de forma mais integral. Pode-se compreender também a animalidade a partir de comportamentos que são mensagens transmitidas inconscientemente e que definem sua posição relacional. Assim, o gestual mínimo, mímicas, tonalidades da voz, nuances do olhar, odores, vibrações do corpo e da fala são mensagens que fundam o processo relacional propriamente humano e constituem o contexto, dão significados à linguagem explícita.

Nesse sentido, a experiência humana possui uma característica marcante e radical de dissociação. Diferentemente de outros animais, podemos alterar nossas referências habituais constituídas em relação ao contexto, transitar de um sistema a outro e mesmo questioná-los. O sofrimento associado a dores de caráter crônico impelem a processos

dissociativos do sujeito, alterando a sua rede de relações e o contexto. Assim, a saída está na possibilidade de se colar à realidade em termos de animalidade para que se possa promover mudanças e reconfigurações na vivência da dor (Benheim & Roustang, 2012). O papel da influência hipnótica está em levar ao contato com a animalidade.

A influência é símbolo da fundação da condição existencial humana e condiciona a comunicação. A hipnose, desse modo, é o meio para o psicólogo favorecer a experiência da mudança terapêutica lidando com uma complexidade do sujeito. Na visão de Roustang (1994, 2006), a hipnose é um processo que permite desenvolver a alteração da relação existencial com o mundo, o que induz ao estado de transe. Por meio do transe, alteram-se as referências das relações com o mundo, com o outro e consigo mesmo. Não se trata de um estado de relaxamento exclusivamente, mas principalmente de um estado que tenciona o paciente em sua condição peculiar de sujeito psíquico e somático. Trata-se de um processo relacional em que a atitude do hipnoterapeuta determina o caminho e a orientação para os resultados e, como uma relação, pressupõe-se a reciprocidade na comunicação.

O papel do hipnoterapeuta está em conduzir o sujeito para encontrar em si a disponibilidade da abertura para tudo que possa advir desse estado de transe, de sua animalidade. O autor defende que a chave desse processo está galgada numa força do sujeito que possui o impacto suficiente para sensibilizar a mudança. Ela aparece como um ponto de apoio e é dada pelo estado de hipnose. Contudo, para que esse ponto de apoio faça parte do processo, é necessário que o terapeuta não se coloque na posição de impor o caminho para o paciente, correndo o risco de colocar uma força oposta na direção de suas resistências.

O caminho é o encontro sem a imposição do encontro das forças do sujeito, mas um trabalho conjunto entre hipnoterapeuta e paciente de encorajamento para seguir na

direção da mudança (Roustang, 2006). Em outros termos, a indução coloca os protagonistas da hipnoterapia em um estado de disponibilidade que permite um posicionamento perante o problema, a fim de resolvê-lo, ou que leve a uma busca indireta. O hipnoterapeuta usa a sua influência para criar um campo favorável e uma disponibilidade, o sujeito, assim, em sua autonomia e com seus recursos subjetivos desenvolve a mudança.

A influência é utilizada a partir de técnicas desenvolvidas em circunstâncias particulares para características singulares dos pacientes, portanto, para responder às demandas particulares. Dessa forma, a particularização do processo em consonância à singularidade do paciente permite maior ajuste às especificidades de cada caso, compreendendo as formas singulares pelas quais os pacientes desenvolvem suas demandas clínicas e as formas que estabelecem as relações com o contexto em que está inserido.

Na construção do pensamento de François Roustang (1990, 1994, 2006) aqui apresentado, pode-se notar que o esforço teórico proposto nos conduz a compreender a hipnose a partir do foco na especificidade dos casos e na singularidade do sujeito. Pela noção de influência, pela discussão do papel da relação e do reconhecimento do sujeito, o autor se posiciona com abertura para pensar sobre as categorias preteridas no paradigma moderno, incluindo-as como momento importante do processo de construção teórica. Apesar do aspecto universalizável da teoria, seu foco estabelece o indivíduo como momento fundamental do processo e, nesse sentido, encontra-se abertura para a existência do individual e que ele tenha voz enquanto elemento legítimo do processo de construção teórica.

Nessa perspectiva, o sujeito é parte fundamental do processo terapêutico sendo reconhecido em suas demandas, suas formas particulares de se relacionar com o mundo

e, principalmente, com o seu potencial de transformação e de gerar mudança. O sujeito é reconhecido em profundo processo relacional, sendo que a fundação de sua existência está perpassada pela relação com o contexto e com o outro, que ocupam papel de destaque nos processos vividos. Outra ruptura com o paradigma dominante está na inclusão do sujeito em relação com o contexto e com o social, lugar antes ocupado por um indivíduo isolado do seu contexto de trocas sociais ou determinado pela sua dinâmica intrapsíquica.

O papel do hipnoterapeuta se situa no uso da influência direcionando o paciente à sua animalidade, permitindo que este transite diferentemente em sua rede de relações. Com isso, abre-se uma perspectiva para a noção de autonomia em contraposição ao modelo dominante de controle. O sujeito é influenciado pelo terapeuta, mas em suas características singulares é direcionado ao ponto de apoio que o impulsiona ao seu potencial de realizar a mudança.

2.4. Jeffrey Zeig e a sistematização da técnica hipnótica

Jeffrey Zeig é fundador da *Milton Erickson Foundation* no estado do Arizona. Nascido em 1947 nos Estados Unidos, realizou a sua formação em psicologia e se interessou pela hipnose após o contato com o trabalho de Milton H. Erickson (1901-1980), com quem estudou diretamente durante aproximadamente seis anos. É considerado um dos principais autores responsáveis pela construção de uma sistematização dos trabalhos de Erickson, sendo atualmente um dos expoentes da Terapia Breve e da Hipnose Ericksoniana.

Seu esforço se concentrou na tentativa de criar uma sistematização prática e técnica do modelo de hipnose proposto por Erickson, a partir de seus casos clínicos e de sua abordagem sobre essa prática. O caráter a-teórico de Erickson apresentava de forma incisiva a necessidade de estabelecer como referência principal a singularidade do sujeito, não permitindo que as teorias se colocassem à frente do processo no que se refere ao

diagnóstico e a prescrição da condução de um processo terapêutico. Isso não quer dizer que Erickson não tivesse o seu posicionamento teórico e que não houvesse elaborado conhecimento em caráter teórico, mas compreendia que as teorias não deveriam se lançar sobre aspectos universais como elementos preponderantes sobre os singulares e que as práticas da hipnoterapia deveriam se desenvolver e ser moldadas de acordo com as necessidades particulares de cada paciente.

Em grande parte, as teorias em psicologia se desenvolveram a partir de casos clínicos em contato com sujeitos singulares. Entretanto, o ímpeto teórico se colocou sobremaneira em direção ao universal, na tentativa de construção de leis gerais da psique. Pensar a hipnose sem partir para uma noção reducionista torna-se um desafio, principalmente se alinhada a uma prática que demonstre a complexidade do processo hipnótico e dos processos subjetivos. Nesse sentido, a inclusão do sujeito no pensamento teórico é um processo de grande importância, pois a partir de condição singular é que emerge o conhecimento (Morin, 2011, 2012).

Por outro lado, o contato com o sujeito enquanto momento da realidade empírica implica profundas mudanças de perspectiva, principalmente em termos de ruptura com o isomorfismo, por reconhecer que não se pode gerar conhecimento senão por uma aproximação da realidade (Neubern, 2004). Dessa maneira, a sistematização de um conhecimento que emerge da prática clínica com base na hipnose deve se posicionar de forma que consiga lidar com as dicotomias construindo um caminho viável acerca da complexa singularidade, gerando inteligibilidade sobre o mundo do sujeito.

Baseando-se na obra de Milton H. Erickson, Jeffrey Zeig (2002, 2014) procura sistematizar o conhecimento da prática clínica de uma abordagem naturalista da hipnose. Essa abordagem sobre a hipnose se diferencia radicalmente das abordagens clássicas, segundo Zeig (2014), pelo foco do processo terapêutico estar centrado no processo de

mudança. O método de Erickson está centrado nas especificidades do sujeito, sendo considerada uma abordagem que ocorre “de dentro para fora”, ao passo que as abordagens clássicas e mais tradicionais ocorreriam de “fora para dentro”, numa nítida relação de imposição e determinação do processo comunicacional, que ocorre como um imperativo do hipnoterapeuta para o paciente. Compreende-se que os métodos mais diretivos e até autoritários podem possuir o seu lugar na terapia, contudo, o centro está na singularidade das demandas do sujeito.

Em função de uma orientação individualizada, o desenvolvimento das técnicas não pressupõem modelos definidos. As técnicas de indução hipnótica, dessa maneira, são definidas pelas necessidades e demandas do paciente, elas são elaboradas “sob medida”, considerando os recursos subjetivos de cada paciente e as suas formas particulares de desenvolver o estado de transe. Para Zeig (2002, 2014), a concepção ericksoniana da indução segue alguns princípios que não foram explicitados e sistematizados. Apesar disso, o estudo mais aprofundado do trabalho de Erickson permitiu que Zeig elucidasse os principais, constantemente utilizados. Não são utilizados arbitrariamente nas induções nem aplicados a todos os pacientes, mas utilizados de forma que ajudem o sujeito a desenvolver o estado de transe.

Os princípios consistem em desenvolver uma responsividade às sugestões, principalmente aos sinais mínimos que estão além do campo da comunicação verbal. Além disso, sugestões que alterem o foco da atenção e a consciência sobre a realidade conduzem para a modificação da intensidade do estado de transe. Outro princípio apontado como central é o encorajamento a comportamentos automáticos, principalmente de ordem motora ao máximo possível e, por fim, definir a situação como o transe.

A partir desses princípios estabelecidos podem derivar outros não sistematizados pelo autor e, ainda, que possuam objetivos diferentes. No entanto, estes, como princípios

básicos reservam posicionamentos assumidos no desenvolvimento do trabalho hipnótico relacionados ao manejo da influência. Apesar do foco do autor recair sobre o processo técnico das sugestões nota-se a necessidade de uma comunicação representada pelo princípio da responsividade que permite que o hipnoterapeuta e o paciente estabeleçam um contato que os coloca em profundidade na relação. A partir da observação de sinais mínimos (*Minimal Cues*), o paciente se comunica de forma subliminar com o terapeuta apresentando signos que estão além das representações verbais.

Com isso, o hipnoterapeuta possui condições de realizar uma leitura mais refinada dos processos do sujeito, como possíveis contradições em sua fala ou de estados emocionais mais sutis. Isso possibilita que essa influência seja direcionada para conduzir melhor o paciente em suas demandas, para o desenvolvimento e aprofundamento do transe, assim como uma condição colaborativa por parte do paciente. Sob essa perspectiva entende-se o transe pela perspectiva de um estado que consiste numa experiência fenomenológica de alteração de sua percepção, dos processos da consciência e de processos corporais e comportamentais automáticos (Zeig, 2006).

A sistematização empreendida por Zeig (2002, 2014) assume a noção de controle com maior ênfase no papel que a influência e as técnicas hipnóticas desempenham em conduzir o sujeito ao estado de transe. Considera também a autonomia do sujeito quando determina a condução da técnica hipnótica orientada à individualidade do paciente e, sobretudo, na noção de automatismo que ocorrem ao longo do processo hipnótico. O sujeito pode apresentar movimentos involuntários semelhantes a espasmos musculares ao entrar num estado de transe ainda leve e, é claro, quando se aprofunda. E também de trazer respostas sobre um problema específico. (Zeig, 2006). O paciente pode apresentar respostas claras orientadas para um problema de sua vida, como saber que deve parar de

procrastinar, ou mudar um comportamento na relação com o cônjuge, no entanto o conhecimento dessas informações por si só não promovem seus efeitos.

Assim, o autor defende que o estado de transe permite o contato com um complexo de interações e processos automáticos de diversas instâncias cognitivas e fisiológicas do sujeito, capaz de promover mudanças sobre essas temáticas de vida. Esse estado de transe é a experiência vivencial de uma realidade subjetiva passageira, que promove alterações em termos cognitivos e também físicos.

Nesse sentido, a sua compreensão sobre os processos subjetivos estão mais alinhadas a uma perspectiva cognitivista, sendo que as cognições estão em relação com os processos emocionais. Ao passo que as emoções estão diretamente relacionadas ao corpo e ao aparato biológico, as cognições são responsáveis pelo que são denominados sentimentos e outros processos mentais. Esse é um caminho possível que Zeig (2006) apresenta para que possamos compreender como a hipnose pode promover efeitos que acessem níveis corporais da experiência subjetiva.

Interessante notar que, nessa discussão, o autor descreve os processos humanos dentro de uma visão mais complexa em que se pode notar que há uma relação de diversas instâncias da experiência humana, entretanto os aspectos subjetivos destas experiências são traduzidos em cognições. Nesse sentido, os elementos sociais ou culturais constitutivos das experiências humanas estão representados em termos de processos cognitivos. Essa via pode constituir-se como uma estratégia interessante do ponto de vista de uma proposta de sistematização e explicação da hipnose (dentro da abordagem ericksoniana ou naturalista), contudo estabelece foco reducionista no indivíduo.

Assim, pode considerar o impacto das representações de elementos culturais assim como das relações interpessoais, mas, do ponto de vista de uma abordagem que vislumbra a complexidade, continua centrada no indivíduo. Sua construção teórica procura abrir-se

para a individualização e a complexidade do sujeito, mas, aparentemente, em função do ímpeto explicativo e da sistematização que propõe, a noção de universalidade se mostra ainda dominante nesse aspecto.

Zeig (2002) reconhece e assume a complexidade da comunicação hipnótica. Reconhece também a necessidade de se fazer a terapia voltada para a singularidade, uma terapia individualizada construída para cada paciente. Para tal, ele propõe uma construção heurística na tentativa de sistematizar a hipnose ericksoniana. Ele busca percorrer o maior número possível de itens dentro do processo hipnótico relacionados à comunicação, relação e influência, podendo assim construir e elencar categorias que possam organizar a atuação do terapeuta numa postura individualizada na condução de uma hipnoterapia.

O trabalho de Zeig tem grande importância no que se refere à análise de uma obra tão rica e complexa como a de Milton H. Erickson, entretanto a busca de processos explicativos e o movimento de leitura cognitivista podem promover o distanciamento da complexidade original do trabalho. Na medida em que foca nos aspectos formais e técnicos das induções pode fechar-se para uma maior sensibilidade que está na qualidade da relação entre terapeuta e paciente, tão valorizada por Erickson. Essa relação é perpassada por diversos processos relacionais e semióticos que podem ser restringidos numa análise puramente cognitivista, ou que, ainda que admita uma maior complexidade na relação hipnótica, a mesma seja reduzida às cognições em função de um desejo explicativo.

2.5. As alternativas para uma construção teórica complexa

As análises realizadas buscaram, sobretudo, compreender os autores a partir de seus posicionamentos frente às noções fundamentais do paradigma dominante e como lidam com as dicotomias no sentido de uma orientação teórica e metodológica que viabilize a concepção aqui pretendida de superação das dicotomias. Foi possível

apresentar problemas de ordem epistemológica e teórica na construção do saber moderno, que no campo psicológico se expressam como uma limitação da compreensão da complexidade humana. Por outro lado, o trabalho dos autores analisados nos auxilia estabelecer um caminho para a construção teórica a partir da prática da hipnoterapia sob uma perspectiva que rompe com os modelos hegemônicos tradicionais.

Pode-se destacar a mudança na tradicional projeção dada ao papel da teoria. Esta deixa de ocupar o lugar de elemento que expõe conceitos e ideias universais sobre um indivíduo, com o qual se estabelece uma relação de controle. Assim, a teoria cede lugar a construções sobre a singularidade de um sujeito que está em profunda relação com o seu contexto e que o caminho para o processo terapêutico se situa no diálogo cujo enfoque recai sobre a sua subjetividade e sobre a autonomia de seus processos. No cenário dominante, as teorias tendem a encarnar a pretensão universalista, de modo que teorizar sobre determinado tópico implica, necessariamente, tratar de padrões, generalizar estruturas, mecanismos, técnicas e, inclusive, traçar uma visão muito específica sobre o que pode ser compreendido como o processo de mudança.

Essa questão destaca um problema central para a ciência moderna que se estabelece numa hierarquia rígida em que o geral aparece como o principal eixo explicativo, sobrepondo-se à riqueza dos processos de produção de sentidos singulares (Neubern, 2004). Deixa de fora a qualificação da hipnoterapia como um processo terapêutico atravessado pela riqueza de expressões da comunicação entre terapeuta e paciente. Não concebe o encontro de subjetividades e do potencial que esse encontro possui para a sensibilização do sujeito no caminho da superação e do encontro de potencialidades para a mudança, que extrapola qualquer pretensão de universalização.

O universal implica condições de caráter apriorístico que nem sempre estão em consonância com os processos configurados na experiência do sujeito. Assim,

impossibilidade de um espaço absoluto para a o universal, em que esteja soberano no processo de teorização, ressalta a necessidade de uma flexibilização para a relação universal e singular, mais especificamente, para a entrada do singular como noção precípua, capaz de compor uma construção mais aberta sobre a relação terapêutica e sobre a complexidade do humano.

Assim, o universal pode situar-se como um momento do singular, ao contrário das perspectivas dominantes. Cabe ao terapeuta o envolvimento com o universo da singularidade do sujeito sem conceber a noção de causa dos problemas psíquicos como a via principal pela qual se dará início à incursão da relação terapêutica. Mas deve procurar observar e qualificar as múltiplas e variadas expressões dos sujeitos, em seus momentos históricos e atuais, sem recorrer de início à ideia de uma noção consagrada dentro de determinado referencial teórico. Desse modo, os elementos teóricos de caráter universalista podem chegar a fazer parte da cena teórica como uma referência apenas, ou como um momento de suas construções, em que estarão permeadas de diferentes tipos de informações oriundas da relação com o paciente ou da sua relação com o mundo que o cerca e da forma singular com que vive suas experiências, como por exemplo, a dor.

Esse olhar volta-se também para a noção de controle, no sentido de que romper com a hierarquia de uma visão dominante impõe a entrada da noção de autonomia como o eixo central que orienta a mobilização do terapeuta em direção ao paciente. Ao contrário do cientista moderno, que estabelece uma relação de controle, buscando a lógica regular e as leis gerais de um sujeito a-histórico, seu posicionamento o orientará numa perspectiva de exercer influência para a aquisição de autonomia do sujeito. A ênfase no controle não faz jus à complexidade dos processos subjetivos e seus recursos geradores e regeneradores, os quais deveriam ser o eixo dos processos terapêuticos. A noção de controle promove a limitação dos recursos subjetivos em concepções pré-estabelecidas

pelos modelos teóricos, dado que concebe a previsibilidade e as condições pelas quais um processo de mudança, ou mesmo o caminho para o transe são desenvolvidas em um terreno muito estrito de possibilidades.

Essa perspectiva de mudança paradigmática avança também sobre as restrições acerca da concepção de sujeito, posicionando-se na inversão da predominância de noções individualistas e restritivas de suas características humanas. O indivíduo, a-histórico, alijado da interação com seus espaços coletivos, passa a ser visto como um sujeito complexo, cuja subjetividade localiza-se como noção central. Além de um representante da espécie humana, complexo em sua constituição filogenética, psíquica e cultural (Morin, 2012), a subjetividade é concebida em uma profunda relação dialógica com o mundo. O sujeito se constrói na sua expressão fisiológica, social, cultural, histórico, política, econômica, espiritual, o que impõe a necessidade de uma nova forma de racionalidade. Nesse sentido, a consagrada representação do indivíduo na dicotomia corpo-mente se dilui para a concepção de um sujeito cujas expressões de linguagem e corporeidade estão inscritas cultural, social e historicamente. Não apenas como uma relação estanque determinada pelo intrapsíquico, mas em relação dialógica com essas instâncias. A linguagem e a corporeidade constituídas e constituintes dos contextos em que estão inscritas, portanto, sofrendo e exercendo influência sobre tais âmbitos de atuação do sujeito.

A importância do pensamento complexo na superação das dicotomias e na inversão das polaridades representa uma mudança paradigmática para se compreender a relação terapêutica, e principalmente, para a construção de um caminho para a concepção teórica do potencial que a hipnose possui de atuar na reconfiguração da dor. A afirmação de que todos os sujeitos são singulares (Zeig, 2002), por exemplo, torna-se princípio universal enraizado na concepção epistemológica de que não se pode alcançar um

conhecimento pleno sobre a realidade ontológica do sujeito (Neubern, 2004). Entretanto, constitui-se em um princípio inacabado acerca dessa realidade e permite a abertura para a concepção complexa dos processos humanos e de suas formas particulares de relações consigo, com o mundo e com a própria história. A abertura que tal concepção permite abre um campo com potencial investigativo e, conseqüentemente, explicativo para as construções teóricas que se destinem a atender um propósito científico. Isso situa o compromisso de leitura da influência que a hipnose, enquanto saber psicológico, pode exercer sobre o sujeito em termos de seu potencial terapêutico e sobre as diversas possibilidades e recursos de que ela dispõe.

CAPÍTULO 3

O cenário de pesquisas contemporâneas: uma análise crítica

“Inconscientes do que é e faz a ciência na sociedade, os cientistas são incapazes de controlar os poderes escravizadores ou destrutores gerados pelo saber.”

Edgar Morin (O método 3, p.20)

3.1. A investigação sobre a relação hipnose e dores crônicas

A crescente retomada na aplicação da hipnose em pesquisas com o foco em dor nos últimos 30 anos demonstra não só o interesse de profissionais e pesquisadores, mas a importância que tal conhecimento possui no campo clínico (Neubern, 2014). Apesar desse cenário promissor, encontram-se predominantemente discussões que validam a prática da hipnose atestando sua eficácia no tratamento sem, contudo, tecerem maiores aprofundamentos teóricos sobre como funciona a hipnose e como ela pode atuar na experiência de dor.

Esse modelo de pesquisas, predominantemente quantitativas, atende a questões relevantes no que se refere à aplicação da hipnose no cuidado da dor seja como coadjuvante, seja nos casos refratários ao tratamento médico convencional (Chande & Patel, 2016; Misiołek & Misiołek, 2016). Sob a base predominantemente biomédica, essas pesquisas tendem mais à comprovação e eficácia, em detrimento da elaboração de uma análise teórica e conceitual com potencial explicativo sobre a influência que a hipnose exerce sobre o sujeito e como essa influência pode levar à redução da dor. Lançam-se na busca de padrões de linguagem que se fundamentam estatisticamente em tabulações de resposta da dor e escalas de sugestionabilidade (Jensen & Patterson, 2014; Misiołek & Misiołek, 2016; Roja & Kalkis, 2013). Entretanto, apesar das demonstrações nada desprezíveis sobre a eficácia da hipnose, esse tipo de pesquisa deixa lacunas sobre

indagações que exploram as emoções, os sentidos subjetivos, bem como a inscrição da dor nos contextos sociais e culturais.

As limitações das perspectivas dominantes nesse cenário são evidentes, pois os modelos de base fundamentalmente estatística não se aprofundam nas discussões dos processos singulares vividos na experiência hipnótica (Neubern, 2009). As emoções, a produção de sentidos, os signos e símbolos que permeiam todo o processo não são qualificados como elementos fundamentais para a intervenção na dor. O processo de sugestão hipnótica é apresentado dentro de uma lógica linear, em que seriam emitidas objetivamente com o intuito de produzir as respostas na dor. De maneira análoga, a dor é vista a partir de um conjunto de critérios objetivos e alheios ao sujeito. Nesse âmbito, portanto, o problema da explicação sobre como a hipnose atua na dor se mantém obscuro pela dificuldade de articular as questões complexas do sujeito e de sua dor, demarcando uma visão reducionista.

Sendo assim, este capítulo desenvolve uma análise crítica às perspectivas tradicionais da hipnose no trabalho com dores crônicas. Cabe ainda, de antemão, a ressalva de que a crítica reconhece a importância de tais vertentes e de suas pesquisas. Entretanto, a partir da crítica aos modelos tradicionais e da discussão epistemológica é que se abre campo para discutir questões vitais no estudo da hipnose como as noções fundamentais de corpo e sintoma, de modo que se pense nos caminhos complexos para a superação das dicotomias (Morin, 2007, 2012). Isso visa auxiliar na proposta de construção teórica, pois estabelece delineamentos mais consistentes para os tópicos discutidos dentro do marco epistemológico da complexidade.

Nesse sentido, a abordagem de Milton H. Erickson (Erickson & Rossi, 1979) sobre a hipnose é pertinente e ocupa lugar central nessa discussão, pois suas concepções assumem a complexidade dos processos humanos, compreendendo a vivência corporal

articulada a diversas expressões da vida do sujeito. As contribuições de Erickson (Erickson & Rossi, 1979) se aproximam significativamente do tema aqui discutido, estabelecendo um posicionamento técnico condizente com a proposta adotada em relação à construção de visões teóricas e técnicas que lidem de forma complexa diante da dicotomização do modelo hegemônico.

Dessa forma, a hipnose será analisada por uma perspectiva complexa, apoiando-se em autores que promovem um debate sobre a temática da complexidade (Morin, 2012; Neubern, 2009, 2014) e que permitem suporte epistemológico e teórico para tal análise. Assim, cabe discutir o papel da hipnose no que se refere às possibilidades que ela proporciona para a reconfiguração da experiência de dor e, dessa maneira, estabelecer uma discussão sobre tópicos importantes que estão na base dos processos hipnóticos como as representações sobre o corpo, a dor e o sintoma, assim como o papel do sujeito no processo hipnótico.

3.2. Uma leitura complexa sobre o corpo e a dor

A dor é admitida como um processo subjetivo e complexo, caracterizada numa experiência humana que se apresenta no corpo e implica sensações aversivas ou de sofrimento (Neubern, 2009). O corpo é presente nessa experiência física, porém, está integrado à experiência subjetiva como uma parte desse processo, não articulado numa hierarquia em que possua primazia sobre o processo doloroso. Nesse sentido, pode-se compreender que a organização dos processos fisiológicos, psicológicos e culturais se inter-relacionam de forma complexa (Morin, 2012), em que a dor está enraizada na complexidade de cada uma dessas instâncias.

O organismo, em seus processos bioquímicos, neurais e genéticos produz a condição para que o corpo desenvolva sua auto-organização (Morin, 2012). As peculiaridades desse aparato fisiológico também promovem aptidões cognitivas que

permitem o desenvolvimento de formas de vida resultantes da atividade humana: a vida psíquica, coletiva, cultural. O cérebro, como uma peça importante, permite as cognições e processos correlatos em termos de processamento de informações, contudo depende da cultura como elemento de organização informacional (Morin, 2012).

De maneira semelhante, o corpo também está perpassado por elementos culturais, simbólicos e sociais que, por sua vez, possuem condição de produzir cognições, mesmo que resguardem seus elementos fisiológicos fora do campo cognitivo (Lakoff & Johnson, 1999). Nesse sentido, as complexidades corporal, psíquica e cultural, se inter-relacionam recursivamente não se esgotando uma na outra, sendo inclusive interdependentes no que se refere aos processos humanos (Morin, 2012). A dor vivida pelo sujeito enraíza-se em cada uma dessas instâncias, que na condição de sistemas possuidores de suas próprias complexidades, permitem que a dor não se restrinja ao biológico.

Assim sendo, o processo de dor organiza-se em sistemas dinâmicos, os quais abrangem a diversidade de processos de identidade, gênero, sociais, culturais, familiares, econômicos, políticos e espirituais, integrados na experiência do sujeito numa lógica configuracional (Morin 2012). As configurações denotam a plurideterminação dos processos envolvidos de forma integrada e recursiva sem o determinismo de um sobre o outro (González Rey, 2007). Elas integram de forma recursiva e dialógica aspectos tradicionalmente dicotomizados no pensamento moderno – históricos X atuais, essência X existência, individual X social, autonomia X determinismo, dentre outros (Neubern, 2016).

As configurações também se constituem como uma expressão da singularidade dos sujeitos, de maneira que a multiplicidade das diversas instâncias de sua experiência se articulam de forma particular para cada um. Enquanto fenômeno complexo, a dor possui qualidades que estão configuradas a outros registros da atividade humana, como a

cultura, classe social, gênero, economia, política, dentre outros, para além do corpo (Le Breton, 2013). Dessa forma, a qualidade singular da configuração é adquirida à medida que resguarda a relação com outros sistemas os quais se integram de maneira complexa e dizem respeito aos processos de subjetivação. O que nos permite compreender a experiência humana dentro de uma perspectiva de holograma (Morin, 2012), na qual a parte está no todo, assim como o todo está na parte.

A noção de complexidade para a discussão da hipnose permite avançar sobre as perspectivas objetivistas da dor e do reducionismo do processo hipnótico, considerando a organização sistêmica dos processos humanos. Os fenômenos hipnóticos de reconfiguração da dor apresentam a complexa rede de relações dos processos físicos, simbólicos e emocionais ligados à dor e da forma singular em que o sujeito a vivencia (Neubern, 2016). O transe, elemento próprio da prática da hipnose, é compreendido como um estado subjetivo marcado pela alteração das referências habituais do sujeito em termos de corporeidade, espacialidade, temporalidade, causalidade e materialidade. Trata-se de referências que estão situadas na forma singular de organizar a relação com seu mundo – *eu-mundo* (Neubern, 2014).

A alteração dessas referências, ainda que temporárias, caracterizam o estado de transe hipnótico, constituindo-se na emergência de processos inconscientes que podem modificar a relação com a dor. Sob tal perspectiva, entende-se que a hipnose utilizada visando à redução ou a alteração da dor pode atuar junto à complexidade da organização dos processos vividos pelo sujeito. À medida que participa da mudança da experiência do sujeito em relação à sua dor e à produção de sentidos, pode facilitar a reconfiguração de tais processos (Neubern, 2009, 2010, 2014).

O desenrolar da alteração de referências mobiliza processos corporais, cognitivos, afetivos e simbólicos em diversos registros da experiência do sujeito, que estão para além

de suas determinações conscientes (Mallmann, 2018). Constituem-se na hipnoterapia enquanto processos emergentes de instâncias inconscientes que se qualificam como recursos subjetivos. Durante o transe, esses recursos são capazes de oferecer mudanças na organização da relação *eu-mundo*, podendo o sujeito experimentar novas formas e configurações de suas experiências vividas, bem como a produção de sentidos sobre seus próprios processos subjetivos (Erickson & Rossi, 1979; Neubern, 2014, 2016).

3.3. O corpo e a organização complexa da dor

A dor localizada no corpo ocupa lugar de destaque no que se refere à mobilização de cuidados dos profissionais de saúde. Desde o início da anatomia até o desenvolvimento de técnicas de imagem cerebral, a necessidade de se produzir conhecimento empregou à dissecação e à anatomia fragmentada a importância de um modelo privilegiado de conhecimento do corpo (Ortega, 2008). Dessa forma, as imagens garantiriam a objetividade científica, mantendo a noção de “fidelidade à natureza”. O reducionismo objetivista, então, afigurou-se como uma questão metodológica necessária ao desenvolvimento de um modelo biomédico, inaugurando longa tradição.

O corpo tornou-se um objeto apreendido visualmente, constituindo-se como um modelo normativo no campo da anatomia e da biomedicina. Suas partes adquirem maior importância quanto mais estão isoladas do seu contexto somático, levando à supervalorização da fragmentação e à ideia de que quanto mais fracionada, mais é possível adquirir dados objetivos. Pode-se imaginar que qualquer relação da dor com o sistema orgânico maior ou com a subjetividade poderiam ser entendidas como imprevisibilidade ou até a distorção dos dados recolhidos. O resultado disso parece se apresentar na valorização de um corpo destituído de subjetividade, de história, de contextos; um corpo, nestes termos, estéril. Assim, a objetividade e a busca por uma

íntima relação com o mundo físico emprega à noção de corpo uma visão fragmentada, possuindo primazia sobre outros processos (Ortega, 2008).

Nesse paradigma, as investigações sobre hipnose no cenário atual que se destinam ao tema da dor (Jensen & Patterson, 2014; Nogueira et al. 2005; Pellicani, Costa & Roizenblatt, 2014; Ramirez, 2013; Roja & Kalkis, 2013) também prezam pela objetividade no desenvolvimento de pesquisas predominantemente quantitativas. Assim, apesar de apresentar a relação entre fatores psicológicos e a dor, não desenvolvem uma análise sobre a complexidade da relação entre dor e subjetividade, perpassada por registros de ordem social, cultural, antropológicos, políticos, religiosos e espirituais.

As pesquisas se pautam em métodos que mais se direcionam no sentido de estabelecer correlação entre as sugestões hipnóticas e a redução da dor, ou no encontro de padrões de sugestões e respostas comportamentais. Por um lado, podemos destacar a importância destes trabalhos no mundo acadêmico, no que se refere à visibilidade científica e a atenção dada a essa temática, há muito tempo marginalizada. Por outro lado, entretanto, a despeito da confirmação da efetividade da hipnose, a complexa explicação do processo hipnótico e como ele atua na mudança da dor são negligenciados.

Os modelos dessas pesquisas dão ênfase nas relações estatísticas entre o fenômeno hipnótico e a atuação sobre a dimensão corporal. Apontam a redução da glicose em estado de transe hipnótico (Cazarotto, 2008), o controle da ansiedade e redução da dor (Castro, Leal & Sakata 2013; Velloso, Duprat, Martins & Scoppetta, 2010). Entretanto, os processos subjetivos que estão subjacentes a essas relações permanecem obscuros. As respostas hipnóticas são desenvolvidas e detectadas a partir de partes do corpo ou de alterações de processos corporais isolados de um contexto funcional e somático maior (Chande & Patel, 2016).

Torna-se possível notar que esse modelo sugere uma relação de linearidade entre a sugestão hipnótica e a mudança do sintoma, em que a resposta identificada no corpo se situa como um elemento de validação das sugestões. Assim, o processo hipnótico parece adquirir força sobre o corpo com independência do interlocutor, ou que o corpo tenha sua autonomia para promover as respostas independentemente do sujeito. Nesse sentido, a complexidade inerente à prática da hipnose fica restrita ao esquema de sugestões, que atuam como estímulos, portanto, sem o questionamento sobre o papel do sujeito na reconfiguração da dor e qual é a repercussão que uma dada sugestão pode ter no caso singular.

A crítica a esse modelo recai sobre a prática da hipnose como uma intervenção externa ao sujeito, que ocorre de fora – com as sugestões do terapeuta – para dentro, a partir das respostas e reações observáveis. Nesse sentido, aparenta ser aplicada como a prescrição de um medicamento, cujos resultados, por si só, ocorreriam, à revelia do sujeito. A leitura de tal modelo está centrada numa perspectiva reducionista que não inclui, na construção de elementos teóricos, o papel que a dor possui na vida do sujeito, nem como as sugestões, na condição de símbolos (Neubern, 2016), poderiam ser dirigidas à singularidade da vida do sujeito, que, de forma significativa, participariam no processo vivencial da hipnose.

Conforme se pode observar, tal redução do processo hipnótico a mera emissão de estímulos não contempla a complexidade da dor como uma experiência subjetiva. Isso implica desconsiderar a relação dialógica entre a vivência da dor e o contexto de experiências do sujeito, onde manifesta suas emoções e compartilha símbolos. Nessa relação, a dor constitui e é constituída pelo mundo deste sujeito, sendo influenciada pelos elementos sociais e culturais configurados em sua experiência e vividos concretamente no corpo (Lakoff & Johnson, 1999; Merleau-Ponty, 2008). Dessa forma, compreende-se

que os símbolos, as cognições, as emoções relacionadas ao contexto da experiência de dor, são também vividas no corpo, na carne (Lakoff & Johnson, 1999).

As limitações impostas pela dor, as alterações estéticas, de esquema corporal e as implicações sociais carregam consigo símbolos, cognições, emoções e a produção de sentidos, interferindo diretamente na vivência da dor. O corpo assume uma qualidade de campo fenomenológico e existencial, sendo inscrito na dimensão de experiência vivida pelo sujeito: o corpo vivido (Merleau-Ponty, 2008). Esse corpo vivido está articulado à complexa rede da produção de sentidos do sujeito, numa configuração que integra as múltiplas expressões e contextos de sua vida.

Nesse sentido, o papel desempenhado pela hipnose vai além da emissão de estímulos. A influência hipnótica é marcada por sugestões verbais e não verbais, diretas, indiretas, uso de metáforas, analogias, conto de histórias, visando à construção de uma nova rede semiótica que cria condições para maior integração entre as distintas dimensões do sujeito (Neubern, 2016). Desenvolve-se um contexto simbólico que convida o sujeito à mudança de suas referências básicas na relação *eu-mundo*, permitindo novas formas de conexão e arranjos de ordem individual e coletiva, que durante o transe permitem a emergência de processos inconscientes qualitativamente distintos dos processos comuns da consciência.

