



Hipnose e dores crônicas: do controle à complexidade

Hypnosis and chronic pain: from control to complexity

Maurício da Silva Neubern
Universidade de Brasília
Brasil

Resumo

O presente trabalho busca desenvolver referências teóricas iniciais de uma perspectiva complexa para a compreensão das relações entre hipnose e dores crônicas. Opondo-se ao pensamento linear e causal dominante nas pesquisas contemporâneas, o trabalho é desenvolvido a partir da ilustração clínica de uma pessoa onde são focados, a partir da noção complexa de configuração, dois grandes eixos: sua experiência de dor crônica e sua experiência de transe hipnótico. No primeiro eixo, discorre-se sobre sua autoimagem, suas formas de relação com os outros e sua vivência de tempo; no segundo, discorre-se sobre totalidade, sabedoria e pertencimento. Na conclusão, destaca-se que a característica do transe em pessoas com dores crônicas remete a temáticas de ordem complexa, como o sujeito, suas origens, os saberes que emergem no transe que não permitem, em termos clínicos e teóricos, uma abordagem linear e de controle como geralmente preconizado nas pesquisas contemporâneas.

Palavras-chave: hipnose; dor crônica; complexidade; psicologia clínica

Abstract

This paper seeks to develop initial theoretical references from a complex perspective to understand the relationship between hypnosis and chronic pain. Opposing the linear and causal dominant thinking in contemporary research, this work is developed based on the clinical illustration of a person focusing the complex notion of configuration, on two main areas: the chronic pain experience and the experience of hypnotic trance. The first axis discusses people's self-image, their ways of relating to others and their experience of time; the second one talks about wholeness, wisdom and belonging. In conclusion, it is emphasized that the characteristic of trance in people with chronic pain refers to complex themes, such as the subject, its origins, the knowledge emerging from the trance which does not allow, in clinical and theoretical terms, a linear approach and control, as it is generally recommended by contemporary research.

Key-words: hypnosis; chronic pain; complexity; clinical psychology

As pesquisas contemporâneas sobre as relações entre hipnose e dores crônicas, em sua maioria, são marcadas por uma perspectiva biomédica, na qual a intervenção hipnótica deve modificar as dores por meio de uma ação unilateral e externa de controle sobre as respostas do corpo (Neubern, 2010). Em grande parte delas, a ausência quase completa de reflexão teórica coincide com o ímpeto instrumentalista (Gonzalez Rey, 2011) no qual a busca pela avaliação fidedigna e confiável procura validar as técnicas hipnóticas como instrumentos eficazes para a redução ou alívio das dores crônicas (Jensen & Patterson, 2014). Mesmo que não seja explícito, tais concepções preconizam uma perspectiva na qual as dores



são respostas, linearmente identificadas a índices nomeados pelo paciente, seja por uma expressão qualitativa (*queima, aberta, puxa, corta*), seja por um sinal quantificado (*forte, fraca, muito, pouco* ou ainda um número de escala). A hipnose, desse modo, é situada como uma espécie de instrumento a ser avaliado em função de sua capacidade de alterar estes índices em amostras significativas de pacientes com dores crônicas, o que é medido principalmente por meio de escalas aplicadas a tais grupos de pessoas (Abrahamsen, Baad-Hansen, Zachariae & Svenson, 2011; Teeley e outros, 2012).

Embora tais propostas possuam méritos significativos, como o de conferir visibilidade e interesse científico ao tema, elas também preconizam uma perspectiva que situa a hipnose e as dores crônicas como processos lineares e causais, entre os quais é possível estabelecer uma relação de controle, o que traz uma série de limitações para a compreensão do tema. Primeiramente, no que diz respeito às dores crônicas, tal proposta torna-se um tanto problemática face às experiências de pessoas que as vivenciam uma vez que são esvaziadas de subjetividade e cultura (Le Breton, 2010, 2012; Neubern, 2014b). Para tais pessoas a perda da capacidade laboral e financeira, a interrupção de projetos de vida, a emergência abrupta do passado de maus-tratos e violência, a incompreensão e desesperança veiculadas por serviços, tratamentos e profissionais de saúde, a estigmatização em diferentes espaços sociais, o isolamento social e afetivo, os conflitos conjugais e sexuais, o mergulho em profundos estados de depressão e as ideações suicidas são processos muito presentes em sua subjetividade, envolvendo relações complexas com os diferentes momentos de inserção no mundo social.

As influências simbólicas e culturais aí marcantes, os personagens sociais com quem interagem (inclusive pela rejeição e pelo afastamento), a lógica excludente das instituições e serviços de saúde onde buscam ajuda e a própria produção subjetiva decorrente de seus papéis nessas trocas remetem muito mais a uma ótica dialógica, cultural e complexa (Gonzalez Rey, 2011; Morin, 2001, 2005; Neubern, 2013a, 2013b) do que a um fenômeno linear, a ser controlado de fora por uma técnica operada por um outro que, por vezes, permanece alheio e indiferente a seus dramas. Mesmo em termos de sua dinâmica vivida, que remetem a uma biologia sistêmica de múltiplas articulações (Lakoff & Johson, 1999; Merleau-Ponty, 2008) tal linearidade torna-se altamente restrita, uma vez que não é capaz de conceber as relações recursivas entre seus distintos processos. A constituição da dor, por exemplo, enquanto fenômeno (Le Breton, 2012; Neubern, 2013a, 2014b) não se restringe a um processo biológico de condicionamento, mas envolve múltiplos sistemas configurados entre cultura e biologia, cuja produção semiótica, envolvendo signos vividos (índices) e simbólicos (sentidos subjetivos) permitem situar o sujeito integrado a suas trocas e temáticas cotidianas por meio de relações complexas e dialógicas. Semelhante concepção de controle e linearidade, portanto, preconizada por tais pesquisas, remete a uma ótica reducionista em que a heterogeneidade de processos que se configuram na experiência cotidiana das pessoas



é restrita a respostas unívocas e a capacidade auto-reguladora de tais sistemas é simplesmente ignorada.

Em segundo lugar, no que diz respeito à hipnose, esta não pode ser restrita a semelhante linearidade, sob a pena de ser drasticamente mutilada. Não há apenas aqui a exclusão de importantes processos clínicos fundamentais para sua compreensão, tal como já levantado por autores de relevo da hipnose (Bioy, 2011; Erickson, 1986; Roustang, 2006; Zeig, 2014), como a singularidade, a comunicação simbólica e metafórica, a corporeidade, a emergência do transe e o papel do inconsciente; há a proposta de um controle unidirecional, no qual o terapeuta, por sua ação técnica, modifica as respostas do paciente, cuja participação se reduz a uma passividade, a bem dizer, completa. De modo análogo à prescrição de um medicamento ou à condução de uma cirurgia, a hipnose torna-se um instrumento a ser aplicado de fora por um terapeuta altamente especializado, mas distante do mundo subjetivo do sujeito, num processo onde o papel do paciente é restrito à obediência e submissão às prescrições deste terapeuta, cujo saber superior e científico define a conduta correta a respeito de suas dores crônicas (Neubern, 2012, 2014a).

Há, neste cenário, uma exclusão da autonomia em duas frentes distintas. Por um lado, constitui-se como um processo de colonização em que os saberes originários ligados ao pertencimento histórico, social e cultural do sujeito são largamente desconsiderados face ao saber científico do terapeuta, único capaz de oferecer explicações e procedimentos confiáveis sobre a situação de dor do sujeito. Não parece haver qualquer interesse em conceber, por exemplo, a riqueza e potencialidade terapêutica de uma manifestação espiritual durante o transe de uma pessoa, fenômeno bastante significativo em várias culturas, como a brasileira (Lemos & Bairrão, 2013; Neubern, 2015). A intervenção especializada, com suas técnicas e conceitos, é quem deve prevalecer sem a mínima possibilidade de consideração e menos ainda de negociação com tais saberes que nada têm a acrescentar ao processo. Por outro lado, não há um espaço para o processo autônomo e criativo que caracteriza o processo terapêutico do transe (Erickson, 1992; Roustang, 2006, 2012) mesmo quando este sujeito não guarda lembrança do que ocorreu durante tal processo. A obediência imposta ao sujeito, que deve se constituir como um paciente dócil ou autômato, aliada à busca obsessiva por respostas, não permitem considerar e problematizar sua potencialidade criativa e, em certos níveis ativa, na re-configuração de suas dores crônicas que, por serem subjetivas, remetem a temas cotidianos diversos, como destacado acima.

