



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

**HIPNOSE EM GRUPO PARA PESSOAS COM
FIBROMIALGIA:
CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS**

Tatiane Santana Pereira

**Brasília - DF
2015**

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

**Hipnose em grupo para Pessoas com fibromialgia:
Considerações clínicas**

Tatiane Santana Pereira

Orientador: Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Mestra em Psicologia Clínica.

**Brasília - DF
2015**

Tatiane Santana Pereira

**Hipnose em grupo para pessoas com fibromialgia:
Considerações clínicas**

Universidade de Brasília, Brasília – DF

Data: _____ **de 2015**

Banca examinadora composta por:

Prof. Dr. Maurício S. Neubern (orientador)

Prof. Dra. Isabela Machado da Silva

Prof. Dra. Larissa Polejack Brambatti

*Ao meu querido pai e protetor, Leonel (in memoriam), que
ficaria orgulhoso de sua Tatinha...*

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, a minha mãe, Cláudia, pelo amor, apoio e torcida incondicional em tudo que eu me proponho a fazer. Você me ensinou a alçar voos altos, mãe. Aos meus irmãos, Danilo e Victor, e ao meu padrasto Hercules, pelos momentos de leveza e apoio, sempre.

Ao meu companheiro, Victor Santana, por fazer parte de cada suor, lágrima e sorriso que deixo nas páginas dessa dissertação. Amor, obrigada pela inspiração, força, compreensão e conquista de um lugar tão importante ao meu lado!

À Virgínia, Galaliu, Raquel e Ruth, por terem ocupado o bonito lugar de família brasileira. Gratidão pela torcida e apoio.

Ao meu professor e orientador Prof. Dr. Maurício Neubern por abrir caminhos com um brilho especial no olhar e na forma de ensinar (daqueles que só aparecem nos que amam o que fazem).

À Prof. Dra. Larissa Polejack que, juntamente ao Prof. Dr. Maurício, permitiu que eu construísse, do meu jeito, um percurso clínico na psicologia que fizesse sentido para a minha vida. Agradeço, também, à Prof. Dra. Valeska Zanello pelo alento revigorante a cada compartilhamento de ideias.

À Lyanna Carvalho pela amizade que ultrapassa qualquer distância e formalidade, pelo amor e cuidado infinitamente disponíveis. Além de tudo isso, agradeço imensamente pelo auxílio linguístico nessa dissertação.

À querida amiga Mariana Borges, pela companhia e troca cheia de risadas, choros e pulos. Mari, obrigada por existir na minha vida!

À Rosanna Ribeiro pela incrível dedicação como coach e amiga, e pelo compartilhamento de sentimentos: um verdadeiro *encontro* de almas. Nana, chegou o dia!!!

À Mariana Barbato e Patrícia Milhomens, pela amizade e pela forma lindamente ericksoniana de ser.

Aos meus amados amigos Victor Bueno, Roberto Murilo, Aline do Carmo e, especialmente, ao Felipe Baptista que, além de todo o amor, me ajudou com a tradução do resumo.

Aos meus queridos amigos Daniel Goulart, João Antônio e Elizabeth Quintiliano pela inspiração, carinho e pela grande participação no meu desenvolvimento acadêmico e pessoal.

À família M.U.E.D.A por compreender minha primeira ausência nesses 26 anos! Obrigada pelo amor e pelas farras!

Aos colegas da clínica Arkamatra por compartilhar sonhos e parcerias.

À todos os clientes que me ensinaram tanto sobre a prática clínica e sobre a vida. Em especial, agradeço a cada uma das participantes dos grupos realizados nesta pesquisa: vocês são mulheres inspiradoras! Obrigada pelo compartilhamento de experiências e pelos aprendizados.

Por fim, expresso minha gratidão por todos os seres de luz, mentores espirituais, Deusas, Mestres e Orixás por guiarem meu caminho com muita proteção divina.