Esse estado é capaz de acessar complexos sistemas articulados ao corpo e desencadear processos de mudança, na experiência da dor (Mallmann, 2018). Pode, por exemplo, evocar as capacidades que o corpo naturalmente possui de reduzir a sensação de dor à medida que, num processo dissociativo, remeta o sujeito aos momentos em que uma dor foi subtraída pela necessidade de atenção a uma emergência familiar. De modo semelhante, pode levar a distorção temporal desenvolvendo a sensação de tempo

acelerado nos momentos de uma crise de fibromialgia ou a desaceleração nos momentos de prazer, lazer e relaxamento.

Tal perspectiva lança a hipnose num cenário diferenciado dos modelos clássicos, trazendo o sujeito em seu papel ativo capaz de estabelecer outra relação com o corpo, numa vivência dinâmica com a dor vivida e o mundo. Distancia-se das sugestões estáticas e universalistas, que em muito contribuem para o não engajamento do sujeito no processo hipnótico. Conforme o hipnoterapeuta se dirige ao sujeito e utiliza técnicas voltadas para a sua singularidade, ele se comunica de forma mais profunda com a subjetividade, implicando em maior envolvimento com o paciente e conseqüentemente do paciente com a proposta da hipnoterapia.

A hipnose atua sobre a experiência subjetiva indo além do simples mapeamento de padrões de resposta e da leitura de redução da dor a partir de escalas. Desdobra-se na mudança do espaço existencial que o sujeito ocupa, muitas vezes alterado e limitado pela dor. O impacto que promove sobre as dores pode proporcionar novos enredos para suas trocas sociais, percursos históricos, além de localizar o sujeito dentro de seus papéis.

3.4. Da eliminação do sintoma à reconfiguração da dor

A noção da dor como uma experiência subjetiva não se afigura como uma novidade, de modo que é possível notar referência a esta ideia no desenvolvimento de pesquisas no cenário atual (Besset, Gaspard, Doucet, & Veras, 2010; Marques, Assumpção & Matsutani, 2015; Ziani, Bueno, Kipper, Vendrusculo, Winck, Heinzmann-Filho, 2017). A representação sobre a dor, entretanto, mantém-se no pensamento dominante dentro da lógica causal e reducionista cujo foco de análise está sob o corpo, divorciado de subjetividade. Nessa representação, a dor é evidenciada como um sinal, ou sintoma, diretamente ligada ao *locus* corporal ao qual ela está se manifestando.

O que se verifica pela via estabelecida nessas pesquisas é a dificuldade de estabelecer a relação entre a dor e o sofrimento subjetivo a partir de uma base epistemológica que permita agregar a experiência de dor vivida no corpo e a subjetividade. Embora tragam a ideia de que a dor implica sofrimento, estando ela restrita ao corpo, a rigor não pode sofrer influência do sujeito ou do contexto cultural em que está inscrita. Dessa forma, encontra-se um obstáculo, tanto no que se refere ao reconhecimento da configuração da dor no cenário subjetivo, quanto a atuação da hipnose para a reconfiguração da dor.

O foco sobre a objetividade restringe os demais aspectos qualitativos significativamente importantes para o cuidado da dor, estabelecendo um recorte na relação dialógica entre o sujeito complexo e os aspectos sociais e culturais configurados em sua experiência. O domínio do caráter objetivo do sintoma desenvolve um espaço de obscuridade no cenário do sujeito, sem contemplar a produção de sentidos envolvida nesse processo, como seu mundo se entrelaça à cultura e os processos sociais (Le Breton, 2013), ou seja, como a dor participa e integra o mundo vivido.

Torna-se uma tarefa problemática, dentro do paradigma dominante, compreender como o sujeito pode romper com as determinações impostas pela dor, desenvolvendo sua autonomia de modo a reconfigurar a condição impactante que o processo doloroso exerce sobre ele. A orientação dirigida à objetividade parece estar mais destinada a satisfazer o olhar médico com vistas a contemplar as delimitações e limitações de suas práticas terapêuticas. Em outras palavras, a dor na condição de um sintoma não alcança a expressão de sua configuração no cenário complexo do sujeito, restringindo a representação da dor enquanto *bios* e, conseqüentemente, o desenvolvimento de intervenções terapêuticas condizentes com esse nível corporal.

Pela perspectiva da complexidade, a configuração se mostra como um sistema que integra processos históricos, culturais, subjetivos, cognitivos, emocionais, físicos, simbólicos, e pela sua característica sistêmica, permite múltiplos arranjos entre eles. Isso nos coloca perante as distintas possibilidades de subjetivação na relação dialógica entre o sujeito e o contexto em que está inserido (Neubern, 2009). Na lógica configuracional, integram-se os processos complexos singulares vividos no corpo (Merleau-Ponty, 2008; Morin 2012). Este arranjo remete à forma como a dor se articula no mundo do sujeito e pode, dessa forma, produzir signos referentes a essa expressão (Neubern, 2016). Assim, podemos compreender que, além dos sentidos subjetivos, as configurações podem produzir outros processos semióticos (Neubern, 2014) representativos da realidade singular do sujeito.

Partindo da compreensão na perspectiva configuracional, uma dor que se articula sistemicamente à expressão de outros registros do sujeito (Neubern, 2009, 2013, 2014) adquire importância clínica no que se refere à autonomia e singularidade de sua organização nos sistemas aos quais está associada. Compreende-se como ela tem relação com o mundo vivido pelo sujeito e qual é o significado que ela tem nos enraizamentos biológicos, psicológicos e culturais (Morin, 2012).

Nessa perspectiva, é possível observar como uma paciente com dor no dente, no consultório odontológico, desenvolveu uma reação levando ao reaparecimento de vivências de sofrimento do passado (Neubern, 2014). Ao ter seu maxilar tocado pelo dentista, a paciente entrou em contato com vivências de situações de abuso sexual na sua infância. Essa cena acabou desencadeando, de forma autônoma, alterações emocionais e nos esquemas corporais. Produziu uma organização tal que mobilizou o corpo nas energias físicas de um dado esquema corporal ligado à região afetada pela dor, sensibilizando a pessoa em ações instintivas de proteção e preservação.

No caso citado, nota-se a emergência de processos de cunho emocional e simbólico articulados a uma rede de signos de grande importância na configuração da paciente que remetiam a momentos de violência em sua história de vida. Não se trata da mera associação de imagens ou de alguma semelhança entre a cena violenta e a cena do consultório, mas da relação entre distintos sistemas que possuem uma autorregulação (Neubern, 2014). Assim, as configurações relacionadas ao passado de violência se articulam autonomamente ao momento atual remetendo a emoções vividas e ancoradas no corpo, com seus diversos esquemas e dispositivos de reações emocionais (Lakoff & Johnson 1999). Nesse caso específico, a organização singular da configuração apresenta a ancoragem (Erickson & Rossi, 1979) destas emoções na região do maxilar.

Dessa forma, é possível notar a relação de processos ligados à violência em termos históricos, emocionais e simbólicos de uma experiência singular que são vividos no corpo enquanto território existencial do sujeito (Merleau-Ponty, 2008). Vinculam-se ao corpo, mais especificamente ao maxilar, demonstrando a rede de processos ligados à dor. A ideia de configuração contempla a complexidade dos processos vividos, permitindo conhecer como este sujeito interage em seu próprio mundo e em seu contexto social. Aponta a importância de conhecer mais sobre sua história e como este vive com a sua dor.

Ao passar por uma terapia de base hipnótica de orientação ericksoniana, uma pessoa pode, por exemplo, verificar que suas dores de fibromialgia sofrem influência da sobrecarga trazida na vivência de um papel familiar (Neubern, 2009, 2014, 2016). A dor tende a ser limitante e impregnada de sofrimentos perpassados por emoções e signos de histórias de violências, exigências e responsabilidades. Nesse sentido, a dor, em sua relação com o papel familiar, constitui um sistema autônomo na articulação de tais processos simbólicos, emocionais e culturais. Na condição de sistema, a configuração possui a capacidade de se regular autonomamente e dialogicamente em relação com o seu

contexto: o sistema possui auto-eco-organização (Morin, 2012). Em constante troca com outros sistemas, uma configuração pode receber e exercer influências em outras configurações.

Diante dessa complexidade, o transe possui um papel importante para a reconfiguração da dor, pois ao mesmo tempo em que o sujeito participa de uma realidade consensual socialmente compartilhada por meio de suas próprias referências *eu-mundo*, também se insere numa realidade inconsciente, que modifica suas referências de maneira significativa (Neubern, 2013). Esta experiência vivencial de transe permite a imersão num universo complexo de sistemas, em que processos autônomos ligados ao corpo, às cognições e aos sistemas simbólicos aparecem na condição de recursos para a reconfiguração de experiências. A dissociação momentânea do sujeito associada a sensações de leveza, fluidez e liberdade tem o potencial de conduzi-lo à construção de um cenário de organizações alternativas implicando em novos aprendizados sobre suas demandas e na produção de sentidos sobre processos de vida.

A flexibilização de referências, desse modo, pode afetar a dor de forma que ela passe de um fardo para um caminho com novas possibilidades – de uma pessoa prisioneira do sofrimento a um sujeito ativo. Essa experiência subjetiva de redefinição (Erickson, 1983) pode partir do desenvolvimento de barreiras protetivas do espaço existencial, produzidas em transe, em que a alteração das referências sobre o corpo e sobre a representação do *outro* insira o sujeito em uma realidade protegida. Essa experiência permite a vivência de emoções e sentimentos sem a dominação dos elementos simbólicos e emocionais invasivos que frequentemente ocorrem nas relações interpessoais.

Ademais, a influência hipnótica na alteração das referências de temporalidade pode conduzir o sujeito ao contato profundo com sua história pessoal e que seu imaginário perpassado pela dor seja atravessado a partir daí por outros elementos de sua história não

associados apenas ao sofrimento. Assim, favorece um novo posicionamento, em termos de produção de sentidos, sobre sua própria história e a posição ocupada nas relações interpessoais.

A dor, dessa maneira, apresenta-se em complexa relação com os processos subjetivos. Não como um determinante causal que submete o sujeito, mas como elemento que se articula a diversos processos da vida em configurações que são influenciadas pelo contexto (eco), mas também possuem suas leis internas de organização (auto). Passa de um mero sintoma, que apenas representa a manifestação patológica em um dado *locus* corporal, para um elemento complexo configurado na experiência subjetiva. Adquirindo uma qualidade singular nas configurações em relação profunda com aspectos históricos, culturais, sociais, emocionais e simbólicos, nas quais se reconhece o protagonismo do sujeito como a força principal dentro do processo de mudança e reconfiguração da dor. Dessa forma, pode-se observar na dor a sua profunda relação com a complexidade das configurações, estabelecendo, em termos de qualidade de processos, uma semiose que sintetiza a singularidade do universo subjetivo (Neubern, 2016).

3.5. O papel da hipnose na reconfiguração da dor

A análise aqui desenvolvida pretende atender à necessidade de uma discussão teórica que se aprofunde sobre a especificidade da hipnose no cuidado da dor (Mallmann, 2018). Lança-se numa discussão em que se prioriza a relevância dos elementos teóricos que possuam potencial explicativo, avançando sobre as dicotomias mente-corpo, universal-singular, individual-social (Neubern, 2009). Mais especificamente, buscou-se explorar os polos dessas dicotomias que foram marginalizados no desenvolvimento científico moderno. Nesse sentido, nota-se que as perspectivas galgadas sob a racionalidade moderna buscam na causalidade linear a construção do modelo explicativo, entretanto, persistem na polarização que privilegia a redução dos fenômenos complexos

em suas manifestações objetivas e universalistas. Ainda que se note a necessidade de qualificação do subjetivo como elemento da hipnose, a tendência é a eliminação de aspectos qualitativos e processos emergentes da subjetividade humana na influência da hipnose sobre a reconfiguração das dores.

A marginalização da subjetividade, da singularidade e do social são marcas deixadas pelo paradigma reducionista, mas que se estende às investigações no campo da hipnose (Neubern, 2009), implicando na dificuldade de uma explicação mais consistente de seu funcionamento. Isso pode ser notado nos estudos que prezam pela quantificação e mensuração em termos de eficácia da relação hipnose e dor, de modo que muitos dos estudos limitam-se à confirmação de que ela produz seus efeitos.

Em contrapartida, a perspectiva aqui adotada localiza o sujeito – singular e complexo – como o ponto central sobre o qual recai o foco do processo hipnótico. A concepção de sujeito (Morin, 2012; Neubern 214, 2016) no cenário da hipnose no cuidado da dor rompe com a lógica do isolamento para a qualificação da amplitude de processos históricos, sociais, culturais e físicos na perspectiva de uma configuração. Nesse sentido, trata-se da busca por uma visão mais refinada sobre a relação do sujeito com o seu universo, o que implica considerar que as vivências físicas de sofrimento e dor estão em relação dialógica profunda com os diversos espaços de manifestação de sua expressão existencial.

Mesmo que as discussões realizadas nesse cenário possam apontar para relações de maior complexidade – o que se apresenta na forma de visibilidade para aspectos subjetivos no fenômeno da dor – ao afirmar a relação entre corpo e subjetividade, estas relações ainda estão fundamentadas em estruturas rígidas do paradigma dominante. Nesse sentido, as representações de corpo e sintoma se apresentam como categorias ainda marcadas pelas determinações da racionalidade dominante, galgadas na exclusão da

subjetividade, no reducionismo e do isolamento do sujeito com o intercâmbio social (Morin, 2012; Neubern, 2009). Nessa visão tradicional, o corpo é notoriamente um corpo estéril, livre da subjetividade, e a dor, uma entidade isolada do sujeito. Ainda por essa perspectiva, o sintoma, enquanto categoria que expressa fenômenos ligados ao corpo, permanece atrelado a uma representação que diz respeito aos aspectos e critérios objetivos. Não apresenta a relação do sintoma com um contexto maior dentro de sistemas e, portanto, não possibilita a semiose de um processo configuracional.

Essas categorias estáticas e independentes se colocam em oposição à superação das dicotomias, na medida em que não possuem elementos teóricos que favoreçam a sua relação com as qualidades que estão atreladas a elas. A categoria corpo é predominantemente enxergada em sua condição objetiva e não possui elementos de base epistemológica ou teórica que permitam a relação do corpo com outros sistemas, nem uma leitura sobre os processos do corpo em termos qualitativos que poderiam aproximá-lo das qualidades de outros sistemas.

Pelo que foi exposto, a proposta da presente discussão lança a perspectiva da complexidade, inicialmente, como um caminho possível para lidar com a redução e a disjunção enquanto estratégias do modelo de conhecimento do paradigma moderno (Morin, 2012). Assim, a partir das lacunas deixadas por esse pensamento dominante, a discussão numa perspectiva qualitativa e complexa não emerge como uma tentativa de sobrepor os avanços empreendidos pelos modelos dominantes, mas como possibilidade de considerar que a dialógica (Morin, 2012) permite a existência de noções universais que estejam abertas para a singularidade. De forma semelhante, o problema da separação corpo-mente pode ser superado por uma noção que represente a objetividade sem, contudo manter a tradicional separação e marginalização da subjetividade.

A hipnose, sendo um sistema complexo de comunicação e de influência (Erickson & Rossi, 1979), tem a capacidade de promover significativas mudanças que alcançam desde os níveis simbólicos, cognitivos, emocionais até o nível físico. A experiência do transe hipnótico tem a capacidade de favorecer trocas entre as produções subjetivas e os universos coletivos (sociais e culturais) e biológicos das experiências de dor. Além disso, a alteração das referências *eu-mundo* (Neubern, 2014) centrais do sujeito pode viabilizar novas negociações e trocas com outros sistemas em termos de recursos filogenéticos configurados na dimensão de corporeidade, que apesar de não estarem manifestos conscientemente, podem auxiliar efeitos hipnóticos de grande impacto nas configurações.

Pensar na experiência de dor, vivida e subjetiva, e de sua reconfiguração (Neubern, 2014) abre um espaço de investigação e construção teórica qualitativa que situe o sujeito complexo e singular como a referência central. Esse olhar compreende que as informações, as técnicas hipnóticas e os processos de mudança devem ser qualificados a partir da lógica e da relação com que se articulam com as configurações. As implicações clínicas, metodológicas e teóricas desse pensamento são vitais e podem fazer diferença significativa para os sujeitos em seus sofrimentos, pois suas necessidades, sua produção de sentidos e visão de mundo são levadas a sério e entendidas como elementos principais do processo terapêutico (Le Breton, 2012). Isso implica um direcionamento que alcança desde o enfoque epistemológico, passando pela metodologia do trabalho hipnótico atingindo a construção teórica.

A clínica das dores crônicas orientada pela hipnose deve desdobrar-se sobre a singularidade do sujeito, o que implica qualificá-la como momento principal do processo de mudança. Por meio do olhar para a singularidade, o hipnoterapeuta possui a capacidade de compreender como a dor está configurada e desenvolver as técnicas necessárias para alcançar seus recursos, na condição de processos emergentes e autônomos. O transe

caracteriza a especificidade da prática da hipnose nessa clínica, sendo uma via para a emergência de recursos e processos que estão além da dimensão consciente (Erickson & Rossi, 1979; Neubern, 2016). Estes recursos apresentam a capacidade de transformação e reconfiguração das dores crônicas em função do profundo acesso às configurações, cujos processos em caráter sistêmico são impactados pela experiência hipnótica.

CAPÍTULO 4

Metodologia

“Não há método ou técnica que funcione sempre com todas as pessoas ou até com a mesma pessoa em diferentes ocasiões. A arte do hipnoterapeuta está em ajudar os pacientes alcançarem a compreensão de que irá lhes ajudar a superar algumas das limitações de suas visões cotidianas de mundo para que eles possam alcançar um estado de receptividade ao novo e ao criativo dentro de si.”

(Milton H. Erickson, 1979)

4.1. Bases epistemológicas para uma metodologia complexa

A proposta de se apoiar numa perspectiva complexa (Morin, 2012) aliada ao método clínico da hipnose (Erickson & Rossi, 1979) se constitui principalmente pela finalidade de promover um pensamento capaz de superar o reducionismo e as dicotomias tradicionais do pensamento moderno no que tange à experiência do transe e de suas aplicações terapêuticas. A noção de complexidade como aporte epistemológico também dá sustentação à base metodológica e teórica que se propõe para esse trabalho, possuindo especial relevância por se dispor a estabelecer um percurso de inteligibilidade sobre a expressão da vida humana.

Os fenômenos hipnóticos, como parte da vida humana, em seu caráter subjetivo são qualificados por uma perspectiva ontológica complexa, necessitando, assim, de uma atitude científica em termos de pesquisa que contemple sua natureza (Mallmann, 2014). Desse modo, a proposta metodológica de que os conceitos devem se afigurar como elementos de inteligibilidade busca o acesso ao mundo do sujeito, sem, contudo, encerrar sua realidade em categorias fechadas previamente definidas. Esse posicionamento

teórico-metodológico implica considerar que as categorias teóricas utilizadas possuem um papel de especial relevância para a leitura dos processos estudados. Entretanto, não se colocam como conceitos monolíticos que se sobressaem à dimensão singular da vivência do sujeito.

Os conceitos adotados da teoria da complexidade são categorias complexas que se dispõem ao diálogo com o universo empírico reconhecendo a sua natureza complexa e, principalmente, a natureza complexa da dimensão humana no mundo. Além disso, como elementos teóricos, os conceitos se dispõem à interação com a realidade e, desse modo, devem estar abertos para que a sua riqueza seja reconhecida e auxilie na elaboração de novo modelo teórico mais sensível ao objeto de estudo.

Compreende-se uma relação de recursividade entre o momento teórico e o momento empírico da pesquisa, como um sistema que necessita da interação com outros sistemas para com eles produzir novas ideias dotadas da capacidade de aprofundamento, necessários para maior inteligibilidade do universo do sujeito. Desse modo, em toda expressão de dor as relações entre a dimensão física e outros componentes psicológicos, subjetivos, cognitivos, culturais, sociais se tornam visíveis ao pesquisador, além de auxiliarem a compreensão dos objetos estudados. Para essa compreensão os principais conceitos a serem desenvolvidos são *tetragrama*, *auto-eco-organização* e *holograma* (Morin, 2012b), já mencionados anteriormente ao longo desse trabalho.

4.2. Categorias Complexas

Compreende-se que a vivência do sujeito se constitui a partir da tensão de seus processos subjetivos com o mundo em que está inserido (González Rey, 2007; Morin, 2012; Neubern, 2009). As interações do sujeito com o seu contexto de vivências se dispõem de forma dialógica, de modo que a subjetivação desses processos rompe com a lógica linear de causa e efeito. Na tensão entre o sujeito e o mundo, observa-se que seus

processos vitais e subjetivos, na condição de um sistema, interagem com outros sistemas (simbólicos, sociais, culturais) de modo que estes tendem a se articular em termos de configurações. O teor processual dessas articulações demonstra a forma como se configuram processos em diversas instâncias de modo interdependentes da experiência do sujeito, funcionando ora em termos de ordem, ora em desordem, organização e desorganização.

A noção processual e complexa de tais sistemas se coaduna com a categoria *tetragrama* (Morin, 2013). Pela complexidade de tais relações ordem-desordem-organização emerge a constatação empírica de que os processos de desordem dos sistemas em interação são necessários, em certos casos, justamente para a produção de fenômenos organizados, contribuindo, assim, para a manutenção da ordem. O tetragrama possibilita a compreensão da organização dos fenômenos humanos em suas diversas possibilidades e, principalmente, em termos de configuração.

Dessa maneira, o tetragrama pretende dispor sobre a configuração singular do sujeito enquanto um momento da organização dos processos subjetivos em relação dialógica com a dor, uma vez que podem se rearranjar. Pode-se visibilizar organização e desorganização, dentro da perspectiva de que o transe, ao alterar as referências do sujeito, promove uma desordem momentânea das construções ordinárias na relação *eu-mundo*. As alterações das referências do *eu*, por sua vez são responsáveis pelo acesso às instâncias inconscientes que favorecem reorganizações de processos subjetivos.

O *holograma* (Morin, 2012b), diz respeito à possibilidade de reconhecer o sujeito como um ponto de seu enraizamento filogenético, psicológico, social e cultural. Ao mesmo tempo em que esse sujeito é singular, possui também uma bagagem de elementos universais comuns a toda espécie. Possui uma determinação filogenética, ao mesmo tempo em que sua bagagem genética possui traços específicos singulares, passa por

processos históricos e etapas de desenvolvimento que podem ser comuns a seus pares, porém organiza essas experiências de modo singular, é parte da sociedade e pertencente a uma cultura, porém também se distingue delas à medida que se posiciona de modo distinto das regras e códigos simbólicos compartilhados. Por essa perspectiva, nota-se que o sujeito é uma parte do contexto do qual faz parte, e, como parte, carrega em si toda a coletividade.

A relação entre o sujeito e o contexto é recursiva e dialógica, desse modo, a ideia de que a parte está no todo, assim como o todo está na parte, se coaduna com o fato de que a existência do sujeito é intrínseca à sua vida em relação ao contexto em que está inserido. Ele vive na cultura e no social, assim como a cultura e o social vivem nele. São ao mesmo tempo meio e fim. A importância dessa categoria está no fato de sua aproximação com a experiência vivida pelo sujeito em transe, pois essa experiência de alteração de referências (Neubern, 2016) permite o acesso à dimensão de um eu polifônico que expressa a singularidade de seus processos, mas também dos aspectos culturais e culturais configurados. Essa experiência *sui generis* do transe permite que esse sujeito manifeste suas distintas expressões em termos de *eu, tu, nós, isso, eles*, vistas como qualidades emergentes de sua experiência de mundo, configurados em termos corporais e subjetivos como sistemas da identidade da pessoa (Morin, 2012; Neubern, 2016).

O *holograma* remete a uma perspectiva de profunda integração do sujeito com o mundo, em que macro influências se tornam presentes em sua experiência singular. Estas influências se constituem como determinantes macrossociais e filogenéticas, portanto, coletivas, e rompem com o isolamento do indivíduo. Desse modo, pode-se constatar na dor do sujeito a influência de processos culturais, históricos, sociais, familiares, econômicos, étnicos, espirituais, dentre outros. Ao passo que o transe se afigura como um

espaço de negociação entre o individual e o coletivo, por permitir ao sujeito se reposicionar diante de tais determinações.

Por fim, a categoria *auto-eco-organização* (Morin, 2011a) parte da noção de que o encadeamento de processos ou elementos de sistemas complexos é dotado de qualidades que promovem autonomamente uma organização singular. São, por princípio, auto-organizadas, pois a complexidade do sistema está em associar em si mesmo as ideias de unidade e multiplicidade. Isso nos permite considerar que tanto o transe como a dor obedecem a regras próprias da subjetividade, ditadas pela organização complexa que é o sistema subjetivo. Nesse sentido, há uma autonomia de organização das influências macrossociais e filogenéticas, que mesmo sendo organizadas de forma singular e autônoma não estão alheias ao sujeito que recebe tais influências.

São também eco-organizadas, dado que não estão isoladas do mundo, mas em relação dialógica constante com o universo, em que cada influência advinda de outros sistemas é integrada e qualificada de acordo com uma totalidade complexa, possuidora de regras próprias. Constituem redes de processos que circundam o sujeito seja influenciando na dor, seja nos elementos de ordem simbólica e emocional do contexto que exercem influência na hipnose.

Essa categoria remete à experiência do sujeito em diferentes registros, tais sejam físicos, simbólicos, cognitivos, coletivos, representando as interações entre esses sistemas e, principalmente, a possibilidade recursiva que possuem para se auto-eco-organizarem em outras configurações. Permite a inteligibilidade sobre a apropriação do sujeito sobre os processos de mudança e reconfiguração da dor, mobilizados pelo processo hipnótico. Nesses termos, é possível compreender como a hipnose afeta o sujeito e modifica suas experiências permitindo a produção de sentidos e a mudança da dor em sua vivência corporal, assim como os desdobramentos dessa mudança em seu contexto.

As mudanças de referências do sujeito e a emergência de processos inconscientes e corporais (Erickson & Rossi, 1979) no processo hipnótico pressupõem a imersão num universo complexo de sistemas físicos, psicológicos e culturais (Morin, 2012b, 2013). Estes sistemas possuem processos autônomos ligados ao corpo, às cognições, sistemas simbólicos e aparecem na condição de recursos terapêuticos para reconfigurar a experiência do sujeito. Desse modo, compreende-se que a leitura desses processos não se basta por uma explicação reducionista e causalista, dado que uma sugestão não possui por si só um efeito sobre a dor independentemente do sujeito.

4.3. A construção das interpretações

O problema do método reside justamente no modo como o pesquisador interpela a realidade no sentido de buscar a verdade sobre ela. Assim, pressupõe um modo pelo qual a racionalidade seja guiada para tal propósito (Morin, 2013). A proposta aqui apresentada busca estabelecer um caminho metodológico que contemple a complexidade do transe e a consequente leitura sobre a reconfiguração da dor. Entretanto, se opõe às ideias que determinam a redução da prática de pesquisa a receitas técnicas. Não se busca obedecer a critérios de regularidade e, com isso, excluir as irregularidades. Nem tratar da hipnose dentro de uma perspectiva de controle do terapeuta, excluindo a autonomia do paciente. Ou mesmo elaborar elementos teóricos universais e, com isso, excluir o singular. Trata-se, sobretudo de unir o que foi separado e preterido, por meio dos princípios de complexidade.

Desse modo, a construção do conhecimento se desdobra sobre uma perspectiva epistemológica complexa, atendendo a necessidade de superar noções pré-estabelecidas de que o valor científico é dado pela relação dos dados com instrumentos validados (González Rey, 2005). Essa articulação teórico-epistemológica busca ir além da supervalorização do instrumentalismo que considera apenas a objetividade como via

direta de produção de resultados. Tal concepção supõe o conhecimento científico como mera apropriação de dados da realidade, ou de simples abstração fundamentada na objetividade desses dados.

Em contraposição a essas ideias instrumentalistas, a crítica epistemológica – como parte da proposta aqui adotada – aponta o conhecimento a partir da perspectiva de produção humana. A atividade investigativa se constitui na possibilidade de realizar aproximações com a realidade, gerando inteligibilidade sobre os objetos estudados, sem que se exclua o papel subjetivo da produção de conhecimento. Desse modo, não se trata da apropriação linear de uma realidade, mas a construção de um sujeito sobre ela, realizada com vistas a avançar sobre as facetas de sua complexidade (González Rey, 2005). Parte-se de um conjunto de ações, concernentes à pesquisa científica, que determinam novo campo de realidade em que as práticas são indissociáveis dos aspectos captados da realidade.

As teorias e os seus elementos teóricos (conceitos, categorias) são parte desse conjunto de práticas e atuam como uma base de mediação da relação com a realidade, mas não se reduzem a fontes de saber pré-estabelecidas anteriormente ao ato de pesquisa. O aspecto teórico diz respeito, muito particularmente, ao processo de construção de base intelectual que caminha conjuntamente à pesquisa, e encontra sua legitimidade na capacidade de produzir, permanentemente, novas construções. Esse processo acontece ao longo do embate do pensamento do pesquisador com a multiplicidade de situações empíricas coexistentes no momento investigativo da pesquisa.

Nesse sentido, a construção a partir do singular como uma instância de produção de conhecimento legítima se justifica pelo valor teórico que se atribui a essa dimensão na pesquisa (Gonzalez Rey, 2005). De certo modo, nos modelos dominantes mais próximos

do positivismo, o empírico é considerado como o momento final da pesquisa. Em contraposição, é proposto que o singular seja momento de produção de teoria, entendendo que o teórico é a permanente construção de modelos de inteligibilidade no processo de pesquisa, que lhe outorgue consistência e legitimidade para um dado problema ou campo de atuação.

A produção teórica se constitui em variados níveis, mas sua caracterização está justamente na forma sistemática da produção intelectual que possibilita organizar de distintas maneiras a relação entre a teoria de base, as ideias do pesquisador e o empírico (González Rey, 2005). E, desse modo, a importância de investigar o singular está diretamente relacionada à capacidade de compreender o teórico sob uma nova ótica, de tal maneira que a legitimação das informações oriundas do caso singular seja garantida por meio do modelo teórico que o pesquisador vai elaborando e reconstruindo ao longo do processo de pesquisa. Assim, o estudo de caso permite um tipo de generalização conceitual explicativa, em que se compreende que os casos estudados são singulares e que as teorizações possíveis se dão no sentido de gerar conhecimento auxiliando a inteligibilidade de outros casos.

A singularidade possui um valor relevante para a ciência psicológica, pois, em grande parte, as teorias desenvolvidas nesse campo (pode-se destacar, em especial, teorias psicanalíticas e humanistas) se constituíram a partir de casos clínicos de sujeitos singulares. Apesar das dificuldades encontradas por autores dessas abordagens em função das limitações epistemológicas, o processo de construção das teorias se deu de forma paulatina e gradual (González Rey, 2005). Nem sempre essas limitações lhes permitiam enxergar os limites de suas interpretações, de certo modo, impulsionados pela noção de neutralidade, que os colocava numa posição de isenção sobre a base teórica sob a qual se

discutia, ou ainda, pela tensão permanente que existia entre suas categorias e as representações de seus objetos de estudo em permanente construção.

Na concepção acerca da produção teórica adotada neste trabalho está contida uma mudança de paradigma que leva ao reposicionamento do sujeito como momento central da construção de conhecimento. No lugar da noção de neutralidade, está o pesquisador na condição de sujeito, imbuído de ideias, intenções, de modo que o conhecimento é uma produção que nasce no seio da relação com o outro. Na tensão e na processualidade do contato com o empírico, no envolvimento do pesquisador com os modelos teóricos dos quais lança mão, sendo possível adentrar no universo do sujeito e, assim, tornar-se mais sensível aos elementos estudados e reformular mais precisamente o modelo teórico proposto.

Desse modo, a produção teórica implica dialogicidade na comunicação. A ênfase na comunicação como princípio epistemológico-metodológico está centrada na condição de que grande parte dos problemas sociais e humanos se expressa na comunicação humana (González Rey, 2005). Não se trata, porém, de uma perspectiva que preze pelo conhecimento da produção discursiva do paciente, mas uma relação em que o diálogo permite acesso ao seu universo vivido e a forma como seus processos subjetivos se configuram, onde o aspecto relacional é de vital importância para a produção teórica.

Nesse sentido, a dimensão construtiva e interpretativa se aproxima à Epistemologia Qualitativa (1997, 2005) elaborada com o intuito de estabelecer novas balizas epistemológicas que sustentem uma elaboração metodológica condizente com o estudo das dinâmicas subjetivas, numa perspectiva qualitativa e complexa. Ao estabelecer uma leitura dialética dos processos de construção de informação e prezar pela noção de

complexidade dos processos humanos, a epistemologia qualitativa não se opõe ao pensamento de Edgar Morin (2005, 2007, 2013).

Pelo que foi exposto nesta seção metodológica, a construção das informações procurará identificar nos núcleos dos processos dos pacientes (queixas, demandas), como se dá a configuração da dor e a organização dos processos individuais e coletivos, assim como universais e singulares. Considera-se informação tudo aquilo que o espaço clínico possa produzir que se relacione ao problema estudado, sendo qualificado pelo pesquisador como relevante para a produção de conhecimento e levantamento de indicadores para a construção do diálogo com os elementos teóricos e clínicos.

Os indicadores são construtos estabelecidos pelo pesquisador que adquirem valor a partir da relação que estabelecem com o conjunto de elementos significativos para a temática estudada, permitindo elaborar hipóteses (González Rey, 2005). Eles combinam informações diretas, a partir da expressão do paciente ou de modos indiretos, presentes ao longo do processo terapêutico, tornando-se uma construção interpretativa do pesquisador fundamentada na produção de sentidos do paciente. O sentido é uma qualidade dos processos simbólicos e emocionais do sujeito que estão presentes num mesmo sistema. Eles possibilitam levantar as hipóteses ao longo da pesquisa, que vão adquirindo significado na medida em que o pesquisador interpreta e permite que se elaborem novas hipóteses e construam novos modelos (González Rey, 1997, 2005).

Alguns dos elementos mais importantes para a prática clínica e, nesse caso, que se articulam como indicadores valiosos para o movimento investigativo estão nas noções de *autoimagem* e *esquema corporal* (Haley, 1985; Neubern, 2012b, 2013a). Elas se referem a um eixo de referências do próprio sujeito sobre si mesmo, pelo qual o pesquisador/terapeuta pode identificar importantes sistemas de configurações. A *autoimagem* se refere ao conjunto de representações simbólicas, emocionais, significados

e imagens que o sujeito articula e configura em torno de sua imagem, de seu corpo, nem sempre conscientes (Neubern, 2014c). Nessa dimensão, o corpo está incluso na configuração como um grande campo que articula os elementos acima citados às sensações, aos movimentos, às percepções e a determinadas qualidades emocionais.

O *esquema corporal* diz respeito ao conjunto de processos que envolvem a postura, o movimento que se articulam sistemicamente, sendo estes geralmente também inconscientes com respeito às partes do corpo e com relação ao próprio corpo como um todo (Neubern, 2014c). Esse conjunto de processos de lógica configuracional, que dizem respeito tanto à *autoimagem* quanto ao *esquema corporal* podem ser significativamente afetados pela dor, produzindo variados efeitos na vida da pessoa, no cotidiano da pessoa, em suas atividades laborais e físicas.

A interpretação das informações e dos indicadores ocorre a partir da análise realizada pelo pesquisador em relação à qualificação dos indicadores de sentido, como elementos de valor heurístico para a elaboração teórica em cima dos processos estudados. A legitimação do singular no estudo de caso ocorre a partir do movimento intelectual do pesquisador ao elaborar as ideias em termos de construção teórica ao longo da pesquisa, que vão ganhando maior representatividade pelo valor que possuem para o estudo, gerando maior inteligibilidade do problema, e pela pertinência que possuem em relação ao modelo teórico adotado para a pesquisa (González Rey, 2005).

A pesquisa acontece no contínuo processo de implicação do investigador, podendo, ao longo das construções e interpretações tomar direções variadas ao longo de seu próprio curso. A pesquisa, de tal modo que acolhe o processo terapêutico como momento de investigação, deve ser compreendida como um processo de comunicação, garantindo o espaço aberto para o processo relacional, dialógico. Isso torna o espaço clínico um campo privilegiado em que o sujeito encontra terreno fértil para sua expressão

e para o encontro de mudanças em suas experiências. Os participantes dessa cena terapêutica, pesquisador/terapeuta e o sujeito de pesquisa/paciente se convertem em sujeitos em torno do que se seja significativo para o processo e para o que se deseja realizar em termos clínicos (González Rey, 2005, 2007)

4.4. Hipnose: o método clínico

O modelo adotado para a pesquisa se baseia na abordagem de Milton H. Erickson sobre a hipnose (Erickson, 1983; Erickson & Rossi, 1979, 1980). Como uma via privilegiada de comunicação, a hipnose preza pelo diálogo com a singularidade e com a dimensão inconsciente do sujeito. Pode-se afirmar que esse modo de interação assume o processo de influência que existe na relação terapêutica e o coloca à disposição de dialogar com a complexidade do sujeito, de modo a favorecer o desencadear de processos naturais que o colocam em contato com seu universo inconsciente, com seus recursos potenciais.