Desse modo, contrapondo-se à ótica linear e de controle dominantes no tema, o presente trabalho possui como objetivo propor a construção de algumas referências complexas (Morin, 1996, 2001, 2005) para a compreensão da relação entre hipnose e dores crônicas. Estas referências serão construídas a partir da noção de configuração (Neubern, 2010, 2013^a, 2013a, 2015) a ser desenvolvida em torno de dois eixos principais: a experiência da pessoa com dores crônicas e o processo hipnótico de tais pessoas. A escolha teórica da noção de configuração se dá, em termos do primeiro eixo, por se constituírem como unidades que



articulam diferentes ordens de processos (biológicos, econômicos, sociais, espirituais, de gênero, família), ao mesmo tempo em que se constituem como sistemas com capacidade autônoma e criativa, que reconstrói e re-organiza estes mesmos processos, conferindo dinamismo à tal experiência e potencialidade terapêutica ao sujeito. Ao mesmo tempo, no que diz respeito ao transe hipnótico, elas permitem conceber como os processos que se configuram na constituição do *eu* em suas referências de relações com o mundo (como causa, tempo, espaço, matéria e outro) podem ser alterados de modo a favorecerem a emergência de uma polifonia de processos inconscientes individuais e coletivos (Clément, 2011; Morin, 2001).

Para tanto, tais construções serão desenvolvidas a partir de uma breve vinheta clínica que ilustra o processo terapêutico de uma pessoa com dores crônicas. Tal processo, conduzido pelo autor, ocorreu sob a ótica de uma pesquisa clínica e qualitativa (Gonzalez Rey, 2005; Neubern, 2013a) num contexto institucional que investigou as relações entre hipnose e dores crônicas. Vale destacar que, além da aprovação do comitê de ética da instituição, a terapia se deu por meio de sessões semanais de terapia e hipnose de inspiração ericksoniana (Erickson, 1986; Erickson & Rossi, 1979), tendo durado por volta de 16 meses. Embora não seja possível uma explicação detalhada sobre as mesmas neste trabalho, pode-se ressaltar que são técnicas que se baseiam numa linguagem indireta e simbólica, nas quais as sugestões são construídas na forma de metáforas, contos, jogos de palavras e dramas, opondo-se às tradicionais ordens diretas do terapeuta (Neubern, 2012). Adotando uma perspectiva altamente pragmática, também envolvem uma concepção de inconsciente enquanto campo de possibilidades e recursos terapêuticos, de modo a favorecer a capacidade criativa do sujeito, autor principal de seu processo (Erickson, 1992).

Método

Na perspectiva aqui adotada (Neubern, 2010, 2013b, 2013a), as configurações¹ são sistemas complexos da experiência humana com as seguintes características: a) articulam diferentes processos coletivos (sociais, biológicos, culturais, familiares, econômicos, espirituais, sexuais, etc) na experiência de uma pessoa, como as dores crônicas. Assim, o todo dessas coletividades se faz presente na parte (a configuração), sem que a dilua num tecido homogêneo e sem estabelecer com ela uma relação determinista, embora mantenham certa determinação sobre tais sistemas (Morin, 1990, 2001). Cada configuração de dor, portanto, repete os todos que a influenciam (a relação econômica com o sistema de saúde, a construção dos estigmas, a espiritualidade, a luta de classes, o gênero), mas o faz de modo particular no

¹ O termo configuração já foi desenvolvido enquanto conceito por eminentes autores da Psicologia (Merleau-Ponty, 2008; Gonzalez Rey, 2011) prenunciando uma reflexão complexa, por buscar articular, num mesmo sistema, diferentes processos. Neste trabalho, ele será utilizado a partir das perspectivas de Neubern (2010, 2013a, 2014b) que procura desenvolvê-las sob a ótica da complexidade de Morin (1990, 1994, 2001).



mundo de experiências daquela pessoa; b) constituem-se numa lógica específica (organização), com movimentos dinâmicos de agregação, arranjo, articulação (ordem) e desagregação, ruptura, desarticulação (desordem) sem, contudo, diluir seus elementos (partes) no todo organizacional (Morin, 1990, 1994); c) possuem capacidade criadora singular que promove a construção de qualidades dominantes, seja em termos vitais, seja em termos simbólicos. Assim, mesmo que recebam influências de dimensões macro e coletivas, como a filogênese e a cultura, elas possuem um processo criativo singular do contexto da experiência da pessoa que, de acordo com a organização local deste cenário, possuem qualidades muito particulares, que remetem aos sistemas específicos de onde emergem.

A sensação de *queimação* enquanto qualidade dominante das configurações da dor persistente do tumor de uma pessoa é, portanto, única, pois, mesmo que possua bases filogenéticas de sua espécie e padrões típicos de sua doença, ela está neste sistema configuracional singular, que se insere num contexto de experiência criativa única daquela pessoa; da mesma forma, o sentido simbólico de “paralisação” de sua vida é também único, mesmo que seja relatado por muitos pacientes e remeta a questões da sociedade e cultura onde tal pessoa se insere. d) No caso das pessoas com dores crônicas, é possível considerar dois grandes tipos de configuração (Neubern, 2014b): um primeiro voltado para a dimensão vivida, onde há o primado de processos semióticos (Peirce, 1998), tais como índices, caracterizados pela reatividade como: sensações, energia, vitalidade, emoções, movimento, largamente influenciados pela biologia; e um outro voltado para a subjetividade, com primazia de processos semióticos simbólicos caracterizados pela mediação, como sentidos subjetivos), altamente perpassados pela cultura e seus sistemas simbólicos. Embora seja possível conceber uma dominância de um desses tipos em certos momentos da experiência de dores crônicas, também é possível considerar que na grande maioria das vezes os mesmos encontram-se articulados no que é vivido pelas pessoas com tais demandas.

Tais condições levam a conceber que as expressões e processos da experiência de uma pessoa com dor crônica encontram-se integradas a estes sistemas, compondo um complexo tecido configuracional que se arranja e se desfaz, de maneira a buscar novas articulações. Elas não possuem uma ligação linear com os relatos das pessoas ou com qualquer índice externo (como os de escalas numéricas e avaliativas), mas devem ser qualificadas por meio de uma atitude de pesquisa clínica e qualitativa (Gonzalez Rey, 2005; Neubern, 2010) num processo relacional em que a pessoa e seu terapeuta, necessariamente um pesquisador, vinculam-se e tomam parte ativa. A interpretação, portanto, pauta-se por um caráter teórico onde cada processo é integrado na construção de pensamento do pesquisador, não em função de algum critério de evidência ou relevância estatística (ambos critérios externos ao que é vivido pela pessoa), mas por conta de seu valor heurístico que considera as características, lógicas e referências particulares da organização do cenário de experiência daquela pessoa. Assim, as expressões, falas, gestos, acontecimentos que emergem nesta relação podem se constituir como indicadores (Gonzalez, Rey, 2005), ou seja, informações



que apontam para construções pertinentes do pensamento do pesquisador sobre os sistemas de configurações que se tornam inteligíveis a seu pensamento.