PEREIRA, T. S. (2015). *Hipnose em grupo para pessoas com fibromialgia: considerações clínicas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

RESUMO

A síndrome dolorosa crônica conhecida como fibromialgia possui etiologia desconhecida e tem tido um número crescente de diagnósticos, desafiando sistemas tradicionais de cuidado. Diante disso, ainda que prevaleça a hegemonia do modelo biomédico, tratamentos que buscam uma compreensão complexa da experiência da dor têm contribuído significativamente para o tratamento dessa população. A hipnose se constitui como uma ferramenta importante para o tratamento da dor e tem sido representada em diversas pesquisas. Entretanto, partindo de uma perspectiva qualitativa, grande parte delas estudam apenas atendimentos individuais, ocasionando uma grande escassez de estudos relativos à hipnose em grupo. Dessa forma, devido a consagrada efetividade de grupos terapêuticos e da hipnose no tratamento da dor, essa pesquisa intenciona analisar o impacto de intervenções hipnóticas em grupos terapêuticos nas configurações subjetivas da dor vivida por pessoas com fibromialgia. Por conceber a dor como uma experiência subjetiva, foi utilizada a metodologia construtiva-interpretativa, com base da Epistemologia Qualitativa de González Rey, a fim de desenvolver a compreensão dessas configurações subjetivas. Foram realizados dois grupos, cada um com doze encontros no CAEP (UnB), nos quais foram utilizadas temáticas baseadas na metodologia de hipnose ericksoniana chamada “Grupo de Crescimento” de Tereza Robles. Nos casos estudados, diversos elementos relacionados a processos subjetivos relativos às dores das participantes denunciaram a complexidade dessas experiências. A vivência da hipnose e das trocas no contexto do grupo, impactaram em alguns desses elementos, indicando reconfigurações subjetivas relativas à autonomia, a experiências traumáticas e aos modos de relação dos sujeitos. A vivência do transe proporciona alterações de referências que se apresentaram de forma específica no contexto de grupo. A construção e interpretação dos indicadores propiciaram reflexões que demonstraram a importância de reconhecer a dor como uma experiência subjetiva, da hipnose em grupo como uma ferramenta importante para pessoas com fibromialgia, além de outras questões sociais e clínicas.

Palavras-chaves: hipnose, fibromialgia, grupos terapêuticos, subjetividade, dores crônicas

PEREIRA, T. S. (2015). *Hipnose em grupo para pessoas com fibromialgia: considerações clínicas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

ABSTRACT

The chronic pain syndrome known as fibromyalgia has an unknown etiology and has an increasing number of diagnoses, challenging traditional care systems. Therefore, although the prevalence of the biomedical model, treatments that seek a complex understanding of the pain experience have contributed significantly to treating cases of this disease. Hypnosis is an important tool for the treatment of pain as has been shown in several studies. However, from a qualitative perspective, most of them approached only sessions conducted individually, which explain the severe shortage of studies on the use of hypnosis within groups. Thus, due to the effectiveness of therapeutic groups and hypnosis itself in the treatment of pain, this research analyses the impact of hypnotic interventions in therapeutic groups in the subjective configuration of pain experienced by people with fibromyalgia. Acknowledging pain as a subjective experience, this research adopts a constructive-interpretative methodology supported by the principles of the Qualitative Epistemology by González Rey, in order to develop an understanding of these subjective configurations. Two separate groups were conducted, each with twelve meetings in CAEP (UNB), in which were adopted themes based on Ericksonian hypnosis methodology called "Growth Group" by Theresa Robles. In the cases analyzed, several elements related to subjective processes related to pain felt by the participants indicated the complexity of these experiences. The hypnotic experience, as well as the sharing of experiences within the groups, affected some of these elements, pointing to subjective reconfigurations related to autonomy, traumatic experiences and the subject's relations. The trance provides reference shifts which were detected specifically in the group context. The development and interpretation of these indicators have led to reflections that demonstrated the importance of recognizing pain as a subjective experience, group hypnosis as an important tool for people with fibromyalgia, besides other social and clinical issues.