Essa atitude de uso de influência do hipnoterapeuta se diferencia dos modelos clássicos, em que o hipnotizador se coloca como possuidor do poder de exercer a hipnose, ao qual o paciente deve se submeter. Tal tipo de atuação é comumente desempenhado sob a forma de sugestões diretas, como comando direcionando como o paciente deve pensar ou agir, dentro de modelos gerais e universalistas. As sugestões diretas podem ser consideradas formas de comunicação que se expressam diretamente ao sujeito apresentando claramente os objetivos desejados, por exemplo, “feche os olhos e sinta-se relaxado”.

Em contrapartida, no modelo naturalista de Erickson (1983), embora o hipnoterapeuta seja ativo, reconhecendo a dimensão de influência, o trabalho é desenvolvido para que o paciente se aproprie de seu poder de superação e resolução de problemas. Para isso, utiliza-se de sugestões indiretas, abertas e que contemplem as

características singulares de cada um. As formas indiretas de sugestão visam comunicar ideias de maneira que facilitem ao sujeito apropriar-se das experiências que são comunicadas. Elas podem utilizar metáforas, histórias ou analogias que são formas mais eficientes, nesse contexto, para induzir o paciente. Assim, em vez de solicitar que o sujeito feche os olhos e se coloque relaxadamente sobre a cadeira, ficando à vontade para começar a entrar em transe, pode-se fazer a associação deste momento a partir da história de um sujeito que vai ao cinema, sente-se tão relaxado e atento à história, que fecha os olhos.

Ressalta-se a importância de que o terapeuta se coloque numa postura de investigar sobre a realidade daquele sujeito e trazer o que faz parte de seu universo vivido e que faça sentido para o momento e para a experiência que se deseja construir. Desse modo, para um sujeito de origens rurais, por exemplo, pode-se utilizar de simbologias relativas a esse cenário, facilitando suas associações e promovendo novas reorganizações de experiências, visando sempre colocá-lo em contato com seus recursos subjetivos. Esse tipo de experiência pode evocar a remissão ao seu tempo de vida no meio rural, levando-o a momentos importantes de sua vida, ou fazer contato com as habilidades e atitudes de que dispunha para resolver os problemas.

Trata-se de um processo investigativo, por necessitar da atitude clínica (Lévy, 2001) e de pesquisa acerca da organização dos processos subjetivos do paciente e de como estes se configuram, além da intervenção técnica. Tal entrelaçamento entre investigação e intervenção, situa-se como um método clínico (Aguilar, 2001), afastando-se das ideias de que a hipnose é um mero procedimento técnico. Apesar da abordagem de Erickson ser considerada a-teórica, segue princípios de cunho epistemológicos, teóricos e metodológicos que conferem à prática da hipnose um eixo profundo de organização das influências de diversas vertentes da psicologia. Ao passo que se pode notar em seu

trabalho as marcas de perspectivas comportamentalistas, ou mesmo de noções do inconsciente que se aproximam das teorias psicodinâmicas, há também seu posicionamento crítico a tais vertentes de pensamento. Seu olhar profundo para a singularidade do sujeito, assim como a flexibilidade para lidar com a complexidade possuem uma forma muito particular de organizar diferentes tipos de pensamentos e teorias, o que garante ao seu pensamento uma consistência única em termos de sistemas de ideias.

Cabe ainda salientar que seu trabalho teve um impacto significativo no meio científico, sendo considerado um dos mais proeminentes nomes da psicologia clínica e responsáveis pela retomada da hipnose nesse campo (Zeig, 2014). Influenciou significativamente o desenvolvimento da terapia familiar sistêmica, terapia breve e neurolinguística.

4.4.1. Princípios da Hipnose Naturalista

Considera-se a hipnose naturalista dentro de uma ótica *a-teórica*, pois com frequência as teorias e sistemas de ideias se colocam (ou são colocadas) à frente do sujeito, impedindo uma visão mais precisa de sua singularidade. A *complexidade* da expressão de subjetividade e da relação humana não deve ser enquadrada em uma estrutura teórica pré-definida, mas deve figurar no processo terapêutico como ferramenta que se coloca a favor da construção de um processo de mudança.

Isso não implica, entretanto, dizer que a hipnose naturalista de Erickson não se desenvolva sobre elementos teóricos. Além de possuir conceitos e princípios teóricos, como base para sustentação da prática clínica, a intervenção no trabalho de Erickson tem um papel preponderante naquilo que ela mostra. Uma vez que a o corpo teórico e a prática possuem abertura e *flexibilidade* para lidar com a complexidade, a expressão da singularidade se revela como uma realidade empírica, passível de teorização.

O caráter descritivo na obra de Erickson é uma de suas características mais evidentes, no que se refere às discussões de seus procedimentos clínicos. Esse aspecto, combinado com a falta de explicações categóricas sobre aquilo que estuda, demarcam um posicionamento muito interessante desse autor de não se lançar como um pesquisador que se propõe a desvelar a realidade. Nesse sentido, é notória a sua atitude de não se pronunciar ontologicamente sobre a realidade do outro, mas com ela estabelecer um diálogo de modo que a mudança terapêutica possa ocorrer de forma natural.

Assim, Erickson sendo um pragmático, transita no paradigma moderno, mas busca manter espaço para qualificar a singularidade e a realidade complexa do sujeito. Com isso abre espaço dentro de suas noções tradicionais modernas para que estas não se imponham como verdades sobre os sujeitos, compreendendo que muitas vezes algumas categorias, conceitos ou teorias não resumem suas experiências vividas. A realidade do paciente era compreendida com profundidade e respeitada sem que sua tradução dentro de categorias se sobressaísse à realidade, sem o domínio da produção de sentidos no contexto terapêutico.

Tal atitude de Erickson busca não colonizar, demonstrando de forma radical o princípio da *utilização*. Consiste em utilizar o que o paciente traz para a cena terapêutica, em termos de ideias, comportamentos, resistências, emoções, sintomas, dentre outros, a favor do processo terapêutico, bem como a favor do desenvolvimento do transe. Compreende-se como um dos princípios mais importantes da abordagem ericksoniana, demarcando uma atitude epistemológica de não domínio da produção de sentidos na relação, quando se vale das explicações do próprio paciente e das construções que ele próprio faz sobre o problema. Mesmo comportamentos que poderiam ser considerados inadequados ou desviantes do que é considerado normal poderiam ser utilizados como

objeto da hipnoterapia. Assim, a *utilização* como um princípio também se situa no campo metodológico, dado que é uma estratégia de intervenção.

A hipnoterapia, desse modo, desenvolve-se dentro de uma *individualização* ou *singularização*, pois segue inexoravelmente em direção à compreensão do paciente como um sujeito único. Suas emoções, sentidos, comportamentos, vivências físicas como a dor não devem ser compreendidas a partir de teorias fechadas ou dentro de escalas estatísticas. Por esse motivo, a terapia deve ser construída para o sujeito, visando a sua singularidade, ainda que, em seus processos vividos de dor ou depressão seja possível encontrar elementos em comum a diferentes pessoas.

Outro princípio de grande importância é a *comunicação indireta*, que pode ser desenvolvida em vários níveis. Diferentemente das perspectivas clássicas, o enfoque está sobre a riqueza de possibilidades em que o paciente comunica e configura seus processos. As sugestões diretas se dirigem mais especificamente ao nível consciente da pessoa, ao passo que histórias, metáforas e prescrição de tarefas podem ser estrategicamente desenvolvidas para levar às instâncias inconscientes do sujeito. A título de exemplo, quanto o terapeuta solicita que o paciente fale sobre sua história de vida, a tendência é de que a resposta traga um certo número de elementos factuais. Entretanto, se o terapeuta conta uma história sobre alguém que se recorda de momentos importantes da vida, isso permite maior liberdade para que o paciente faça suas próprias associações dentro dessa temática.

É possível compreender que a eficiência da forma indireta de comunicação se estende a níveis mais profundos da experiência do sujeito, o que permite a teorização a respeito de que o inconsciente possui certa dissociação do consciente pela sua autonomia e não pode ser abordado de forma direta. Nesse sentido, a abordagem ao inconsciente está ligada a elementos simbólicos, emocionais e corporais, sendo que o apelo do terapeuta ao

drama facilita que as mensagens enviadas ao paciente sejam mais efetivas. As mensagens podem ser comunicadas de várias formas, mas é importante que elas encontrem eco na subjetividade do paciente. A fala do terapeuta ganha, desse modo, mais vida e sentimento, o que coloca o terapeuta implicado no processo, de modo que a congruência com essa expressão dramática faça sentido para ambos.

Erickson enfatizava o aspecto *experencial* (Erickson & Rossi, 1979) como forma de realizar novos aprendizados, pois o acesso a uma explicação sobre o problema em muitos casos não gera novos caminhos para a resolução do problema. Mas ao focar na experiência do sujeito e em novas vivências, extrapola a compreensão intelectual para um nível mais autônomo e fluido em direção à mudança terapêutica. Assim, o enfoque não está apenas no momento da terapia, mas extrapola para a vida cotidiana, por isso o hipnoterapeuta pode usar sugestões pós-hipnóticas e prescrição de tarefas com vistas a alinhar a terapia em um processo maior, alcançando outros âmbitos e momentos da vida do sujeito.

Essa perspectiva de conduzir a terapia como uma vivência implica *desenvolver recursos* de modo que o paciente se aproprie destes recursos e habilidades que frequentemente são pouco valorizados ou encontram-se desconhecidos por ele mesmo. O paciente não é visto como um conjunto de capacidades ou pela ótica da patologia, mas deve-se colocá-lo diante das possibilidades de resolução dos problemas. Quando ele se encontra diante das variadas habilidades e recursos dos quais já dispõe para solucionar o problema, e que estavam esquecidas, o processo terapêutico adquire novas expressões. Daí que se desenrola outro princípio marcante na obra de Erickson, a *ênfase no positivo e nas possibilidades*, pois o paciente deve ser reconhecido dentro desse potencial do qual é dotado. Isso implica uma atitude do terapeuta de redefinir as experiências do sujeito qualificando-as como recursos para a solução de problemas.

Nesse sentido, o movimento descritivo de mostrar (Neubern, 2017), adotado por Erickson, destaca o aspecto relacional como processo de produção de conhecimento. Em termos teóricos, Erickson enfatiza que o paciente necessita de um contexto favorável para se posicionar ativamente perante as limitações impostas pelos seus problemas. Além disso, situa a ideia de que o “inconsciente é sábio” (Erickson & Rossi, 1979) e pleno de recursos para auxiliar o sujeito. Obviamente, as possibilidades de resolução e a naturalidade desse processo devem ser qualificadas em termos relacionais, de modo que o sofrimento e as dificuldades do paciente em encontrar caminhos para a superação não sejam banalizados. É necessário que o terapeuta se utilize de uma comunicação que faça sentido para o paciente.

A relação terapêutica adquire, assim, qualidades que vão além de um simples engajamento profissional, pois a relação atravessada por uma comunicação profunda estabelece uma *responsividade*, (Erickson & Rossi, 1979, 1980) importante para o hipnoterapeuta reconhecer o sujeito e com ele dialogar. Ao estabelecer um “rapport”, os dois personagens da cena terapêutica entram em responsividade, que viabiliza um acesso de alta relevância ao inconsciente. Essa característica da relação é notada por sinais sutis (*minimal cues*) produzidos pelo paciente como alteração de tônus muscular, ruborização da pele, ritmo da respiração, movimento dos olhos, dentre outros, que exige do terapeuta sensibilidade e capacidade de observação. Apesar da tênue expressão desses sinais, ao se utilizar como acesso ao inconsciente na indução do transe, se intensifica a influência sobre o cliente.

Para que toda a influência e os recursos inconscientes estejam em vias de operar mudanças, é sempre necessário que o hipnoterapeuta esteja alinhado a um objetivo terapêutico. Desde um objetivo pontual para a indução do transe até um objetivo mais amplo para todo o processo terapêutico, faz-se necessário que o terapeuta esteja

orientando em termos de objetivos que são estabelecidos a partir da relação com o sujeito, possibilitando o processo e sintonizado com as possibilidades que ambos participantes da terapia estão dispostos.

Outro princípio importante é a *orientação para o presente e o futuro* (Erickson & Rossi, 1979, 1980) que compreende a vivência do sujeito como atual, sendo que suas perspectivas podem ser preparadas e orientadas para as possibilidades do futuro. Não se compreende que o terapeuta deva necessariamente perscrutar o passado do paciente em busca de informações pontuais, factuais e causas, pois, em geral, isso não favorece o momento presente. Apenas o passado deve entrar na cena quando for necessário buscar uma mudança de sentido para o momento presente, sendo o futuro um vir a ser, construído pelo sujeito.

A compreensão de tais princípios possui uma importância capital para a dimensão metodológica, pois serve de base para as técnicas hipnóticas utilizadas em todo processo terapêutico, incluindo a indução do transe propriamente dito. As técnicas hipnóticas serão discutidas no capítulo referente à construção e análise das informações oriundas dos casos clínicos, de modo que facilita compreensão do propósito de escolha e uso das referidas técnicas, bem como seus desdobramentos sobre a experiência do sujeito.

4.5. Protocolo, local de pesquisa, participantes e levantamento de informações

A ênfase da pesquisa, conforme dito anteriormente, desdobra-se sobre a psicoterapia de pessoas que possuem diagnóstico de alguma condição de saúde, levando à vivência de dores em caráter crônico. Esse processo é orientado pela abordagem naturalista da hipnose (Erickson & Rossi, 1979) com a finalidade de tratamento auxiliar para a dor crônica. Desse modo, a elaboração da pesquisa considerou o cenário da hipnoterapia como diretriz para o protocolo, procedimentos, intervenção e levantamento de informações, orientando, assim, todo o desenrolar do estudo.

Para a realização da pesquisa foi elaborado um protocolo segundo as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, definido pelo projeto de pesquisa intitulado *Hipnose, inconsciente e dores crônicas: estudo sobre o transe, dor e corpo*, apresentado ao CEP e devidamente aceito em 18/08/2015 (Anexo 1). O projeto foi elaborado entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015 buscando alinhar o problema de pesquisa, a fundamentação teórica, objetivos e resultados esperados à proposta de hipnoterapia para pessoas com dores crônicas, de modo que fosse possível desenvolver um estudo teórico devidamente preciso para atender às exigências desta tese.

4.5.1. Local

O estudo aconteceu no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília (CAEP/IP – UnB) que dispõe de uma estrutura de clínica escola, com salas de atendimento, supervisão e estudos especializadas para o desenvolvimento de atividades na área de psicologia. O CAEP disponibiliza as instalações para diversos projetos de pesquisa e de formação de profissionais, com a supervisão de professores do corpo docente da Universidade de Brasília. É também auxiliado pelos servidores e estagiários em seus procedimentos administrativos de agendamento, marcação de horários, triagem, arquivo e acolhimento. Além dos projetos realizados, o CAEP também oferece atendimento psicológico à comunidade sob livre demanda.

O protocolo de pesquisa estabeleceu as instalações do CAEP como local de pesquisa por possuir salas de psicoterapia individual devidamente preparadas para tal atividade. Foram consideradas as condições de iluminação, ventilação e isolamento acústico das salas, bem como o mobiliário de poltronas e cadeiras selecionados levando em conta as necessidades de cada paciente. Considerou-se que a condição de saúde de pacientes com dor crônica, por vezes, exige acompanhamento médico constante e apoio

de outros profissionais de saúde e, em alguns momentos, emergenciais. Isso implica, em muitos casos, no comprometimento dos horários agendados para as sessões de terapia. Portanto, foi oferecida a flexibilidade para os dias e horários das sessões, conforme a possibilidade do pesquisador e dos pacientes. Levou-se em consideração também a disponibilidade de salas no CAEP para a consecução das atividades nesses casos.

4.5.2. Participantes

A chegada dos participantes da pesquisa se deu, principalmente, a partir do interesse pessoal de cada um, que, ao tornar-se ciente do serviço oferecido no CAEP de hipnoterapia para pessoas com dores crônicas ou pela indicação de outro profissional de saúde que, possuindo essa informação, recomendou ao paciente como tratamento auxiliar. O primeiro contato é mediado pela triagem realizada pela equipe de profissionais e estagiários do CAEP, que recebem os pacientes para acolhimento e análise da demanda. Conforme a identificação para dores crônicas os pacientes são encaminhados para o projeto e, em seguida, dá-se início ao processo terapêutico.

Outra possibilidade que ocorreu foi o contato direto do paciente com o pesquisador. Nesse caso, o conhecimento por parte do paciente ou de outro profissional de saúde de que o pesquisador integra o projeto CHYS colocou ambos em contato direto e a partir daí, após a comunicação sobre o quadro clínico de sofrimento do paciente diretamente ligado ao diagnóstico existente. O CAEP viabiliza a inclusão de pacientes a pedido dos pesquisadores ou estagiários cadastrados como voluntários da instituição.

Inicialmente, a pesquisa foi discutida com o paciente como forma de explicitar os propósitos do estudo, da hipnoterapia, e da organização do processo terapêutico como modo de investigação e produção de conhecimento. Também foram explicitados os cuidados éticos, a livre iniciativa do paciente em aderir ou deixar a pesquisa a qualquer momento para a posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido –

TCLE (Anexo 2). Foram orientados sobre os protocolos éticos, de sigilo, riscos, benefícios e garantia de cuidados em caso de riscos ao paciente. Cabe ressaltar que todos os pacientes que se inscrevem no CAEP são esclarecidos sobre a sua possível participação em pesquisas e assinam termo de autorização.

A pesquisa conta com dois estudos de caso de pessoas acometidas por dores crônicas de diferentes origens e em diferentes momentos de vida. A escolha dos casos atende a critérios de relevância para o estudo, não tendo sido levado em consideração aspectos de gênero, idade, classe social, patologia como critério de inclusão ou exclusão. Foram observadas a condição de saúde levando à dor em caráter crônico, diagnóstico realizado por profissional de saúde competente para essa função e engajamento no processo. A seleção de tais participantes, portanto, ponderou a possibilidade de que esses casos pudessem ilustrar mais precisamente as discussões estabelecidas. Ao todo, cinco pessoas passaram pelo processo inicial de pesquisa como participantes que atendiam aos critérios estabelecidos, entretanto, por questões contingenciais externas ao processo de pesquisa deixaram o projeto.

4.5.3. Levantamento de Informações

As sessões foram registradas por meio de gravador digital, anotações e relatórios de atendimento clínico. Todo o material ficou sob responsabilidade do pesquisador, arquivados em computador, e o material impresso anexado aos prontuários dos pacientes sob a guarda do CAEP nos arquivos numerados e com proteção de acesso. Esse material foi revisado e submetido a intensa análise para a construção das informações necessárias ao desenvolvimento da pesquisa na construção de informações e das articulações teóricas.

O levantamento de informações da pesquisa foi conduzido durante o período de confecção desta tese. Entretanto, conforme as exigências éticas e a previsão do TCLE a psicoterapia prossegue além do período de doutoramento do pesquisador, respeitando o

processo clínico de cada paciente e garantindo o cuidado de cada um. Desse modo, ao final da pesquisa, ainda serão realizados os relatórios clínicos da psicoterapia conforme previsão do código de ética profissional, que ficam sob a guarda do CAEP, de acordo com as regras de arquivamento desse centro.

Primordialmente, as sessões foram agendadas para acontecerem com periodicidade semanal, com duração de aproximadamente 50 minutos. Considerou-se importante a flexibilidade na regularidade e no tempo das sessões para atender às necessidades dos pacientes, em relação a eventualidades com relação ao quadro de saúde, bem como as exigências que cada caso poderia demandar para a consecução dos objetivos terapêuticos.

As sessões foram devidamente gravadas com autorização dos participantes e conforme as diretrizes estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, presentes no TCLE (Anexo 2). Utilizou-se do gravador digital para o registro das sessões, onde aparecem os diálogos entre o pesquisador e participante, gravados desde o início até o fim das sessões. Os apontamentos pessoais do pesquisador foram registrados em forma de relatórios e anotações pessoais, com vistas a compor o momento de investigação. A construção das informações se baseia na combinação de todos esses elementos informacionais de modo que se articulam baseados em sua lógica subjetiva e pelo valor que adquirem para a pesquisa.

As gravações foram ouvidas novamente durante a construção dos casos clínicos e analisadas em conjunto com as anotações realizadas. A audição de tais arquivos manteve o enfoque sobre os diálogos realizados durante a terapia, de modo a identificar episódios de valor para a leitura clínica sobre a história do paciente, de seu processo de dor e do impacto que a dor trouxe para sua vida. Esse enfoque auxiliou no levantamento de importantes indicadores de produção de sentidos do paciente relacionados à vivência da

dor. Além disso, o levantamento de indicadores se compuseram a partir da análise do esquema corporal e das expressões corporais durante os diálogos processo terapêutico e durante o transe hipnótico. Essa construção foi possibilitada pelos registros realizados após as sessões em formato de áudio e de anotações que auxiliaram no processo construtivo interpretativo.

Cabe ainda ressaltar que os estudos de caso foram compostos por vinhetas clínicas de momentos importantes da terapia considerados mais emblemáticos para ilustrar o manejo técnico da hipnose e os processos de mudança. Buscou-se elaborar a construção do caso de modo que se possa compreender a sinteticamente a história da paciente até a chegada para a terapia, a evolução clínica e os desdobramentos do processo terapêutico em relação à reconfiguração da dor. Com isso, não se pretende traçar uma linha cronológica precisa em que se acompanhe todas as sessões, mas apenas os momentos mais significativos para a terapia e que foram considerados preponderantes para a mudança clínica.

4.6. Considerações éticas

Mesmo a pesquisa tendo seguido estritamente as determinações do Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, do Código de Ética Profissional do Psicólogo e das regras do CAEP-UnB, cabe algumas ressalvas em relação aos procedimentos, bem como em relação à hipnoterapia. Assume-se o sigilo total de identidade dos participantes e de informações que, por ventura, poderiam identifica-los. Os nome dos participantes foram alterados, as regiões onde moram ou transitam, as atividades profissionais, locais que frequentam, bem como as demais informações relacionadas à pessoas com as quais convivem foram devidamente trabalhadas de forma a não haver qualquer identificação.

Ao apresentar o TCLE (Anexo II), foram passadas todas as informações acerca da pesquisa, do processo terapêutico, bem como os possíveis riscos e benefícios. Foi também ressaltado o caráter voluntário da participação na pesquisa e na psicoterapia, de modo que caso houvesse o desejo de não participar da pesquisa poderia ser comunicado em qualquer momento, não prejudicando o andamento da psicoterapia. De mesmo modo, caso houvesse interesse, a qualquer momento, poderia ser solicitada a mudança de terapeuta, sendo que seria dirigida ao grupo de pesquisas sobre hipnose e dores crônicas do projeto CHYS (complexidade, hipnose e subjetividade), coordenado pelo Professor Doutor Maurício Neubern – Professor do Departamento de Psicologia Clínica (IP/UnB). Também foi enfatizado que o desejo de saber a respeito de qualquer informação ou procedimento da pesquisa poderia ser solicitado a qualquer momento pelos participantes, sendo possível entrar em contato pessoalmente, via telefone ou e-mail.

Na apresentação da pesquisa e do TCLE também foram mostradas as possibilidades de acesso aos dados por meio de entrevistas devolutivas ou de *feedback*. A adesão ao TCLE e autorização do uso das informações em caráter científico foi sucedida da afirmação de que poderiam, conforme desejassem, participar do processo de construção de informação. Nos primeiros contatos, os participantes apresentaram total interesse em relação à pesquisa e, ao longo do processo, demonstraram confiança e engajamento na terapia. Ambos os participantes ao serem informados sobre a etapa de produção dos estudos de caso, se mostraram confiantes no terapeuta e não se demonstraram interessados em aprofundar nesse processo.

Cabe a ressalva de que a primeira participante, Rosa, cuja discussão se encontra no Capítulo 5 desta tese, ainda se encontra em processo terapêutico e recebeu as informações dos tópicos tratados na discussão do estudo de caso. Já a participante Hortência, cuja discussão encontra-se no Capítulo 6, necessitou interromper a

psicoterapia para viagem para encontrar sua família, cogitando uma possível mudança para estar junto deles. Já se mostra satisfeita com os resultados da hipnoterapia, considerando ter cumprido importantes objetivos, manteve a concordância com o uso das informações de acordo com o momento em que assinou o TCLE.

Com relação à psicoterapia orientada pela hipnose, compreende-se a existência de mitos e estigmas que podem atravessar as representações comuns das pessoas. Por essa questão, foram discutidas diretamente com os pacientes como se procede a hipnoterapia, e alguns de seus principais pressupostos. Dirigiu-se ainda sobre tais mitos e estigmas que em muito se aproximam de ideias equivocadas sobre a “perda de consciência” ou “perda de controle moral”, enfatizando que essa abordagem terapêutica é um conhecimento sólido e discutido cientificamente, cujos propósitos visam apenas objetivos clínicos de ajuda para diversas demandas de ordem psicológica e, no contexto dessa pesquisa, para o cuidado da dor. Assim, a hipnose que nasce da clínica, e com fins, terapêuticos, se distancia profundamente do que é conhecido como “hipnose de rua” ou “hipnose de palco”.

CAPÍTULO 5

Rosa – Minha vida parou

“A psicoterapia não é a mera aplicação de verdades e princípios supostamente descobertos por acadêmicos em experimentos laboratoriais controlados. Cada encontro psicoterapêutico é único e exige um novo esforço criativo por parte do terapeuta e do paciente para descobrir os princípios e os meios para alcançar um desfecho terapêutico.”

(Milton H. Erickson, 1979)

“O objetivo da terapia não seria entender, mas fazer ou refazer a aprendizagem necessária para a passagem de uns para outros, e cada um em seu lugar, de todos os constituintes do ser humano.

(François Roustang, 2006)

Este capítulo se dedica ao desenvolvimento do primeiro estudo de caso selecionado, que ilustra processos de mudança e de reconfiguração da dor. A reconfiguração da dor é colocada aqui como uma perspectiva qualitativa e complexa, pois essas noções preteridas no pensamento moderno, estão associadas a uma discussão de grande relevância para a compreensão do papel da hipnose no cuidado da dor.

O caráter construtivo-interpretativo das análises dos casos lança mão de trechos dos casos, apresentando vinhetas clínicas das sessões em articulação com as análises do terapeuta, em que os casos serão discutidos, a partir dos princípios e elementos técnicos da hipnose e como eles foram utilizados. Desse modo, as construções não visam uma extensa análise das sessões ou das etapas do processo terapêutico, mas sim elucidar os processos de mudança e reconfiguração.

5.1. Rosa – A vida que parou

Rosa é uma jovem de 31 anos, filha de uma família de classe média alta que sempre desejou seu sucesso e a apoiou em sua trajetória acadêmica. Na faculdade, dedicou-se aos estudos do Direito, curso admirado por seu pai, falecido cinco dias após a apresentação da monografia como trabalho final. Destacou-se na faculdade de direito e almejava a carreira jurídica. Era uma jovem católica, ativa, que frequentava vários círculos de amizade, de atividades sociais, como o escotismo e esportivas, como *rapel*. O projeto de vida de Rosa foi interrompido a partir de uma cirurgia, em que um erro no momento da anestesia, levou à lesão de terminações nervosas na coluna e o nervo ciático.

Já aos 18 anos, Rosa recebeu indicação médica de pequenas cirurgias de varizes, tal como algumas mulheres de sua família que também já haviam realizado o mesmo procedimento. A indicação da cirurgia foi realizada pelo médico responsável, pois havia obstruções em veias, correndo o risco de trombose. Além de pequenas intervenções cirúrgicas a paciente também recorreu à outros tratamentos como massagens e diversas técnicas terapêuticas específicas para esse cuidado. Sua intenção com isso era evitar a intensificação das varizes e ter que se submeter a uma cirurgia mais complicada e profunda.

Após alguns anos de cuidados, recebeu nova indicação de cirurgia que, desta vez, deveria ser mais profunda, pois as varizes estavam em situação de maior complicação, com obstruções mais severas. Nessa cirurgia, por um erro médico, a anestesia raquidiana lesionou nervos da coluna, deixando sequelas de dores que se estendem desde a região onde a anestesia foi aplicada, até a perna esquerda. Essa lesão a deixou com fortes dores e limitações nos movimentos da perna. A intensidade e persistência das dores levaram a uma nova indicação de intervenção médica menos invasiva, a *rizotomia*. Esse

procedimento visava atuar nas raízes do nervo espinhal como estratégia para bloquear a dor. A rizotomia não promoveu os efeitos esperados sobre a dor e sua situação continuava grave, sendo necessário a intensificação no uso de medicamentos analgésicos variados.

Como última estratégia, foi realizada a implantação de um neuromodulador que emite impulsos elétricos em ondas de frequência ajustável, também chamado de “marca-passo neural”, de modo que fosse possível realizar o bloqueio dos nervos afetados. Para a implantação desse equipamento, uma nova cirurgia foi marcada para introduzir os eletrodos que são cuidadosamente instalados próximos à medula espinhal. O neuromodulador produziu os efeitos esperados durante alguns meses, sendo que a frequência foi ajustada conforme a necessidade, mas após certo período os efeitos de analgesia foram reduzindo conforme o corpo foi se adaptando e criando tolerância ao equipamento. Isso implicou num tipo de uso em que a frequência só seria aumentada nos momentos de forte crise e, ainda assim, não produzia efeitos satisfatórios para a paciente.

A implantação do neuromodulador trouxe para Rosa uma expectativa de melhoria em sua qualidade de vida. Logo que foi realizada a cirurgia Rosa reagiu positivamente, pois havia conseguido reduzir significativamente a dor e algumas limitações de movimentos que implicavam em intensificação da dor. Entretanto, após o período de adaptação do aparelho, tão logo as dores voltaram, Rosa entrou em grande sofrimento. Relatou que seus sentimentos desde então são de fraqueza, tristeza, raiva, vulnerabilidade. Esses sentimentos são tão profundos que seu relato é de que a dor física é acompanhada e intensificada por uma dor emocional, que piora tudo. Sente-se esgotada e que “chegou ao fundo do poço”.

Nota-se, em grande parte, que esse panorama clínico é acompanhado pelas grandes transformações que a dor promoveu em sua vida, pois passou a lhe afastar e fazer com que ela se afastasse do convívio entre amigos, de atividades profissionais, lhe

dificultou os momentos de estudo a ponto de quase impedir que ela pudesse estar sentada por muito tempo em uma cadeira e concentrar-se por certo tempo, tanto em função das dores como da forte carga de medicamentos.

No contexto familiar, a inserção de Rosa a partir do processo de adoecimento tornara-se contraditória, de modo que inicialmente sua figura de uma jovem ativa, bem disposta, com bom ânimo para a vida, sempre disposta a ajudar as pessoas, que nunca passaria por um problema sem resolvê-lo, começa a dar lugar a outra figura, mais incômoda. O choque do problema crônico, que começou a dominar o cenário familiar, implicou no surgimento da figura entristecida, com fortes dores, limitada, inativa, pouco participativa, ansiosa. A família não podia contar mais com Rosa para o que precisasse, sua participação em eventos sociais e da família ficou limitada a poucos eventos nos quais se colocava presente por pouco tempo. Gradativamente, seu espaço de atuação foi se restringindo à casa, aos consultórios médicos e clínicas especializadas.

Tanto para a família quanto para ela, aceitar que a ruptura acontecera de forma radical trouxe a angústia de ter que lidar com a ausência de uma figura que não se fazia mais presente. De certo modo, a expectativa de recuperação física, que durante algum tempo ainda era buscada com afínco somadas às possíveis intervenções e técnicas terapêuticas, deixava mais presente a ideia de um dia recuperar aquela figura que existia antes da cirurgia. Ou mesmo, quando a realidade do prognóstico médico apresentava o quadro mais irreversível, aparecia forte desejo de recuperar características da subjetividade de uma pessoa que, aos poucos, parecia estar mais localizada no passado do que no presente.

Frequentemente Rosa era chamada a lidar com essa figura. Em alguns momentos, era solicitada para se fazer presente, ser a Rosa que sempre foi. Em outros momentos, era convocada para trazê-la para o presente, por parecer ter desistido de continuar buscando

a Rosa que sempre foi. Frequentemente, era provocada com frases como “você precisa ser forte, não pode fraquejar”, “você tem tudo, não pode ficar assim” ou “você não pode ficar assim tão dependente da sua mãe, ela não vai estar aí pra sempre... precisa reagir”. Essas falas dirigidas à paciente, provocavam fortes reações emocionais que variavam desde a raiva, pela incoerência entre o que era dito e o que ela sentia – afinal nunca desvalorizou todos os recursos que possui nem o cuidado das pessoas mais próximas – até a angustiante dúvida sobre si mesma, por pensar “será que eu tô errada mesmo?”, “eu sei que tenho que ficar positiva, mas eu não consigo”. De maneira contumaz, ouvia das pessoas ao seu redor discursos muito difundidos tais como “Isso aconteceu por que tinha que acontecer. Aconteceu pra você aprender a dar valor nas coisas”, além da cobrança de que “só uma pessoa pode mudar a sua realidade, e é você”.

Nos contextos médicos, apesar dos esforços para o cuidado da dor, as cobranças também se fizeram presentes aparecendo nas prescrições de medicações e de terapêuticas como a fisioterapia, acupuntura, massagem, musculação, todas devendo ser executadas sistematicamente sem mudanças, alterações ou falhas. Além disso, a indicação de psicoterapia, que cumpriria um suporte emocional, também entrou no protocolo de tratamento. Entretanto, o fato de estar em acompanhamento psicológico implicava na exigência de que ela não apresentasse momentos de tristeza, desesperança, desmotivação e fracasso. O trecho a seguir ilustra de forma emblemática o cenário de Rosa com relação ao contexto social, cultural, as relações *eu-mundo* e *eu-outro*:

Rosa: Você tá sofrendo pela dor. A dor te traz uma dor emocional, que às vezes acaba se somatizando com a dor física, porque quando você não tá legal, quando você tá assim meio chateada, meio triste, meio “deprê” é óbvio que a sua percepção da dor é diferenciada. Às vezes você sente a mais, ou às vezes você acha que tá sentindo e não tá sentindo. Isso é claro pra mim: que o psicológico abala o físico. Mas as pessoas chegam pra você e falam assim “só uma pessoa

pode mudar a sua realidade, e é você. Aí... diante de uma frase como essa você se questiona: só eu posso mudar a minha realidade, então se a minha vida não tá legal, quem é responsável por ela sou eu, e eu que posso mudar. Aí você vai destrinchando por que a sua vida não tá legal, “por quê tá passando por isso, por isso, por isso, por isso”. Aí quando você olha, João... Nada desses pontos você tem capacidade de resolver... Não depende de você. Então, por exemplo, essa dor não foi eu que criei. Você não tem a opção de pegar o interruptor e desligar. Então, como é que depende de mim?! Essa dor depende da medicação agir no meu sistema nervoso, agir no meu corpo, como o meu corpo vai responder a essa medicação. Então eu falo para os médicos “Doutor, não tem como você me cobrar isso! Por que o que o senhor me pede, eu realizo. O senhor me pede para tomar uma medicação, eu cumpro. O senhor me pede pra fazer academia, porque tem que enrijecer a musculatura, eu vou lá na academia e faço. Aí você me pede pra ir no fisioterapeuta eu vou lá e faço. Aí você me pede pra fazer terapia, aí vou eu lá pra terapia”. Aí depois você não quer que eu traga um problema emocional? Aí você não quer que meu psicológico esteja abalado, que eu não somatize?... Então eles põem em cima da gente um peso, uma responsabilidade pelo tratamento, pela resposta, que a gente não é capaz de ter. E isso me revolta! Isso me deixa ansiosa! ... Porque é uma resposta que eu não tenho! E é uma resposta que ninguém pode me dar. Aí põe um sobrepeso em cima de mim, aí diz que o problema é psicológico. E põe um sobrepeso e uma exigência em cima do terapeuta que também não tem nada a ver com isso. Então essa questão de eu ter fugido da terapia... Nossa! Isso já deu pano pra manga!

Terapeuta: E aí você faz uma série de coisas pedidas pelos médicos, daí naquela [específica] você fugiu e é justamente aquela que justifica [a existência de] todo o problema.

Rosa: Isso! Daí a sua dor aumentou por que você ficou sem ir ao psicólogo!

Essa passagem representa bem a difusão de um padrão de autonomia do sujeito muito difundida na sociedade contemporânea que associa o sucesso pessoal ao domínio público, exigindo cada vez mais do sujeito as ferramentas: se comunicar, negociar, se motivar e administrar o próprio tempo (Ehrenberg, 1998). Esses padrões de performance individual atravessam as diversas estruturas da sociedade como discursos que submetem

o sujeito a exigências estabelecidas coletivamente que, em alguns casos, podem se sobressair às necessidades individuais, como no caso de Rosa. Ela lida com a exigência de um discurso que cobra a existência de um *self* todo-poderoso.