Na proposta deste trabalho, pelas limitações de espaço, as interpretações serão apenas ilustrativas, procurando apontar para aspectos pertinentes de uma compreensão complexa referente à experiência de dor crônica e à experiência de transe hipnótico desta mesma pessoa. As configurações que constituem a experiência de dores crônicas serão discutidas em torno de três pontos, a começar pela autoimagem, que caracteriza os sistemas de configurações vividas e subjetivas da pessoa sobre si mesma (Neubern, 2014b). Não raro, os processos de dores crônicas impactam profundamente a autoimagem das pessoas, seja alterando suas relações com o mundo, (por exemplo, confirmando crenças tácitas oriundas no passado familiar, como “*as pessoas são más e egoístas*”, “*não há futuro*”), seja alterando as relações consigo mesma (“*tudo para mim é difícil*”, “*não posso ser feliz*”). Neste último caso, tais configurações podem mesmo vir a se tornar identitárias, como se a pessoa não se reconhecesse mais sem todas as implicações (principalmente estigmas) ligadas às dores crônicas. Os sistemas que constituem a autoimagem são intimamente ligados a outros dois pontos de grande relevância para a compreensão das dores crônicas: as formas de estabelecer relação e vínculo e os modos de vivenciar o tempo. No primeiro caso, não é incomum que as dores crônicas promovam todo um cenário social (Le Breton, 2012), que favorecem um jogo de relações rígidas (envolvendo a pessoa, familiares, profissionais, instituições) altamente destrutivas para a pessoa, que é colocada sob suspeita de mentira, manipulação por ganho secundário, carência, histeria, loucura, insatisfação sexual e imaginação fértil.

Comumente tais processos culminam com formas de relação cotidianas que configuram atitudes de isolamento, estigma, vitimização, defesa e agressividade (Le Breton, 2012; Neubern, 2013b). No que se refere ao tempo vivido (Minkowski, 2005), é comum que a experiência das pessoas com dores crônicas apontem para um presente paralisado, um futuro bloqueado, em termos de perspectivas diversas para a vida, e uma fixação no passado que pode misturar a nostalgia de boas vivências com um leque considerável de acontecimentos nefastos, como violências, tragédias familiares e maus-tratos. Desse modo, principalmente durante as crises, as dores crônicas parecem evocar e presentificar um passado determinista e negativo como se confirmassem teorias, missões e profecias familiares que variam entre o trágico, o pessimista e o patológico.

Já no que diz respeito à experiência de transe, as configurações envolvem as alterações de referências da relação *eu-mundo* (tempo, espaço, causa, outro, matéria) e na emergência de uma série de processos que podem implicar em outras referências (*tu, ele, nós, isso*), como também em processos e saberes coletivos de diferentes ordens, onde se encontram grandes polaridades culturais, como *bom/mal, belo/feio, masculino/feminino, sagrado/profano, humano/animal*, dentre outros (Clément, 2011; Morin, 2001). Concebe-se que o acesso a tal universo emergente através do transe pode ser de grande relevância terapêutica para as pessoas com dores crônicas, uma vez que a alteração desse conjunto de referências possui



considerável potencial de re-configuração da experiência (Neubern, 2013a, 2014a). Em torno disso, as relações entre hipnose e dores crônicas, serão discutidas com ênfase em três aspectos centrais (Morin, 2001) – as noções de totalidade, envolvendo as múltiplas conexões de processos que emergem como um todo na experiência; sabedoria, implicando agenciamento, compreensão, intencionalidade, e decisão e pertencimento cultural do sujeito que parece se constituir como um dos pontos mais relevantes em termos de clínica.

Lourdes Teles, 52 anos, Funcionária Pública

Lourdes chegou ao serviço de terapia sob forte quadro depressivo e com a queixa de muitas dores diversificadas por todo o corpo devido a um lúpus persistente que a maltratava há muitos anos. Tratamentos médicos e psicológicos buscados até o momento não trouxeram bons resultados o que a fez cogitar sobre as possibilidades da hipnose. Era casada e possuía três filhos homens. Seu marido, comerciante bem sucedido, era um homem intolerante, preconceituoso e violento que a ameaçava com certa frequência, o que os levou, durante a terapia, a um divórcio. Lourdes vinha de um longo histórico de abusos físicos e morais em sua família de origem, onde também era vítima de preconceito racial, embora seus pais e irmãos também fossem afrodescendentes. Não raro, sentia-se vítima de relações abusivas com familiares e pessoas próximas, como se os outros “*sempre aprontassem contra ela*”, o que dificultava a construção de vínculos. Ficava na expectativa de que logo seria alvo de uma traição, uma exploração ou uma chantagem. Relatava com tristeza que seus pais e irmãos, não raro, tratavam-na por cruéis xingamentos e acrescentavam que “*não daria para nada na vida*”, sendo um verdadeiro fracasso. Em sua visão, deveria haver algo de muito errado com ela, pois, mesmo seus pais, pessoas vistas como caridosas na cidade, não se cansavam de maltratá-la. Curiosamente, o assédio sexual que sofreu diversas vezes por pessoas próximas à família e a suspeita sobre sua verdadeira paternidade eram cogitados como punições da vida e não como violências sobre as quais ela não possuía qualquer responsabilidade. Chegou mesmo a cogitar, por algumas vezes em sua vida, a recorrer ao suicídio.

Relatava ser tomada por uma angústia profunda, quase todos os dias, já que não via esperança em campo algum de sua vida. Levantar-se da cama era algo difícil, com a sensação de que “*a tormenta do dia vai começar de novo*”. As dores comumente abrangiam muitas partes de seu corpo, quando não a tomavam por inteiro “*sinto dor até de pegar no cabelo!*”, o que a levava a querer ficar deitada na maior parte do tempo. Presa a um passado terrível de humilhações e maus-tratos, para o qual seu relato sempre retornava, vivia um presente arrastado, triste e tedioso e não acreditava em um futuro saudável, nem que poderia buscar algum tipo de felicidade. Suas inspirações religiosas espíritas e umbandistas eram um dos poucos pontos de sua vida que pareciam lhe trazer algum tipo de esperança e alívio de sofrimento, como também remetiam a um dos poucos círculos sociais fora da família.



Comumente, buscava na religião possíveis explicações para tanto sofrimento (“*devem ser coisas de vidas passadas*”).

A Experiência de Dor Crônica

Em termos configuracionais, é possível considerar que Lourdes desenvolveu, em sua dialética com o mundo, uma autoimagem (Neubern, 2014b) que a figurava como uma pessoa altamente “*machucada*” pela vida, destinada ao desprezo e agressão dos outros. Os significados, emoções e índices aí presentes, como os processos imaginários, situavam-na nas relações sociais como alguém a ser agredida, receptiva a uma violência qualquer, uma pessoa a ser punida pela vida, com a qual havia algo de errado (por merecer a constante punição dos pais) e que, por tais razões, deveria se manter sempre na defensiva. Daí um círculo social restrito, com raros amigos, ambientes e atividades e muita agressividade nas relações mais íntimas, à exceção dos filhos. Um indicador importante nesse sentido é que, não raro, suas crises envolviam dores por todo o corpo, esgotando-a em sua vitalidade de modo a arrastá-la à cama por todo o dia, onde ruminava as mazelas de sua história. Tais momentos permitem considerar a tomada de uma morbidez por toda sua experiência, onde o negativo se alastrava pelo corpo (dor), pela história (um passado terrível que lhe fustigava sem tréguas), uma ausência quase que completa de futuro e uma prevenção constante contra o ataque a esperar dos outros ou da própria vida.

Suas produções de sentidos voltavam-se para o passado, sempre negativo, e suas referências de presente e futuro, quase sempre marcadas pela ausência de soluções, traziam-lhe uma forte sensação de paralisação da vida. Se o passado era ruim, o presente e o futuro não lhe permitiriam conceber esperanças em mudanças das pessoas, dos sabores e de si mesma, como se o destino infeliz já estivesse definido. Tais processos, vividos em sua corporeidade, eram simbolizados, via imaginário, como *buracos* (“*sou uma mulher esburacada pela vida*”), o que coincidia com muitas dores e uma sensação de um peso paralisante, que a constrangia a permanecer deitada por muitas horas. A terrível angústia que lhe tomava era, portanto, vivida na própria carne, confirmando as profecias negativas de sua família, alguém que “*não daria nada pra vida*”, que “*merecia ser xingada pelos pais*” e “*agredida pelos irmãos*”. Daí a comparação que ela mesma fez entre si e *Geni*, personagem da música de Chico Buarque *Geni e o Zepelin*.