Keywords: hypnosis, fibromyalgia, therapeutic groups, subjectivity, chronic pain

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

ANEXO 2 – Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz
para fins de pesquisa

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
1.1 Apresentação.....	1
1.2 Dor e subjetividade.....	3
1.3 Hipnose como uma proposta terapêutica em grupo.....	10
2. Objetivos.....	20
2.1 Objetivo geral.....	20
2.2 Objetivo específico.....	20
3. Metodologia.....	21
3.1 Problemas epistemológicos relativos a subjetividade.....	21
3.2 Hipnose e subjetividade.....	27
3.3 Contexto da pesquisa.....	33
3.3.1 Local dos atendimentos.....	33
3.3.2 O convite.....	34
3.3.3 Participantes.....	37
3.3.4 Construção da informação.....	39
3.3.5 Estrutura dos grupos.....	42
4. Construções no diálogo com o empírico.....	44
4.1 Caso 1: A capa de flores.....	44
4.2 Caso 2: O abraço que ultrapassa barreiras do corpo.....	65
5. Considerações finais.....	91
6. Referências bibliográficas.....	99
7. Anexos.....	108
7.1 Anexo 1.....	108
7.2 Anexo 2.....	109

1. INTRODUÇÃO

1.2 Apresentação

Esta dissertação de mestrado nasce da comunhão de interesses e inquietações que marcaram minha trajetória acadêmica e clínica no campo da hipnose. Durante a graduação, após diversas tentativas de encontrar uma área da psicologia com a qual eu me identificasse, iniciei uma aproximação da abordagem psicoterápica de Milton H. Erickson movida pela curiosidade, quase despreziosa, a respeito da hipnose. Esse interesse inicial desenvolveu-se a partir da fascinante compreensão da identidade da clínica ericksoniana, caracterizada pela valorização da singularidade, da subjetividade e da simplicidade, o que a distancia por completo do “simplismo”.

Em 2011, iniciei minha participação no grupo de estágio em psicoterapia da Universidade de Brasília chamado “Acolher” – formado por graduandos e coordenado pelos Professores Doutores Maurício Neubern e Larissa Polejack – que atende pessoas que vivem e convivem com dores e doenças crônicas por meio das abordagens psicodramática e ericksoniana. A partir dos atendimentos clínicos individuais para esta população específica, pude aprofundar a compreensão da hipnose no tratamento da dor com estudos teóricos e práticos, estes últimos, a partir de dinâmicas em grupo. Dessa forma, o interesse inicial deu lugar a uma profunda identificação com esta abordagem clínica, que se tornou não apenas território fértil para minhas reflexões, práticas e estudos, como também para a construção de uma forma de ver o mundo.

Para Erickson, a melhor forma de se aprender a hipnose é observando outras pessoas entrarem em transe e, depois, a vivenciando (Erickson & Rossi, 1979). E, desse modo, ela me foi ensinada, com a ajuda do grupo que foi construído com base em

elementos próprios da identidade da clínica ericksoniana, sendo o *acolhimento* sua principal essência. Em minha vivência, as dinâmicas de grupo com hipnose eram comuns e, após conhecer o trabalho de Teresa Robles (2005), que apresenta um método de grupo terapêutico de temas gerais com a hipnose ericksoniana, tornou-me evidente que grupos com hipnose tinham um potencial terapêutico extremamente rico e interessante. Entretanto, ao adentrar esta área, pude me deparar com a escassez de pesquisas sobre a hipnose em contexto de grupo. Foi possível identificar, em alguns institutos ericksonianos, apenas práticas grupais que se baseavam no Grupo de Crescimento criado por Robles (2005), contudo, sem que estudos ou publicações fossem gerados a partir dos mesmos.

Além disso, o atendimento de pessoas com dores crônicas e estudos realizados no grupo pesquisa CHYS (Complexidade, Hipnose e Subjetividade) da UnB, direcionou o meu olhar clínico para questões importantes vivenciadas por esta população específica. Uma delas é a dificuldade do sistema de saúde em se adequar à cronicidade ao oferecer serviços ágeis, pautados pela agudez, e poucos tratamentos a longo prazo, com uma perspectiva que valorize a subjetividade (Neubern, 2014; Berardinelli et al, 2010). Outra questão é o recolhimento da pessoa que sente dor crônica. Muitas vezes, por ocupar o papel de “queixoso” ou “mentiroso” ao sentir, diariamente, uma dor que não apresenta evidências no corpo, a pessoa com dor crônica sofre com o afastamento ou a perda de sua rede social. Isso é ainda mais notório na vivência das pessoas com fibromialgia. Apesar do número crescente de diagnósticos, a fibromialgia não apresenta comprovações laboratoriais e é marcada pelo desconhecimento até mesmo dos profissionais de saúde, sendo estigmatizada por preconceitos (Marques & Bernadino, 2006).