Essa cobrança, que atua como uma saída para lidar com as demandas e exigências da vida, acaba se tornando um grande fardo. O preço de sua autonomia dentro de uma performance exigida acaba sendo o aumento da exigência e de responsabilidades. No caso de Rosa, a cobrança de sua autonomia, que tornou também uma auto cobrança, acabou por afasta-la de suas demandas internas e exigências pessoais que, nesse momento de sua vida, aparentam estar muito distantes da performance exigida pela sociedade.

5.2. Primeiras intervenções

O comprometimento da condição de sujeito, muito comum nos quadros de adoecimento crônico, por vezes, coloca o paciente numa condição de submissão às proposições e intervenções dos profissionais de saúde. De modo semelhante, a cronicidade, dentro dos modelos tradicionais de cuidado, tende a comprometer a relação do paciente com a equipe de profissionais (Ferreira, 2013; Lima & Trad, 2008). No caso de Rosa, as atividades propostas pela equipe de profissionais, as medicações, terapias, dentre outras prescrições, as quais ela executava assiduamente, se tornaram uma rotina muito desgastante.

Os procedimentos constituíam um imperativo no cuidado de Rosa, pois era compreendido que todos eles, sendo bem conduzidos, seriam a única forma de manter o controle da dor. Mas a dor frequentemente aumentava tornando-se insuportável para a paciente que, mesmo com as regulagens de frequência do implante e do aumento das dosagens de medicamentos, não respondia favoravelmente. Essa rotina havia se tornado extremamente angustiante. Dentro dessa realidade, quando sua vontade colocava oposição ao protocolo de tratamento, a paciente era tolhida pela equipe. Um claro

exemplo aparece no excerto supracitado, em que ela relata que deixou de ir às consultas psicológicas e foi prontamente repreendida.

Esse cenário aponta um lugar de marginalidade colocado para a paciente em que ela não ocupa o protagonismo de seu processo de saúde, tampouco estão sendo reconhecidos seus sentimentos e sofrimento como um ponto de apoio e reflexão sobre o tratamento da paciente. Rosa admite a importância dos tratamentos e do envolvimento de alguns profissionais no intuito de auxiliá-la, porém, a emoção predominante é a raiva em ver toda essa situação e não conseguir ver a vida para além da dor e das rotinas do tratamento. Destaca-se também que o progresso é muito incipiente para quem “leva a vida em tratamento”, além de lidar com a contradição de seus sentimentos com relação ao tratamento. Assim, se deseja evitar toda a rotina desgastante e infrutífera de tratamentos abrindo uma brecha ao faltar uma sessão de fisioterapia ou um dia de academia, precisa lidar com a culpa de estar se “auto sabotando”. Aqui se identifica o discurso de um *self* todo-poderoso (Ehrenberg, 1998) que necessita lidar com as demandas impostas e não pode fraquejar.

Essa realidade é vivida com sentimentos confusos sobre si, pois não possui um campo livre de expressão em que ela compreenda que pode desejar manter-se em tratamento, cuidar de si e, sobretudo, aliviar a sua dor sem que isso implique uma auto proibição sobre os sentimentos que lhe dizem o contrário, dado que esse processo é todo atravessado por desgaste, sofrimento, imposições. O trecho a seguir ilustra a vulnerabilidade da paciente perante a dificuldade de uma tomada de decisão e principalmente de lidar com o julgamento das pessoas e profissionais quando abandonou a última psicoterapia:

Rosa: Você acha que eu fiz errado, João?

Terapeuta: Acho que não. Pelo que você disse, você já estava cansada e não estava te ajudando em nada... então... você faz aquilo que sente.

O trecho acima apresenta um tipo de construção de sugestão que aparenta certa simplicidade, ou até certa displicência quanto ao princípio que concebe a eficiência da comunicação indireta por ter sido tão assertiva quanto à pergunta da paciente. Entretanto, trouxe um impacto muito positivo, pois foi possível detectar mudanças de esquema corporal e reações emocionais de surpresa, mas principalmente, de alívio. Essas visíveis alterações são fortes indicadores de produção de sentido sobre o tema discutido e sobre o acolhimento, tendo em vista que a nova dinâmica da voz, do esquema de movimentos corporais e da fluidez na fala perduraram ao longo da sessão, sendo também identificados nas sessões subsequentes. A possibilidade de reconhecimento e valorização de seus sentimentos por parte do terapeuta trazem surpresa pela mudança radical no discurso que comumente ouvia dos profissionais de saúde. Mas também pela possibilidade de reconhecer o cuidado de si sob uma perspectiva de olhar para seus próprios sentimentos e não apenas de cumprir as obrigações por demandas externas.

No cenário de Rosa, o cuidado de si era um tema difícil, pois representava ao mesmo tempo a necessidade de abrir mão das demandas de seu universo para entrar na desgastante rotina a ela imposta, além da necessidade de olhar para suas próprias demandas em busca de alívio da dor, de se reconhecer diferente da dor. Tal temática em sua vida evoca sentimentos de raiva, fraqueza, vulnerabilidade, tristeza os quais são vividos no corpo possuindo materialidade, afetando-a, recaindo sobre a própria dor. O trecho possui uma sequência de *truísmos* (“você já estava cansada” e “não estava ajudando em nada”) de modo a mostrar para ela verdade que são óbvias, mas que estão há muito tempo distantes dela: suas vontades não estão sendo respeitadas. O trecho é acompanhado por um *yes set* aponta uma sugestão em que está implícita a ideia de agir

conforme o que sente. Essa intervenção visa demarcar um momento na terapia de validação das atitudes da paciente que estão baseadas em sua autonomia.

Cabe ressaltar que os efeitos dessa intervenção não promoveram grande impacto na rotina de Rosa, que sempre se mostrou muito atenciosa com a sua saúde e também assídua em sua rotina. Mas, sobretudo, foi significativa por tencioná-la a um novo posicionamento em seu universo, mudando o foco das imposições que, predominantemente, vêm da relação *eu-mundo*, *eu-outro*, para dar espaço às próprias demandas que apareceram ao longo do processo de adoecimento. Nesse sentido, a importância de trazer o foco para o próprio sentir pode permitir que os sentimentos por ela vividos se coloquem à favor de seu processo de vivência da dor. Nos primeiros momentos da terapia, as reações emocionais de raiva, o sentimento de tristeza e o desespero dominam sua expressão marcando a fala, as reações emocionais e seu esquema corporal. No trecho a seguir, Rosa é interpelada sobre o que sente diante de todo o cenário apresentado:

Terapeuta: Observa esse sentimento aí que você está sentindo (pausa) o que você identifica?

Rosa: Raiva

Terapeuta: E ela faz o que com você?

Rosa: Me deixa triste... nervosa

Terapeuta: te deixa triste... nervosa...

Rosa: Desesperada

Terapeuta: Desesperada... Qual é a função da raiva?

Rosa: Acho que atualmente tem sido só um monte de sentimentos acumulados. Isso tudo me esgota... é como se somasse à dor que eu sinto. Me sinto cansada, esgotada. Sem paciência ... de modo que... assim... tudo piora, tudo fica mais dolorido. Sua cabeça não para de pensar e você fica cada vez mais esgotada.

Terapeuta: E onde você sente tudo isso aí?

Rosa: Na cabeça

Terapeuta: E o que faz com sua cabeça

Rosa: Pesa

Terapeuta: Quantos quilos?

Rosa: Uns 100...

Nessa sequência, a paciente é convocada a realizar construções que vão além da expressão verbal ou da racionalização de suas ideias, sendo induzida a concentrar-se na forma como vive sua experiência. Essa conhecida técnica de *ancoragem* (Erickson & Rossi, 1979; Neubern, 2013b) na prática da hipnoterapia, visa, sobretudo, dar ênfase na participação do sujeito dentro da terapia colocando-o em contato com seus próprios recursos (Neubern, 2012b). Ao colocar o foco da atenção sobre o próprio corpo, a paciente tem a possibilidade de perceber sua experiência sobre outra referência, possibilitando modificar suas relações com a constituição subjetiva de seu sofrimento em termos de emoções, símbolos, significados. Essa possibilidade de estabelecer uma nova relação justifica a pergunta sobre “quantos quilos” os sentimentos pesam e também validam a resposta dada pela paciente.

O corpo, na condição de um território existencial do sujeito (Merleau-Ponty, 2005), é um importante campo de acesso ao complexo mundo de experiências vividas, e em grande parte das construções inconscientes. A ancoragem permite estabelecer o foco da atenção, tanto como uma primeira etapa para a indução do transe, como para emergência do universo vivido configurados no corpo. Nessa perspectiva, a indução que se seguiu buscou desenvolver o transe como uma estratégia para promover a alteração no universo vivido de rosa de forma a modificar a sua relação com as emoções, sentimentos, o referido peso. Embora sua dor esteja concentrada na coluna e na perna esquerda, a temática desse sofrimento configurado ao corpo, espontaneamente manifestado na cabeça, foi trabalhada pela perspectiva da *utilização*, como estratégia para uma primeira incursão ao transe hipnótico.

Em transe, a paciente entrou em profundo relaxamento, sendo perceptível por uma série de sinais corporais, espasmos musculares, musculatura facial completamente relaxada e olhos em movimento cíclicos. Foram utilizadas sugestões indiretas que pudessem comunicar ideias de relaxamento e leveza, induzindo um movimento do inconsciente para que ele trabalhasse com o peso que continha na cabeça, modificando a sua relação com o corpo, ora mudando de posição no próprio corpo, ora em movimentos de afastar-se e aproximar-se. No trecho que segue, volta-se a tensão para o peso e sugere-se a dissociação dos processos corporais e emocionais ancorados no peso sentido na cabeça, colocando-a em contato com um cenário importante de sua vida que a remete a alegria e descanso. Isso busca a autonomia dos processos inconscientes para mudar a relação com o peso e as emoções ancoradas.

Terapeuta: ... então sinta esse peso. Sinta o tamanho que esses 100 quilos tem em você, aí na sua cabeça... ou onde quer que eles pesem. Respire... Perceba que ele mexe com seus sentimentos de raiva... tristeza... E então você pode deixar seu corpo trabalhando com esse peso... enquanto respira... e seu olhos vão poder querer fechar... como uma noite de sono bem dormida... em que eles ficam fechados e seu corpo relaxa... e enquanto o corpo se aprofunda... isso... e você pode deixar ele se aprofundar, ajudando ele a ficar mais relaxado... e a mente vai fazer outras coisas, como no sonho... e os sonhos são tão interessantes, por que ele nos fazem sentir coisas boas, novas... no sonho você pode, por exemplo, ir pra uma praia gostosa, descansar enquanto toma sol. E a mente vai sonhando e o corpo vai relaxando... bem naturalmente. E o corpo sabe sentir o calor do sol... isso... e onde você sente aí o calor?

Rosa: Na cabeça.

Terapeuta: Na cabeça... e na cabeça o sol vai agindo... bem naturalmente... do jeito que ele sabe fazer... e você pode deixar ele fazer o que sabe fazer...

Esse tipo de comunicação visa promover outra forma de relação com as sensações vividas no corpo, permitindo que a paciente altere, ainda que temporariamente, as suas manifestações corporais até então enrijecidas que a dominam e a submetem a profunda

sensação de estagnação, impotência e esgotamento. Ao final, a paciente relatou sentir-se numa “outra realidade, fora de todo o estresse”, com “alívio dos pensamentos, da cabeça, como há muito tempo não sentia...”. Relatou também ter permanecido sob o efeito dessas sensações durante o fim de semana.

As respostas trazidas por Rosa em sessões subseqüentes demonstraram não haver grandes mudanças em termos objetivos ou de enfrentamento do tratamento para a dor. Entretanto, valorosas reflexões a respeito de sua vida e das grandes mudanças que a dor trouxe foram surgindo juntamente com uma maior vontade de se colocar autônoma em suas demandas ligadas ao cuidado da dor. Reconhece o tratamento como um círculo vicioso, pois os médicos não possuem qualquer resposta para o seu tratamento, não podem definir qualquer prognóstico positivo, mas cobram dela atitudes, comportamentos específicos. Aponta que implicitamente há uma cobrança dos médicos e outros profissionais para manter todos os procedimentos sugeridos para os cuidados, mas se ela não apresenta resposta no que diz respeito à redução da dor, perguntam a ela “o que está acontecendo?” em tom de suspeita de que ela possa estar evitando alguma das intervenções propostas como estratégias para enfrentamento da dor.

As reflexões se estenderam sobre a forma como a família vem encarando o tratamento e os cuidados de Rosa. Há, em torno dela, uma atmosfera de exigências tanto no que diz respeito a manter-se positiva perante as possibilidades de tratamento, quanto nas limitações de suas atividades de cuidado pessoal e estudos. Não lhe era conferido o direito de se realizar a partir de suas próprias decisões e escolhas. Assim como ocorria no contexto de cuidados médicos, a família lhe impõe limitações e restrições sobre a nova realidade de Rosa. Seja por cautela, seja por compartilhar do sofrimento, há muitas limitações e imposições, às quais, nesse momento, a paciente demonstra maior inquietação e motivação para realizar rupturas.

As reflexões também promoveram o desejo de mudança em seu cenário atual. Queixa-se de ir aos médicos há dois anos e ouvir os mesmos discursos e histórias sobre o “problema ser de ordem psicológica”, pois ela está “somatizando” os sofrimentos. Na acupuntura, fisioterapia e academia, todas as atividades e as práticas são, sistematicamente, as mesmas durante dois anos, as medicações aumentam e não estão promovendo os efeitos esperados, mas produzem os efeitos colaterais. Suas indagações à equipe sobre “até quando vai ficar desse jeito?” ficam sem respostas. Decidiu-se por duas atitudes importantes: aceitar um convite para um encontro com amigos do passado, pessoas de quem se afastou em função de seu adoecimento e ir à uma procissão da igreja da qual faz parte. As decisões foram opções por coisas importantes que sempre promoveram prazer para ela, mas que estiveram por muito tempo afastadas de sua vida em função das limitações.

O contato com os amigos incentivou fortes reflexões sobre a vida e lhe trouxe emoções contraditórias, pois ao mesmo tempo em que se regozijava da vida que teve, lamentava por não encontrar possibilidades de viver como antes. Sua fala, “revivi 10 anos pra trás da minha vida... 10 anos perfeitos... que eu tava no auge [da vida] do comercial de margarina” pode-se notar o caráter simbólico do que representou a vida antes da cirurgia. Suas reações emocionais foram de forte tristeza, mas também de um forte incômodo com a situação que vive em termos de limitações e da pouca expectativa de melhora. A sua fala “revivi 10 anos pra trás da minha vida... 10 anos perfeitos... que eu tava no auge [da vida] do comercial de margarina” possui um valor simbólico importante para compreender o impacto da transformação que a vida sofreu após a cirurgia, além do tensionamento provocado pelo encontro.

Na sequência desse episódio, a decisão de ir com a mãe para a procissão da igreja constitui mais uma das decisões que tomou, impondo-se nesse momento um desafio de

ordem física. Ao longo do caminho e durante os preparativos foi ostensivamente desencorajada pela mãe, amigos e pelo padre a não participar da caminhada, apenas participando das outras etapas do rito. A quase imposição de uma condição contrária à seu desejo de participar de algo tão importante em sua vida de devota religiosa trouxe-lhe incômodos, suscitando o sentimento de indignação. Sua atitude foi surpreendente para todos inclusive para ela, que, mesmo com toda a dor, participou do percurso da caminhada apoiada em sua bengala.

Os dois episódios mencionados dispararam processos que estavam para além das expectativas da terapia, bem como do controle e da intencionalidade da sessão em que a hipnose foi utilizada. Esses dois eventos adentraram sua experiência como um divisor de águas no processo terapêutico em função da mudança de um cenário que há tempos se mostrava enrijecido em função de sua dor e do tratamento. A reação causa surpresa na paciente, uma vez que se viu lutando por si quando decide rever amigos, sair de casa para um evento social e buscando um momento de profundo contato espiritual na procissão, mesmo que isso implicasse bater de frente com pessoas importante de sua vida.

Principalmente no que se refere ao evento na igreja, Rosa afirma que isso trouxe um impacto familiar, pois a notícia de que ela teria participado do ritual circulou e muitos parentes telefonaram para a mãe, repreendendo-a por ter permitido que a filha tivesse se exposto a tal evento. Para Rosa, a família não compreende bem o que ela tem passado com todo o processo de saúde. Desde a morte do pai, evento mais marcante em sua vida, uma sucessão de fatos foram acontecendo que promoveram sofrimento e a impossibilidade de olhar para si e para o significado que cada episódio trouxe para sua vida. Após a cirurgia e o evento traumático da dor crônica foi ficando mais claro que a morte do pai, adoecimento da mãe, acidente do irmão, dentre outros, passaram sem que

ela pudesse compreendê-los, assim como a família também parece não compreender como ela “que tem tudo na vida” pode ficar assim.

5.3. O tetragrama

A diversidade de elementos que interagem participando da dor vivida por Rosa é compreendida pela perspectiva do *tetragrama*, o qual permite a visibilidade da organização complexa tais processos vividos. Uma das questões centrais que envolvem essa categoria é a noção de organização, que corresponde a uma visão complexa da interação dos elementos que a compõem (Morin, 2011). No caso de Rosa, as relações entre os vários episódios que trouxeram sofrimento, anteriores à cirurgia, bem como as situações atuais que envolvem seu tratamento, a estagnação da vida social e profissional, a falta de perspectiva de futuro confluem com o processo de dor. Observa-se o processo de Rosa dentro de uma organização peculiar, em que as interações entre os distintos sistemas nos permitem visualizar a forma como a dor influencia os processos da vida do sujeito, assim como recebe a influência de tais processos. Proponho inicialmente uma representação desse contexto associado à dor, interessante para elucidar a configuração da paciente, que expressa a organização de tais processos configurados.



Figura 1. Esquema da configuração inicial de Rosa, representando os principais elementos configurados à dor

Na base dessa organização estão a *ordem* e *desordem* como processos articulados num jogo de forças e interações que conferem a relativa estabilidade das configurações (Morin, 2011). De maneira análoga, são processos que permitem com que sistemas interajam, garantindo uma articulação com possibilidades de rearranjo. São processos presentes na natureza que estão em qualquer processo subjetivo como movimentos interdependentes, garantindo que estas forças não possuam um caráter absoluto (Neubern, 2004). Ainda que possamos traçar regularidades na dor da paciente que a aproximariam dos processos vividos por outras pessoas, nota-se no caminhar da terapia significativas modificações que surgem neles. Isso nos permite compreender que a singularidade e as mudanças, ainda que singelas, conferem modificações à configuração.

Por meio da configuração inicial apresentada na Figura 1, notam-se os diversos elementos que estão em relação com a dor, alguns desses elementos apresentam contradições como a *Família* e *Autoimagem*. A família é um ponto de apoio principalmente pela figura da mãe e do irmão, pessoas mais próximas dela. Entretanto, é

também da família que aparece uma pesada cobrança sobre o enfrentamento da dor, sobre o que é permitido ou não e também de seu papel familiar. Esse funcionamento familiar atua como um sistema, possuindo desdobramentos significativos para a autoimagem, uma vez que as cobranças recaem sobre Rosa como um tensionamento a respeito de sua identidade pessoal. Rosa, que sempre “teve tudo na vida”, agora atravessa momentos muito difíceis em decorrência do erro em um procedimento cirúrgico e não ocupa mais o mesmo lugar na família e na sociedade.

Desse modo, a partir da relação de tais elementos, da ordem e desordem que promovem as interações entre eles, nota-se as inúmeras possibilidades de configurações. O tetragrama (Figura 2) visibiliza justamente o jogo de forças e de interações desse processo subjetivo, que como tal, possui sua singularidade tanto no que se refere à configuração quanto aos processos de mudança. Analogamente, entende-se que a dinâmica e a processualidade dessas relações podem receber novas interações dentro do jogo de ordem e desordem, promovendo reconfigurações.

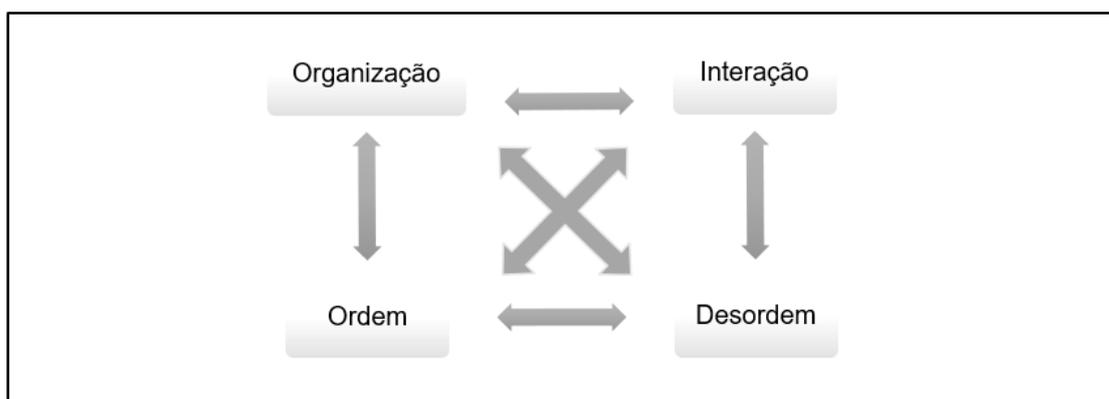


Figura 2 - Tetragrama

Contemplando a discussão proposta sobre o caso de Rosa, pode-se acrescentar que os pontos importantes de sua configuração estão representados numa concepção do tetragrama em termos de sua subjetividade, da configuração de seus processos ligados à dor, da ordem sendo representada pelos padrões que se referem à regularidade dos

processos culturais, sociais e familiares, além da desordem representada pela produção de sentidos sobre seus processos que levaram à rupturas (Figura 3).

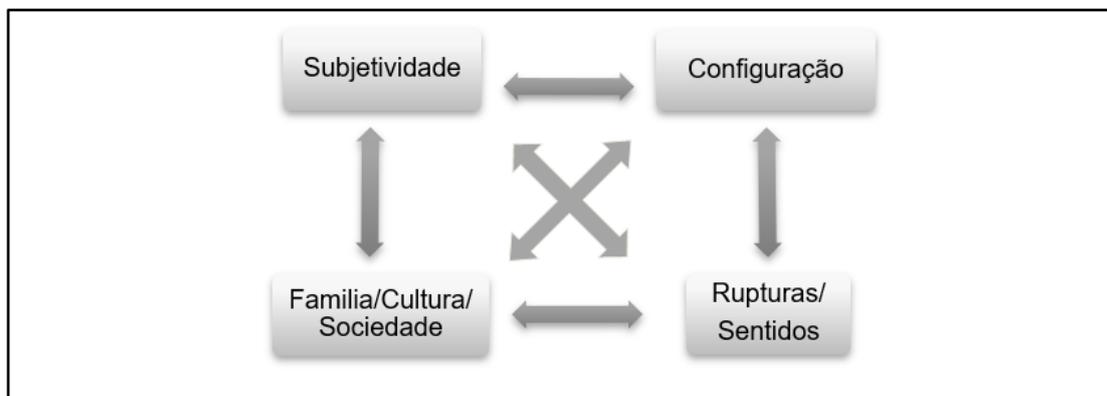


Figura 3. O tetragrama em transposição para o caso da paciente Rosa

Sob esse prisma possibilitado pelo tetragrama é possível compreender mais a fundo como se articulam sistemas dinâmicos e plurideterminados do mundo de experiências da pessoa, articulados de forma particular para cada sujeito. Nessa dinâmica, o transe participa como um elemento determinante na dialógica de ordem e desordem, atuando como uma perturbação da organização dominante do sistema representado pelo tetragrama. A influência do transe nesse arranjo ocorre pela alteração momentânea das referências do sujeito, colocando-o em possibilidade de estabelecer e buscar outras referências dentro da relação *eu-mundo*.

O transe, com efeito, intervém de forma mais significativa na organização da configuração dominante, na medida em que a começa promover uma alteração das referências habituais de Rosa em relação ao corpo. Embora sua demanda para terapia estivesse relacionada à dor, ao tratar de suas emoções, ela própria sente a cabeça como o ponto de ancoragem, como um processo da corporeidade configurando múltiplos elementos simbólicos e emocionais. A técnica utilizada permitiu uma espécie de compreensão diagnóstica sobre a experiência da paciente e de sua produção de sentidos configurados em torno do problema relatado, o qual era vivido como algo profundamente

pesado e paralisante. A influência do transe para tanto foi orientada para levar a flexibilidade e a leveza como alternativas aos sofrimentos apresentados.

Nesse momento, o peso do qual relatou começa a dar espaço a sensações físicas de bem estar e leveza, que permitiram a ela sensações há muito tempo não experimentadas. A possibilidade de interferência nas configurações, a partir da construção inicial do processo terapêutico e da intervenção promovida pelo transe, criou uma condição para que a configuração se organizasse num novo arranjo. Nota-se, a partir desses primeiros momentos da psicoterapia, uma atitude importante de Rosa no que se refere a seu posicionamento perante as determinações do sistema *família*, aliado ao seu posicionamento perante sua condição quando não se submete às restrições impostas para sua participação na procissão, assumindo essa necessidade como uma demanda advinda de seu mundo, de sua subjetividade. Em função disso, ela se coloca diante de um movimento em direção a sua autoimagem, dissociando-se momentaneamente das representações dominantes construídas pela família.

5.4. O holograma

A mudança inicial ocorrida abriu a possibilidade de novas construções da paciente sobre si e sobre sua própria história, de modo que uma nova organização permitiu acesso a processos identitários profundos. Desse ponto, a autoimagem aparece como uma representação simbólica que carrega a contradição de processos de constituição de uma imagem anterior à dor e a partir dela. Essa figura torna-se interessante para o processo, pois a construção predominante de suas referências fixava-se, além da dor, nos impedimentos e em tudo aquilo que ela não poderia mais ser. Nesse ponto, seu lugar no mundo limita-se não apenas em termos de espacialidade e corporeidade, já que a dor promove forte restrição, mas sua ligação com o mundo em termos do papel familiar, que

permite reconhecimento de si mesmo e pelos outros é um dos cerne da questão da identidade (Morin, 2012).

Essa identidade é comumente abalada por questões sociais, econômicas, políticas, críticas e desqualificações geralmente dirigidas às condições crônicas de saúde, limitações dos tratamentos, perdas afetivas. Nesse sentido, um caso como o de Rosa reflete também uma situação coletiva, numa perspectiva de *holograma* (Morin, 2012), pois mesmo nas questões individuais de Rosa, há problemas coletivos que atravessam a sua vivência da dor. As dificuldades de encontrar um posto de trabalho organizado para acolher a sua condição de saúde, o impedimento de receber benefícios dos institutos de seguridade social atravessam o processo de dor de Rosa.

De certo modo, a angústia vivida pela paciente dentro dessa organização específica atravessada por elementos individuais e sociais, a colocava numa posição de profundo desconforto em não encontrar possibilidades para além da dor. A figura da “perfeitinha”, forma como a própria paciente se referiu a si, surgiu como uma representação que concentra os elementos simbólicos de sua autoimagem, mas sobrecarregado também de emoções ligadas às contradições vividas em todo o processo de dor, das limitações e da perda de um lugar no mundo. A dor provocou um tensionamento nas determinações e influências da dimensão macrossocial configuradas na figura da “perfeitinha”, promovendo a necessidade de um posicionamento da paciente sobre essa imagem a ela imposta pela família a partir de seus valores e de questões socioculturais. A terapia, portanto, deveria necessariamente se dirigir a um movimento de mudança que passasse pela dimensão de autoimagem e identidade, de modo a promover mudanças nas estagnadas configurações.

Quando Rosa detecta que a mudança de sala na sessão seguinte nos levaria para o ponto mais distante do centro de atendimentos, no caminho para o consultório, tece um

comentário que soou muito relevante, um indicador para zonas de sentido importantes que poderiam estabelecer relação com significados de seu mundo. Rosa pergunta se naquele dia faríamos parte da “galera do fundão”. Caminhando de maneira mais ágil e sem a bengala, ao ser perguntada o que era fazer parte do fundão, Rosa se referiu aos alunos que sentam no fundo da sala, não fazem atividades, que interferem na ordem da aula. O terapeuta considera um campo interessante para intervenção com uso de metáforas e conto de histórias como forma de trabalhar o núcleo da autoimagem/identidade.

Na sessão seguinte, o trabalho com indução dá início a conversa muito interessante, quando o terapeuta comenta que novamente estavam na sala do fundão e Rosa, então, pergunta ao terapeuta se ele já tinha feito parte da “turma do fundão”, em tom de brincadeira.

Rosa: João, você já foi da turma do fundão?

Terapeuta: (Risos) Mas olha que interessante, quantas coisas interessantes pode passar na cabeça de quem às vezes sai da frente da sala e vai pro fundão. Quantas pessoas fizeram coisas interessantíssimas e que sentaram lá no fundão... Né?

Esse diálogo teve como intuito semear ideias que poderiam ser trabalhadas mais adiante em transe, alinhado ideias de flexibilidade, possibilidades e alternativas. Durante a etapa de intervenção do transe, após o acesso a um estado de maior profundidade de concentração do transe hipnótico foi utilizado o conto de história como uma forma de comunicação com o inconsciente de Rosa. A construção de sugestões levou em consideração os princípios da singularidade e da utilização, o que faz sentido para a paciente em sua subjetividade e o que faz ressonância em seu mundo particular. Havia configurações muito negativas sobre si, em termos de autoimagem, devido ao processo de dor e da grande transformação que promoveu em seu mundo, por isso a associação de alternativas a serem comunicadas como possibilidades.

A opção pelo conto de uma história entra no cenário da indução como a possibilidade de ofertar uma estrutura ampla, com sugestões abertas que visam alcançar diferentes organizações e momentos dos sistemas configuracionais do sujeito. São histórias construídas para serem abertas e configurarem um convite para a pessoa sentir, pensar. Assim elas implicam o sujeito no processo, deixando o inconsciente responsivo e aberto para trabalhar em conjunto com todos os processos físicos, simbólicos e emocionais, mobilizando menos resistência se comparado a prescrições diretas ou analogias que são explicadas literalmente, visando apenas a um nível cognitivo do processo.

Terapeuta: E você me falou sobre o tanto que você está surpreendendo as pessoas... você pode surpreender a você mesma... se surpreender com você mesmo... Pode trazer a suavidade... que dizem que é como entrar nas águas de um mar bem suave.... e vai embalando, embalando, embalando, e você pode querer se aprofundar cada vez mais nessa experiência. Isso mesmo... bem naturalmente, enquanto eu vou conversando com você. E uma parte sua, dessa mente mais profunda pode ir querendo trabalhar com você... dessas coisas que a mente racional às vezes não compreende, mas que a mente inconsciente naturalmente sabe, compreende. E é possível que você queira começar a sentir esse transe se aprofundando mais e mais. Como quando você se permite um mergulho daqueles mergulhos em que aquele sons vão ficando distantes... e a luz vai ficando distante... e aos poucos você observa apenas aquelas coisas que tem lá em baixo... tão bonitas... interessantes. [...] E isso é muito natural. E o corpo se movimenta de forma diferente... que um simples impulso vai levando suavemente o corpo lá para frente. [...] E sua mente mais profunda vai querendo aproveitar... enquanto eu conto uma história para você... e você pode escutar apenas algumas palavras, enquanto você fica aí aproveitando esse instante. Uma menina que cresceu em uma família de médicos... pais médicos, tios médico, irmãos médicos, e ela foi crescendo e todo mundo dizendo para ela ser uma médica. A sociedade gostava disso... a família gostava disso. Ela gostava disso, mas sentia lá no fundo que havia outra ideia, outra coisa. Que talvez naquele instante ainda não pudesse compreender. E toda sua trajetória estava sendo projetada para se tornar uma

médica... na escola... até que um dia ela precisa mudar... se afastou de pessoas queridas, e sentiu dificuldade de se adaptar... foi de uma escola para outra... sentia muita dor por isso... cansaço... e toda a situação difícil. Um dia ela senta lá no fundão da sala... se sente desconfortável... diferente daquelas pessoas, afinal tinha um projeto a seguir... ser médica... ali ela foi conhecendo pessoas diferentes, histórias de vidas diferentes... possibilidades diferentes... em então ela observa... começa a estudar outras matérias, física, matemática, filosofia... começa a se encantar... e eu fico imaginando o que ela gostaria de estudar... de descobrir sobre ela mesma... Eu não sei, mas ela pode aproveitar muito tudo que aprende ali no fundão, com outras pessoas, em outros lugares [...] E ela começa se sentir uma coisa diferente [...] E decide quer seguir o caminho dela... E isso é tão interessante porque ela senta lá no fundão e a atenção dela muda, o corpo muda e a atenção dela vai lá no quadro e sabe aproveitar. E é interessante também, pois ela sabe que aquele lugar do fundão tem uma importância para... lá ela pode descobrir tantas coisas importantes sobre ela mesma, sobre o caminho dela, sobre a força que tem... E ela começa a se enxergar diferente da família... e aquilo era tão bom para ela...

A construção dessa intervenção pretendeu atuar numa configuração cujo eixo está ligado ao processo simbólico de construção de sentidos sobre si e sobre a própria história. Em contrapartida, compreende-se que esse processo todo está em profunda relação dialógica com o contexto em que as experiências de dor de Rosa estão inscritos. O conjunto de elementos simbólicos procuraram dialogar com um universo pleno de significados para ela. Rosa trouxe em várias sessões situações de contextos escolares, determinações familiares, projetos familiares para sua história de vida, sua capacidade de ser uma boa aluna, a imensa dor de perder o pai cinco dias após a sua defesa de monografia na graduação.

Desse modo, as imagens procuram trazer certa semelhança simbólica com a complexidade das experiências do universo da paciente. Recorre-se ao drama, nesse caso, de forma indireta representado pela “mudança”. Trata-se de algo que entra na história de forma simples e traz efeitos sobre uma realidade dada, que tendia a se concretizar

independentemente da personagem principal. Nesse sentido, o ponto crítico da história foi colocado de tal forma que o inconsciente da paciente teria liberdade para criar e associar com a história de vida de Rosa sem que fosse diretamente colocado em relação com a cirurgia ou a dor. Isso visa respeitar a singularidade desse processo e autonomia do inconsciente, além de proteger a paciente de se sintonizar com os aspectos mais difíceis de sua história, podendo colocar a perder as possibilidades de foco na resolução do problema que a história pretendia.

O problema das relações parte/todo, aponta para a dialógica entre a *parte*, um sujeito singular, e o *todo*, as determinações macrossociais e filogenéticas. Tal processo inerente ao princípio do holograma, localiza-se na forma como a dor é inscrita no universo de experiências da paciente. A hipnose, com a inserção de novos elementos de caráter simbólicos possibilitados pela história no momento de transe viabiliza uma mudança na relação parte/todo, ou seja, na relação com o contexto de experiências em que a dor é vivida. Como constitui uma abertura para processos coletivos, sejam filogenéticos ou culturais, o transe interfere, ainda que momentaneamente, no holograma (Neubern, 2017).

Desse modo, portanto, nota-se que a dor de Rosa não se restringe a processos fisiológicos exclusivamente, nem tampouco está intimamente ligada à inquietação com sua autoimagem. De mesmo modo, a influência exercida pela imagem de um corpo alterado (problema de marcha, uso de bengala, inviabilidade do uso de certas roupas e calçados) na dor não se justifica dentro de uma questão de gênero apenas, em que tais alterações poderiam representar um impacto sobre a feminilidade. Mas a autoimagem, como uma representação complexa de sua vida, configura, além da dimensão de gênero, tantos outros aspectos que estão em profunda relação com a vivência da dor.

A dor configurada a outros sistemas e à diversidade de influências coletivas, recriam um tecido heterogêneo de experiências genuinamente complexas (Morin, 2013).

Por isso, há uma forte incoerência nas perspectivas sobre hipnose e dor crônica como uma estratégia técnica de controle, dado que a questão é de ordem sistêmica e que possui uma forma particular, tanto na forma de organização, quanto na autonomia para as mudanças que se dão por um conjunto de relações qualitativas e influências que estão para além da intencionalidade do paciente ou do terapeuta, mesmo que estes sejam importantes para o processo.

5.5. Auto-eco-organização

Do ponto de vista da *auto-eco-organização*, a articulação dos processos complexos dos sistemas subjetivos se organizam de forma singular em forma de sistemas dotados de qualidades autônomas, por associarem em si mesmo as ideias de unidade e multiplicidade, numa relação dialógica entre seus elementos constitutivos e com o universo (Morin, 2011a). Por essa questão, é possível realizar uma compreensão mais abrangente sobre a dimensão da configuração das dores de Rosa, em torno do erro no processo cirúrgico, em sistemas próprios, autogeradores. Mas também alcançam questões familiares como o papel de filha, a ausência do pai, autoimagem identidade numa coesão singular.