Durante os seis primeiros meses de seu processo terapêutico (que durou pouco mais de um ano), dois momentos foram marcantes. Logo nas primeiras sessões, ainda muito chorosa e abatida, Lourdes relatou que sua vida era muito triste, fadada à infelicidade. Não havia nada de bom do que se lembrar. Durante o transe narrou estar num sonho recorrente na qual homens negros, altos e quase nus lhe perseguiam, o que trouxe indicadores significativos de sua história que se presentificaram naquele momento. A cena, oriunda de um sonho recorrente, colocava seres mais poderosos (homens altos e fortes), negros (o que permite



cogitar relação com sua família) e quase nus (o que remete a alguma ameaça no campo sexual) que lhe abordavam de forma ameaçadora, perseguindo-a pelo espaço. O terapeuta, então, recorreu a uma técnica de lhe conferir possibilidades de movimento dentro da cena e fora dela, fazendo com que se desvencilhasse da sensação sufocante de paralisia por ela relatada. Em seguida, após lhe favorecer técnicas anestésicas e de deslocamento de sensações, propiciou-lhe um processo regressivo, em que ela rememorou cenas muito agradáveis de sua infância, nas quais relatou estar brincando num rio, sob os cuidados de familiares e amigos. Havia ali forte ênfase nas sensações corpóreas e na possibilidade de movimentação, com suavidade e tranqüilidade. Relatou que seus pais e irmãos mais velhos a olhavam com atenção e brincavam com ela. Após tal processo, suas dores reduziram a intensidade e a frequência e passou a reclamar muito menos da vida, tornando-se mais ativa em vários sentidos. Ao ser questionada, na sessão seguinte, sobre como classificaria sua história, Lourdes se colocou de modo inteiramente distinto de seus modos habituais de expressão naquele contexto:

Se meus irmãos mexiam comigo, eu também me defendia. Dava porrada neles também ... aprendi a me defender, ora! (risos). E outra coisa ... minha infância foi na roça ... como eu brinquei! Pular no rio, pegar peixinho, roubar fruta, mexer com bichos ... Acho que aproveitei mais que meus netos. Essas crianças de hoje não sabem o que é brincar, ficam só nesses joguinhos.

Há aqui indicadores altamente significativos de re-configuração que se mantiveram posteriormente num processo terapêutico de mudança: a forma de narrar sua história aponta para uma construção simbólica e narrativa na qual a personagem que se coloca como protagonista, flexibiliza sua história (momentos bons e ruins), aprende com a adversidade (a se defender dos irmãos) é capaz de se defender dos outros e de aproveitar intensamente certos momentos de sua trajetória. Pode-se considerar que tais indicadores remetem ao início de mudanças tanto nas re-configurações de sua autoimagem (não é mais apenas a pessoa a ser vitimizada pelos outros), como na forma de se posicionar na relação com os outros (pode também possuir um papel ativo nas pautas relacionais).

O outro momento importante deste processo ocorreu quando se propôs a um trabalho de autoimagem em transe no qual o terapeuta proporcionou uma analogia entre o corpo de Lourdes e uma prática pela qual possuía grande interesse e afeto: a jardinagem. Era como se pudesse escolher um tipo de planta para plantar em cada parte de seu *corpo/jardim*, o que subentendia uma nova forma de conexão consigo mesma, envolvendo diferentes partes de si. Ao chegar em seu rosto, Lourdes entrou em crise, relatando uma lembrança da infância em que era brutalmente agredida (tapas no rosto, socos e empurrões que a jogavam ao chão) e xingada por seu pai. Esta cena trouxe uma série de indicadores altamente pertinentes por remeterem a uma experiência de um nível muito profundo ou constitutivo ainda bastante influente em sua produção subjetiva que ainda não havia sido explorado no processo



terapêutico. Uma das figuras mais centrais e importantes em sua constituição como pessoa (seu pai) a agride com muita violência, justamente no momento em que o exercício a conecta com uma das partes do corpo mais significativas em termos de autoimagem: o rosto. Tratava-se aqui de um conjunto de configurações que confirmavam sua autoimagem como a de alguém que é essencialmente agredida pela vida, por ser tratada desta forma pelo próprio pai.

O terapeuta novamente procedeu à técnica de conferir movimento e, em seguida, acrescentou que a cena era, de fato, muito triste, mas ela já se sentia melhor. E que alguém, que poderia ajudá-la, apareceria na porta da sala dali a alguns instantes. Então, Lourdes relatou que um homem vestido de branco (segundo ela, um enfermeiro espiritual) entrava pela porta, dirigia-se para trás dela e enxugava, com um tipo de esponja, uma substância escura de dentro de sua cabeça. Logo em seguida, despediu-se e foi embora e a paciente declarou uma profunda sensação de felicidade e bem-estar. Na sessão seguinte, Lourdes trouxe novos indicadores de grande importância que apontaram na direção de re-configurações muito significativas em seu processo terapêutico. Disse que durante boa parte do transe, percebeu surpresa que várias flores flutuavam e pareciam se colar a partes de seu corpo, como se fechassem buracos ali existentes. Destacou que, apesar do sofrimento das imagens de maus-tratos, sentia-se protegida e que o enfermeiro espiritual lhe trouxe um alívio muito grande, com uma sensação de paz que há muitos anos não sentia. Em seguida, asseverou que, malgrado ser difícil ter vivido esse tipo de relação com o próprio pai, sua história era maior que tais acontecimentos e mesmo assim não deixava de possuir afeto por ele e sua família.

Tais indicadores remetem a uma continuidade não linear de mudança com relação aos processos acima destacados, uma vez que seria possível ressaltar também os movimentos contrários que se opuseram a tal processo entre estes dois eventos. As flores tampando buracos no corpo podem ser concebidas como uma consolidação importante de re-configuração da autoimagem, na qual as situações sofridas e violentas do passado subjetivadas e vividas na carne (*buracos*) são cicatrizadas, tratadas e cuidadas por um saber profundo além do *eu* (o espiritual), conferindo-lhe novas possibilidades de simbolização de si e de sua história. O caráter espontâneo dessas imagens, algo que não foi sugerido na indução hipnótica, reforça ainda mais esta idéia e a sensação de alívio envolve não apenas a redução das dores em si, mas uma espécie de interrupção duradoura dos tormentos do passado, que fustigavam seu próprio corpo em termos vividos. Sua autoimagem está, portanto, num processo de remendo, ou seja, uma reconstrução em que os *buracos* são colados por algo muito significativo para ela - as flores - e pela possibilidade de receber cuidados, e não apenas os maus-tratos. Tal processo é tão impactante que envolve não apenas a re-configuração simbólica, mas principalmente sua corporeidade, abrangendo a vitalidade de sua carne - daí o possível efeito de redução considerável das dores.



A não linearidade deste processo inclui as cenas, em transe, de maus tratos mais cruéis manifestas até o momento, mas agora num contexto em que elas podem ser trabalhadas e numa seqüência de acontecimentos que leva a um desfecho diferente, ou seja, ela sai da paralisação, movimenta-se pela cena, consegue obter novos ângulos para apreciá-la e ainda recebe a ajuda espiritual. Tal processo permite dar continuidade à reconstrução subjetiva, agora mais flexível, por ser capaz de incluir principalmente as cenas mais dolorosas e também a diversidade de outras vivências a elas ligadas, o que altera consideravelmente sua produção de sentidos (símbolos) e sensações (índices) sobre si e os outros. Não havia mais apenas núcleos de sentidos e emoções negativos no âmago de seu cenário subjetivo: eles partilhavam tais sistemas com outras experiências, mostrando uma diversidade que lhe permitia flexibilizar muitas de suas produções subjetivas anteriores. Assim, em termos de vivência de tempo, Lourdes reconhecia que em seu passado havia ocorrido acontecimentos muito violentos e forte rejeição de sua família, que a marcaram profundamente, mas que ela também pôde experimentar outras situações com qualidades distintas de troca afetiva e papéis, inclusive na família, que proporcionaram-lhe crescer como uma pessoa forte e com muitas potencialidades.