Assim, a necessidade de promover serviços específicos que possibilitem a reconfiguração da experiência da dor e a ampliação da rede de apoio social,

principalmente para pessoas com fibromialgia, foi somada ao interesse em gerar inteligibilidade a respeito da hipnose em grupo como uma proposta terapêutica. Dessa forma, a presente pesquisa foi originada, dando início a uma nova trajetória a que almejo continuar a me dedicar com publicações que possam contribuir social e academicamente à área estudada.

1.2 Dor crônica e subjetividade

“Se [a dor] é uma bússola que aponta para o desaparecimento de uma doença a ser tratada, ela está submetida a muitos desregramentos que exigem desconfiança, indicando às vezes, direções confusas em que o homem tem toda a possibilidade de se perder.”

(Le Breton, 2013)

O sofrimento ocasionado pela dor constitui uma das preocupações clínicas mais antigas, principalmente no campo da medicina. Contudo, atualmente, o número de pessoas com demandas relativas a dores consideradas crônicas, ou seja, que se prolongam por mais de três meses sem perspectiva de cura (IASP, 2002), tem sido cada vez mais frequente, mobilizando manejos específicos em toda a área de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as dores crônicas acometem cerca de 30% da população mundial. No Brasil, a dor é a principal causa de baixa produtividade no trabalho, faltas, licenças médicas e indenizações trabalhistas (Micelli, 2002). Em um inquérito populacional, três quartos da população brasileira consideraram que a dor crônica limita atividades laborais e de lazer, além de dificultar relações sociais (Teixeira et al, 2001), o que indica a importância e a complexidade do impacto da experiência dolorosa prolongada.

Diante disso, a dor crônica se constitui como uma importante questão contemporânea de saúde pública que vem representando um desafio para os profissionais de saúde (Lima & Trad, 2007). Lidar com o cuidado de pessoas com dores crônicas exige que o profissional de saúde desenvolva habilidades que, muitas vezes, estão fora dos conteúdos acadêmicos tradicionais, geralmente voltados para a incessante busca pela causalidade e “cura” de doenças. Em um estudo etnográfico com médicos que trabalhavam em duas clínicas brasileiras especializadas no manejo dor, Lima e Trad (2007) trouxeram a importante reflexão a respeito da incompatibilidade da racionalidade biomédica, respaldada por evidências, com o fato de as dores crônicas serem “invisíveis” diante de exames objetivos que independem da expressão humana. Os médicos entrevistados relataram a dificuldade de tratar algo impossível de ser comprovado e que não é palpável, como a dor (Lima & Trad, 2007).

Em grande parte, essa dificuldade deve-se à separação entre a objetividade e a subjetividade, própria do paradigma moderno de ciência, sendo que a objetividade adquiriu um espaço privilegiado no meio científico com a promessa de ser o único acesso legítimo à “realidade” (Neubern, 2004). Tal promessa adquire força nas importantes descobertas advindas das ciências exatas, entretanto a generalização dessa lógica, acaba por fragmentar objetos de estudo de natureza subjetiva em nome da exclusão do que poderia ser considerado “incerto”. De acordo com Morin (1996), na ciência clássica, a subjetividade aparece como fonte de erros. Assim, a expressão dos sujeitos com dor se apresenta como um dado pouco confiável e que, por não ser objetivo, é frequentemente descreditado e colocado como uma dificuldade para a ciência.

Ao tratarmos especificamente da fibromialgia, o desafio da cronicidade da dor torna-se ainda maior e mais complexo, devido às especificidades que a caracterizam. Definida como síndrome dolorosa crônica de causalidade desconhecida, a fibromialgia se

manifesta por dores generalizadas no sistema músculo-esquelético, podendo apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas (Provenza Jr et al, 2004). Sendo responsável por aproximadamente 15% das consultas reumatológicas, a fibromialgia compõe atualmente um número crescente de diagnósticos recebidos principalmente por mulheres, numa proporção de até 10:1 em relação aos homens (Provenza Jr et al, 2004).