A dor pôde ser modificada dentro da configuração na medida em que o processo terapêutico e o transe puderam atuar como um elemento de interferência numa organização autônoma dos sistemas envolvidos. Esses processos, entretanto, não estão isolados do mundo social cultural e uma noosfera, eles mantêm entre si uma relação ecológica, afastando-se da linearidade pela qual a dor é tradicionalmente enxergada. Desse modo, na relação dialógica com o contexto familiar, as restrições impostas, a falta de compreensão de sua situação de saúde, a saudade do pai, as cobranças sociais, a restrição da vida social, as dificuldades cognitivas promovidas pelo excesso de medicação, o contato com os profissionais de saúde, contribuíam significativamente com

a intensidade das dores, pelas suas relações recursivas e dialógicas que mantêm com a dimensão corporal. Logo, os princípios *auto* e *eco* se interpenetram, estabelecendo uma relação em que não se pode dissociar um do outro. É exatamente essa relação que permite que a *auto-eco-organização* estabeleça múltiplas conexões e integre princípios opostos e aparentemente excludentes como individual e social, interno e externo, corpo e mente.

Essa relação se torna mais nítida com as sensações de “alívio”, “paz”, “leveza”, “limpar a tristeza” que sempre se faziam presentes no transe e eram acompanhadas de sensações de “alívio da dor”, “não sinto dor”. Isso se combina com indicadores de grande importância trazidos nos relatos da paciente qualificados como aspectos do processo de mudança e reconfiguração da dor. Rosa trouxe relatos muito relevantes do ponto de vista clínico, pois se engajou em ações e projetos de vida significativos para ela como o abandono da bengala, o casamento do irmão e a viagem para a Romaria com o grupo da igreja. Em todos esses episódios ficou nítido seu reposicionamento perante seus sonhos e a localização da dor sob outro prisma que não o de subjugação. A dor ainda presente em todos esses momentos foi superada em função de projetos, da vontade de sonhar novamente, da importância familiar do casamento do irmão e do valor simbólico de poder colocar um sapato de salto alto, ainda que apenas para a entrada na igreja como madrinha.

Outro significativo momento de reconfiguração de experiências ocorreu numa sessão muito próxima do aniversário de morte do pai. Rosa estava muito sensibilizada com o momento que retornava como um ciclo, em que mais um ano passara mostrando a ela a repetição do sofrimento parecendo-lhe “que nada aconteceu” entre a morte do pai e o dia de hoje, “como se tivesse acabado de ver” o pai (recém falecido). Somado a isso, quando expressava seu sofrimento ouvia de alguém a frase: “só dá valor depois que perde”. Este é um momento de grande desespero em que Rosa não sabe o que fazer e não

vê alternativas para lidar com a dor, para viver o luto como um processo passível de reorganização.

Esse é um forte indicador de sentidos referente à forma como estabelece a relação com a dimensão temporal de seu sofrimento, a partir de referências que lhe alteram a percepção do tempo. O tempo é uma das categorias constituintes da subjetividade, frequentemente vivido por uma pessoa com dor crônica como algo que não passa, lento, que dura uma eternidade. No caso de Rosa, o passado possui valor simbólico muito importante, pois tende a reconhecer como os momentos em que a vida fluía satisfatoriamente, como fonte de alegrias e recursos.

Terapeuta: pode ser que leve alguns instantes para você observar, ou que leve alguns instantes nessa observação... para perceber que está observando... Mas a sua mente inconsciente, suas emoções podem te conduzir... pra uma data muito importante para você... isso... bem naturalmente. E você sabe que existem várias datas, como as datas que você vem aqui... após... às vezes duas semanas sem vir. Isso... E sua mente inconsciente sabe dessas datas... de uma consulta importante... mas também há aquelas datas em que as emoções sabem que são boas ... e pode ser uma data do ano passado, do ano retrasado... e a cada expiração, sua mente profunda vai te guiando a essa data... e eu não sei quantas expirações você precisa. Pode ser que você precise de 10, 9, 8... ou 7, de 6, de 5... pode ser 4, 3, pode ser de 2... 1... [...] (sinais de aprofundamento no transe) percebendo as pessoas ao seu redor, como elas estão vestidas. Pode ser que você veja aquele dia da defesa da monografia. E pode ser que a sabedoria do seu inconsciente... profunda... pode querer te levar até lá em, que você via “um sorriso do tamanho do mundo”... ao receber os parabéns. E as suas emoções te levando pra aquele abraço gostoso, acolhedor do seu pai e te deixar por alguns instantes... isso... nesse abraço... e essa experiência vai ficando mais profunda. E você pode dizer todo que você gostaria de dizer nesse momento... do seu jeito. [...].

Esse trecho faz menção a um momento muito emblemático da relação de Rosa com seu pai, relatado por ela em algumas sessões. A lembrança de apresentar sua

monografia, e principalmente do sorriso do pai ao receber os parabéns dos professores foi uma dos momentos mais marcantes de sua história. Esse momento simboliza a relação do pai com a filha, mas também se integra como etapa de um projeto de vida, projeto esse que mescla tanto interesses pessoais como familiares. Nesse momento de intenso sofrimento, sua tendência é fixar-se no passado, entretanto, de maneira contraditória ele é atravessado apenas pelo sofrimento da perda do pai que ocorreria cinco dias após a apresentação. O transe buscou colocar a paciente em contato com a alegria do que a simbologia do momento significava para ela como forma de reconfiguração da sua experiência e redefinição da perspectiva. Após as sugestões, Rosa ainda sob o efeito de um transe mais leve, em que tinha mais facilidade para falar relatou:

Rosa: Acho que eu precisava chorar, sorrir... ter assim, esse momento dessa paz... assim... (longa pausa)

Terapeuta: É... porque são sentimentos muito bonitos e profundos... (longa pausa)... [...] Que sentimento você traz aí agora?

Rosa: Que engraçado. É como se eu conseguisse respirar novamente. Tava assim... tão pesado ... e tão dolorido. E ao mesmo tempo assim tão profundo que até pra respirar doía, sabe? Mas agora tá... é como se eu conseguisse colocar todos esses sentimentos em ordem de novo... assim... no seu lugar, sabe? [...] tava tudo muito ruim, sabe? [...] Mas... agora é como se eu tivesse entrando nos eixos

Terapeuta: Uhum... entrando nos eixos... E esse entrar nos eixos te faz o quê?

Rosa: Dá até vontade de ser feliz... assim... É como se tivesse lavado um pouco a tristeza... e tivesse... assim... plantado a semente da felicidade.

Terapeuta: Lavando a tristeza e plantando a vontade de ser feliz...

Rosa: É... como se fosse isso, sabe? Porque... (pausa) racionalmente a gente sabe tudo. Racionalmente a gente é muito inteligente... a mente tem um poder de superação fantástico. Mas... emocionalmente é como se a gente fosse assim (lágrimas e sorriso)... a gente não tem esse conhecimento todo, como se a gente fosse um pouco inocente, ingênuo. [...] Não vou dizer a palavra “burro” porque... não seria uma espécie de... de burrice, mas é a ausência do conhecimento, sabe? Quando a gente não consegue mais dissociar uma da outra... Ah aí a gente fica

assim... bagunçada mesmo. A gente perde o eixo, sabe? E dá uma tristeza, assim tão grande, que por isso eu falei que é como se tivesse lavado. E eu sei que... eu tô aqui, que eu tô viva, que eu tenho os meus sonhos pra realizar, a minha vida pra viver... os meus projetos pra concluir e de igual modo eu tenho aquele sentimento de que... por mais que eu sei que eu posso sofrer com a ausência do meu pai... eu sei que ele quer que eu seja feliz... por mais que eu tenha esses momentos de desespero, ele quer a minha felicidade. [...] É um pouco estranho... pra mim, assim... porque... são sentimentos que eu nunca consegui abrir pra ninguém, entendeu? Nem assim... É claro que, por exemplo, minha mãe sabe um pouco... mas me abrir mesmo, como eu me abri aqui eu nunca tinha conseguido abrir pra ninguém, nem pessoas próximas de mim e nenhum tipo de profissional, entendeu? Em certo ponto, me causa uma certa estranheza eu ter me abrido num espaço que, na verdade, eu tô vindo pra resolver outro problema, outra coisa. E é estranho por que a gente acha que consegue colocar tudo no seu devido lugar, né... como se fosse um computador, a gente consegue organizar tudo nas suas pastinhas... mas não é bem assim, por que o que eu trouxe hoje não tem nada a ver com o motivo que me fez chegar até aqui, entendeu? A gente tem a noção de que a gente tem tudo organizado e a gente não tem nada organizado. Por que tudo que eu expus hoje não tem nada a ver com todas as nossas conversas anteriores. E isso... você fica... (pausa) até a própria hipnose foi diferente de todas as que foram feitas hoje. O foco foi completamente diferente. O modo de entrar nela foi completamente diferente, né? Então, você vê que a gente não consegue separar nada, sabe? E a gente vê o tanto que a gente é frágil porque não e aqui a dor física insuportável... eu não fui fisicamente lesada, mas esse ferimento dói mais que o ferimento físico. É como se... não tem nada aqui cortado, não tem nada aqui sangrando, mas dói muito mais do que aquilo que foi cortado, que foi lesionado, entendeu? (pausa) Eu não sei se o que eu tô falando pra você tem alguma lógica [...] mas é isso.

Do ponto de vista da auto-eco-organização é possível notar nesse extenso trecho a profunda relação do princípios *auto* e *eco* e como esta relação promove uma organização dos elementos do *eu*, de forma indissociável do *nós* composto pela relação com pai. Quando o contato com as imagens e outras lembranças positivas do pai acontece, isso participa do real e do imaginário, evocando uma força que está além do que ela pode fazer

conscientemente para lidar com a dor que estão relacionadas ao potencial de autonomia do inconsciente. O inconsciente foi buscar os elementos históricos, subvertendo a lógica dominante do sofrimento. Nesse sentido, o histórico e atual, interno e externo, individual e coletivo, corpo e mente entram como processos dialógicos que encontram dentro da relação com seus sistemas de origem e com outros sistemas numa organização autônoma que promove desdobramentos sobre a configuração e os processos de dor a ela configurados.

É possível compreender o caso de Rosa dentro de uma perspectiva de reconfiguração da dor, tendo a hipnose participado de processos de autonomia, de redefinição de experiências e de produção de sentidos. Apesar de os trechos apresentados não terem trabalhado especificamente intervenções no nível da dor, foi possível dentro da complexidade do caso identificar que a reconfiguração das experiências atuou diretamente produzindo efeitos sobre os níveis físicos da dor, o que por sua vez promoveu desdobramentos no universo e contexto de experiências de Rosa. Isso teve impacto significativo no desenrolar de um processo de mudança de referências nos eixos principais da terapia. A terapia teve sua continuidade avançando sobre o aprendizado da auto-hipnose como recurso para Rosa lidar com as intensas dores que ainda persistem em momentos de crise, intercalados com momentos de menor intensidade, apesar de não mais cumprir o mesmo papel em sua vida.

CAPÍTULO 6

Dona Hortência e os bombons

“... o processo terapêutico necessita acessar e adentrar a experiência de mundo vivido das pessoas, de maneira que o contexto da relação clínica se transforme num espaço de intercâmbio entre os mundos trazidos por seus protagonistas, um lugar de comércio entre microculturas distintas, em suma, um parlamento onde vozes e saberes distintos sejam reconhecidos.”

(Maurício Neubern, 2013)

6.1. Dona Hortência

Dona Hortência tem 56 anos, é servidora pública aposentada da área da saúde, mora sozinha em sua casa e vive afastada da família desde os 13 anos de idade, quando mudou-se para o Distrito Federal em busca de trabalho. Há quatro anos sofre com fortes dores na região da virilha e da vagina devido a uma cirurgia no útero que levou à lesão do nervo uterosacral. Inicialmente, esse quadro de dor começou quando necessitou realizar intervenção cirúrgica para tratar de uma aderência intestinal. Não ocorrendo a recuperação da cirurgia conforme era esperado, houve nova aderência, desta vez, no útero. A nova cirurgia foi realizada meses depois com a proposta de retirada de parte do intestino e retirada total do útero como estratégia para contornar a endometriose, causada pela aderência. Durante a operação de retirada do útero houve o “pinçamento” do nervo, o qual promove as intensas dores que irradiam para a região da vagina.

No primeiro contato com a paciente, realizado por telefone, foi possível notar seu desespero por ajuda, pois há muito tempo sofria com as fortes dores, e os únicos medicamentos que podiam promover um pequeno alívio eram demasiadamente fortes, deixando-a entorpecida. Hortência foi enfática quanto à necessidade de não poder haver

escadas para o acesso ao consultório, pois sua mobilidade para subir os degraus estava completamente comprometida. Chamou a atenção o fato de que ela já havia passado por outras duas tentativas de consultar-se com um profissional de psicologia. Na primeira, logo que chegou ao prédio deparou-se com a escada e cancelou o atendimento em cima da hora; na segunda, ao saber desse mesmo impedimento, desistiu.

Na chegada ao CAEP, demonstrou total interesse no tratamento, colocando-se à disposição para o que fosse necessário para participar da pesquisa. Seu esquema corporal demonstrava restrição de movimentos, seus passos eram curtos e a movimentação limitada. As mãos repousadas sobre as pernas ou nos braços da cadeira tinham pouca agilidade ao longo de falas curtas, limitadas às questões objetivas de sua dor. Sua expressão “É muita dor, muita dor” ou “está doendo demais, doutor”, colocada repetidas vezes ao longo das sessões iniciais, chamava a atenção pela multiplicidade de significados que poderia ter.

A persistência nessa expressão aparentava uma forma de comunicar sua dor, tão restrita quanto sua espacialidade, corporeidade e temporalidade. Por ser intensa e recorrente, também remetia à forma como procurava expressar à equipe de cuidados médicos que frequentemente tratava com certo tom de desqualificação, fato confirmado ao longo do processo terapêutico. Com frequência a paciente perguntava ao terapeuta sobre seu quadro de dor, questões relacionadas à fisiologia e às intervenções aplicadas como se buscasse confirmações ou uma segunda opinião, indicando que a relação entre ela e os médicos era atravessada por dúvidas e desconfiança.

De certo modo, por esse caso fica claro como os processos de dor crônica podem interferir na relação entre pacientes e equipe de cuidados. Assim como no caso de Hortência, muitas vezes a possibilidade de recorrer à psicoterapia apenas aparece como uma indicação feita pela equipe para auxiliar no tratamento após certo período de

intervenções que se mostram ineficazes do ponto de vista do controle da dor. Nessas situações, a resposta negativa por parte dos pacientes às intervenções – desde a medicação até cirurgias de grande porte, passando pelas internações para infiltrações e terapias alternativas – é recebida com estarecimento pela equipe que frequentemente afirma que “já fizemos tudo que podia ser feito”². Obviamente compreende-se a existência da dimensão *psi* em toda a sua complexidade como parte do processo de dor, entretanto a crítica é dirigida ao tom de desqualificação desse discurso.

Quando dá início à terapia, Hortência já não faz uso continuado de remédios para dor por sua própria decisão. Após consultar os médicos, decidiu usar apenas a codeína quando tem crises, considerando que ao longo de quatro anos não houve resultados satisfatórios para outras medicações. Mantém as medicações e cuidados para o intestino, como reposição de vitaminas, remédios para o estômago e os cuidados nutricionais. No seu cotidiano, as atividades estavam restritas ao preparo rápido de um lanche, ao cuidado mínimo da casa e às atividades da igreja que frequenta. Mesmo a preparação de uma refeição um pouco mais elaborada era extremamente difícil para a paciente, assim recorria a uma empregada para cozinhar as refeições ou a um restaurante próximo à sua casa que fazia a entrega das refeições sem que ela precisasse sair de casa. Entre essas atividades ficava acamada, para evitar a intensificação da dor, acompanhada por alguns DVDs de música gospel e estudos da bíblia. Essa leitura acontecia com a finalidade de preparar aulas de catequese para crianças, as quais eram dadas no domingo pela manhã.

Suas atividades na igreja sempre foram apresentadas como algo extremamente penoso. Suas manhãs de domingo frequentemente eram perturbadas pelo “povo da igreja” quando a dor estava intensa e o desânimo a abatia. Por vezes, durante as aulas, saía para

² Fala com teor semelhante foi trazida pela paciente Rosa, caso tratado no tópico anterior: “Olha, a gente está fazendo tudo que pode, mas você precisa voltar pro psicólogo”.

o banheiro para chorar de dor pelo enorme sofrimento. Em parte, sentia-se em dívida com a igreja e com o pastor, pois quando ela estava hospitalizada ele aparecia para orar com ela. De outra parte, sentia forte angústia por não poder decidir sobre sua rotina ou por não poder ficar em casa quando estava sem condições de dar aula.

Com poucas palavras, como era de costume, descrevia a dor como algo que “queima latejando” e, quando atingia o nível máximo, não conseguia fazer nenhuma atividade, “nem pensar, nem agir”. Quando teve uma crise de dor, pediu a um taxista amigo que a levasse a um pronto socorro para atendimento de emergência, chegando a ficar sentada na cadeira do hospital chorando sem conseguir voltar para casa, nem pedir ajuda. A paciente havia desenvolvido outra forma de expressar a dor juntamente com seu médico, por meio de quantificação numérica, a categorização da dor em escala, compreendida de 0 (zero) a 10 (dez), em que episódios como o da igreja e do hospital seriam considerados nível 10. Para ela, essa forma já estava bem estabelecida e clara, sendo mais fácil explicar o que estava sentindo.

6.1.1. Primeiras Intervenções

Seus episódios de crises em que a dor chegava ao nível máximo eram frequentes, deixando-a de cama, impedindo-a de dormir, de trabalhar, interferia na fome e no desejo de comer. A dor afastou Hortência de uma vida mais dinâmica e ativa como sempre tivera. Na primeira sessão, lamentou esse momento em que está aposentada e não pode “fazer coisas que as pessoas fazem”. Essa fala trouxe um indicador de sentidos muito importante sobre o processo da paciente no que se refere a expectativas sobre seu processo de vida histórico e atual. Apesar de parecer uma afirmação vaga do ponto de vista simbólico, havia indicadores de forte emocionalidade nesta fala. Ao ser perguntada pelo terapeuta o que seriam essas “coisas” que as pessoas fazem, a paciente não respondeu claramente, mas ressaltou sobre “(ah...) coisas que as pessoas faz quando aposentam”. Essa pode ser

considerada uma produção importante da paciente por remeter a um universo simbólico de situações, as quais nunca aconteceram em sua vida. Foi considerada pelo terapeuta como uma possibilidade de recursos para serem utilizados em transe, pelo fato de poder remetê-la a desejos, sonhos, vontades, expectativas importantes em sua vida.

Nessa primeira sessão, o transe foi proposto levando em consideração a necessidade de intervenção focada na dor e também sua inteira disponibilidade para conhecer a hipnoterapia. A indução ao transe teve como objetivo o relaxamento progressivo, procurando deixá-la à vontade com as técnicas hipnóticas. O relaxamento é uma interessante via para colocar o paciente diante das diversas possibilidades do transe e de permitir a pessoa entrar em contato com os recursos que o corpo possui.

Terapeuta: ...e enquanto você continua respirando seu corpo pode ir naturalmente acompanhando a sua respiração... e ele pode querer sentir que vai acompanhando e ficando mais leve, ou mais relaxado, ou mais e mais tranquilo aí nessa cadeira. E isso vai acontecendo naturalmente e você não precisa fazer nada... enquanto eu vou conversando com você... Por que esse relaxamento... há quem diga... parece muito com aquela sensação de pisar a areia... e os pés pisando a areia... vão sentindo uma vontade bem gostosa de dar uns passos à frente e pisar a água do mar... e a água do mar vai molhando confortavelmente os pés que vão sentindo mais vontade de ir além... e os pés vão levando os tornozelos... que vão levando as canelas... que vão levando os joelhos. E essa sensação de que água vai envolvendo e cuidando da pele, porque tem uma temperatura tão confortável e agradável que aos poucos pode querendo ir avançando até a linha da cintura... e deixar o corpo aí... por alguns instantes... (pausa) E eu fico imaginando que enquanto o corpo fica ali com a cintura na água... ele começa a sentir outras coisas... pode querer ficar ali, sendo cuidado pela água, naquela temperatura agradável e confortável, protegidamente. Enquanto aquela parte de cima que sente o vento fora d'água que pode querer aproveitar o sol... o calor agradável... e aos poucos você pode sentir só esse calor agradável do sol... e essa outra parte sua pode querer sair... porque a mente inconsciente pode querer te levar para outro lugar fazer outras coisas... coisas que as pessoas fazem, como uma viagem para

outro lugar... E o que você vê aí? (pausa) E eu fico imaginando como pode ser proveitoso esse momento... e eu não sei como a sua mente consciente vai aproveitando... e eu também não sei como a sua mente inconsciente vai aproveitando esse momento mas ela sabe como lidar... como ir te ajudando com o que você precisa... naturalmente...

A paciente ficou por alguns instantes em estado de transe profundo, o qual foi notado por sinais mínimos da redução da respiração, do movimento cíclico dos olhos por baixo da pálpebra e por uma leve letargia corporal, inclusive por não ter conseguido responder à pergunta dirigida à ela, até sair desse estado de forma abrupta abrindo os olhos. Esse retorno espontâneo, apesar da surpresa gerada no pesquisador, ocorreu acompanhado de um sorriso e demonstrando sinais de que a paciente estava bem tranquila e que havia aproveitado essa primeira experiência de forma positiva. Ao ser perguntada sobre sua experiência, ela disse que havia sido “muito boa, tô bem. Relaxada”.

As sugestões utilizadas para o relaxamento progressivo foram construídas utilizando a fixação de atenção em partes do corpo aliando-as a injunções simbólicas³ que buscavam associar a recursos de cuidado. Progressivamente, as partes do corpo são convocadas a se interligar gradativamente, permitindo que uma envolva a outra numa progressão que sugere a autonomia do corpo em produzir o relaxamento buscado. Ao passo que essas sugestões são colocadas, vão sendo inseridos outros elementos simbólicos que possuem a capacidade de fazer o sujeito relacionar o relaxamento que está acontecendo no nível do sistema corporal a elementos do sistema simbólico do sujeito.

Na sequência dessas construções, foi realizada a sugestão de que as experiências de proteção, conforto e cuidado vivenciadas pela paciente poderiam alcançar determinado

³ *Injunções Simbólicas* – freqüentemente o terapeuta pode estar utilizando truísmos para o corpo do sujeito querendo significar algum processo mais amplo de vida. Ele pode estar se referindo, por exemplo, à fluidez da respiração, significando um desbloqueio dos processos mentais para a resolução de um problema.

ponto de seu corpo, nesse caso a cintura. Trata-se da *semeadura*⁴ de algo importante que está sendo preparado gradativamente, com o objetivo de que a paciente se aproprie dessa produção hipnótica. Nesse caso, visa permitir que toda a construção realizada culmine em certa desmobilização da parte do corpo em que sente dor, para que esta receba a influência de mecanismos inconscientes do corpo que estão sendo ativados durante essa etapa da indução ao transe. Desse modo, o terapeuta recorre à dissociação da experiência da paciente, convocando sua atenção para outra parte do corpo (porção superior, acima da cintura) que pode, então, realizar outras tarefas que estão para além da deliberação do sujeito, nesse caso ligadas à alteração da dor.

A dissociação é uma experiência natural e muito valiosa no transe, por se tratar de um recurso em que se pode evocar, de forma mais expressiva nesse contexto protegido, uma série de capacidades do inconsciente que, até o momento, podem estar inibidas ou em estado latente para manifestar seus efeitos. Nesse ponto, o terapeuta aproveita para realizar sugestões que coloquem a paciente em contato com recursos de seu universo simbólico e cultural. Dentro dessa perspectiva, foi buscado o universo do qual ela se referiu ao dizer das “coisas que as pessoas faz[em] quando se aposentam”. Embora não estivesse claro o que seriam essas “coisas”, foi considerado pelo pesquisador a partir da própria fala da paciente recorrer a um universo de representações socialmente compartilhadas sobre esse período da vida laboral em que estão o descanso, a segurança e, sobretudo, a possibilidade de realizar viagens.

Recorrer às ideias de viagem, sensações de segurança e tranquilidade surge como uma estratégia relevante para o momento inicial pelo fato de aliar as representações

⁴ *Semeadura* – consiste em lançar idéias por meio de uma história ou truismos antecipando o que ocorrerá. O terapeuta antecipa de modo indireto várias mensagens implícitas que são registradas pelo sujeito e, sob as condições apropriadas da relação terapêutica, poderão se concretizar em movimentos de mudança.

simbólicas trazidas pela paciente a recursos muitas vezes utilizados na hipnoterapia como possibilidade de relaxamento e envolvimento em um contexto de proteção. Nesse caso, aliam-se desejos, vontades e sentimentos da paciente em relação ao que gostaria para sua vida de aposentada às sensações descritas de segurança e descanso (ou relaxamento) utilizadas na hipnose por remeter o sujeito ao contato protegido com as instâncias inconscientes.

Essa forma de intervenção foi muito proveitosa do ponto de vista hipnótico, pois a paciente demonstrou aprofundamento no transe, constatado por leves movimentos repetitivos de cabeça, dos olhos, mudança na frequência da respiração e leve rubor na face. Além disso, o relato posterior apresentou as sensações de alívio e tranquilidade. Esse tipo de evidência denota um forte engajamento do sujeito na experiência hipnótica evidenciando seu aprofundamento no estado de transe, de forma que se pode identificar nesses sinais, mudanças no seu mundo vivido.

Assim, a pergunta “E o que você vê aí?” dirigida à paciente possui a intenção de investigar essa experiência subjetiva, por exemplo, a de produção de imagens, sensações, memórias, dentre outras. Entretanto, a paciente permaneceu absorta até a saída do transe. Tal experiência pode ser considerada muito positiva do ponto de vista clínico, uma vez que essa nova situação promoveu impacto sobre a construção de referências dominantes em seu processo.

As alterações de referências em relação à construção de corporeidade e espacialidade exerceram influência sobre o seu processo, podendo ser detectado em dois momentos interessantes após o transe. No primeiro momento, logo a após o final da indução – dentro de uma perspectiva de utilização – o terapeuta solicitou que a paciente relatasse como estava a sua sensação de dor dentro da escala com a qual ela e os médicos já trabalhavam. Procurando a forma habitual para que ela expressasse a dor a partir de um

instrumento que ela já conhecia, o terapeuta aproveitou o recurso de uma lousa branca disponível no consultório e pergunta se ela conseguiria colocar a dor dela dentro da escala. A paciente ainda muito envolvida pela experiência do transe não se levantou e nem mexeu os braços, apenas respondeu “7, quando eu cheguei tava 9”.

O segundo momento aconteceu quando a paciente já demonstrava aspectos de mudança no processo de dor. Relatando ter sentido melhora logo após a indução ao transe e nos dias posteriores à sessão. Hortência disse que pôde dormir profundamente nos dois dias após a primeira sessão. Entretanto, nos dias subsequentes, a dor voltou a lhe incomodar e a atrapalhar o sono.

Além do aspecto objetivo de identificação clara da redução da dor, a paciente trouxe elementos importantes do início do processo de mudança, quando falou a respeito de estar na igreja em oração e ter sentido vontade de fazer mudanças na vida, aparecendo, assim, a ideia de preparar bombons para vender. Na descrição da sessão seguinte, a preparação do transe toma o seguinte caminho:

Paciente: Tem hora que dá vontade de dormir e não acordar mais. (inaudível) quando vai começar esse trabalho.

Terapeuta: E por que não agora?

Paciente: Oi?

Terapeuta: E por que não agora?

Paciente: Por que eu vou dormir

Terapeuta: É... você pode deixar uma parte sua dormir...

Paciente: É, né?

Terapeuta: É... E a outra parte não precisa fazer nada, só ver como seu corpo vai reagindo. Daquele jeito que a gente fez na semana passada. Pode respirar, pode encontrar uma posição boa pra ficar... do jeito que você ficar melhor. E aí você respira... e vai respirando... E que coisa boa a gente poder respirar... e começar a entrar em contato com essas coisas boas que falamos, e conectar com seu corpo, sentir o ar passando pelos pulmões, como ele mexe com seu corpo. Sentir que essa

coisa boa de fazer os bombons está aí com você. Respirando, trazendo o oxigênio pra dentro de você.... deixando sair o ar (...). E isso é uma forma tão boa de ir começando... começando... a se preparar para ficar num estado mais profundo. E você fica aí aproveitando... e só para quando, por exemplo, vai a um compromisso importante... e arruma o cabelo... arruma a roupa de forma adequada e da forma que você se sente bem, nessa preparação. E naturalmente você pode ir percebendo o corpo ficando diferente... isso mesmo... e você não precisa fazer esforço algum. Apenas ir acompanhando minha voz, que vai junto com você... protegidamente... E uma parte sua vai ficando bem aí... e outra parte sua da sua mente mais profunda vai começando a te mostrar essa sensação que é tão boa, tão importante... é como entrar num lago, só de mansinho, e uma parte da pessoa fica ali dentro d'água e uma outra parte fica de fora... e que fico imaginando que sua mente pode te levar numa viagem pra outro lugar... e eu não sei se sua mente gostaria de te levar pra um lugar gostoso e seguro, que tem água, natureza, como um bosque ou em outro lugar simplesmente agradável... isso mesmo... do seu jeito... e você não precisa se preocupar com nada, porque sua mente sabe... aquilo que você mais precisa... (...) Como se aproximar do rio, do lago, do mar e pisar a água... e ir avançando, deixando a água subir até a cintura... e a água vai cuidando do corpo... e a pele sentindo o contato com a água... bem naquela temperatura mais agradável... e você pode deixar aí cuidando enquanto outra parte sua... (interrupção) Não tem problema... você desligou um pouquinho e voltou rápido, né... Não tem problema. É normal. Como é que você está se sentindo agora?

Paciente: Muito bem!

Terapeuta: Bem.

Nestas primeiras sessões nota-se uma estética na hipnose de Hortência em relação à sua rápida entrada no transe profundo e da saída repentina desse estado. Essa característica singular em seu processo, entretanto, não implica ausência de produção de uma experiência subjetiva. Isso porque, mesmo nessa característica, ela se mantém responsiva à indução, além de relatar sentimentos de paz, profunda tranquilidade e a redução da dor. Nessa indução, foi utilizado um procedimento semelhante ao da sessão anterior em que se trabalhou a dissociação e a consequente separação da dor, como

técnicas necessárias para favorecer os processos corporais de analgesia. Nesses estados dissociativos, busca-se auxiliar a emergência de processos do inconsciente que em vigília estão inibidos pelas associações e construções dominantes do paciente.

Desse modo, o cenário proposto nessa indução foi muito semelhante ao anterior, associando elementos da natureza e das sensações a que ela poderia sentir, além da relação com a dimensão corporal e da mudança de foco da dor. Entretanto, foi trabalhado visando buscar maior autonomia da paciente de modo que as sugestões teceram amplitude de possibilidades, deixando o tempo necessário para que seu inconsciente produzisse, tendo condições e o espaço necessário para o inconsciente atuar. Após a saída do transe profundo, Hortência relatou sensações de prazer e relaxamento, associando à vontade de ficar ali e dormir profundamente; ela se sente muito cansada e a dor não lhe permite uma noite de sono reparadora. Na sessão anterior, ela pôde experimentar o sono como um efeito hipnótico desencadeado pela redução momentânea da dor.

Em função disso, o terapeuta considera interessante apresentar a ideia de que a paciente poderá fazer sua auto hipnose em casa, para lhe ajudar com as noites de sono, sugerindo, de início, que ela faça semelhantemente à forma que está sendo trabalhada na terapia. De certo modo, aproveitou seu transe leve – demarcado pelo ritmo da voz, a economia de termos e palavras no diálogo, os olhos tendendo à fixidez em um ponto – para inserir essa proposição. Isso busca colocar a paciente mais responsiva às suas próprias reações durante o transe e também deixá-la mais propensa a acompanhar o transe durante as sessões. Na sequência dessa indução:

Paciente: É muito bom! Por isso é que a gente... na casa da gente... eu encosto, deito e durmo. (inaudível) Dá vontade de... Eu sinto vontade de dormir. Queria estar de pijama e deitar aproveitar e dormir até! Eu vou dormir muito, profundamente.

Terapeuta: É... você pode fazer isso em casa... desse jeito que a gente faz aqui.

Paciente: É? O senhor acha que vai ser bom?

Terapeuta: Claro! Vai ajudar em bastante coisa.

Paciente: O senhor falou tanto lá, mas eu nem me lembro.

Terapeuta: Aham... é normal. Uma parte da gente vai ficando, vamos dizer assim, mais sensível a outras experiências. Por isso é que vem essa sensação boa. E por isso que as palavras muitas vezes ficam distantes, né? É bem normal.

Paciente: ... bem lá longe. (...)

Terapeuta: E como você está se sentindo agora?

Paciente: Muito bem! Relaxada, em paz.

Terapeuta: Que bom. Isso que é importante você sentir. Como é que tá de dor?

Paciente: Melhor, a dor tá melhor.

Terapeuta: Qual nível que tá?

Paciente: 6... Eu tava pra morrer de dor. Todo dia, todo dia.

Terapeuta: E agora você então está bem tranquila, né?

Paciente: Tô

Terapeuta: E conforme você volta pro seu dia, pra suas atividades, assim, o que acontece com você? O que aparece de novo?

Paciente: Às vezes... no momento... um pensamento vem, que muda tudo.

Terapeuta: Aham...

Paciente: “Trabalho é sério!”

Terapeuta: É bem assim...

Paciente: É?

Terapeuta: E isso é que é muito bom. Por que quando...

Paciente: É como se eu tivesse muito certa, “tem que fazer assim, assim e assim” (inaudível) Aquele dia eu pensei que tava voando, num avião, e eu lembro de ter me sentido muito muito mal vestida. E eu olhando pra aquelas pessoas. (...) Aí eu falei com minha amiga, a gente tem muita amizade, e ela falou “isso você tem que contar pra ele”.

Terapeuta: Muito bom... Uma parte da nossa mente que trabalha e mostra muita coisa pra gente, e a gente nem imagina porque, mas ela tá mostrando bons caminhos. E é justamente isso, e a gente vai elaborando ao longo do dia.

Os tranSES das sessões acima relatadas dispararam processos reflexivos orientados sob a perspectiva de autoimagem e reflexão sobre sua história de vida. Na primeira sessão,

a produção de imagem em transe na qual ela se vê “mal vestida” em um avião olhando várias pessoas e sendo vista por elas, na segunda sessão sobre a vergonha de trazer para o terapeuta que se viu de tal modo. A paciente afirma ser uma pessoa vaidosa, que não gosta de estar desarrumada, entretanto, essa cena evidencia também processos de ordem simbólicas mais profundos enraizados em sua história de vida. Esse evento também disparou reflexões sobre sua história de vida que parecem estar intrinsecamente relacionadas à dimensão de autoimagem.

Relatou que saiu de sua cidade natal aos 13 anos e veio para o Distrito Federal para procurar trabalho. Sua saída foi marcante, pois teve que encarar dificuldades para se estabelecer, trabalhar e estudar. Além disso, enfrentou o preconceito da família. Para sua irmã e outros membros da família ficou a desconfiança de que ela teria vindo para prostituir-se. Hortência relatou com muito pesar os episódios de conversas por telefone em que ela recebia a hostilidade de seus familiares pelo fato de estar vivendo sozinha numa cidade grande. Ela insistia que não tinha ninguém, que nunca teve um namorado sequer, que estava trabalhando para sobreviver, mas a desconfiança permanecia.

Hortência foi acolhida por uma senhora que lhe deu abrigo durante o tempo necessário até que ela conseguisse um trabalho. Começou a fazer pastéis e vendê-los na porta da escola, onde terminou seus estudos. Ao final do período de formação, começou a se preparar para concurso técnico da área de saúde. A venda dos pastéis foi responsável pela sua subsistência durante os primeiros anos até conseguir êxito na seleção e começar o seu primeiro emprego. Sempre teve uma vida muito atribulada, trabalhou muito e lamenta “nunca tive tempo pra mim”.

A saída de Hortência de seu contexto de origem para o Distrito Federal conflui dois elementos preponderantes em sua vida, em que, de um lado lhe sobrou a desconfiança da família e a necessidade de provar que não veio para uma “vida fácil”, e

de outro lado, a necessidade de trabalho intenso para se manter e realizar seu sonho de estudar e construir uma vida melhor. Desse modo, sua fala “não tive tempo pra mim”, carregada de emocionalidade, apresenta-se como um forte indicador de produção de sentidos, denotando uma faceta simbólica desse processo, que lhe custou a construção de sua vida social e as possibilidades de constituir família ou ter filhos. Hoje tem contato com membros da igreja da qual faz parte e com uma pessoa que trabalha para ela, como sua cozinheira, entretanto essa relação é atravessada pela insegurança de que eles possam se fazer presente em sua vida apenas por interesse e não por uma relação com vínculos sólidos, sejam afetivos ou profissionais.