Nessa perspectiva, com o andamento do processo terapêutico enfatizando esses mesmos focos, suas relações ganharam novas qualidades de troca afetiva e possibilidades de produção simbólica. Sem dúvida, os núcleos de configurações ligados ao sofrimento sobre si não foram anulados, mas significativamente transformados em termos de sentido subjetivo, pois Lourdes *havia sofrido muito, mas não precisava ser a vítima de um destino cruel*. Mesmo que o passado ainda lhe *puxasse* para papéis anteriores (como vítima) como ela mesma reconhecia, ela se sentia de modo muito distinto, pela flexibilidade de poder assumir outros papéis, sendo mais ativa e hábil na negociação com os outros. Ela era alguém também digna de receber cuidados (como os do mundo espiritual), e não apenas ser agredida, como poderia interromper os ataques de pessoas próximas (como o marido), lidar com situações difíceis sem sucumbir a novo estado depressivo (como o divórcio) e considerar sua relação com os pais de outro ângulo *“não sou mais aquela criança. Não preciso agüentar o que me faziam. Notei que passaram a me tratar com mais respeito.”* Assim, enquanto o futuro passava a ter perspectivas (pensava em comprar seu sítio, talvez voltar a estudar), o presente voltava a ser um campo de experimentações, onde se permitia experimentar atividade e situações prazerosas com outras pessoas (hobbies e voltar a dirigir). Seu mundo voltava a ser povoado com outras pessoas, com as quais poderia estabelecer novas formas de troca afetiva, com as contradições que lhe são próprias. Ao final de seu processo terapêutico, suas dores haviam desaparecido e seus exames clínicos não apontavam mais para sinais de lúpus.

Transe hipnótico



O relato acima é muito ilustrativo no sentido de destacar o potencial terapêutico do transe junto a uma pessoa com fortes dores instaladas por anos e uma vivência deprimida de paralisação da vida, muito típica da cronicidade (Le Breton, 2010, 2012). Em certa medida, tais restrições se dão devido ao próprio funcionamento lógico e constitutivo do *eu* nas sociedades contemporâneas (Rose, 2011), muito associado à noção de controle e marcado por uma série de fragmentações, nas quais a pessoa se percebe isolada dos outros, com uma percepção rígida e vitimizada das relações e separada do próprio corpo. Este é comumente percebido como uma entidade independente, um campo acessível à influência médica, mas não a seus próprios meios.

Na ilustração clínica aqui discutida, há um aspecto constante associado à mudança na qual as configurações marginalizadas da experiência parecem ocupar novo espaço no cenário da pessoa, promovendo significativas mudanças na experiência em seu conjunto. Quando as cenas positivas do passado infantil, a evocação de recursos corporais e a intervenção do enfermeiro espiritual passam a ocupar um lugar de visibilidade ao centro do cenário de Lourdes, há significativas reconfigurações sobre si, sua história e suas relações com os outros. Tal processo desenvolvido durante o transe, não acontece de modo mecânico, como a simples movimentação de algumas peças, uma vez que envolve uma nova organização da totalidade (Morin, 2001) do conjunto das configurações vividas e subjetivas. Desse modo, quando Lourdes mergulhava no estado de transe hipnótico, ela adentrava outro mundo, com outras referências de tempo e espaço (como seu passado infantil) de matéria (flores que se colam ao corpo e remendam seus buracos) e outro (enfermeiro espiritual), como também de *nós* (sua família de origem, numa lógica de cuidado, prazer) e o *isso* de sua corporeidade, que resgatou recursos filogenéticos de sua corporeidade capazes de reduzir ou até fazerem cessar suas dores.

Semelhantes alterações permitem compreender a re-configuração da experiência, basicamente, em torno de três pontos. Primeiramente, há uma questão de novas conexões proporcionadas neste processo de reorganização mais amplo que rompem, em alguma medida, com algumas das fragmentações típicas da lógica consciente e deliberada do *eu* e parecem formar uma totalidade de experiência específica. Ao mesmo tempo em que o *eu* se desloca de seu lugar de pretensão domínio e controle, tornando-se eclipsado, passivo ou testemunho com pouca influência, emerge todo um patrimônio cultural, subjetivo e biológico que comumente fica adormecido e inacessível ao sujeito. Tal experiência, diferentemente da ilusória crença de muitos em torno do *eu* hegemônico e todo-poderoso, é radicalmente polifônica, posto que envolve uma pluralidade de vozes (como no caso do *nós* e *eles*) e policêntrica, uma vez que tais instâncias também possuem poder de ação e deliberação sobre o que ocorre (Morin, 1994, 1996). Formando uma rede de conexões que supera as fragmentações e barreiras habituais, tal processo situa a experiência em termos de uma totalidade habitualmente desconhecida pela pessoa (Gallagher, 2012) e profundamente terapêutica no que diz respeito a sua auto-imagem e suas demandas.



Logo, quando Lourdes se via no riacho da fazenda cercada por familiares num ambiente prazeroso, as sensações e sentimentos daquela criança ali na frente que ela visualizava, eram profundamente sentidas por Lourdes, uma vez que aquela *outra* ali, era ela mesma. De igual modo, o jardim onde plantava suas flores durante o transe era também seu próprio corpo e, mais que isso, embora certas flores fossem plantadas numa única parte, as sensações de bem-estar e cura irradiavam-se pelo conjunto de sua corporeidade, trazendo-lhe grande alívio e bem-estar. As várias conexões ali presentes permitem pensar numa rede semiótica complexa, com diferentes tipos de signos a comporem estas configurações (Neubern, 2014b), multilateral, ou seja, marcada por influências mútuas, e com uma qualidade emergente de *totalidade* na qual as partes não se dissolvem no todo, mas estão profundamente integradas e solidárias a ele. Assim, numa ótica muito próxima à de Merleau-Ponty (2008), ao mesmo tempo em que Lourdes poderia se expressar “*ali está meu jardim*” ou “*estou passeando no meu jardim*”, ela também poderia afirmar, sem se sentir em contradição, “*este jardim é meu corpo; este jardim sou eu*”.

Em segundo lugar, tal processo complexo de re-configuração, caracteriza-se pela emergência de qualidades que se constituem como uma espécie de sabedoria sobre si, com grande capacidade terapêutica. Curiosamente, essa espécie de consciência que emerge, envolvendo a totalidade da experiência no transe, parece possuir reflexividade e intencionalidade que pode conhecer o que se passa consigo e criar soluções viáveis e precisas para suas principais demandas. Tudo se passa como se as metáforas, analogias, contos e descrições do terapeuta (Erickson, 1992) acessassem tal sabedoria nos níveis simbólicos e animais da experiência da pessoa, favorecendo a emergência de uma compreensão da problemática diferenciada e de potencialidades, até então inibidas, capazes de promover mudanças em diferentes caminhos. Logo, a descrição feita pelo terapeuta de um processo cinestésico do contato com a água na pele evocaram em Lourdes processos hipnóticos e sensórios de analgesia e deslocamento (índices) capazes de minimizar, sobremaneira, as terríveis sensações de dor por ela vividas, como as técnicas com ênfase no movimento favoreceram importantes modificações em termos de novas qualidades de produção de sentidos subjetivos (símbolos) de suas relações com os outros, alterando a maneira de se situar nas pautas relacionais em sua família. Em suma, as sugestões hipnóticas descritivas e metafóricas (e não imperativas) do terapeuta, malgrado trazerem certo direcionamento temático, favoreceram um processo criativo e autônomo deste saber, em diferentes níveis de experiência.

Nesse sentido, embora as configurações sejam sistemas com certa autonomia, que implicam na disposição para certas maneiras de agir, pensar, sentir e se relacionar (Neubern, 2014b), elas não atuam isoladamente, uma vez que parecem obedecer a cadeias de diferentes comandos mais amplos que compõem o policentrismo da experiência, mas, ao mesmo tempo, possui certa unidade no todo onde se integram (Morin, 1990, 2001; Neubern, 2014a). Formam, no processo de transe, redes de sistemas com grande capacidade de auto-



organização (Morin, 2001), com uma espécie de consciência distinta da consciência racional e identificada ao *eu*, uma consciência cujos processos configuracionais se articulam pelo emocional e torna-se capaz de *compreender* as necessidades da pessoa, refletir sobre si e agenciar suas potencialidades e funções de modo a criar soluções e os mais variados caminhos para seus dilemas.