Sem a pretensão de reduzir o valor da singularidade da experiência, tanto na literatura (Van Houdenhove & Luyten, 2006), quanto na fala dos médicos identificada em nossa¹ prática clínica, foi possível levantar certas regularidades típicas da população que sofre com a fibromialgia. Um possível perfil de pessoas com fibromialgia é descrito como o de “guerreiras exaustas”: geralmente mulheres com estilos de vida estressantes, perfeccionistas, comprometidas em excesso com o trabalho ou com uma prática desproporcional de se sacrificarem pelo outro (Van Houdenhove & Luyten, 2006). Entretanto, malgrado ser uma doença tipificada como feminina com aspectos que apontam para um perfil, a produção de conhecimento a respeito da mesma – majoritariamente na área médica – raramente contempla reflexões que caracterizam a dor como experiência vivida e complexa, as quais, por sua vez, abririam espaço para problematizar a subjetivação singular de importantes questões de gênero próprias da sociedade em que essas pessoas estão inseridas.

Além disso, por não apresentar causalidades físicas ou biológicas que poderiam se evidenciar em exames precisos (como as lesões na coluna ou a artrose), a fibromialgia carrega aspectos subversivos e “misteriosos” à ciência moderna. Esses aspectos apontam para dimensões da subjetividade humana que resistem às explicações próprias do modelo médico hegemônico. Uma das importantes características que a torna contraditória aos

¹ A primeira pessoa no plural foi utilizada por se referir à minha experiência em conjunto com a dos participantes do grupo de atendimento psicoterápico Acolher e do CHYS, incluindo os supervisores.

padrões semiológicos é a sua clara articulação com o estado emocional da pessoa, o que rompe com a dicotomia mente-corpo, denunciando a relação complexa entre dimensões de experiências sociais, individuais, culturais, espirituais, psicológicas, biológicas e físicas.

Ainda que essa característica multidimensional da experiência da dor seja reconhecida em estudos (Lima & Trad, 2007; Loduca et al, 2014) e que a Associação Internacional para Estudos da Dor recomende tratamentos que busquem integrar diferentes fatores terapêuticos do paciente (IASP, 2014), tal avanço parece ser mais descritivo que elucidativo em relação aos aspectos subjetivos da experiência do sujeito. A perspectiva médica tradicional, por mais que gere controvérsias direcionadas a sua superação, permanece como um referencial dominante entre pesquisadores e profissionais de saúde, os quais valorizam aspectos biofísicos ou cognitivos intrincados na causalidade da dor (Neubern, 2010a).

De acordo com González Rey (2011), a partir do domínio do discurso biomédico do séc. XIX, que ganha particular força no séc. XX, o tema da subjetividade se mantém periférico ainda hoje nas instituições de saúde. Assim, o desenvolvimento tecnológico e farmacológico, acabou por compor uma lógica de tratamento pautada pela identificação do “problema” e sua eliminação. Essa lógica dominante também impactou áreas com objetos de estudo intrinsecamente subjetivos, como a psicologia que, por sua vez, acabou por também reproduzir as tendências à objetividade e à verificação que caracterizavam o desenvolvimento científico hegemônico (Neubern, 2004; Gonzalez Rey, 2005). Diante disso, estudos qualitativos que contemplem a dimensão emocional e simbólica constituinte da experiência subjetiva do sujeito com dor são relativamente raros, ainda hoje, ocupando um espaço limitado da literatura da área (Brasil et al 2008; Neubern, 2009a, 2010b, 2012).

Diante da perspectiva aqui adotada, voltada para a complexidade do sujeito e as experiências por ele vividas, serão apresentados conceitos que originaram a definição de dor como um processo subjetivo, utilizada neste estudo, a partir do referencial teórico relativo à subjetividade desenvolvido por González Rey (2002, 2005, 2007, 2011, 2012).

Indo de encontro ao reducionismo biomédico tradicional e a algumas definições de subjetividade na psicologia que caracterizam o “mundo interno” do sujeito, González Rey (2002) desenvolve um conceito de subjetividade a partir da compreensão histórica-cultural de fenômenos e práticas humanas, sejam eles individuais ou sociais, inseridos em seus contextos específicos. De acordo com González Rey (2012), a subjetividade é um sistema complexo que se constitui, permanentemente, em dois espaços que se inter-relacionam: o individual e o social. A subjetividade individual indica processos subjetivos que ocorrem nas histórias diferenciadas dos sujeitos individuais. A subjetividade social, por sua vez, é definida como “o sistema integral de configurações subjetivas (grupais ou individuais) que se articulam nos vários níveis da vida social, envolvendo-se de maneira diferenciada nas várias instituições, grupos e formações de uma sociedade concreta” (González Rey, 2012, p. 146).