6.2. Configuração e Tetragrama

A dor vivida de forma intensa no corpo tenciona outros âmbitos de expressão de sua singularidade, dentre eles, seu processo histórico e atual que se configuram numa articulação de processos subjetivos complexos por natureza. Nota-se, assim, a relação entre a dor, a sua autoimagem sintetizada na figura “mal arrumada”, os processos históricos desde a saída de sua cidade e a desconfiança da família. Desse modo, o fenômeno da dor além de extremamente limitante na vida da paciente, também se vincula aos processos históricos de vida e ao seu momento atual em que não consegue vislumbrar alternativas para os momentos de grande sofrimento, perpassados pela solidão, ausência de trabalho, dentre outros aspectos.



Figura 4. Esquema da configuração inicial de Hortência, representando os principais elementos configurados à dor.

A organização desses processos é proposta inicialmente pela noção de configuração, cujo arranjo pode ser representado pela Figura 4, de modo que podemos perceber as variadas dimensões de sua vida que estão em profunda relação com a dor. Podem-se notar contradições no que se refere à sua autoimagem em que ora aparecem sentidos negativos relativos à sua aparência e de sua fala sobre estar “morta”, ora sobre seu processo de vida repleto de batalhas, esforços e superação. Outra dimensão contraditória está relacionada à sua vida social, da qual ela sempre se afastou para manter-se focada no trabalho, evitando o julgamento por parte da família em relação à sua vida sexual e amorosa.

O entrelaçamento dessas dimensões denota a complexidade da configuração (Figura 4), pois a família também se mostra como mais um dos elementos de grande relevância em seu processo de vida. Essa dimensão promove forte impacto sobre a vida da paciente, de um ponto de vista histórico, no que se refere à forma como determinou muito de sua trajetória de vida com julgamentos e desconfianças. Atualmente, o contato

que mantém com os familiares é atravessado por incômodos que, segundo a paciente advém da total falta de preocupação com sua condição de saúde e sempre estar associado a pedidos de ajuda financeira.

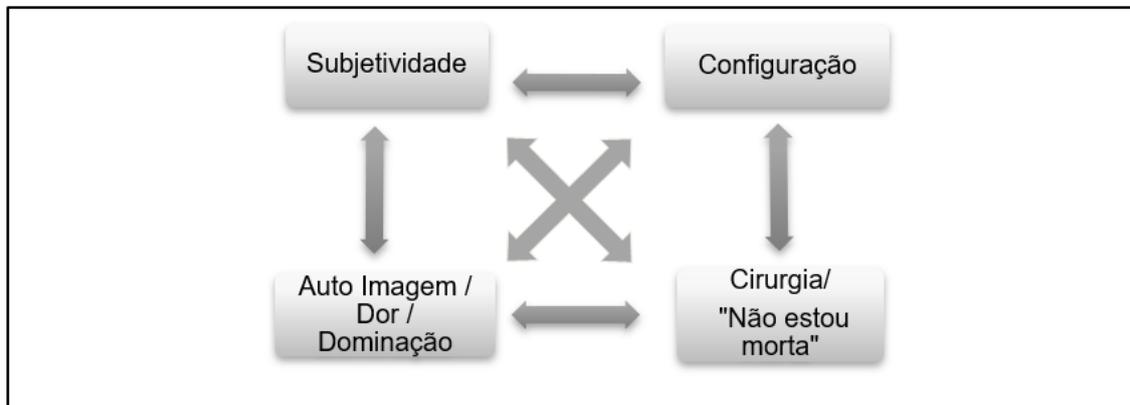


Figura 5. O tetragrama para o caso da paciente Rosa

A partir dessa representação em termos configuracionais pode-se explorar os processos de organização com relação à noção de tetragrama. Tal como no caso anterior, percebemos elementos do universo subjetivo da paciente que se articulam num jogo de forças intenso entre ordem e desordem. Os elementos importantes como a noção de autoimagem e a dimensão profissional demonstram com clareza o tensionamento promovido pela dor na configuração de Hortência, impelindo novas organizações. A dor promoveu impactos profundos em seu universo: a afastou do mundo de trabalho, trouxe a vulnerabilidade que a colocava à mercê das pessoas da igreja, não aproximou a família, modificando a forma de relação atravessada quase que exclusivamente pelo dinheiro.

De acordo com o tetragrama (Figura 3), que se organiza numa lógica não linear, é possível notar como os sistemas dotados de suas complexidades se articulam, no caso de Hortência, dentro de uma singularidade que organiza os diversos processos históricos, atuais, simbólicos, emocionais e físicos como a saída de sua cidade natal e o peso das imposições familiares. As batalhas pessoais para se sustentar, o trabalho como forma de se sobressair aos julgamentos familiares, o afastamento da vida social e do casamento se

apresentaram como consequências. O corpo intocado pelos ditames familiares, proibido de causar vergonha e a degradante dor que, por fim, a coloca deitada numa cama sem poder viver a vida, sonhar, trabalhar e até subir escadas para uma consulta psicológica.

O transe, desse modo, intercede como um elemento de perturbação das referências habituais constituídas na relação *eu-mundo*, atuando na configuração dominante. Atua na relação dialética ordem-desordem de modo a promover uma abertura para a produção do inconsciente. A desmobilização da dor pelo processo dissociativo permitiu a expressão de uma representação da autoimagem de maneira simbólica na figura “mal vestida”. Isso trouxe importantes desdobramentos do ponto de vista subjetivo. Esse aspecto é notado quando ela relata que quando estava na igreja sentada em oração como de costume e teve a ideia de que precisava fazer algo por ela. Sentiu que deveria voltar a trabalhar e fazer bombons para vender, tendo essas reações de uma hora para outra.

A sessão que segue apresenta importantes indicadores de mudança e do início do processo de reconfiguração:

Paciente: Senti mal... sexta-feira passei tanto mal, senti tanta dor. Mas eu tô assim... com uma mudança assim... Tô mudando assim de uma hora pra outra. Tinha uma mulher que trabalhava pra mim tinha 12 anos (...) Aí sexta-feira chamei ela, tava passando mal, tava numa crise de dor... eu chamei ela e falei “quero acertar suas contas, eu não quero mais o seu serviço”, eu mesma vou fazer. Aí acertei as contas dela e tô me virando. O governo não tá pagando o dinheiro da gente, então tem que criar né. O que a gente puder fazer faz, né? (...) Tinha mais de 5 anos que ela trabalhava pra mim. É muito dinheiro jogado fora, né? Se eu dou conta de fazer, pra quê, né? Por que eu achava que tava morta. É aquilo que eu falei pro senhor, eu revivi! Tô tomando consciência da Hortência que eu era antes!

Terapeuta: Que coisa importante, hein?

Paciente: Sempre trabalhei muito, por que eu vou ficar pagando [esse valor] pra fazer comida pra [eu] comer? Pago uma faxineira de 15 em 15 dias.

Terapeuta: Tomando consciência da Hortência que você era antes. Aham... E como essa Hortência era antes?

Paciente: Sempre gostei de trabalhar nunca fui dependente de ninguém. Hoje eu tô dependendo de alguém pra me trazer porque eu tô com medo de pegar em carro, né? (...) Tenho que tomar remédio e não tem pra comprar...

Terapeuta: E você disse que estava, assim, mudando de uma hora pra outra.

Paciente: Sim! Sem nem pensar.

Terapeuta: E quais as decisões você tá tomando de uma hora pra outra?

Paciente: Tomei essa de mandar a mulher embora. Depois de 5 anos é uma coisa importante. Ela fazia até meu café da manhã. Hoje eu despertei... o relógio... levantei 6 horas, fiz um beiju de tapioca. Fui lá na vizinha pra me ensinar a fazer. Por que eu nunca fui muito de cozinha, não. Só sei fazer pastel. Comida eu nunca gostei muito não. Mas tem que fazer, precisa né. E também eu quero emagrecer, comer verdura... tô indo na nutricionista. Comer só verdura... um bifinho de frango bem pequenininho... de 3 em 3 horas uma fruta.

Terapeuta: E quais as outras decisões que você tomou assim, de uma hora pra outra?

Paciente: De assumir as crianças na igreja. Eu tava querendo desistir de tudo. Aquele dia que o senhor me ligou trabalhei o dia inteiro na igreja. É um trabalho voluntário, né? Eu assumo... vambora. Sexta-feira eu fiquei de cama. Mas tomei essa decisão, eu não vou ficar de cama, vou fazer minha comida. Aí eu chamei a mulher e falei “vem aqui que eu quero falar com você”. Acho que a dor me irritou e fez eu tomar essa decisão.

Terapeuta: A dor te irritou e fez você tomar essa decisão...

Paciente: Foi. Eu falei não vou ser mais dependente de ninguém. Essa dor não vai me atrapalhar eu fazer minha comida. (...) Aí ela ia cedo levava meu café. Meio dia levava minha comida. De noite levava janta. Era muita mordomia, não quero isso mais não. Eu não tô morta!

Terapeuta: Você não está morta...

Paciente: Eu estive morta, mas agora eu não estou!

Terapeuta: ... e você falou que sentiu dor... novamente.

Paciente: Senti.

Terapeuta: Quando foi que você sentiu dor?

Paciente: Sexta e Sábado

Terapeuta: E nos outros dias?

Paciente: Ficou mais fraca a dor

Terapeuta: Naquela escala, como ficou a dor

Paciente: Ficou 10

Terapeuta: E nos outros dias?

Paciente: Menos. Eu me envolvi muito com o trabalho da igreja, toquei meu teclado, meu violão. Assisto um filme... E eu preciso trabalhar, não tô morta. Se eu deixar a dor toma conta de mim. A gente tem que reagir. Tem que fazer alguma coisa.

Terapeuta: E como você vê a vida agora? ... pra frente...

Paciente: E vida continua.

Terapeuta: E como foi fazer o café [da manhã]? Aprender com a vizinha?

Paciente: Gostei.

Terapeuta: Bom de que jeito?

Paciente: Porque eu aprendi... que eu tô viva, que eu dou conta de me cuidar. Eu não tô dependente de ninguém. Eu sou livre igual àquela Hortência de 13 anos. (Pausa) Não quero depender de mais ninguém.

No trecho acima é possível detectar importantes indicadores de produção subjetiva em termos simbólicos, com a mudança de perspectivas sobre a vida, e emocionais, no que tange a sentir-se viva novamente, demonstrando mudança na configuração inicial. Esse movimento tem importância terapêutica, pois ainda que seja incipiente do ponto de vista de reconfigurações mais profundas, já aponta caminhos possíveis para as futuras intervenções. Na sessão seguinte, a paciente relata outros desdobramentos do processo terapêutico. Apesar de demonstrar as dificuldades para empreender os esforços necessários, sua vontade ainda se mantém vívida:

Paciente: Doutor, eu tô querendo fazer uns bombons. Mas pra mim acaba pesando, porque eu preciso de muita ajuda. Preciso de ajuda pra vender. Tem um rapaz que pode vender esses bombons pra mim. Dá muito trabalho. (...) Pois é... Por que eu tô muito parada. Fico só estudando bíblia. Quero fazer alguma coisa

diferente. Mas tem que fazer alguma coisa, ter coragem. Você não acha que eu tô certa?

Terapeuta: Sim... Então você sentiu essa vontade fazer bombom, algo diferente... e dividir o seu tempo entre os bombons e o estudo da bíblia.

(...)

Paciente: O que o senhor acha da ideia de fazer bombom?

Terapeuta: Me parece que é uma ideia boa. Porque isso surgiu de uma vontade que você tem, né?

Paciente: Sim, porque que tô sem coragem pra nada. Por que eu só quero ficar deitada. Tenho até raiva da dor. Deus que me perdoe... Cansa.

Terapeuta: Por que todo mundo precisa fazer uma pausa, né? (pausa)

Paciente: É...

Terapeuta: Por exemplo, a gente trabalha de 08:00 a meio dia (...) E faz uma pausa pro almoço. (pausa)

Paciente: É...

Terapeuta: Aí depois de 14:00 às 18:00, aí faz uma pausa, depois volta pra casa pra descansar, né? (pausa) ...pra no outro dia ir fazer o trabalho de novo.

Paciente: É por que demora ... aí a gente precisa dormir, né?

Terapeuta: Exatamente

Paciente: Então eu poderia fazer bombom agora e aí preciso dormir, né? Se não, eu não aguento.

Terapeuta: Sim, por que você precisa descansar, né... dar uma pausa ... intercalar o trabalho ... isso é importante.

Paciente: Mas o senhor vai ver que eu vou fazer os bombons. Esse eu vou fazer! Eu faço com côco, uva, brigadeiro... com cereja, licor (...).

Terapeuta: E qual é o sabor que você mais gosta?

Paciente: Eu?

Terapeuta: É

Paciente: O de côco... uma delícia! E o senhor?

Terapeuta: Gosto de côco também.

Paciente: É mesmo?

Terapeuta: Sim

Paciente: São todos bons... todos eles. É muito gostoso.

Terapeuta: Não duvido. Você sabe fazer muitas coisas, né? Já fez pastel, né...

Paciente: Foi

Terapeuta: Isso te ajudou a estudar, custear os estudos.

Terapeuta: Como é que surgiu essa ideia?

Paciente: De fazer bombom? (Inaudível) cansei... tem que fazer alguma coisa. Não vai me levar a nada ficar deitada. (inaudível) ...é minha cabeça, né?

Terapeuta: E essa decisão que você toma é muito importante, né. Por que alguma coisa em você te chamou atenção pra que você vivesse e fizesse uma pausa, né? (pausa) Alguma coisa te mostrando um outro caminho.

Paciente: É... tem que fazer alguma coisa, não dou conta de ficar parada não. Sempre trabalhei tanto, né? Tenho vontade de (inaudível) de ir pra praia. Férias (inaudível) Eu quero mesmo é fazer alguma coisa. Não sei... de repente me deu vontade de fazer bombom. (...) Nunca tive tempo pra nada. Nem de namorar, nem de casar, nem de ter filho.

Indução do transe:

Terapeuta: Você não precisa fazer mais nada... eu vou apenas conversando com você... e você vai observando a sua respiração, sentindo o ar saindo pelo nariz... seus pés no chão, seu corpo na cadeira. E você me falou tantas coisas sobre você... das suas vontades... da sua história... e que valeu a pena todo esse trabalho. As coisas que você conquistou, as coisas que você [ainda precisa]... respirando... e que agora nesse momento da vida aparece outra vontade. E você não precisa fazer nada, enquanto eu vou conversando com você... E você me falou da sua dor, de como foi bom aquele dia em que você entrou na água... e seu corpo, e uma parte da sua mente pode querer fazer isso novamente. E uma parte sua pode te levar lá pra aquela água, pro mar... E os seus pés vão poder seguir te guiando... e você pode levar alguns instantes para perceber que o corpo já vai entrando na água. E se aprofundar... Enquanto outra parte sua vai te levando para outro lugar... E eu fico imaginando se sua mente profunda pode querer ir te levando para um lugar onde você veja plantas, água... uma casa. Do jeito que vier... do jeito que sua mente mais profunda for te levando... naturalmente... por que sua mente sabe... pra cuidar de si...

Paciente: ... [inaudível] em Copacabana, no Rio de Janeiro... eu gosto de lá porque é calor. Daquelas calçadas de lá... eu tenho um quadro de lá... muito bom

Terapeuta: Aham... que coisa boa... E como está aí seu coração, como você está se sentindo agora?

Paciente: Bem melhor... mais tranquila, mais calma. Vou levar aquela consideração dos bombons pra ele

Terapeuta: E você sabe que isso é importante pra você

Nessa sequência trabalhada na mesma sessão é possível notar importantes indicadores do processo de mudança, reconhecidos na fala em que ela apresenta seu interesse em fazer bombons para vender. Apesar de ainda um pouco insegura com a decisão, muito em função da dor que ela sabe que deverá encarar, demonstra que já está com a ideia consolidada quando diz que já havia uma pessoa em mente para ajudar e posteriormente ao relatar os tipos de bombons que poderia fazer.

O contraponto dessa decisão também está em seu enfado com relação ao estudo da bíblia e às atividades da igreja. Frequentemente relatava cansaço com o trabalho de educadora de jovens e, principalmente, da pressão do pastor e de seus colegas que insistentemente a levavam para a igreja, mesmo que ela não quisesse ou não tivesse condições físicas. Assim, frequentemente descrevia sua rotina como uma sequência quase ininterrupta de leitura da bíblia, com poucos momentos de pausa em que ela se sentia realmente descansando. Isso porque todo o tempo em que estava lendo ou deitada, temia a presença do “povo da igreja” e da iminência das aulas para as crianças, que, apesar de serem semanais, lhe pareciam diárias. Sua sensação é de que não havia pausa, não percebia o espaço de tempo entre uma semana e outra.

As sugestões foram sendo tecidas de modo que a ideia de *pausa* aparecia entremeadas às ideias que falavam sobre o trabalho, como uma estratégia de associar a rotina às pausas importantes e ao descanso. Essa intervenção teve o objetivo de trabalhar sugestões que se colocavam indiretamente favoráveis ao seu desejo atual de dar início a uma nova atividade, rompendo com fortes determinantes da vida impostas pela dor, salientando um modo específico de conduzir o trabalho: com pausas. De certo modo,

essas sugestões também se colocavam semeando a *pausa* em direção à indução do transe, visando trabalhar uma forma dominante no funcionamento de Hortência em que ela se envolve com uma atividade e vai até o fim, exaurindo suas forças. Lidar com a dor nesses momentos necessitaria de prudência de sua parte, já que esse novo plano poderia ser sabotado por uma forte crise ou pelas exigências das atividades da igreja.

Nesse entremeamento, a cadência da voz, ritmo, timbre, e mesmo a própria pausa, são recursos de que o hipnoterapeuta pode lançar mão como estratégia para conferir ênfase a certas palavras ou grupo de palavras que se relacionam a ideias específicas que o terapeuta quer transmitir. Essa é uma técnica muito comum e se presta também a fazer uso de um apelo dramático que tem por finalidade envolver o paciente no processo relacional de influência. Durante esse processo, a paciente já demonstrava pequenos sinais de que estava em um transe leve, como a monotonia das falas e o olhar ao falar sobre os bombons, como gosta deles e sobre a necessidade de dedicar tempo para si.

O aprofundamento desse estado, foi levado junto com as sugestões sobre as pausas, o trabalho e o cuidado de si, juntamente com truísmo que colocavam a paciente diretamente em contato com sua história pessoal, mas enfatizando a parte de sua história de lutas, batalhas e, principalmente, as conquistas geradas pelo esforço. Esse contexto de elementos simbólicos e de caráter emocional foi remetido à leveza e o cuidado do cenário já trabalhado anteriormente em que o terapeuta explora o processo de dissociação da paciente. Espontaneamente, a paciente relata uma profunda experiência que a conecta com Copacabana, unindo a sensação de calor e o quadro que ela possui em sua casa, que representam as típicas calçadas da famosa praia. Ao ser perguntada sobre o que estaria sentindo, relata calma e tranquilidade.

A experiência do transe levando à produção de imagens proporcionou um estado de paz e tranquilidade profunda. O contato com um universo de valor simbólico repleto

de significados trouxe a segurança que precisava para fazer os bombons, e solicitar à pessoa conhecida que auxiliasse na venda. Ao final, tal como foi utilizado nas sessões anteriores, o terapeuta recorreu à escala numérica de dor para levantar mais um indicador de que o transe havia promovido alterações significativas na dor. Sua resposta foi positiva, a dor havia reduzido e, em sua avaliação, para o nível 6.

Na sessão posterior ela traz importantes relatos sobre o processo de mudança, que foi ganhando contornos mais definidos:

Paciente: Fui na igreja, estudei a bíblia essa semana, fiz bombom. Mesmo com muita dor nas costas ... não é nem a dor normal, a dor crônica. Senti muita dor aqui nas costas. Mesmo assim fiz 100 bombons.

Terapeuta: 100 bombons, poxa! Que bacana, hein! E quanto tempo você ficou?

Paciente: O dia todo.

Terapeuta: De manhã até de noite?

Paciente: De 7 até as 4 da tarde. Fiquei tão cansada que até dormi. Apaguei e não vi nada.

Terapeuta: Hum... que coisa boa.

Paciente: É bom trabalhar, viu doutor. (risos)

Terapeuta: Então você... teve aquele momento lá na igreja, né? Em que você tava ouvindo o hino e você entendeu que precisava fazer alguma coisa diferente, né?

Paciente: E eu não quero ficar só deitada, eu ficava só na cama.

Terapeuta: E aí veio essa coisa dos bombons, né?

Paciente: E só queria saber de ficar deitada... não pode. Tem que sair dessa.

Terapeuta: E aí então você fez os bombons. E depois que fez os bombons, dormiu bastante.

Paciente: Senti bastante dor fazendo os bombons, por que fica muito em pé. Dá muito trabalho. (...) Botei na minha cabeça que agora eu não vou ficar mais deitada.

Além da redução da dor, que pode ser evidenciada de maneira objetiva, é possível notar a produção de sentidos sobre seu modo de vida e sobre o cenário que a cronicidade do problema promove. A sua fala “não vou ficar mais deitada” apresenta um relevante

indicador dessa produção que subverte a lógica da limitação e da submissão à dor. A ideia de que precisava fazer algo por si, que surge na sessão anterior, agora entra como uma diretriz estabelecida por ela própria, mas que nesse momento da terapia ganha uma nova materialidade, porque agora está associada ao fato de ter realizado aquilo que determinou, superado uma dor extremamente limitante, além, é claro, da forte emocionalidade em torno da alegria e vivacidade gerada por esses eventos.

Observa-se também que houve mudanças na dinâmica de seu modo trabalho, de forma que ao longo das várias horas que dedicou à confecção dos bombons, ela realizou algumas pausas para descanso e para visitar uma vizinha. Essa pode ser considerada uma nova maneira de lidar com a intensa dor, advinda como um desdobramento das sugestões da sessão anterior, podendo ficar mais clara a partir da fala a seguir:

Terapeuta: E quando você cansa, você faz o que?

Paciente: Eu fico parada. Aí eu tenho uma vizinha que eu gosto demais dela, aí eu visito de manhã e de noite.

Esse pequeno trecho sintetiza como foi a dinâmica de seu trabalho com os bombons no primeiro dia, tendo perdurado para os outros dias de trabalho. A produção dos bombons precisa ser feita em etapas bem encadeadas devido aos ingredientes utilizados, entretanto, a paciente procurou gerenciar melhor a distribuição do tempo entre as etapas para as pausas e para a visita da vizinha amiga. Ao longo da sessão relatou a força que teve durante a vida e como foi preciso ter essa força para conseguir realizar as tarefas desse novo trabalho.

Além disso, lembrou de seu desejo de crescer, trabalhar, construir a sua vida. Ela considera que teve sucesso naquilo que se propôs a fazer na vida e que precisou de muita coragem para isso. Passar no concurso, comprar a casa onde mora e um carro possuem um valor simbólico que demonstram esse sucesso. Apesar de lamentar não poder dirigir

hoje e ter mais independência, lembrou-se da alegria que foi poder comprar seu carro e de como era prazeroso conduzir o carro.

A indução do transe nessa sessão se dispôs a estabelecer a fixação de atenção nesses desejos e ideias que atravessam o universo simbólico, emocional e físico de Hortência como estratégia de reconectá-la a recursos de seu mundo que foram tão importantes em sua dura batalha desde os 13 anos e estão sendo necessários para esse momento. A experiência de dirigir foi utilizada como estratégia para evocar recursos do corpo ligados à autonomia de importantes processos dissociativos, que foram entremeados às sensações de prazer, cuidado e proteção.

Terapeuta: Você consegue se concentrar nesse desejo, de crescer e estudar? Nesse sentimento... E seus olhos podem querer se fechar pra enxergar melhor esse sentimento... Como é bom, quando a gente percebe aquela criança com os olhos brilhando, com vontade de fazer alguma coisa que sente que é tão importante... e que de alguma forma dá força... força... força pra andar... força pra agir... força pra ter coragem... perante os desafios... E você vai respirando, e vai me acompanhando também... Você tá me acompanhando?

Paciente: Como assim?

Terapeuta: Acompanhando a minha voz... quando eu falo com você.

Paciente: Pra mim falar também?

Terapeuta: Isso... se você quiser pode falar também... ou apenas acompanhando também... Por que você sabe desse sentimento que acompanha você... e te dá força. Não é verdade?

Paciente: É...

Terapeuta: Então vai respirando, bem profundamente... solta o ar... que sai naturalmente... E você vai podendo perceber como a respiração mexe com seu corpo... e você vai podendo perceber também como seu corpo se mexe quando você respira... vai podendo perceber como seu corpo vai querendo começar a ficar... por que ele pode querer acompanhar a respiração... leve... sentindo a leveza do ar... sentindo a leveza do ar... isso mesmo... E uma parte sua sabe muito bem como é apenas respirar, sentindo a suas mãos, seus pés no chão... o movimento de

sua cabeça (...) E essa parte sua pode querer ficar aí um pouquinho... sentindo a respiração (...) E uma outra parte sua, da mente, que funciona de uma forma muito interessante... por exemplo quando fica muito tempo dentro do carro... e com o tempo, no carro, não precisa pensar em muita coisa, pois essa parte da mente sabe exatamente colocar a mão no lugar certo e os pés no lugar certo... e não precisa pensar em nada, apenas deixar e observar aquele sentimento dirigir... aquela vontade... e aquela outra parte sua ao ver algum obstáculo, leva o pé ao freio... e observa a pista fazendo uma curva e ela leva o volante... e não precisa pensar em nada... a mão leva o volante para a esquerda, para a direita. E a mão na direção... naturalmente... e a sua respiração vai fluindo, e você vai percebendo... encontrando agora um estado diferente... mais profundo... percebendo o seu corpo e sua mente ficando diferentes... naturalmente. E você pode ir aproveitando cada momento em cada expiração, enquanto eu vou conversando com você. E a sua mente vai acompanhar... enquanto o corpo fica aí [inaudível] por que ele pode querer encontrar aquele lugar tranquilo e agradável [inaudível] E eu fico imaginando o que esse lugar faz com a dor... pode cuidar da dor... preencher você com a coragem. E eu fico imaginando... como é sentir [inaudível] paz... [inaudível] deixar o seu corpo ir mais e mais... trabalhando por você... e é tão bom poder ficar aí e deixar o corpo trabalhando, como ele sabe fazer... e cada pedacinho do corpo, cada célula, vai sentindo essa coragem. E o sangue vai circulando, levando para cada pedacinho seu... Como quando se entra em um lugar e o corpo reage [inaudível] E eu fico imaginando, como é bom esse sentimento tomando parte [inaudível] e uma outra parte vai se ligando à coragem [inaudível] O corpo tem uma sabedoria, que quando há um corte todas as plaquetas, as células, anticorpos naturalmente vão se dirigindo para cuidar de você, sem que você precise se preocupar com nada...

Paciente: Eu dormi [inaudível] fico prestando atenção na sua voz... é [o] mesmo que eu deitar e dormir. Eu tenho a sensação que a vida tem que continuar, não pode parar.

A descrição do funcionamento fisiológico como forma de sugestões indiretas para a autonomia dos processos orgânicos foram utilizadas pelo fato de que Hortência é profissional da área da saúde e compreende bem tais funcionamentos e a importância de

se respeitar esses processos, tal como já havia mencionado em outros momentos. Esse trecho também evidencia como o transe atua no jogo das forças entre os sistemas, promovendo dentro do tetragrama a possibilidade de novas interações. Tais interações entre os sistemas permitem a possibilidade de uma nova organização responsável pela mudança da dor. Isso pode ser verificado quando no eixo de trabalho terapêutico ligado à autoimagem reaparecem elementos identitários importantes com relação ao trabalho e permitem nova ordem para a relação que a paciente estabelece com a dor. Assim, nota-se que a dor começa a apresentar nuances de reconfiguração, passando a não mais dominá-la.

6.3. Holograma

Esses primeiros momentos da terapia evidenciaram um caminho importante ligado à autoimagem de Hortência para a reconfiguração da dor. Apesar de se poder detectar que o transe promoveu sensações de alívio da dor por evocar mecanismos próprios do corpo, a relação com a autoimagem foi preponderante no processo de mudança. A possibilidade de se reconhecer – dentro do processo vivencial que o transe promoveu – não mais dentro dos papéis determinados pela dor, mas como a pessoa ativa e trabalhadora que sempre foi, atuou como um elemento de forte impacto sobre sua autoimagem e sobre a sua forma de relação com a dor.

Além dos indicadores já apresentados, pode-se destacar um episódio de grande relevância para a qualificação das mudanças como processo de reconfiguração que ocorreu no momento seguinte às sessões relatadas. Antes do atendimento, terapeuta e paciente foram surpreendidos com o não funcionamento do elevador que os levaria até o segundo pavimento para acesso ao consultório. Quando o terapeuta se prontificava a solicitar outra sala para realizar o atendimento, assertivamente a paciente se posicionou sugerindo que subissem pela escada. Esse fato é passível de nota para a análise do estudo

de caso, dado que logo no primeiro contato da paciente, por telefone, ainda antes de ser marcado um horário, as escadas eram um fator impeditivo. Isso demonstra uma ruptura significativa com relação à configuração inicial.

O episódio acima evidencia de forma radical uma mudança na vivência da dor muito relevante para a paciente em termos físicos, mas também no significado que essa mudança tem para a paciente. As importantes produções subjetivas que emergiram a partir do processo terapêutico e dos movimentos iniciais de reconfiguração da dor em termos dos sentidos ligados ao desejo de mudar de vida, de voltar a trabalhar, de não ser dominada ou se ver dependente de alguém ecoam em seu universo ressoando em processos de ordem histórica, cultural, social.

Desse modo, na configuração de Hortência, os aspectos macrossociais ligados à sua história de vida como uma mulher retirante do nordeste, os valores culturais, a desconfiança familiar, a perseverança nos ditames de não manchar a integridade da família, estão configurados à dor. Podemos compreender a ressonância desses elementos atuando como hologramas, pela relação das influências macrossociais e filogenéticas presentes nessa experiência singular (Morin, 2014). Essa autoimagem dentro da noção de *holograma* configura, dentre outros processos sociais e culturais, gênero e pertencimento, em sua dimensão coletiva.

Em outras palavras – na relação parte-todo que a categoria *holograma* comporta – em Hortência enquanto *parte*, enquanto um sujeito complexo que articula de forma singular as influências às quais está submetida, pode-se constatar a influência do *todo* como o macrossocial, representado pelo contexto histórico e geopolítico específico da realidade brasileira de migração, preconceito, gênero, sistema de saúde, economia integrados no mundo da pessoa, tornando-se um todo. Esses elementos, por outro lado,

tornam-se partes do ponto de vista de como se integram às configurações e da forma singular com que se manifestam no sujeito.

É interessante também notar como essas influências tomam a forma de preconceito ligado à sexualidade. Dentro de uma típica realidade brasileira, de retirante nordestina, Hortência, além de lidar com as questões geopolíticas que a retiram de seu local de origem também é colocada diante do preconceito de gênero. A necessidade de sair de casa logo aos 13 anos de idade e encarar as dificuldades de se estabelecer em outra cidade e sem trabalho a colocaram diante do preconceito familiar, associando sua saída e sua batalha à prostituição. Seu grande incômodo com a família advinha, em grande parte, dessa associação de sua saída ao sexo. Posteriormente, após muita batalha, quando já estava conseguindo sobreviver pelo próprio trabalho, a desconfiança era de que apenas poderia ter conseguido pela prostituição.

As influências exercidas por essas instâncias da complexidade da vida da paciente na experiência singular de dor foram aos poucos ocupando outro lugar em seu momento atual de vida. Inicialmente, do ponto de vista da autoimagem a figura de mulher trabalhadora e autônoma com pouco tempo para si foi afastada com a dor, predominando assim, a mulher submetida e imobilizada pela dor. Posteriormente, a figura de mulher trabalhadora pôde ser convocada pela hipnoterapia ocupando lugar principal no cenário de Hortência.

Compreende-se que essa identidade de sua autoimagem nasceu em contraposição às duras determinações macrossociais, como forma de superar os desafios de viver sozinha com 13 anos em uma cidade grande longe da família. Foi importante para lidar com as dificuldades enfrentadas, conseguir dinheiro, trabalho, buscar o sonho de trabalhar em um hospital, comprar sua casa e seu carro. Ocupando-se com trabalho e com estudos

não teve tempo para se “distrair com relacionamentos”, ou mesmo, como é culturalmente comum, afastar-se de sua trajetória de vida, de seus sonhos, para dedicar-se ao casamento.

Quando Hortência foi acometida pela dor, após as cirurgias, houve uma mudança em sua configuração, de modo que a sua produção de sentidos pode ser sintetizada na fala “eu estava morta”. Dessa maneira, a hipnose permitiu conectá-la a uma rede de elementos simbólicos e físicos que a reposicionaram perante a vida e a dor, do ponto de vista da autoimagem, com sua expressão mais ativa, autônoma de trabalho, da necessidade de continuar viva batalhando pela vida e do clamor pela sua liberdade. Essa nova materialidade dentro da terapia foi de suma importância para a transformação perante seu momento atual de vida e, pela noção de holograma, diante das forças macrosociais.

Uma interessante evidência que aparece dentro dos processos de reconfiguração acontece quando Hortência se vê tensionada perante sua relação com o trabalho na igreja com relação à dominação por parte do pastor. Esse episódio aconteceu após uma sessão em que vinha refletindo sobre a hipnoterapia e tudo que tem acontecido em sua vida. Nesse momento da terapia Hortência continua trabalhando, fazendo seus bombons de coco, cuja produção aumentou em função da demanda de uma loja de doces que pediu para revendê-los. Sente-se feliz por estar conseguindo prosperar nesse trabalho e por estar conseguindo guardar dinheiro. Relatou também estar sentindo vontade de tocar violão, teclado e cantar, como fazia antigamente.

Nos trechos que seguem, será relatado a indução hipnótica e os posteriores desdobramentos:

Paciente: ...você vai em outro lugar, vê outras coisas.

Terapeuta: Pode ser que seja um sono que não é bem um sono

Paciente: Acontece, né...

Terapeuta: Em que os olhos estão fechados, mas se vê muita coisa... não é...

Paciente: Às vezes você tá praticamente dormindo... dormindo acordada, praticamente... e aí você consegue ver coisas. Que nem eu vi aqui... na praia... andando de avião. Vários lugares eu vi.

Terapeuta: É um sono que desperta. Fecha os olhos do corpo e abre os olhos da mente. Que interessante ver isso, hein. E como é que começa isso?

Paciente: Dormindo

Terapeuta: Então pode fechar os olhos, que a gente já conversou bastante coisa. Então vai observando a sua respiração. Respira bem profundamente. Enche todo o pulmão de ar. Mais algumas vezes até deixar a respiração fluir naturalmente. E você pode, conforme o ar vai saindo, soltando o corpo. Soltando o corpo na cadeira, repousando... relaxar os pés as mãos, abdômen, tórax, enquanto a sua respiração vai sobressaindo bem naturalmente. Essa parte que já conversamos, que apenas fica escutando a música enquanto você dirige um carro. É essa mesma parte faz com que aquela mulher observe o balcão, e vá aos alimentos disponíveis. É a mesma parte que presta atenção enquanto vamos conversando, e não precisa dormir. Pode ficar atenta enquanto eu vou conversando, ficando bem concentrada, e não precisa dormir. Observando... os sons que vem de lá de fora. Sentindo a respiração fluindo. Enquanto uma outra parte sua pode vir te deixando um pouco mais diferente... (...) É aquela parte que sinaliza para a mãe que existe uma necessidade... e essa parte pode querer levar para um lugar de paz e tranquilidade, que ela sabe como fazer isso... (...) E essa parte pode querer te deixar lá. E pode ser que você comece a sentir o corpo diferente... a mente vai ficando diferente... Há quem diga que o corpo está quente e vai entrando nesse estado e o corpo vai ficando mais fresco, ou está pesado e vai começando a ficar mais leve... bem leve. Ou quando começa a sentir aquela diferença no corpo quando vai se aproximando da água... sentindo os pés, tornozelos, e vai avançando... sentindo a leveza natural... avançando e deixando a água chegar até a cintura, ficar ali, sentindo o balanço que a água traz. (...) Aquela sabedoria que faz a mulher grávida ir lá e se alimentar apenas das coisas que são necessárias para ela... e você pode continuar deixando essa parte sua até a sua cintura, e o balanço da água vai ficando mais interessante, e a outra parte escutando os pássaros, sentir a brisa... naturalmente. Como quem viaja para outro lugar... e eu fico aqui imaginando, como é que o corpo reage, quando se vê nesses lugares de paz e a gente pode até não saber, mas o corpo sabe... sabe como é chegar nesse lugar... sentir uma coisa agradável... e

escutar uma música muito bonita. E é por isso que tem quem diz que a música ajudar a curar e “quem canta, seus males espanta”. Quem ouve, escuta, dança vai deixando essa sabedoria mais forte, mais presente. Enquanto você respira, e depois quando você retornar, você pode deixar a sua mente consciente fazer as coisas que você precisa, enquanto a sua mente inconsciente vai continuar trabalhando esse momento. Eu não sei como ela vai fazer isso, mas é certo que ela age, de forma sábia... naturalmente. E é possível que quando você estiver nos seus afazeres diários, ela apareça novamente te ensinando novos caminhos, ou quando você estiver cantando, tocando o seu violão... ou o seu teclado... ela te mostre... (saída do transe) E você pode ir sentindo os pés, as mãos novamente... mexer um pouquinho as mãos... isso e no seu tempo vir voltando pra cá... bem naturalmente... quando se sentir à vontade pode abrir os olhos... no seu tempo. Sentindo novamente os sons daqui da sala... bem tranquilamente, e voltando pra cá. E vai sentindo o calor no seu corpo... você sentada aí na cadeira... Tudo bem?