A emergência, a bem dizer espontânea, do enfermeiro espiritual ou das flores colando buracos são indicadores pertinentes nesse sentido, por se constituírem como soluções proporcionadas por este todo emergente, que foram precisas quanto às necessidades de Lourdes e levaram-na a ótimos efeitos terapêuticos em termos simbólicos e vividos. As flores, por exemplo, surgem no transe como elementos de alto teor terapêutico, pois parecem configurar significados os mais diversos nesse sentido frente a uma auto-imagem altamente machucada: elas surgem espontaneamente (vêm de algum lugar além do *eu* que não dá mais conta para lidar com isto); remetem a experiências de grande pertinência para ela (prazer; origem rural; beleza; espiritualidade); dirigem-se diretamente aos pontos que simbolizam sequelas de um histórico de intensos maus-tratos (os buracos) de modo a remendá-los e favorecer um movimento de cura, envolvendo corpo e alma. Elas parecem romper com uma lógica dominante de sua organização não apenas porque promovem uma cura, algo até então inatingível para ela, mas também porque abrem perspectiva para um futuro diferente. É possível conceber ainda que a aparição do enfermeiro espiritual na sequência deste processo não se dá de forma aleatória, mas indica a emergência de uma nova lógica organizacional de sua experiência com maior abertura para a saúde e, principalmente, respaldada pela dimensão espiritual que ocupou um papel importante em sua trajetória de vida.

Em terceiro lugar, há a questão do pertencimento cultural, tema já abordado na clínica hipnótica (Richeport, 1994; Roustang, 2006), mas com pouca visibilidade nos estudos contemporâneos sobre o tema aqui discutido. Neste sentido, vale destacar que a hipnose possui uma grande pertinência, em termos gerais, por duas grandes razões, intimamente relacionadas. Por um lado, ela envolve sobremaneira a auto-imagem da pessoa, muito ligada à sua corporeidade, que a situam frente a si e aos outros (Neubern, 2014a). Não raro, as pessoas relatam se sentirem mal consigo mesmas, como não se vestissem tranquilamente no próprio corpo (Roustang, 2012), o que pode ser constatado na crise de Lourdes ao fixar seu próprio rosto durante o transe. Por outro lado, essa estranheza ou mal estar com relação a si geralmente remetem a um *des-lugar*, ou seja, a uma sensação de perda de pertencimento e conexão com as próprias origens, uma condição marginal que não permite sentir conforto consigo e com os espaços sociais ocupados, como se estivessem sempre fora do lugar ou *deslocadas*. Como relatam algumas pessoas (Neubern, 2013b), é como se jamais pudessem se recostar para relaxar em algum canto por sentirem suas roupas ou assento sempre perpassados por espinhos ou bichos. Os ataques racistas e violentos no seio da própria família, assim como as imagens emergentes de maus-tratos ligados ao rosto (símbolo



corporal máximo da identidade) são indicadores bem ilustrativos nesse sentido no caso de Lourdes.

Desse modo, esse mal estar que perpassa o corpo e a fazia sofrer não consistia num conjunto de sinais isolados e aleatórios a serem extintos pontualmente por uma técnica anestésica, mas numa demanda clínica ligada à necessidade de negociação de novas possibilidades de lugar e reconciliação com seu mundo (Nathan, 2014). É nesse sentido que a emergência das imagens da infância de Lourdes apresentou uma dimensão antes marginalizada e quase obscurecida de suas narrativas – as relações prazerosas e afetivas em família – que a levaram a se conceber de modo mais amplo, envolvendo uma heterogeneidade constitutiva de suas relações. Ela não teria sido apenas uma vítima de muitas situações de violência, racismo e injustiça na família, mas também uma filha querida, uma criança que aproveitou suas brincadeiras, que foi cuidada pelos adultos e uma pessoa ativa e forte que aprendeu a se defender dos ataques e explorações dos irmãos. Dito de outro modo, essa heterogeneidade, que envolvia vários papéis, sentimentos e símbolos contraditórios, mas mergulhados numa complexa trama, implicou uma flexibilidade em sua produção simbólica capaz de conferir movimento e leveza na compreensão de sua história, sem banalizar o sofrimento por ela vivido.

De modo similar, a presença do enfermeiro espiritual que apareceu no transe para *limpá-la* e cuidá-la após as agressões de seu pai constituiu-se como um sinal superior (em termos de seus saberes espirituais) de que deveria existir *uma razão para tanta injustiça*, mas que ela estaria amparada e cuidada por forças superiores às humanas. Em outras palavras, a manifestação de um ser do mundo superior, um representante digno de seu nicho cultural (Nathan, 2011; Neubern, 2015), parecia abençoá-la, no sentido de conferir-lhe o direito a ser *filha* deste lugar de pertencimento, mesmo que em meio a tantos desmandos e contradições humanas. Se Lourdes havia aprendido a se defender de tantos ataques, ela também poderia agora se conceber no direito de se recostar e usufruir dos lugares e possibilidades que também lhe pertenciam. Não sem razões, seu mundo se tornou mais povoado, onde se permitiu interagir com mais leveza, e com mais possibilidades de movimento, a fim de experimentar aquilo que desejasse, sem que sentisse dever algo a alguém. Essa reconciliação com as origens, inclusive de sua família, abriu o leque para que o futuro, antes bloqueado, tornasse-se agora habitado pelo possível.

Considerações finais

Na perspectiva aqui adotada, as relações entre hipnose e dores crônicas não podem ser concebidas sob a ótica do controle, posto que este termo consistiria apenas num único momento da relação da pessoa com seu próprio corpo, principalmente durante o transe hipnótico (Roustang, 2006). Nesse sentido, vale a pena conferir destaque a três pontos principais. Em primeiro lugar, enquanto a lógica de *eu* consiste numa perspectiva



fragmentária, na qual a pessoa se concebe de fora quanto ao próprio corpo buscando controlá-lo, a experiência do transe remete a uma totalidade, na qual múltiplas fragmentações e barreiras são, em algum nível, transpostas formando uma rede de conexões semióticas que permitem a emergência de processos e sistemas qualitativos geralmente inibidos nos estados comuns de vigília (Morin, 2001). Esse conjunto de ligações que se estabelecem durante o transe não só trazem uma experiência vivida de totalidade para a pessoa, como também apontam para relações recursivas e complexas que em nada se aproximam das relações típicas de controle, geralmente lineares e causalistas.

Desse modo, as dores de Lourdes não deveriam ser abordadas numa proposta direta de sugestões, uma vez que sutilmente se ligavam a processos animais, oriundos de sistemas complexos de vitalidade, como ainda a questões de sua subjetividade entrelaçadas a suas heranças familiar e cultural. Tampouco seria aconselhável que ela buscasse eliminar pela força de seu *eu* os índices de suas dores, posto que estes remontavam a outras ordens de sistema enraizados em processos de autonomia muito além de sua intencionalidade racional e deliberada. Permitir que seu *eu* se situasse mais como um mediador ou por vezes uma testemunha da ação policêntrica desenvolvida pelo transe consistiu numa proposta mais coerente de processo terapêutico, dada a diversidade de instâncias que são acionadas durante o transe.

É certo que esta diversidade ou polifonia não é restrita ao transe, como destacado por autores contemporâneos nas discussões sobre o aspecto heterogêneo da construção da identidade (Elliot & Lemert, 2009; Rose, 2011). Desse modo, uma pessoa em vigília também poderia, num processo conversacional de terapia (White, 2007), fazer a mesma analogia entre a criança visualizada no rio e o jardim, afirmando *eu sou essa criança* ou *eu sou esse jardim*. Contudo, essas afirmações tendem a remeter a uma experiência metafórica, num nível semiótico muito mais simbólico do que vivido. A especificidade do transe, em tal caso, está na radicalidade com que a metáfora se concretiza nas configurações vitais, num processo em que a pessoa passa a, efetivamente, sentir na carne ao mesmo tempo o que ocorre com aquela criança ou aquele jardim e ela mesma. Dito de outro modo, o símbolo e a vitalidade se confundem, ao mesmo tempo em que as fronteiras *eu-outro* se diluem e o trânsito de sensações, emoções, imagens, memórias, em suma, experiências de mundo, torna-se muito mais intenso e vivo do que numa experiência de vigília.