Com essas definições, o autor ressalta que não faz uma separação de “duas” subjetividades, sendo a individual inerente ao indivíduo e a social externa a ele. O individual e o social se constituem de forma recíproca e, ao mesmo tempo, um está constituído pelo outro, como momentos diferentes de um mesmo sistema (González Rey, 2002). À vista disso, González Rey (2002) destaca que a necessidade de desenvolver conceitos específicos, definindo a subjetividade social, surgiu a partir do objetivo de superar a forma fragmentada com que, muitas vezes, a psicologia tratava vários espaços sociais, buscando, com o conceito apresentado, explicar a complexidade sistêmica desses espaços.

Além disso, subjetividade não se constitui por estruturas invariáveis que permitam a construções universais sobre a natureza humana, ela é caracterizada pela flexibilidade e complexidade que admitem mudanças que levam a sua reconstituição, de acordo com o momento de vida da pessoa (González Rey, 2011). Segundo González Rey (2002), a subjetividade é um sistema complexo de processos simbólicos e de sentidos produzidos na vida cultural humana. A categoria do sentido subjetivo, que constitui a subjetividade, refere-se à unidade processual do simbólico e do emocional que emerge em toda experiência humana, unidade essa, na qual “a emergência de um dos processos que a integre sempre invoca o outro sem se converter em sua causa, gerando verdadeiras cadeias simbólico-emocionais” (González Rey, 2011, p.31). Essas cadeias simbólico-emocionais, por sua vez, se organizam em *configurações subjetivas*.

O conceito de configurações subjetivas constitui-se como uma importante categoria teórica diante da problemática relativa à fragmentação e desvalorização dos processos subjetivos em pesquisas das ciências humanas, especialmente na área da psicologia. Isso porque ele permite construções de sentido sobre temáticas estudadas que buscam superar a definição de sintomas como categorias gerais meramente descritivas, externas à pessoa que os vivencia. Nas palavras do autor, “as configurações subjetivas representam a unidade do histórico e do atual na organização da subjetividade, pois elas representam a expressão do vivido como produção subjetiva” (González Rey, 2011, p. 34). As configurações subjetivas e os sentidos subjetivos se atravessam de forma sistêmica, gerando tensões e contradições que promovem mudanças. Por isso tais conceitos carregam, simultaneamente, noções de organização e processualidade, caracterizando a subjetividade como um sistema complexo.

À vista de tais conceitos, neste estudo compreende-se a dor como um processo subjetivo que se configura na produção de sentidos do sujeito a partir de vivências e trocas

socioculturais próprias do cenário subjetivo em que ele se insere (Neubern, 2009a). Essa compreensão da dor, a partir da perspectiva de subjetividade de González Rey, rompe com uma série de tendências reducionistas que separam o corpo da pessoa numa tentativa de encontrar respostas exatas em uma relação de causa e efeito que possam ser tratadas sem a interferência de noções próprias do universo subjetivo. De acordo com Neubern (2009a, p. 305):

A expressão de dor de uma pessoa não consiste num conjunto de sinais indicativos de entidades universais que se manifestam numa massa impessoal, pois este corpo é constitutivo de um sujeito psicológico concreto e é indissociável da vivência de suas emoções, da construção de sua história, de suas relações sociais, de sua inserção na cultura e de sua maneira de construir sentidos sobre si e o mundo.

Ao considerar tal complexidade, essa perspectiva implica uma noção diferenciada de sujeito. Segundo Morin (1996), na tentativa de eliminar o que é duvidoso da ciência, a noção de sujeito passou a ser dissolvida em meio a determinismos biológicos, sociais e psicológicos. À luz da elaboração teórica de González Rey (2002), partimos da concepção de sujeito como uma condição da pessoa que permite que ela se posicione, nos diferentes contextos, a partir de um espaço próprio de produção subjetiva que vai além de normas formais estabelecidas nos espaços em que se insere. Assim, o sujeito não é uma categoria geral que se aplica à existência do indivíduo, mas, sim, uma condição da pessoa que emerge no protagonismo em suas ações, gerando um espaço singular de subjetivação. Segundo González Rey (2007), a subjetividade social possui princípios que favorecem e, ao mesmo tempo, limitam a expressão do sujeito. Destarte, o autor define: “O sujeito é a pessoa apta a implicar sua ação no compromisso tenso e contraditório de sua subjetividade individual e da subjetividade social dominante” (González Rey, 2007, p.144).