Paciente: Tava tomando banho no mar... tinha muita gente... foi muito bom. (...) Muito bom a sua voz... faz qualquer um dormir. (...) Fui acompanhando, mas aí eu perdi a sua voz...

Terapeuta: E essa experiência de hoje, como foi?

Paciente: Foi muito bom. Tava alegre, feliz. Parece que eu tô mais leve. A gente preocupa com uma coisa, com outra, aí vem a alergia... mas vai passar. Agora tô bem.

Terapeuta: E tá sentindo dor?

Paciente: Não...

Terapeuta: De zero a dez, tá quanto?

Paciente: 3... Parei de tomar Tylex (codéina), nunca mais tomei um Tylex. Isso é muito importante!

A indução buscou ancorar experiências boas e importantes para a paciente explorando o caráter vivencial do transe. Desse modo, as sensações de alívio associadas à audição, com o elemento da música, e o som dos pássaros que vinham de fora da sala foram empregados como estratégia de utilização. O terapeuta também notou movimentos de cabeça cíclicos e repetitivos feitos pela paciente que também foram aproveitados na indução como estratégia de fixação de atenção e de dissociação. Isso visou colocá-la

diante de cenários simbólicos os quais já haviam sido trabalhados anteriormente juntamente com as experiências musicais, importantes fontes de recursos para a paciente.

Ao final da etapa de intervenção, o terapeuta também utilizou a sugestão pós-hipnótica como uma estratégia ao colocar a paciente e a dimensão inconsciente disponíveis para estar em sintonia com os processos de mudança e para que eles possam dar continuidade após o transe. Foram utilizados os elementos *canto, violão e teclado* tendo em vista o significado e a importância que tinham para a paciente e que, nesse momento da terapia, reapareciam em sua vida como fonte de prazer. Também foi considerada a expressão musical como fonte de recursos terapêuticos para Hortência, pois além da satisfação com a música, os momentos em que ela se disponibiliza para tocar e cantar são momentos em que desenvolve leves transes espontâneos.

Durante a conversa inicial, foi discutido a partir do interesse da paciente e de seus conhecimentos na área biomédica como o corpo tem capacidades que muitas vezes desconhecemos e que estão inconscientes, como a capacidade autônoma de mudança, cura e homeostase. Desse modo, durante o transe, segundo o princípio de utilização, o terapeuta apresentou diversas sugestões que evocassem e a colocassem em contato com essa dimensão no corpo. Tal como ela mesma apresentou, existe uma capacidade que muitas vezes se apresenta em mulheres grávidas que, por estarem com carências de minerais ou vitaminas, sentem mais atração por determinados tipos de alimentos que possuem justamente o que necessita. Popularmente, existem inúmeros casos de mulheres que se sentiram atraídas por tijolos.

Nessa intervenção, Hortência apresentou diversos indicadores de estar em transe profundo. Dessa vez os movimentos da cabeça foram mais expressivos que os de costume. Em função disso, contrariamente à forma que até então predominava com sua saída repentina, a saída do transe precisou ser guiada, dado o nível de aprofundamento. Essa

nova forma demonstra o envolvimento na experiência hipnótica, uma nova qualidade do processo terapêutico e do aspecto vivencial do transe que, pelos desdobramentos que trouxe, pode-se compreender que a sua produção subjetiva, a partir desse momento, ampliou as possibilidades de mudanças e de interações entre os sistemas.

Na sessão subsequente, Hortência relata um profundo sentimento de solidão e da inquietação em relação às atitudes das pessoas da igreja, em especial, do pastor que não permite que ela tenha a liberdade para ausentar-se de algumas tarefas quando necessita. No início da sessão, logo após sentar-se na cadeira e procurando conter as lágrimas:

Paciente: Me sinto muito sozinha

Terapeuta: Essa solidão que faz você sentir essa emoção que você tá sentindo agora? Que faz você ter vontade de chorar... Pode deixar essas lágrimas caírem, são bem vindas. Essa emoção faz o que com você?

Paciente: É ruim...

Terapeuta: De que jeito?

Paciente: Parece que eu tô com um vazio dentro de mim. Eu sinto uma solidão... sozinha... aquela coisa... As pessoas da igreja não são amigos... eles só querem o trabalho da gente... o dízimo... mas não dá aquele apoio que a gente precisa.

Terapeuta: E como é esse apoio que você precisa?

Paciente: É estar com gente... participar...

Terapeuta: Então você se sente sozinha... e as pessoas da igreja não são amigos...

Paciente: Ontem eu cheguei a ligar pra minha irmã, lá no Piauí

Terapeuta: E como foi?

Paciente: Ela fez uma cirurgia no intestino, igual a mim...(...) Ontem eu dei aula pras crianças chorando. Foi horrível. Aquilo ali é uma exploração.

Terapeuta: Então quando você vai pra lá você se sente explorada...

Paciente: Sim! A gente só trabalha, trabalha, trabalha... e ninguém tá nem aí. Só aquele ponto de sábado e domingo. E quando a gente fala que não tá bem pra ir só recebe crítica. Eu falei pro pastor ontem que eu não ia mais ficar. Ele falou “não é bem assim, você precisa ter paciência”. Você tá com sua família, eu tô sozinha. Só tenho Deus por mim.

(...) Aquele dia (sessão anterior) eu falei “não vou fazer comida”. Passei num restaurante peguei comida fui pra casa e dormi. Sabe até que horas? Até as 6 horas.

Terapeuta: Que bom.

Paciente: Foi ótimo. Dormi, dormi, dormi... quanto mais eu dormia, mais eu queria dormir. Foi muito bom.

Terapeuta: E o resto da semana?

Paciente: Dormi bem. Só essa semana que eu não dormi bem.

Terapeuta: No domingo então...

Paciente: Eu liguei pra minha irmã. Falei com o pastor que eu não queria ir e ele falou “você pode vir, porque não tem ninguém aqui e não tem ninguém para te substituir!”. Foi praticamente como se me obrigasse.

Terapeuta: Praticamente como se te obrigasse. E como foi isso?

Paciente: Péssimo... Eu não sou obrigada a fazer nada, nem por mim eu sou obrigada a fazer (chorando).

Terapeuta: Então você não foi bem...

Paciente: Fui dar aula chorando. Perguntaram o que eu tinha, disse “problemas pessoais”. Não deixei eles desenharem, dei castigo pra eles. Foi bíblia até mesmo! O pastor me castigou, eu castiguei as crianças.

Terapeuta: Então o pastor te castigou e você castigou as crianças...

Paciente: Não sei se foi certo, mas fiz o que eu senti no meu coração. As crianças não têm culpa. (...) Falei “vou na igreja universal” e ele [o pastor] me disse “que nada, essa igreja só quer saber de dinheiro”. Dinheiro? Toda igreja só quer saber de dinheiro. Quer um tanto por cento de tudo que a gente ganha. Tenho vontade de ir numa igreja espírita... Já te falei que eu fui em uma, né?

Terapeuta: Sim.

Na descrição dos relatos é possível notar uma nova produção de sentidos sobre a relação com a dor, o sono e sua participação na igreja. Apesar das claras mudanças objetivas em relação à redução da dor e da capacidade de dormir profundamente, apenas nesse momento da terapia ela se posicionou mais firmemente perante a igreja sobre não ter condições de participar das atividades. Esse fato novo implica uma nova qualidade em

relação à noção de pertencimento, o que se associa claramente ao sentimento de solidão em relação à família e amigos e à constituição de redes de apoio.

Durante o transe, as sugestões buscaram fortalecer os processos fisiológicos de redução da dor, evocando a autonomia desses processos, colocando-a diante das possibilidades e de recursos importantes do inconsciente. O terapeuta buscou associar os novos elementos relacionados à música trazidos pela paciente, como os instrumentos e o canto, sendo estes possíveis recursos que mobilizariam a paciente em seu universo subjetivo. A presença da música objetivou evocar nessas práticas plenas de significados para ela com a capacidade de cuidado e de redução da dor, como forma de atuar diante das construções de autoimagem, dos sentimentos de desproteção e solidão.

A produção de imagens advindas do inconsciente a coloca em um banho de mar rodeada de pessoas e os sentimentos de bem estar, de plenitude. Essas imagens e os diversos lugares aonde vai durante o transe são formas produzidas pelo inconsciente de simbolizar os cenários subjetivos e trazem impacto sobre a sua experiência concreta, provocando e estimulando novas mudanças. Assim, no que se refere à noção de holograma nota-se a profunda relação da dimensão filogenética e macrossocial presente na sua experiência singular de dor. Por outro lado também é possível detectar a forma como a dor se reorganiza à medida que o sujeito produz sentido e se reposiciona frente essas determinações.

6.4. Auto-eco-organização

A essa altura, já se torna mais clara a relação profunda da dor com o contexto de experiências, que se torna regulada por princípios próprios da subjetividade, enquanto um sistema complexo, e da multifacetada realidade do contexto. É muito comum que as observações realizadas dentro do campo das psicoterapias, ou mesmo dentro de algumas visões da hipnoterapia, que os casos de mudanças e reconfiguração de dor sejam

considerados a partir da dicotomia interno X externo. Por um lado, se prioriza o olhar sobre o controle que o ambiente exerce sobre a pessoa, por outro lado se prioriza sua realidade interna como momento de produção da mudança.

Ainda é possível destacar que do ponto de vista da hipnose, algumas noções tradicionais se focam no papel que as técnicas possuem sob os efeitos considerados como modificadores de sintomas. Outros, podem considerar a influência da técnica sob o mundo interno do sujeito, entretanto, mantém o olhar desfocado para a relação do sujeito com o contexto e das formas como a influência podem modificar o contexto.

A noção de auto-eco-organização, contudo, situa-nos dentro de um panorama mais amplo sobre esse tema, justamente por poder romper com as dicotomias, incluindo-as como momento da produção do sujeito e na dialógica dos processos humanos. As dores de Hortência estavam configuradas em torno da cirurgia, e da região para onde a dor se irradiava, afetando-a de forma mais ampla. Elas também se articulam em sua abrangência sobre processos culturais, familiares e identitários como os aspectos de sua autoimagem de mulher trabalhadora.

Dito de outro modo, essa organização de processos possuía uma lógica estagnada do ponto de vista *auto*, entretanto não permanecia alheia a outros sistemas que integram o contexto de experiências da paciente. Assim, mesmo que Hortência tivesse sentido muito inicialmente a resposta de fazer os bombons para seguir a vida, ainda necessitou de aprovação, “coragem”, de sentir que seria possível e criar estratégias para lidar com a dor. Ao passo que outros processos, como seu posicionamento perante um universo de processos históricos, familiares, culturais, dos roteiros simbólicos ligados à autoimagem e à própria dor estava em profunda reorganização.

Desse modo, é possível notar como a reorganização de seus processos de mudança e reconfiguração da dor tiveram importantes momentos que passaram por uma *auto-eco-*

organização que estabeleceu as mudanças a partir de regras próprias do mundo *auto* e do mundo *eco*. Ou seja, as mudanças que ocorreram no processo de dor, receberam a influência da hipnose como possibilidade de mudança de formas enrijecidas de seus sistemas físicos, cognitivos, simbólicos, ajudando-a a se reposicionar dentro de seu mundo vivido. Esses sistemas possuem capacidades autônomas de se autogerir, como a dimensão física e filogenética que puderam produzir a dor e seus efeitos analgésicos.

Por outro lado, do ponto de vista *eco*, a noção de papéis, identidade, os roteiros simbólicos configurados na experiência da paciente por si só possuíam as referências estabelecidas em sua realidade. Se considerarmos a construção dos papéis desempenhados no processo histórico de vida, a mulher trabalhadora que nunca teve tempo para si e para relacionamentos existiu, em grande parte, como uma estratégia para lidar com o sofrimento, a solidão, a vergonha e as dificuldades situacionais de quando sai de casa. Em oposição, quando a dor aparece em sua vida, essa figura é suprimida, dando lugar a outra identidade, a qual ofusca todas as potencialidades da paciente.

Inicialmente, o aparecimento dessa figura de mulher trabalhadora teve importância capital para possibilitar novas organizações em sua configuração. Entretanto, de maneira autônoma, essa imagem começa a tomar novos delineamentos do ponto de vista qualitativo, principalmente se considerarmos a mudança na relação com as pessoas da igreja e na dimensão de gênero, mais especificamente no que tange à sexualidade.

A partir do episódio citado na últimas descrições, no atrito com o pastor de sua igreja, ela se reconhece como uma “escrava” nessa relação. Sentiu-se mais ativa e confiante para estabelecer uma postura antagônica às investidas do próprio pastor e de outros fiéis que a persuadiam por meio da culpa a não se afastar das atividades que exercia. Durante o período de dor, antes do início da terapia, a vulnerabilidade a submetia às atividades da igreja sem grandes questionamentos. Após esses primeiros movimentos

de reconfiguração da dor, começou a reconhecer uma grande “injustiça” em dar aulas para as crianças, fazer o lanche, transportar o lanche, abrir e fechar todas as janelas e portas da igreja (mais de 20 janelas) enquanto os correligionários apenas desfrutavam do culto. Interessante observar que todas essas atividades exercidas apenas apareceram na terapia quando entrou em conflito com o pastor e, desse modo, permaneceu até conseguir estabelecer autonomia para gerir sua participação.

O outro aspecto de grande relevância se situa no campo da sexualidade. Hortência, que nunca havia tido tempo para relacionamentos, depara-se com a própria sexualidade quando a hipnoterapia começa a alterar as suas configurações dominantes que estão ancoradas na região afetada pela dor. A reconfiguração desarticula a região em termos da analgesia produzida e dispara processos vinculados ao corpo intimamente ligados aos aspectos históricos, simbólicos e emocionais da vivência da sexualidade. Esse movimento demonstra a atuação da hipnose em níveis profundos da experiência de dor que estão para além da intencionalidade da paciente e do terapeuta.

Ela relata que sentiu “vontade de transar” quando estava em casa, um fato aparentemente inédito em sua vida. A auto hipnose já estava sendo trabalhada na terapia, como estratégia para que a paciente se apropriasse do transe e das mudanças que estavam acontecendo, podendo, assim, desenvolver seus próprios recursos para lidar com a dor. Relatou que havia feito algumas tentativas em casa e que, durante as auto induções, relaxou e dormiu profundamente. Numa das tentativas, recorreu à leitura do TCLE (anexo II), lembrando-se da voz do terapeuta para auxiliar no processo de auto indução e, ao ter a dor desmobilizada, sentiu a região da vagina estimulada. Ao fazer isso, foi invadida por uma sensação de prazer que nunca tivera e decide se tocar, continuando a estimulação manualmente, intensificando o prazer.

Hortência ficou embaraçada de levar esse tema para a sessão de terapia por ser um tabu. Sentiu-se muito surpresa com toda a situação, afinal, segundo seu relato, nunca tivera vontade de manter relações sexuais e nem de tocar o próprio corpo. Na descrição que segue, é possível notar um ponto importante que ilustra esse momento da terapia:

Paciente: Meu problema é complicado, doutor.

Terapeuta: Qual o problema?

Paciente: Sobre homem. Eu não tenho vontade de me relacionar com homem

Terapeuta: Isso é um problema pra você?

Paciente: Também

Terapeuta: Por quê?

Paciente: Porque todo mundo tem, né. Por que que eu não tenho, assim... Por que o dia que eu olhei aquele papel eu fiquei com vontade de transar? Foi terrível, fiquei apavorada. Nunca tinha me acontecido aquilo. Eu peguei o telefone e liguei pra uma amiga minha que eu considero como se fosse uma irmã (...) Ela falou assim “tu tá tarada!” (risos). Eu falei “não, é sério”

Terapeuta: Ela é uma amiga da igreja?

Paciente: Não. Detesta crente. (...) Nunca tive vontade... (gestos com a mão)

Terapeuta: Mas aquele dia teve...

Paciente: E foi muito bom (risos)

Terapeuta: E depois disso não sentiu mais vontade?

Paciente: Não.

Terapeuta: Não teve nem mais um momento, de você se tocar?

Paciente: Não... Eu não tive tempo pra ter contato com homem. Eu sempre trabalhei, desde os 13 anos... E homem tira o seu tempo... tira... atrapalha tudo. Eu tenho várias amigas que não conseguiram nem uma casa pra morar.

Terapeuta: E por isso você não tem vontade de casar ou ter um companheiro...

Paciente: Talvez

Terapeuta: Talvez você tenha vontade de casar?

Paciente: Hum... não sei... (...) É... dependendo do tipo que a gente encontra, né doutor. Se sentir alguma coisa... por aí. A gente tem que sentir atração pela pessoa.

Terapeuta: Você não quer se casar com alguém com quem você não sinta... por quem você não se sinta atraída

Paciente: Isso. E não vai dar certo

Terapeuta: Nesse caso, seria mais tranquilo conviver com a pessoa?

Paciente: Sem encostar é difícil

Terapeuta: Você não se vê casada com alguém... cozinhando pra um marido.

Paciente: É... Posso até casar, mas ele morando no apartamento dele e eu no meu.

Terapeuta: Hoje em dia muita gente faz isso.

Paciente: É...

Terapeuta: Tem gente que até vive na mesma casa e dorme em quartos separados

Paciente: É pra mim tem que ser assim.

Nas falas acima, é possível notar como essa nova faceta de sua sexualidade se torna presente em sua experiência atual como um momento da reconfiguração da dor em um processo de reorganização autônoma. Essa autonomia respeitou a lógica *auto* no que tange à forma particular em que a vivência da sexualidade reaparece em seu cenário de experiências atuais. A proibição e o tabu que em sua subjetividade poderiam representar proteção e o respeito à família, deu lugar à possibilidade de viver algo novo, reprimido por tanto tempo, a possibilidade de pensar a respeito de relacionamentos sob outros pontos de vista que não do tabu, mas da proibição.

Também considerou a dinâmica *eco* como um importante momento de produção subjetiva, em que o contexto de acolhimento da terapia favorece seu posicionamento sobre o mundo que a cerca. Interessante notar que nesse momento da terapia coincide com a mudança da relação com a igreja e com o pastor, de tal modo que estruturas dominantes que a oprimiam passam a não mais deter tanto controle sobre sua vida, decisões e sexualidade.

Nas induções hipnóticas já relatadas anteriormente, a produção do inconsciente a colocava em importantes cenários simbólicos que acabaram por mobilizar reflexões sobre a vida, casamento, sexo e as mudanças que aconteceram em sua vida. Esses cenários, em especial o último relatado pela paciente, pareciam possuir uma qualidade diferente, pois

além da produção diferenciada nos sinais mínimos (*minimal cues*) emitidos durante a indução, as sensações de tranquilidade e relaxamento, sempre evidentes, foram acompanhadas da presença de pessoas ao seu redor, tendo sido essa cena narrada com poucas palavras, entretanto com a evidente expressão de alívio profundo, com o bem-estar da sensação de pertencimento, de pertencer àquele grupo de pessoas que ali estavam.

Ressalta-se o aspecto auto-eco-organizacional de toda a mudança clínica de reconfiguração da dor crônica, que se desdobrou em aspectos objetivos na vivência da dor e de qualidades de tais processos. As vivências durante o transe e as imagens produzidas pelo inconsciente puderam promover as reorganizações entre os distintos sistemas da configuração respeitando os aspectos *auto* e *eco* em suas regras próprias de reorganização. Por isso, não se trata de realizar interpretações das imagens e das simbologias contidas nessas realidades, nem de trazer a exigência de que o sujeito se aproprie dessas interpretações em termos de *insights* ou do ponto de vista cognitivo. As configurações possuem sua própria forma de promover reorganizações.

Nesse sentido, a noção de autoimagem tão importante para esse caso adquire novos contornos, pois a mulher trabalhadora sente-se livre para experimentar a sexualidade e forte o suficiente para lutar contra a opressão de pessoas que a rodeiam que ora pretendem abusar de seus serviços, ora lhe trazer algum tipo de afeto com a real intenção de pedir dinheiro. Após o episódio da (re)descoberta da sexualidade, relatou sentir pouca (nível 1) ou nenhuma dor por um período de tempo relativamente longo, o que teria durado duas semanas ininterruptamente. Essa situação inusitada foi interrompida quando, numa situação na igreja, a temática do sexo veio à tona, trazendo os conteúdos normativos referentes à sexualidade, típicos da sua religião.

A dor reaparece e ela deixa de fazer bombons. A angústia gerada pela dor, proibição da sexualidade e o afastamento do trabalho atingem sua vida novamente,

impelindo-a novas buscas na terapia e de sua auto hipnose. Quando em um momento em que estava em casa com seu violão cantando um hino da igreja e teve uma experiência intensa de profundo contato com Deus, tal como ela própria definiu. Esse contato com o sagrado pode ser compreendido, a partir da noção *eco*, como um novo elemento que atua sobre a subjetividade de forma decisiva, sensibilizando a paciente em direção aos seus propósitos de vida, nesse momento, mais dirigidos à busca pela saúde e superação da dor.

Tendo se apropriado da auto hipnose e de tantas mudanças, apresenta um bonito relato sobre uma auto indução que a impulsionou novamente em direção à superação da dor e do sofrimento.

Paciente: Na cadeira do dentista eu senti tanta dor... cheguei a chorar de dor. A dor crônica. (...) Eu cheguei em casa, nem consegui comer nada. Eu cheguei em casa, doendo a boca, e deitei do jeito que eu estava eu deitei no sofá... morrendo de dor... não comi nada, e fiz uma auto hipnose. Consegui viu!

Terapeuta: Que coisa boa!

Paciente: Aí, do jeitinho que eu estava agarrei no sono. De sapato, de roupa. Um frio que estava. Acordei às 5:00 com a mão gelada. Mas foi muito bom. (...) E aí nesse sonho que eu tive, eu sonhei que estava fazendo muito bombom. E vou levar a sério agora. Vou trabalhar pra valer, você vai ver! Tô com pique. Tô muito nova pra ficar... Eu tive aquele sonho profundo, muito bom... Quando acordei eu vi o chão cheio de bombom (choro emocionado). Parece que eu tinha feito bombom a noite toda. (...) Foi muito bom!

Esse relato representa um momento de profunda apropriação da experiência hipnótica. Ao mesmo tempo que é uma experiência típica da condição humana é vivido de forma única por cada sujeito, dentro de condições naturais de auto-eco-organização. Por isso, possui grande potencial de reconfiguração. Nesse caso, Hortência relata que dormiu após a sua auto hipnose, sonhou e, ao acordar, abrindo os olhos via os bombons cobrindo todo o chão de sua sala. A experiência de produção de imagens ocupou um papel central em seu processo terapêutico, pois marcou decisivamente um momento de

retomada de potencialidades, o que evoca para a terapia, a noção de sujeito como o elemento central do processo.

Em sua trajetória, entrecortada por episódios de dor, as mudanças promovidas pela hipnoterapia e pela auto hipnose desempenharam um papel importantíssimo para a reconfiguração da dor. Tanto pela mudança efetiva na vivência da dor como nos processos qualitativos a ela relacionados, o transe na terapia propiciou o resgate do sujeito, não a uma condição anterior à dor, mas a uma reorganização do seu momento atual, de sua autoimagem a partir dos impactos trazidos pela dor, em que esta não ocupa mais o mesmo lugar de domínio do sujeito, mas um lugar de autoafirmação da condição de existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que posso dizer sobre o outro?

“Enquanto o pensamento simplificador desintegra a complexidade do real, o pensamento complexo integra o mais possível os modos simplificadoros de pensar, mas recusa as consequências mutilantes, reducionistas, unidimensionalizantes e finalmente ocultadoras de uma simplificação...”

(Edgar Morin, método 1, p.37)

“O homem que está se esforçando para resolver um problema definido pelo conhecimento e técnica existentes não está, no entanto, apenas olhando em volta. Ele sabe o que quer alcançar, e projeta seus instrumentos e direciona seus pensamentos de acordo. A novidade imprevista, a nova descoberta, só pode emergir na medida em que suas expectativas sobre a natureza e seus instrumentos se revelam erradas ... Não há outra maneira eficaz em que as descobertas possam ser geradas.”

(Thomas Kuhn, 1975)

“Cada um pode ademais reviver tais mutações espirituais lembrando-se da perturbação e da emoção produzidas pelas novas doutrinas na cultura pessoal: exigem tantos esforços que não parecem naturais. Mas a natureza naturante está em ação até na nossa alma; um dia, percebemos que compreendemos.”

(Gaston Bachelar, 1988, p. 91)

“Cada pessoa é um indivíduo. Portanto, a psicoterapia deve ser formulada para atender à singularidade das necessidades do indivíduo, em vez de adaptar a pessoa para se adequar ao leito de Procusto de uma teoria hipotética do comportamento humano.”

(Milton H Erickson, 1979)

Uma das principais questões que atravessam esta tese, ao longo de toda a sua composição, está centrada na possibilidade de construir um caminho teórico e complexo para relação a hipnose e dor crônica. Por se tratar de um tema de grande complexidade e

relevância clínica, a discussão atravessou eixos epistemológicos, teóricos e metodológicos de forma a perscrutar alguns elementos desses campos, importantes para a discussão proposta. Nesse percurso, destaca-se que as teorias frequentemente estão sobrecarregadas de núcleos rígidos, os quais são mantidos como pontos-cegos, implicando, assim, em patologias do conhecimento (Morin, 2005, 2012a). O que tais patologias concentraram dentro do paradigma moderno das ciências, sobretudo sob as estratégias de disjunção e redução, está na forma de crer a si mesmo como o reflexo do real (Morin, 2007). E como reflexo, projeta sobre o mundo a sua forma: objetiva, lógica, ordenada e controlada. Esquece-se, entretanto, que essa projeção é a própria forma se si, moldada segundo o pensamento de uma época, marcada por movimentos culturais, sob a força política que o conhecimento científico possui (Morin, 2005, 2007; Santos, 2002).

O conhecimento é um processo, uma possibilidade para se tratar de um problema – um ponto de partida e não um ponto de chegada (Morin, 2007). Entretanto, seu desenvolvimento não pode estar desvinculado de autorreflexão, sobre a forma com que nasce e os cenários por onde é construído e moldado (Santos, 1987). A crítica recai sobre a modernidade (Latour, 1994) principalmente sobre a noção de isomorfismo entre o conhecimento, a realidade e sobre os núcleos basilares desse paradigma (Morin, 2005). No que se refere à psicologia, e especialmente à psicologia clínica e à hipnose, os desdobramentos dessas noções-chave se dirigem às teorias universalistas, às noções de controle da natureza e à visão de homem. Ainda que a psicologia seja uma ciência plural, sendo a diversidade de abordagens uma de suas virtudes, a perspectiva de lançar suas teorias como macroestruturas universais programáticas que excluem o exercício do sujeito como momento importante de sua constituição (Morin, 2007) termina por localizar o singular em desprestígio.

Espera-se que a ciência promova a certeza, suas produções sejam verificáveis e possuam estabilidade suficiente para se manter no jogo científico (Morin, 2005). Entretanto, há certa conveniência nessa dicotomia entre universal e singular devido ao fato de que o singular, como momento de análise e de produção, pode contrapor-se às certezas do cientista moderno. O singular desestabiliza as estratégias de controle do pesquisador (ou psicólogo), mostrando com radicalidade a necessidade do desenvolvimento de outras estratégias e abordagens que se dirijam à sua complexidade amparando-as em novos modelos teóricos. Desse modo, numa perspectiva complexa, o singular convoca o cientista a romper com a comodidade de sua relação de controle com a natureza, para estabelecer outros tipos de relação, como se lançar numa perspectiva de diálogo, de construção em conjunto.

Nessa ruptura com o ímpeto moderno em devassar o mundo sem refletir sobre si (Neubern, 2009c), a mudança na forma de relação com o mundo em direção ao diálogo em vez de controle, pode abrir campo para importantes reflexões, de maior profundidade, uma vez que isso possibilita a construção de novos conceitos, novas tecnologias e metodologias a fim de lidar com desafios atuais, ou superar antigos marcos teóricos que já se mostram carentes de novas perspectivas de pensamento. Ao mesmo tempo que pode levar a lidar com novos desafios, estabelece novas relações com o sujeito do conhecimento com o mundo coletivo ao qual integra e, principalmente, com o objeto de estudo. Nesse caso, a redescoberta de um sujeito complexo (Morin, 2012b; Neubern, 2012b) em profunda conexão com o seu contexto existencial, que extrapola sua dimensão individual e o liga ao universo coletivo em que se encontram as dimensões espiritual, cultural, histórico, político, sociológico.

Procurou-se mostrar que a grande adesão da ciência psicológica ao paradigma moderno e a dificuldade de lidar com o problema da complacência (Stengers, 2002)

conferiu a hipnose a uma incômoda posição, garantindo, assim, a destituição de sua posição de origem para tentativas explicativas dentro das noções modernas associando os problemas da *psique* à *physis*. Por um lado, sob altos custos epistemológicos, procurou-se associar a psique às noções objetivas, universalistas, patológicas e deterministas. Por outro lado, esvaziava-se a subjetividade, eliminando o singular, o social, o potencial, a autonomia. Esse processo de cunho histórico e epistemológico (Neubern, 2009c), implicou no estabelecimento de relações dicotômicas (Tabela 1) de forma hierarquizada e rígida, com o privilégio de um sobre o outro.

O ponto nevrálgico desse problema está na constituição de uma representação dominante de ser humano fundamentada em diferentes polaridades que se opõem entre si. Esse pensamento excludente, a rigor, coloca uma impossibilidade de se conceber as profundas relações dialógicas e constitutivas das experiências vividas (Merleau-Ponty, 2005) em termos das relações do sujeito com um espectro de possibilidades que sua dor pode ter com o contexto emocional, simbólico, social, cultural, político, histórico. Dito de outro modo, a constituição de um saber *psy* sobre a hipnose, constituído nas bases tradicionais modernas, afasta as possibilidades de se compreender o humano num caminho de superação de tais dicotomias, ou seja, num caminho dialógico entre os distintos aspectos aparentemente polarizados de sua complexidade.

Nessas dicotomias, o par de oposição mente-corpo possui um especial apelo nos diferentes momentos de construção teórica. Nessa separação, o corpo ocupa um lugar da intervenção médica sendo atravessado por leituras exclusivamente biológicas, mecanicistas e lineares. Essa disjunção coloca corpo afastado da mente e como único campo de investigação sobre a dor. Tornam-se cada vez mais entidades afastadas, sendo apropriadas por áreas do conhecimento como psicologia e medicina, cujas relações, em termos epistemológicos são atravessadas por diversos obstáculos (Neubern, 2014b).

Assim, as ideias deterministas, causalistas e de superposição que atravessam estas áreas criam grandes barreiras para temáticas como a depressão, problemas relacionados a modernidade, gênero, violência e as próprias dores crônicas, dentre outros. De modo semelhante, a dicotomia individual-social também merece destaque, nessa discussão, haja vista que dentro das polaridades os processos do indivíduo e dos contextos sociais devem ser concebidos em termos de processos dialógicos.

Logo, o problema relacionado ao desenvolvimento teórico e conceitual que se lance num propósito explicativo sobre a relação hipnose e dor crônica apresenta a necessidade de uma articulação com categorias e conceitos complexos que buscam romper as lógicas reducionistas e de separação para estabelecer relações não excludentes. Ao passo que as noções modernas relacionadas ao corpo e a dor, a rigor, permanecem fechadas em suas dimensões objetivas, não estabelecendo relações com outras dimensões do sujeito, as categorias complexas nos permitiram um olhar apurado para os processos qualitativos que envolvem a vivência da dor. Tais qualidades de processos estão na base das relações entre as distintas dimensões do sujeito, permitindo a visibilidade da atuação de um nível de experiência sobre o outro.

A clareza desses processos ocorre justamente pelo *tetragrama* (Morin, 2013) e a possibilidade de gerar inteligibilidade para as relações que ocorrem entre os distintos sistemas em termos de ordem e desordem e como esta interação pode promover a mudança de configurações. Os sistemas interagem entre si obedecendo a regras próprias de modo que podem promover reorganizações nas relações entre o corpo e os processos subjetivos configurados. Tal como mostrado nos estudos de caso, as mudanças qualitativas em termos de autoimagem e a produção de sentidos em relação às determinações macrossociais promovidas pelo transe foram vitais para que os sujeitos pudessem promover uma mudança em suas configurações originais.

O transe participou como um processo fundamental na experiência clínica de reconfiguração das dores nos casos dos pacientes. Muitos dos processos de ordem cultural, social e gênero configurados às dores puderam exercer e receber a influência, por exemplo, de mecanismos de base filogenética trazendo efeitos de redução, a bem dizer analgésicos e anestésicos. No caso de Rosa, o processo de reconfiguração da dor esteve relacionado a uma produção de sentidos em relação ao que ela representava como “minha vida parou”. Os distintos transes durante o processo terapêutico, mesmo em suas características singulares, promoveram a desmobilização nas relações de ordem e desordem representadas pelo *tetragrama* (Morin, 2013), o que levou a uma mudança na configuração dominante levando a novos arranjos.

A hipnose, assim, permitiu a desestabilização da organização dominante para permitir a reorganização das configurações. Uma das principais implicações do *tetragrama* é compreender as possibilidades que o transe possui de promover a alteração nas configurações. A desestabilização na ordem dos sistemas muito consolidados em função das limitações impostas pela dor promoveram a abertura de novas possibilidades como o resgate do caráter ativo e da busca por espiritualidade, no caso de Rosa com a romaria, e na busca por reavivar a capacidade de trabalho, no caso de Hortência. Por essa razão, a hipnose não atua na mudança pelo fato de que o sujeito é sugestionado a receber as indicações do terapeuta, mas porque a relação terapêutica no manejo da influência tem o potencial de alterar organizações profundas, que se configuram em formas, muitas vezes, que tendem a ser estáticas em função de um processo de dor que persiste, podendo até não responder aos efeitos dos medicamentos.

As novas configurações de Rosa passaram pela produção de sentidos em relação à sua autoimagem e, em termos do *holograma* (Morin, 2012b), à forma como ela começa a se reposicionar diante de determinações macrosociais advindas das expectativas de seu

papel familiar e social. Em sua experiência singular de dor era possível notar a influência das cobranças do papel familiar (a “perfeitinha”) e social, com relação à necessidade de estar sempre bem, de não sentir-se triste e não abandonar os tratamentos. Entretanto, na medida em que começa a se tornar sujeito de seu processo, se posicionando mais ativamente perante as exigências médicas e se desvincilhando da imagem da perfeita, percebe uma relação direta com o processo de dor. Essa reconfiguração começa a tomar um contorno mais bem definido quando sente-se encorajada para abandonar a bengala e a fazer a viagem para a romaria.

Nesse importante processo clínico, considera-se a reconfiguração da dor a partir de relações complexas entre distintos aspectos da vida da paciente. Os tranSES foram construídos considerando essas relações e, desse modo, pode-se entender que as categorias complexas não apenas auxiliaram na elaboração do caso, mas também em estabelecer um olhar para o caso e para as demandas trazidas pela paciente a cada sessão.

Outro aspecto relevante é que a influência e as sugestões não são construídas pela relação direta que elas estabelecem com aquilo que pretendem modificar, como a dor, por exemplo. Mas se organizam em processo semiótico composto por um conjunto de elementos simbólicos transmitidos em comunicação verbal e não-verbal dirigidos à complexidade das configurações e que, por essa razão, podem influenciar a dor do sujeito. Assim, se pôde perceber como as metáforas e sugestões, em seu caráter indireto, muitas vezes se dirigiam a realidades simbólicas que, aparentemente, em nada se relacionavam à dor, entretanto, no estado de tranSE, pôde-se detectar seus desdobramentos sobre a vivência da dor.

De outro ponto de vista, no caso de Hortência, o processo de reconfiguração da dor passou por importantes organizações a partir do desenvolvimento de estratégias hipnóticas focadas na dor. A desmobilização da dor, por meio de processos de dissociação,

associados a recursos simbólicos de seu universo subjetivo permitiu o acesso a mecanismos corporais de ordem filogenética de redução da dor, acompanhadas de sensação de bem estar e profundo relaxamento. Essa alteração da dor em um nível fisiológico possibilitada pelo transe subverteu a relação ordem-desordem predominante do sistema, interferindo na configuração inicial da paciente.