O segundo ponto a ser ressaltado refere-se, em larga medida, ao saber que emerge durante o transe, tema que, de certa forma, já foi destacado por importantes clínicos da hipnose (Celestin-Lhopiteaux, 2011; Erickson, 1986; Roustang, 2012). Essa totalidade emergente, mesmo sendo policêntrica, guarda também um aspecto de unidade que remete ao desenvolvimento de um saber, por assim dizer, reflexivo, intencional e dono de amplas capacidades terapêuticas, inclusive em termos de resolução de problemas. Suas potencialidades nas demandas de dores crônicas, envolvendo processos animais e subjetivos, são bem mais amplas do que a capacidade do *eu*, que não consegue vislumbrar por si a



riqueza de articulações dos processos configuracionais que o antecedem. Logo, sua compreensão, assim como seu alcance interventivo na busca de controlar certas respostas, são sobremaneira limitados o que, não raro, contribui para a profunda sensação de impotência relatada por tais pacientes face aos cenários ameaçadores oferecidos pelas dores crônicas e a gama de processos que as acompanham (Le Breton, 2012).

Disso decorre que, ao invés de se conceber e propor uma lógica de intervenção calcada numa sugestão para inibir ou eliciar uma resposta, o papel do terapeuta deve ser muito mais o de facilitar o desencadeamento dessa experiência de totalidade (Erickson, 1992), enquanto o da pessoa, o de que seu *eu* assuma preferencialmente uma condição de mediador ou testemunha durante o transe. Ambos precisam se posicionar de modo a favorecer que tal forma de consciência com profunda capacidade de agenciamento emerja e desencadeie processos com alta capacidade de resolução terapêutica. Dito de outro modo, tal sabedoria em larga medida coletiva (Morin, 2005; Nathan, 2014; Neubern, 2013b) pode demonstrar considerável refinamento, sensibilidade e assertividade para lidar com os mais complexos dramas humanos, como com intrincados processos de ordem animal da pessoa que se sente paralisada pela experiência de uma dor persistente e cruel. Dificilmente, o pensamento deliberado e racional do *eu* de Lourdes poderia ser tão criativo para escolher as cenas pertinentes de infância, desencadear processos anestésicos específicos com as pétalas de flores e trazer para ali a figura do enfermeiro espiritual, frente o qual ela mesma se mostrou muito surpresa.

Em termos psicoterápicos, contudo, tal concepção não deve significar menosprezo ou negação da condição de sujeito, enquanto ser ativo, intencional e criativo, que se constitui como uma das principais condições para a psicoterapia (Gonzalez Rey, 2007; Neubern, 2010). Apenas ressalta que a condição de sujeito não deve remeter a uma clivagem quanto a si e quanto ao próprio corpo, mas a processos de conexão mais profundos e integrados com tais dimensões que auxiliem o sujeito em suas escolhas no cotidiano (Gallagher, 2012), como frente à sua existência. Se durante o transe a condição de sujeito parece ser inibida, considera-se que um bom processo terapêutico é aquele em que, dentre outras características, o sujeito torna-se reflexivo e ativo, como também integrado a essas novas fontes de saber e agenciamento mobilizadas por meio da hipnose (Neubern, 2012). Tal mudança na qualidade da ação cotidiana é de grande importância para os pacientes com dores crônicas, seja em termos da continuidade necessária através da auto-hipnose (Michaux, 2007), seja em termos das diversas opções que envolvem as relações e escolhas que constroem seu destino. Estas se tornam mais coerentes com seus núcleos profundos e identitários de configurações (Neubern, 2014b).

Em terceiro lugar, vale destacar que a perspectiva do controle perde seu potencial heurístico quando se propõe a necessidade de que a pessoa seja concebida em seu cenário, principalmente no que se refere a seu pertencimento cultural (Nathan, 2011, 2014). O problema aqui não se refere à necessidade de qualificar ou não o atendimento de tais pessoas



como psicoterapia, embora esta se constitua como um diferencial nestes casos (Neubern, 2012; 2014a) mas o de reconhecer a pessoa que vivencia dores crônicas em sua singularidade, na especificidade de seu mundo com suas próprias produções semióticas. Isso significa também conceber que a dor não é uma entidade isolada e reificada, mas um processo construído e constituído no entrelaçamento de dimensões biológicas, culturais, econômicas, étnicas, espirituais e familiares, como aqui ilustrado; e que a pessoa não é um ser coisificado e substancializado, mas um ser ativo que se entrelaça complexamente com seus enraizamentos filogenéticos, sociais e culturais (Morin, 1994, 2001, 2005). Mais que isso, as dores crônicas comumente trazem à tona o problema do pertencimento como central (Le Breton, 2010), destacando o mal estar da pessoa quanto à sua inserção nos lugares sociais que ocupa. Ela se torna um problema que envolve tanto a subjetivação e a cultura, como também de políticas públicas que freqüentemente têm encontrado dificuldades em qualificar o lugar de tais pessoas, que, ao buscarem serviços de saúde, relatam serem acusadas de manipulação, mentira, insatisfação sexual, histeria, loucura ou imaginação (Neubern, 2013b). A cifra alarmante de quase 30% da população mundial acometida por dores crônicas (WHO, 2014) traz uma ideia da gravidade desta situação para as autoridades de saúde num âmbito internacional.

Desse modo, um cenário de experiências como o de Lourdes, marcado por processos como a depressão, a relação conjugal conturbada, o racismo, o histórico de violência familiar, consiste numa necessidade a ser considerada no tratamento de suas dores, uma vez que tais temáticas configuram-se, de modos diversos, nas dores presentes em sua queixa. Mais que isso, esse cenário aponta para uma pessoa deslocada quanto a sua própria imagem e também quanto a sua própria origem, o que remete a uma produção subjetiva e vivida altamente negativa sobre si mesma, resultando em sérios preços relacionais para suas trocas afetivas, geralmente marcadas pela exploração e a violência. Suas dores, no caso, não significavam apenas uma troca de reações no formato de índices como *pontadas*, *queimações* e *puxadas*, mas remetiam a alguém que parecia ter se perdido quanto a seu corpo, suas relações e sua história. Desconsiderar isso poderia se constituir como uma forma de mutilação com sérias conseqüências clínicas e éticas.

Nesse sentido, a condição do sujeito faz-se mais uma vez crucial, no duplo aspecto envolvendo o pertencimento (Morin, 1994, 2001; Neubern, 2013a). Uma vez que se torna consciente de pertencer a tais universos, ele pode experimentar uma perspectiva de ser cuidado, uma vez que, de certa forma, é produto, fruto ou mais precisamente filho de toda uma linhagem filogenética e de uma herança cultural em grande parte concedida por sua família. Ele não se torna senhor absoluto e prepotente dessas heranças, dispondo-se dela por caprichosas deliberações, mas pode, perfeitamente, colocar-se disponível para receber todo um conjunto terapêutico de influências e recursos de tais universos. Não é sem razões que, nas cenas visualizadas, Lourdes em um momento é a filha alegre cuidada pela família e em outro alguém que se torna merecedora de receber cuidados do mundo espiritual superior.



Para pacientes com dores crônicas, comumente dados a se doarem aos outros em detrimento de si mesmos (Neubern, 2014a), tal perspectiva calcada no receber atenções e cuidados pode se revestir da mais alta relevância terapêutica.

Nesse sentido, se o sujeito pertence a tal mundo, este também lhe pertence de alguma forma. Uma vez que se integra a este mundo sob outra lógica, não se vendo mais separado dele, nem sob o ímpeto de buscar controlá-lo, o sujeito pode vivenciar uma dimensão das mais importantes em termos de terapia, principalmente de hipnose: a emancipação. Isto porque, quando passa a ocupar um lugar existencial que pode considerar como seu, ele não se sente mais prisioneiro de dívidas que lhe são impostas, nem como alguém sem mérito que devesse mendigar para receber a esmola da caridade alheia. Estar em seu lugar de pertencimento, seu nicho cultural de origem, implica na maior e mais constante possibilidade de acesso a seus núcleos de configurações identitárias mais profundos, perpassados por suas construções individuais e pelo intenso comércio com processos e saberes coletivos. Tal processo faz com que estas referências internas sejam mais consideradas nos momentos em que o sujeito precisa exercer uma das ações mais fundamentais de sua vida: o escolher.