A ruptura com a ordem dominante do sistema evocou mudanças em termos de *holograma* (Morin, 2012b), promovendo profundas modificações nas relações parte-todo, em que as determinações macrosociais configuradas em sua autoimagem do passado trouxeram mudanças significativas sobre seu momento de vida atual. Nesse sentido, se observa uma das valiosas implicações da hipnoterapia para o cuidado da dor, em que a desmobilização da dor, além de promover alívio e redução da dor, por seu caráter complexo, pode promover importantes desdobramentos na vida do sujeito em termos de produção de sentido e de mudança de atitudes em relação aos distintos âmbitos de atuação do sujeito.

As mudanças clínicas encontradas nos casos estudados, cabe ainda frisar, ocorreram devido ao potencial de autonomia para a reorganização de processos influenciados por uma dor em caráter crônico. Estas mudanças também se dão pela relação que estabelecem com a ecologia dos processos do sujeito em relação profunda e dialógica com o contexto de suas experiências. Assim, a *auto-eco-organização* (Morin, 2011a) nos mostra as possibilidades de autonomia do sujeito em relação à possibilidade de reorganização da sua dor. Nos casos estudados isso ocorreu não apenas num nível cognitivo ou simbólico, da autodeterminação do sujeito em seus propósitos de vida, mas também em níveis inconscientes, em que se nota o potencial da autonomia corporal, com seus recursos, possibilitar a mudança de processos de dor. Ao passo que essas dores são

modificadas, pode-se notar a relação profunda que possuem com relação aos elementos macrossociais, simbólicos e emocionais a ela configurados.

Em termos de *auto-eco-organização* (Morin, 2011a) compreende-se os casos em que a mudança ocorreu de forma autônoma e dentro das possibilidades de rearranjo de cada sistema configuracional. No caso de Rosa, nos últimos momentos relatados nessa pesquisa, foi possível notar como o rearranjo acontece a partir do transe em que a lógica dominante do sofrimento foi subvertida diluindo a organização em termos de polaridades, o que permitiu dentro da ecologia da configuração reorganizar diversos processos configurados a dor e com relação à morte do pai. No caso de Hortência, a dimensão *auto* e *eco* da reconfiguração pode ser visto mais claramente quando a desmobilização da dor promovida pelo processo terapêutico permite a ela se ver como “escrava” e dispara processos em que a sexualidade, configurada à região da dor, se manifesta como um importante aspecto de sua vida. Nesses momentos, a vivência da sexualidade mais ampla ligada ao prazer sexual é colocada autonomamente em uma nova perspectiva de sua vida o que gerou a quase total redução da dor.

Em ambos os casos trabalhados, no desenvolvimento da psicoterapia de base hipnótica (Erickson & Rossi, 1979) e o processo construtivo-interpretativo (Gonzalez Rey, 2005) permitiram o desenvolvimento de um percurso em que se pode identificar a construção de intervenções e de saberes sobre a relação hipnose e dor crônica de modo a não incorrer em processos explicativos de disjunção. Ao contrário, a abordagem complexa e a hipnose em direção aos casos clínicos, enquanto momento empírico dessa pesquisa possibilitou a compreensão dos processos de reconfiguração da dor dentro da dialógica proposta. Isso elucidado como a hipnoterapia contribuiu de forma peculiar, frente ao cuidado da dor crônica, garantindo uma especificidade de atuação. Também justifica, como uma contribuição teórica, que as categorias complexas trabalhadas promovem

inteligibilidade sobre esse importante campo de atuação clínica, cumprindo assim, um propósito científico.

Outras implicações relacionadas à discussão sobre dor crônica se desdobram sobre o campo da saúde, pois geralmente os contextos de cronicidade dirigem seu olhar para formas de se conceber a saúde a partir do saber biomédico. Este compreende a dor sob a ótica da dimensão corporal e está preparado para lidar, sobretudo, com a prescrição medicamentosa. Dessa forma, as estruturas já estabelecidas como o sistema de atenção à saúde, tanto público quanto privado, até possuem, para algumas situações, alternativas como as práticas integrativas, reconhecimento de outras abordagens como a fisioterapia e a acupuntura como possibilidades de intervenção. Entretanto tais métodos constituem-se como auxiliares, sendo ainda submetidos à hierarquia médica que pauta a intervenção química para a dor.

A essa altura, fica bem claro que os medicamentos podem ser elementos de grande valia para o paciente de dor crônica, mas este padece com a supremacia biomédica com relação a outros sentidos e elementos configurados à sua dor. Tanto no caso de Rosa como de Hortência, a psicoterapia, por exemplo, só foi considerada a partir de certo número de tentativas de outras intervenções. Posteriormente, no caso de Rosa, mais especificamente, após ter sido prescrita como um tratamento importante, a psicoterapia deveria ser executada como uma engrenagem dentro de um mecanismo mais complexo composto por outras engrenagens. Cumprir com essa engrenagem foi uma cobrança dirigida a ela dela quando decidiu que não mais prosseguiria com o tratamento, pois a seu ver, não estava ajudando. Cabe lembrar a repercussão sobre Rosa quando pergunta ao terapeuta se teria feito bem em deixar a terapia e recebe uma resposta afirmativa.

Esse sistema de atenção, apesar de não saber exatamente qual é o papel de cada uma dessas engrenagens no processo de saúde da paciente, nem da psicoterapia, se coloca

na posição de gerenciamento, exigindo um repertório específico de comportamentos de engajamento. Solicita a obediência dos pacientes, supondo ser o melhor caminho para a eficácia no cuidado da dor. Essa perspectiva de controle é demasiadamente incômoda em contextos de dor crônica, uma vez que as queixas desses pacientes, em geral, não se articulam precisamente com os modelos de diagnóstico, exames, medicamentos, protocolos de tratamento, dentre outros. Um exemplo dessa condição é a fibromialgia, que não responde a um princípio básico do paradigma biomédico que é a relação entre o sintoma e o substrato orgânico.

A ênfase nesse modelo leva a um considerável distanciamento entre profissionais de saúde e seus pacientes, assim como entre os pacientes e os serviços de cuidados. A psicoterapia, no entanto, tem um importante propósito nos cuidados da dor, pelo fato de que pode se constituir como uma valorosa forma de resgate da saúde dentro de uma perspectiva subjetiva (González Rey, 2007). No caso citado em que Rosa pergunta ao terapeuta sobre ter deixado a terapia, a resposta afirmativa constituía uma intervenção que estava voltada para qualificar a atitude da paciente como uma apropriação de seu próprio processo de saúde. O tipo de reação e a forma como foi encarada contribuiu significativamente para o vínculo (e o *rapport*) que se desenvolveu na sequência do processo terapêutico.

Esse fato, apesar de se apresentar como uma simples intervenção, demonstra o potencial que a psicoterapia possui para acolhimento e reconhecimento da singularidade do processo vivido pelo paciente. Essa importância, muitas vezes só encontra eco numa psicoterapia. Essa é uma importante consideração, pois, nesse modelo adotado, busca-se resgatar a paciente enquanto sujeito que possui papel ativo em seu processo. A título de exemplo, um aspecto muito importante de Hortência que ilustra essa questão está em sua decisão de eliminar o uso continuado de medicamentos para a dor. Apesar de tomar a

decisão após consulta com o médico, dentro de sua autonomia, ela decide que não quer mais lidar com os incômodos efeitos colaterais dos remédios que pouco a ajudavam com a dor.

Se considerarmos que uma das etapas da psicoterapia das pacientes estudadas foi a prescrição da auto hipnose, a clínica da hipnose possui também outro diferencial, pois pode fornecer importantes ferramentas ao paciente para lidar com a dor de forma autônoma. O transe dentro da psicoterapia pode auxiliar o sujeito a desenvolver estratégias para o manejo de sua própria dor, levando a hipnose para fora do espaço terapêutico e transpor os benefícios dessas técnicas para seu autocuidado. De certo modo, essas são forma de se considerar a influência dentro do processo de cuidado de modo a mudar o foco da atenção para a solução e para alternativas, retirando o foco da doença como muitas vezes é o caso das abordagens biomédicas e mesmo a psicologia da saúde.

Desse modo, a perspectiva aqui adotada nos auxilia a pensar que os serviços de cuidados de pacientes crônicos e que sofrem de dor crônica necessitam modificar a lógica constituída em cima da hierarquização dos saberes, que tendem a desqualificar outras práticas e discursos possíveis para o cuidado. Por esse ímpeto hierarquizante, corre-se o risco de promover a marginalização de práticas alternativas de saúde oriundas de outros tipos de saberes, como o uso de ervas, florais, rezas, incluindo a própria participação da dimensão de espiritualidade dos cuidados. O clamor do domínio da exclusividade epistemológica e da produção de sentidos pode levar a consequências nada agradáveis aos pacientes em cuidados de sofrimento crônico. Essa atitude além de implicar na desqualificação de saberes também leva a estigmatização altamente contraproducentes como situações ligadas a quadros de sofrimento mental grave e à sexualidade (Nathan, 1999). Pode-se considerar como pode ser tendencioso o diagnóstico de fibromialgia ou depressão dado a uma mulher como forma de desqualificação de seu sofrimento.

Esse trabalho ao levantar tais questões não pretende esgotar o tema ou desviar o foco do objetivo central. Apenas procura lançar olhar sobre temáticas correlatas ao propósito dessa discussão como possibilidade de contribuição. Compreende-se que essas análises, que se pretendem contribuições, são limitadas diante do cenário atual de pesquisas e de intervenções no campo da psicologia e de várias áreas. Entretanto, pode fornecer subsídios do ponto de vista coletivo da saúde ao chamar atenção para a noção de singularidade dos processos de dor crônica, para a noção de sujeito e a subjetividade como elemento central do processo de saúde e que os serviços e as políticas públicas devem estar atentos para a complexidade da condição crônica da dor, para propiciar um acolhimento efetivo, humanizado e coerente com a alteridade e os propósitos da psicologia.

Sob o ponto de vista aqui proposto, contempla-se o objetivo definido de elaborar noções teóricas complexas acerca dos processos de reconfiguração das dores crônicas, com um potencial explicativo. Entretanto, cabe demarcar que não se estabelece tal potencial explicativo como um ímpeto moderno, capaz de traduzir e colonizar fenômenos que são, sobretudo, complexos e singulares. Mas conclui-se uma proposta de construir conhecimento a partir da soma, rompendo com a perspectiva de controle, para nos colocar dentro de uma relação que se estabelece com um outro. Assim, o que é produzido dentro desta tese não se constitui como uma contribuição teórica alternativa às formas de produção de conhecimento e teorias dominantes no cenário da hipnose clínica. Sobretudo, essa discussão busca atender as exigências epistemológicas, teóricas e metodológicas próprias da atuação da hipnose na reconfiguração da dor crônica.

Isso implica não apenas no reconhecimento da realidade humana dentro de uma perspectiva complexa, mas de atender as exigências de construções teóricas e também de métodos que possam com ela dialogar mais especificamente e de formas mais sensíveis.

Nesse sentido, a hipótese levantada com relação ao diálogo com os autores do campo da hipnose se confirmou, pois a relação estabelecida com o sujeito não é atravessada pelos limites da teoria, mas acima de tudo se dirige ao sujeito no sentido de encontrar alternativas, no sentido clínico (Lévy, 2001). Desse modo, a construção teórica tem um sentido *eco-lógico* pelo fato de que se organiza em profunda relação com o momento empírico da relação clínica, gerando inteligibilidade aos processos do sujeito.

Isso implica também no reconhecimento de que a postura daquele que se dirige a tal realidade, no sentido clínico e dentro da perspectiva de influência pode abrir novas possibilidades de reorganização dessa realidade, promovendo alternativas e evocando recursos para lidar com as demandas clínicas. Assim, não se incorre no erro da colonização e da tradução dos fenômenos subjetivo, que enquanto realidades complexas não são passíveis de serem apreendidas, apenas se pode aproximar delas (González Rey, 2003, 2007). Essas possibilidades acontecem na medida em que a relação com a realidade é estabelecida numa perspectiva de diálogo, de consideração da autonomia em que a noção de controle não seja tomada como a tônica.

A indagação sobre ser “possível conhecer a realidade do outro” (Mallmann, 2014) é também considerada nessa tese. Entretanto, do ponto de vista aqui pretendido, o esforço se constitui em construir um caminho de soma, de construção. Compreendendo que pouco se pode dizer a respeito da realidade do outro, colocar-se junto a ele para estabelecer um *nós* (Neubern, 2013), permite que o conhecimento não possua um caráter de programa, pelo contrário, é engrama (Morin, 2005) em que o método, para ser estabelecido e conduzir o sujeito demanda estratégia, criatividade. A arte da psicoterapia orientada pela hipnose (Erickson & Rossi, 1979, 1980) conduzida pela teoria complexa regenera o conhecimento, permitindo tornar-se mais sensível ao mundo, complexidade e às

possibilidades de mudança. Permite encontrar caminhos de transformação humana onde teorias simplificadoras não mais podem ver.

Referências

- Bachelard, G. (1988). *O novo espírito científico; A poética do espaço*. Nova Cultural.
- Bernheim, H. (1995). *Hypnose, suggestion et psychothérapie*. Paris: Fayard. (Texto original publicado em 1891).
- Berber, J. D. S. S., Kupek, E., & Berber, S. C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*, 45(2), 47-54.
- Bindé, J. (2003). *Complexidade e crise da representação*. Candido Mendes (org.), Rio de Janeiro: Garamond.
- Bioy, A. (2018). O "pequeno teatro da hipnose": Uma leitura clínica do funcionamento hipnótico. In Neubern, M. (Org.), *Clínicas do Transe: etnopsicologia, hipnose & espiritualidade no Brasil* (pp. 49-68). Curitiba: Juruá Editora.
- Beset, V. L., Gaspard, J. L., Doucet, C., Veras, M., & Cohen, R. H. P. (2010). Um nome para a dor: fibromialgia. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 10(4), 1245-1270.
- Carvalho, M. (1999). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.
- Castro, A. B. D. (1999). Tratamento da dor no Brasil: evolução histórica. In *Tratamento da dor no Brasil: evolução histórica*.
- Castro, R. J. A. D., Leal, P. C., & Sakata, R. K. (2013). Pain management in burn patients. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 63(1), 154-158.
- Cazarotto, M. R. (2008) *Repercussões psicossomáticas da hipnose em pessoas com diabetes mellitus tipo II*. São Paulo. Dissertação de mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, núcleo de psicossomática e psicologia hospitalar da PUC-SP.
- Chauí, M. (1995). *Convite à filosofia*. Ática.

- Chande, H., & Patel, H. (2016). Hypnosis as a new boon for the supplement of anesthetic agent: a case control study. *Global Journal For Research Analysis*, 5(5).
- Chertok, L. (1963). *L'hypnose: les problemes theoriques et pratiques, la technique*. 3e ed. refundue. Masson.
- Chertok, L. (1979). Le non-savoir des psy. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie. Les empêcheurs de tourner en rond, 243-244.
- Chertok, L. (1979). Le non-savoir des psy. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie. Les empêcheurs de tourner en rond, 243-244. Clément, C. (2011). *L'appel de la transe*. Paris: Stock.
- Chertok, L., & Stengers, I. (1990). *O coração e a razão, a hipnose de Lavoisier a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília ABRAFIPP.
- Delboeuf, J. (1993). *Le sommeil et les rêves et autres textes*. Paris: Fayard. (Texto original publicado em 1885).
- Demo, P. (2000). *Metodologia do Conhecimento Científico*. São Paulo: Atlas.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Erickson, M. (1983). An introduction to the study and application of hypnosis in pain control. Em M. Erickson & R. Rossi (org). *Healing in hypnosis*. (pp. 217 – 277). New York: Irvington.
- Erickson, M. (1985). *Healing in hypnosis*. New York: Irvington.
- Erickson, M & Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. New York: Irvington

- Erickson, M. & Rossi, E. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson, MD*. New York: Irvington
- Ferreira, E. M. G. (2013). *Controlo da dor crónica em cuidados paliativos com TENS e comunicação*.
- Foucault, M., da Fonseca, M. A., & Muchail, S. T. (2006). *A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)*.
- Fourez, G. (1995). *A construção das ciências*. Unesp.
- Freud, S. (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17, 1917-1919*.
- Gallagher, S. & Zahavi, D. (2008). *The phenomenological mind*. New York: Routledge.
- González Rey, F. (1997) *Epistemología Cualitativa y Subjetividad*. São Paulo: Educ.
- González Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-Modernidade*. Sao Paulo: Thomsom.
- González Rey, F. (2010). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. IMBERNÓN, Francisco. *Formação Continuada de Professores*. Porto Alegre: Artmed.
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde: Superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D. Changing Individuals*. 1.ed. New York: Triangle Press.
- Hilgard, E. (1967). A quantitative study of pain and its reduction through hypnotic suggestion. *Proceedings of the National Academy of Science, 57, 1581 – 1586*.

- Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *American Psychologist*, 69(2), 167.
- Kreling, M. C. G. D., Cruz, D. A. L. M., & Pimenta, C. A. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev bras enferm*, 59(4), 509-13.
- Kuhn, T. S. (1975). *A estrutura das revoluções científicas* (Vol. 3). São Paulo: Perspectiva.
- Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos*. Editora 34.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. Basic books.
- Le Breton, D. (2013) *Antropologia da dor*. São Paulo: Fap-Unifesp. p.248.
- Lévy, A. (2001). *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Lima, M. A. G. & Trad, L. A. B. (2008) Dor crônica: objeto insubordinado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.117-133, jan.-mar.
- Mallmann, J. A. (2014). *Hipnose como dispositivo de mediação entre psicologia clínica e espiritualidade*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Mallmann, J. A. (2018). *Hipnose e dor crônica: uma perspectiva complexa sobre a clínica do transe*. In Neubern, M. (Org.), *Clínicas do Transe: etnopsicologia, hipnose & espiritualidade no Brasil* (pp. 85-102). Curitiba: Juruá Editora.
- Marques, A. P., Assumpção, A., & Matsutani, L. A. (2015). *Fibromialgia e fisioterapia: avaliação e tratamento*. Editora Manole.
- Merleau-Ponty, M. (2005). *La structure du comportement*. Paris: Puf.
- Merleau-Ponty, M. (2008). *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Seuil.
- Miceli, A. V. P. (2002). Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 363-373.

- Misiołek, A., & Misiołek, H. (2016). Neuropathic pain after spinal cord injury resistant to conventional therapies—case report. *Psychiatr. Pol*, 50(2), 345-355
- Michaux, D. (2004). Douleur et hypnose. *Imago*.
- Monteiro, P. (2009). Secularização e espaço público: a reinvenção do pluralismo religioso no Brasil. *Etnográfica*. 13(1), 7-16.
- Morin, E. (2005) *Introdução ao Pensamento Complexo*. Tradução do francês: Eliane Lisboa - Porto Alegre: Ed. Sulina. p. 120
- Morin, E. (2007). *Ciência com consciência*. Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 10. ed. rev. mod. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2011a) *O método II: a vida da vida (1ª ed.)* Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Morin, E. (2011b) *O método IV: as ideias, habitat, vida, costumes, organização (6ª ed.)* Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Morin, E. (2011c) *O método VI: ética (4ª ed.)* Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Morin, E. (2012a) *O método III: o conhecimento do conhecimento (4ª ed.)* Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Morin, E. (2012b) *O método V: a humanidade da humanidade (5ª ed.)* Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Morin, E. (2013) *O método I: a natureza da natureza (3ª ed.)* Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Morin, E., & Le Moigne, J. L. (2000). *A inteligência da complexidade*.
- Neubern, M. (2004). *Complexidade e psicologia clínica: desafios epistemológicos*. Brasília: Editora Plano.
- Neubern, M. (2009a). Hipnose, dor e subjetividade: Considerações teóricas e clínicas. *Psicologia em Estudo*, (14), 2, 303 – 310.
- Neubern, M. (2009b). Hipnose e dor: Proposta de metodologia clínica e qualitativa de estudo. *Psico (USF)*, (14), 2, 201 – 209.

- Neubern, M. (2009c). *Psicologia, Hipnose e Subjetividade: Revisitando a História*. Belo Horizonte: Diamante.
- Neubern, M. (2010). Psicoterapia, dor e complexidade: Construindo o contexto terapêutico. *Psicologia: Teoria & Pesquisa*, 26 (3), 515 – 523.
- Neubern, M. (2012a). Hipnose, espiritualidade & Cultura: problemas de pesquisa clínica. In: Terezinha Viana; Gláucia Starnling Diniz; Liana Fortunato Costa; Valeska Zanello. (Org.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. 1ed. Brasília: Liber Livro, 2012, v. 1, p. 509-528.
- Neubern, M. (2012b). Técnicas hipnóticas, dor crônica e a emergência do sujeito. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(2), 317-333.
- Neubern, M. (2013a). *Psicoterapia & Espiritualidade*. Belo Horizonte: Diamante.
- Neubern, M. (2013b). Hipnose, Dor Crônica e Técnicas de Ancoragem: A Terapia de Dentro para Fora1. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 297-304.
- Neubern, M. (2014a). Hipnose como proposta psicoterápica para pessoas com dores crônicas [I]. *Psicol. Argum*, 32(77), 159-169.
- Neubern, M. (2014b). Subjetividade & complexidade na clínica psicológica: superando dicotomias. *Fractal: Revista de Psicologia*, 26(3), 835-852.
- Neubern, M. (2014c). Fenomenologia, hipnose e dor crônica: passos para uma compreensão clínica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(1).
- Neubern, M. (2015). Pesquisa clínica como alternativa para o estudo das experiências espirituais. Conceição, M. I.; Chatelard, D.; & Tafuri, M. I. (orgs). *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 2*. (pp. 570 – 595). Brasília: Technopolitik.
- Neubern, M. (2016). Hipnose clínica e dores crônicas: rumo a uma perspectiva complexa. *Psicologia em Estudo*, 21(2), 303-312.

- Neubern, M. (2017). Iconicidade e Complexidade na Comunicação Hipnótica. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 32(5).
- Nogueira, C. H., Lauretti, G. R., & Costa, R. M. N. (2005). Avaliação duplamente encoberta da hipnose em fibromialgia. *São Paulo Medical Journal*, 123, 14-14.
- Ortega, F. (2008). *O corpo incerto*. Editora Garamond.
- Pellicani, B., Costa, M. E., Roizenblatt, S. (2014, setembro) Ensaio clínico: hipnose e fibromialgia. Atas do 10º congresso nacional de psicologia da saúde. 2º Congresso nacional da ordem dos psicólogos portugueses (OPP), Centro Cultural de Belém – Lisboa.
- Prigogine, I. (2003). O fim da certeza. *Representação e complexidade*, 47-68.
- Ribeiro, J. P. (1986) *Teorias e técnicas psicoterápicas*. Petrópolis: Vozes.
- Roja, Z., Kalkis, V., Roja, I., & Kalkis, H. (2013). The effects of a medical hypnotherapy on clothing industry employees suffering from chronic pain. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 8(1), 25.
- Roustang, F. (2006). *Savoir attendre pour que la vie change*. Paris: Odile Jacob.
- Sallum, A. M. C., Garcia, D. M., & Sanches, M. (2012). Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *CEP*, 1405, 002.
- Santos, B. D. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1996.
- Santos, B. D. S. (2002). *A globalização e as ciências sociais*. Cortez Editora.
- Stengers, I. (2002). *L'hypnose entre magie et science*. Les Empêcheurs de penser en rond.
- Vale, N. B. D. (2006). Adjuvant and alternative analgesia. *Revista brasileira de anestesiologia*, 56(5), 530-555.
- Velloso, L. G. C., de Lourdes Duprat, M., Martins, R., & Scopetta, L. (2010). Hipnose para controle de claustrofobia em exames de ressonância magnética. *Radiologia Brasileira*, 43(1), 19-22.

Whitehead, A. N. (1951). *A ciência e o mundo moderno*. São Paulo: Editora Brasiliense Limitada.

WHO (2014). World Health Organisation supports global efforts to relieve chronic pain. www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr70/en/.

Yeng, L. T., Teixeira, M. J., Romano, M. A., Greve, M. J. D. A., & Kaziyama, H. H. (2001). Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Revista de Medicina*, 80(spe2), 443-473.

Zeig, J. K. (2014). *The induction of hypnosis: An Ericksonian elicitation approach*. The Milton H. Erickson Foundation Press.

Anexo I

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Hipnose, inconsciente e dores crônicas: estudo sobre o transe, dor e corpo.

Pesquisador: João Antônio de Assis Mallmann

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45328615.0.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.188.965

Apresentação do Projeto:

Este projeto procura apresentar uma proposta de pesquisa que tem como intuito investigar a relação entre a hipnose e as dores crônicas. A discussão procurará alcançar o papel do transe hipnótico na vivência das dores, considerando as intrincadas redes de relações entre os processos subjetivos e a dimensão do corpo vivido. A articulação entre a hipnose naturalista, a teoria da complexidade e a teoria da subjetividade, busca fornecer subsídios epistemológicos, teóricos e metodológicos para discutir o papel da hipnose e do inconsciente para a reconfiguração da dor. Tradicionalmente, a hipnose tem sido estudada sob perspectivas metodológicas quantitativas, que podem apontar a sua eficácia em tratamentos para dores, bem como a confirmação de que o transe pode levar a processos de redução de dor. Contudo, há a necessidade de elucidações acerca desses processos, explicando-os, dada a sua importância clínica e científica. A concepção de que a dor é uma experiência humana complexa, apoiada no conceito de configuração subjetiva fornece condições para compreender como experiências subjetivas dolorosas podem ser vividas no corpo. A pesquisa conterá estudos de caso como o momento empírico da discussão. Os casos clínicos serão realizados a partir do processo psicoterapêutico com hipnose clínica baseada no trabalho de Milton Erickson, tendo como foco o cuidado das dores crônicas. A hipnose afigura, portanto, como uma abordagem técnica de grande relevância, pois permite que o transe evoque potenciais recursos do inconsciente que permitem a produção de sentidos e a reconfiguração das

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC à ALA NORTE à MEZANINO à SALA B1 à 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 1.188.965

experiências singulares ligadas à dor, alcançando a dimensão do corpo.

O trabalho será realizado por meio de estudos de casos em que se procurará articular o material clínico com a elaboração teórica proposta a partir dos processos construtivos-interpretativos (González Rey, 1997, 2005), onde será analisada a produção de sentido do sujeito aliada ao processo terapêutico com a hipnose. Também será incluída a observação de esquemas corporais (Merleau-Ponty, 2005) como indicadores que favorecem o processo interpretativo.

Será utilizado diário de campo com anotações posteriores ao atendimento; Essas fontes permitirão o surgimento de indicadores, informações relevantes que alimentam o processo interpretativo. As sessões, no formato de atendimentos psicoterápicos breves e individuais (Erickson & Rossi, 1980), serão conduzidas pelo pesquisador, filmadas, registradas. Em seguida, o pesquisador procederá às anotações do diário de campo e à análise dos registros e da filmagem, procedendo assim aos processos interpretativos. Os registros da pesquisa serão processados em computador, colocados em arquivos digitais e todo o material, incluindo o registro de anotações, será devidamente guardado em arquivo fechado, conforme as normas éticas de pesquisa e do Código de Ética do Psicólogo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Estudar a hipnose e a sua relação com as dores crônicas.

Objetivos específicos:

- 1) Compreender como a hipnose promove a reconfiguração subjetiva das dores crônicas;
- 2) Discutir o papel da influência hipnótica no processo terapêutico;
- 3) Investigar a relação entre sujeito e inconsciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como se trata de um trabalho psicoterapêutico mobilizações emocionais podem ocorrer e são naturais para este processo. Para isso, a atenção dada compreende as seguintes características:

Os(as) participantes da pesquisa estarão voluntariamente inscritos no Centro de Atendimentos e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília CAEP/IP-UnB. Serão acompanhados em processo psicoterapêutico com um profissional de psicologia devidamente inscrito no Conselho Regional de Psicologia, habilitado com curso de formação em Hipnose Ericksoniana e experiência clínica de cinco anos de atendimentos psicoterapêuticos nessa abordagem. Além disso, haverá supervisão de todo o processo por parte do orientador da pesquisa (Dr. Maurício S. Neubern), professor da Universidade de Brasília, psicólogo, devidamente inscrito no Conselho Regional de Psicologia e com larga experiência clínica e em pesquisa dentro da referida abordagem de hipnose.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ¸ ALA NORTE ¸ MEZANINO ¸ SALA B1 ¸ 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS**



Continuação do Parecer: 1.188.965

Caso os pacientes venham a manifestar algum tipo de desconforto ou apontarem qualquer tipo de mobilização emocional que decorra do processo terapêutico e de pesquisa, ele(a) estará acompanhado(a) por profissionais habilitados para lidar com os casos específicos, será respeitado o desejo de interromper o processo terapêutico e de pesquisa e será garantido o cuidado do(a) paciente mantendo a gratuidade.

- Benefícios

Os(as) pacientes, voluntariamente inscritos no CAEP/IP-UnB, que participarão da pesquisa, passarão por processo terapêutico especializado gratuitamente. A hipnose tem se mostrado uma excelente ferramenta terapêutica para o trabalho com as dores crônicas. A participação dessa pesquisa pode conduzir o(a) paciente à reconfiguração de suas experiências de dor, podendo também, como é próprio desse tipo de trabalho, produzir novas subjetivações que permitam a superação de dificuldades, as quais, frequentemente, paralisam seu processo de desenvolvimento saudável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador detalha os procedimentos metodológicos e éticos de acordo com o indicado. A pesquisa está desenhada de forma a possibilitar análise por parte deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou os termos obrigatórios, aceite institucional, TCLE, Termo de uso de imagem e som, carta de revisão ética, etc.). A não apresentação do roteiro de investigação é devidamente justificado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu as considerações expressas no parecer do CEP/IH.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_505690.pdf	12/05/2015 00:31:54		Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	12/05/2015 00:31:54	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	12/05/2015	João Antônio de	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ; ALA NORTE ; MEZANINO ; SALA B1 ; 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 1.188.965

Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	09:28:38	Assis Mallmann	Aceito
Outros	aceite_institucional_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:21:26		Aceito
Outros	declaração_aceite_CAEP_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:21:53		Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:24:14		Aceito
Outros	justificativa_para_não_utilização_de_instrumentos_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:25:49		Aceito
Outros	Lattes_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:27:23		Aceito
Outros	Lattes_Neubern.pdf	19/05/2015 00:32:43		Aceito
Outros	carta_de_revisão_ética_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:33:29		Aceito
Declaração de Pesquisadores	CRP_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:34:42		Aceito
Outros	certificado_ formação_em_hipnose_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:36:53		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:19:17		Aceito
Outros	termo_de_ autorizacao_para_utilizacao_de_imagem_e_som_de_voz_Mallmann.pdf	19/05/2015 00:47:06		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_505690.pdf	19/05/2015 00:48:00		Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	19/05/2015 00:48:00	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_505690.pdf	21/05/2015 14:26:06		Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	21/05/2015 14:26:06	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Parecer do Relator	PB_PARECER_RELATOR_1083156.pdf	27/05/2015 23:45:03	Éverton Luís Pereira	Aceito
Parecer do Colegiado	PB_PARECER_COLEGIADO_1087947.pdf	31/05/2015 12:29:46	Éverton Luís Pereira	Aceito
Parecer Consubstanciado do CEP	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1090285.pdf	01/06/2015 22:42:39	Livia Barbosa	Aceito
TCLÉs e Termos Assentimento / Justificativa de AusênciaTCLÉs e Termos Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_Mallmann.pdf	20/06/2015 13:36:03		Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC e ALA NORTE e MEZANINO e SALA B1 e 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS**



Continuação do Parecer: 1.188.965

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_505690.pdf	20/06/2015 13:37:51		Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	20/06/2015 13:37:51	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_Mallmann.pdf	07/07/2015 15:02:59		Aceito
Outros	cronograma_Mallmann.pdf	07/07/2015 15:04:16		Aceito
Outros	folha_de_rosto_Mallmann.pdf	07/07/2015 15:05:10		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_505690.pdf	07/07/2015 15:11:19		Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	07/07/2015 15:11:19	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	03/08/2015 05:26:40	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	03/08/2015 06:10:49	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	03/08/2015 06:15:28	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Parecer do Relator	PB_PARECER_RELATOR_1178953.pdf	10/08/2015 22:59:32	Éverton Luís Pereira	Aceito
Parecer do Colegiado	PB_PARECER_COLEGIADO_1178954.pdf	10/08/2015 22:59:47	Éverton Luís Pereira	Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	12/08/2015 14:32:10	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	12/08/2015 14:33:22	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	12/08/2015 14:34:06	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	13/08/2015 14:16:56	João Antônio de Assis Mallmann	Aceito

Situação do

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 18 de Agosto de 2015

**Assinado por:
Lívia Barbosa
(Coordenador)**

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ç ALA NORTE ç MEZANINO ç SALA B1 ç 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 1.188.965

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC e ALA NORTE e MEZANINO e SALA B1 e 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Hipnose, inconsciente e dores crônicas: estudo sobre o transe, dor e corpo*”, de responsabilidade de *João Antônio de Assis Mallmann*, psicólogo clínico (CRP/0115498) e aluno(a) de *doutorado* da *Universidade de Brasília*. O objetivo desta pesquisa é *Estudar a Hipnose e sua relação com o tratamento das dores crônicas*.

Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio da psicoterapia com hipnose de abordagem naturalista (abordagem proposta por Milton H. Erickson, também conhecida como Hipnose Ericksoniana). É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. A hipnose é uma técnica que, associada à psicoterapia, promove grande auxílio no alcance dos objetivos terapêuticos, seja no cuidado da dor, ou no desenvolvimento de recursos para lidar com as dificuldades que a pessoa deseja superar.

Trata-se de um método de comunicação e vivencial em que a pessoa pode experimentar um relaxamento tranquilo e suave conforme a conversação da terapia se desenvolve. A pessoa pode experimentar sensações corporais de alívio da dor enquanto o terapeuta apenas conversa com ela. Ressalto que essa técnica se disponibiliza a lidar com as demandas dos pacientes de acordo com o perfil e a personalidade de cada um e, por isso, não há imposição de situações que a pessoa não deseja. Além disso, esse método é terapêutico, portanto, totalmente distinto do que é chamado de “hipnose de palco” ou “hipnose de rua”. A Hipnose Ericksoniana nasce no contexto clínico e científico, portanto,

tem propósitos de auxílio, cuidado e profundo respeito à individualidade da pessoa humana.

Sua participação na pesquisa não implica nenhum risco, pois todo o processo é feito de forma protegida pelo contexto da psicoterapia e as técnicas utilizadas pelo pesquisador. Contudo, entendemos que pode haver mobilizações emocionais que são comuns em qualquer psicoterapia. Para isso, você está sendo acompanhada por um psicólogo profissional que está sob supervisão de um professor doutor em psicologia com larga experiência clínica.

Você poderá manifestar em qualquer momento sua intenção em interromper o processo da psicoterapia e da pesquisa caso se sinta desconfortável ou tenha vontade. Caso isso ocorra, você poderá ser orientada em suas demandas e, querendo continuar a psicoterapia com outro profissional, você será devidamente encaminhada. Isso não prejudicará sua inscrição, atendimento ou permanência nas atividades do CAEP.

Espera-se com esta pesquisa fornecer a psicoterapia com a finalidade de auxiliá-lo(a) no tratamento das dores crônicas. A hipnose tem se mostrado uma excelente ferramenta para o cuidado das dores crônicas e, dessa forma, nosso objetivo é que você possa passar pela psicoterapia e desenvolver um quadro de alteração ou redução das dores crônicas.

Sua participação é voluntária, gratuita e livre de qualquer remuneração ou benefício pecuniário. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa ou necessite de outros tipos de esclarecimentos, você pode me contatar a qualquer momento, pessoalmente ou pelo do telefone (61) 9966-6163 ou pelo e-mail joaoantonio@gmail.com. Estou à sua disposição para te auxiliar em qualquer questionamento.

O coordenador da pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de *entrevistas devolutivas ou de feedback, além de poderem ser discutidos com você*, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica sob o devido sigilo e rigor ético. A ideia é que você possa juntamente com o coordenador da pesquisa conversar em sessões agendadas sobre os resultados e o andamento da

pesquisa. Será apresentado a você os dados da pesquisa e a forma como está sendo desenvolvida pelo coordenador. Além disso, você poderá solicitar as informações que desejar para compreender o processo de pesquisa e do seu caso da forma como será tratado clinicamente.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Ciências Humanas CEP/IH, e pelo Centro de Atendimento e estudos psicológicos-CAEP. Tel.:(61)3107-6863

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável pela pesquisa e a outra com o(a) senhor(a). Foi produzido em acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas CEP/IH, web site: <http://www.cepih.org.br> e-mail: cep_ih@unb.br.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Brasília, ____ de _____ de _____