Por outro lado, há o problema da concepção do humano, que encontra no princípio da integralidade do próprio SUS um de seus principais pilares), uma vez que essa integralidade exige a inclusão do sujeito em seu pertencimento cultural (Cotta e outros, 2013). O problema do lugar ao qual *o sujeito pertence e que também lhe pertence* remete também à própria concepção de saúde que necessita perpassar as perspectivas de tratamento das dores crônicas, não só na hipnose, mas nas políticas e serviços de saúde de uma forma geral. Lourdes não se referia aos profissionais e serviços anteriores com boas avaliações, uma vez que também contribuíram para alimentar sua sensação de impotência, situando-a numa condição de responsável por sua doença e reforçando seu rótulo familiar de pessoa problemática. As avaliações superficiais, o descompromisso com sua condição, a desqualificação de seu estado favoreceram a concepção familiar de um destino funesto, no qual o suicídio poderia ter se constituído como um caminho. Disso decorre que a mesma lógica biomédica que perpassa as relações entre hipnose e dores crônicas (Jensen & Patterson, 2014) e a dos serviços em saúde de um modo geral (Portaria n. 1083, 2012) precisa ser urgentemente revista, inclusive no tocante à cronicidade. É possível considerar que os problemas crônicos, ao não responderem aos tratamento como os agudos, apontam para a insuficiência do modelo biomédico em abordá-los e conhece-los a fundo. No entanto, casos como o de Lourdes destacam que a inclusão do humano se constitui como um caminho promissor nesse sentido, não apenas pela inclusão de um elemento ético e de direito, como tanto enfatizam os princípios do SUS, mas também pelo princípio epistemológico que considera a condição humana como a realidade fundamental para o conhecimento e o acesso à cronicidade.



Referências

Abrahamsen, R., Baad-Hansen, L., Zachariae, R. & Svensson, P. (2011). Effect of hypnosis on pain and blink reflexes in patients with painful temporomandibular disorders. *The Clinical Journal of Pain*, 27(4), 344-351.

Bioy, A. (2011). La question du changement en thérapie et psychothérapie. Em I. Célesti-

Lhopiteau (O

Célestin-Lhopiteau, I. (2011). *Changer par la thérapie*. Paris: Dunod.

Clément, C. (2011). *L'appel de la transe*. Paris: Stock.

Cotta, R. M. M., Reis, R. S., Campos, A. A. Oliveira, Gomes, A. P., Antonio, V. E. & Siqueira-Batista, R. (2013). Debate atual em humanização e saúde: quem somos nós? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (1), 171-179.

Elliot, A. & Lemert, C. (2009). *The new individualism*. London: Routledge.

Erickson, M. (1986). An introduction to the study and application of hypnosis in pain control. Em M. Erickson & E. Rossi (Org.s). *Healing in hypnosis* (pp. 217-278). New York: Irvington.

Erickson, M. (1992). *Creative choice in hypnosis*. New York: Irvington.

Erickson, M. & Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. New York: Irvington.

Gallagher, S. (2012). Multiple aspects of agency. *New Ideas in Psychology*, 30, 15-31.

Gonzalez Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade*. São Paulo: Thomsom.

Gonzalez Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade*. São Paulo: Thomsom.

Gonzalez Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde*. São Paulo: Cortez.

Jensen, M. & Patterson, D. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management. *American Psychologist*, 2, 167-177.

Lakoff, G. & Johnson, M. (1999). *The philosophy on the flesh*. New York: Basic Books.

Le Breton, D. (2010). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié.

Le Breton, D. (2012). *Expériences de la douleur*. Paris: Métailié.

Lemos, D. & Bairrão, J. M. (2013). Doença e morte na umbanda branca: a Legião Branca Mestre Jesus. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(2), 48-57.

Merleau-Ponty, M. (2008). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard. (Original publicado em 1945).

Michaux, D. (2007). *Hypnose et douleur*. Paris: Imago.



- Minkowski, E. (2005). *Le temps vécu*. Paris: Imago.
- Morin, E. (1990). *Science avec conscience*. Paris: Seuil.
- Morin, E. (1994). *La complexité humaine*. Paris: Flammarion.
- Morin, E. (1996). A noção de sujeito. Em D. Fried-Schmitman (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. (pp. 45-58). (J. Rodrigues, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1991).
- Morin, E. (2001). *La méthode V: l'humanité de l'humanité*. Paris: Seuil.
- Morin, E. (2005). *La méthode VI: l'éthique*. Paris: Seuil.
- Nathan, T. (2011). *La nouvelle interprétation des rêves*. Paris: Odile Jacob.
- Nathan, T. (2014). *L'étranger: ou le pari de l'autre*. Paris: Autrement.
- Neubern, M. (2010). Psicoterapia, dor e complexidade: construindo o contexto terapêutico. *Psicologia: Teoria & Pesquisa*, 26(3), 515-523.
- Neubern, M. (2012). Técnica hipnótica e a emergência do sujeito. *Geraias: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5, 317-333.
- Neubern, M. (2013a). Hipnose, dores crônicas e técnicas de ancoragem: a terapia de dentro para fora. *Psicologia*, 48(1), 1-10.
- Neubern, M. (2013b). *Psicoterapia e espiritualidade*. Belo Horizonte: Diamante.
- Neubern, M. (2014a). Hipnose como proposta psicoterápica para pessoas com dores crônicas. *Psicologia Argumento*, 32, 159-169.
- Neubern, M. (2014b). Subjetividade e complexidade na clínica psicológica: superando dicotomias. *Fractal, Revista de Psicologia*, 26(3), 835-852.
- Neubern, M. (2015). Pesquisa clínica como alternativa para o estudo das experiências espirituais. Em M. I. Conceição, D. Chatelard & M. I. Tafuri (Org.s). *Psicologia clínica e cultura contemporânea 2* (pp. 570-595). Brasília: Technopolitik.
- Peirce, C. S. (1998). *The essential Peirce: selected philosophical writings*. Bloomington: Indiana University Press.
- Portaria n. 1083, de 2 de outubro de 2012 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Recuperado em 02 de outubro, 2016, de portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dor-cronica-2012.pdf
- Richeport, M. (1994). Erickson's approach to multiple personalities: a cross-cultural perspective. Em J. Zeig (Org). *Ericksonian methods* (pp. 415-432). Levittown: Brunner/Mazel.



- Rose, N. (2011). *Inventando nossos selfs* (A. Ferreira, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1998).
- Roustang, F. (2006). *Savoir attendre pour que la vie change*. Paris: Odile Jacob.
- Roustang, F. (2012). La porte du symptôme ou comment le symptôme se transforme en énergie. Em J.-M. Benhaiem & F. Roustang (Org.s). *L'Hypnose ou les portes de guérison* (pp. 41-55). Paris: Odile Jacob.
- Teeley, A., Soltani, M., Wiechman, S., Jensen, M., Sharar, S. & Patterson, D. (2012). Virtual reality hypnosis pain control in the treatment of multiple fractures: a case series. *American journal of clinical hypnosis*, 54(3), 274-290.
- White, M. (2007). *Maps on narrative practice*. New York: Norton.
- World Health Organisation [WHO] (2014). *World Health Organisation supports global efforts to relieve chronic pain*. Recuperado em 02 de outubro, 2016, de www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr70/en/
- Zeig, J. (2014). *The induction of hypnosis*. Phoenix, AZ: The Milton Erickson Foundation Press.

Nota sobre o autor

Maurício da Silva Neubern é Doutor em Psicologia, Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica (IP/UnB). Pesquisador vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG/PsiCC) na mesma instituição, onde coordena o Projeto Complexidade, Hipnose e Subjetividade nas Relações Terapêuticas (CHYS). Realizou pós-doutorado (2015/2016) no Centre Edgar Morin (CEM) da École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris (EHESS) na pesquisa Hipnose, Dores Crônicas e Complexidade financiada pela CAPES (MEC), de onde derivou a forma final deste trabalho. Seus trabalhos de Extensão em Hipnose Clínica ocorrem junto a demandas diversas, principalmente de pessoas com dores crônicas no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP/IP). E-mail: mauricio.neubern@gmail.com

Data de recebimento: 02/10/2016

Data de aceite: 16/04/2018