A partir dessa elaboração teórica, há o reconhecimento do papel ativo do sujeito no desenvolvimento de sua saúde, o que implica uma mudança profunda em relação à postura de tratar o processo individual de cura como uma especialidade médica ou farmacológica, desconsiderando o saber da pessoa sobre sua própria saúde. De acordo com González Rey (2011), essa postura provoca um desconhecimento de fatores subjetivos da doença, além de “desconsiderar a natureza humana como um sistema complexo de caráter gerador e seus processos protetores diante da doença” (p. 42).

Diante do exposto, é possível destacar a importância de pesquisas sobre a saúde e, neste trabalho, sobre a dor, a partir do estudo das configurações subjetivas associadas aos diferentes processos vividos pelas pessoas que vivenciam a dor crônica. Por meio da construção das informações que constituem as configurações subjetivas, é possível lançar outro olhar para um tipo de adoecimento que frequentemente é tratado como uma síndrome “incompreensível” por não se coadunar com relações lineares de causa e efeito no corpo biofísico, como é o caso da fibromialgia. Com a perspectiva da subjetividade, podemos abrir um espaço com importante valor heurístico de construção de sentidos a respeito de como a dor é configurada pelos sujeitos de forma diferenciada, em meio a seus cenários vividos.

1.3 Hipnose e grupos terapêuticos

Apesar da longa tradição da hipnose como uma ferramenta efetiva no alívio da dor e na produção de anestesia, o desenvolvimento de anestésicos e analgésicos químicos no séc. XIX teve um papel significativo na perda de espaço da hipnose para estes fins (Méheust, em Neubern 2009a). Contudo, considerando a importância da demanda relativa às dores crônicas na sociedade contemporânea, tratamentos alternativos à medicalização

voltaram a ocupar um lugar de grande importância em prol da melhor qualidade de vida de pessoas com dor crônica (IASP, 2014; Nogueira, Lauretti & Costa, 2005).

Dessa forma, estudos sobre a hipnose vêm mostrando seu valor terapêutico no alívio da dor, possibilitando a diminuição na quantidade de remédios ingeridos e em seus consequentes efeitos colaterais para pessoas com dores crônicas (Patterson, 2010, Domingues & Moraes-Filho, 2009). Entretanto, o olhar qualitativo sobre a temática é escasso, sendo a maior parte das pesquisas voltadas para processos fisiológicos desencadeados pelo transe ou para escalas relativas à funcionalidade da técnica, e não para a qualidade dos processos hipnóticos (Neubern, 2010a).

A hipnose ericksoniana, especialmente, tem se mostrado de extrema importância no tratamento da pessoa com dor, não apenas em relação a sua potencialidade terapêutica, mas, principalmente, em relação a características dessa abordagem que a aproximam de uma perspectiva complexa da experiência da dor em pesquisas qualitativas (Erickson & Rossi, 1979; Neubern, 2009c, 2010b, 2014). Apesar do valor heurístico de tais estudos clínicos, sua grande maioria trata apenas de atendimentos individuais. Assim, a despeito da conhecida eficácia da hipnose e da potencialidade terapêutica das terapias de grupo (Pichon-Rivière, 1994; Anzieu, 1993; Nery e Costa, 2008), a escassez de estudos, não só qualitativos como quantitativos, torna-se ainda mais evidente ao se tratar de grupos terapêuticos com hipnose.

Utilizar-se de motivações grupais para ganhos terapêuticos é uma prática comum desde o princípio da humanidade. Muito antes da sistematização de ideias acerca da saúde mental, representantes religiosos e líderes de tribos já exploravam práticas grupais para promover mudanças comportamentais, espirituais ou sociais (Scheidlinger, 1996). No princípio da história da psicologia, podemos dizer que a própria hipnose como prática clínica nasce em contextos grupais. No século XVI, Mesmer realizava sessões com

práticas hipnóticas em grupos de cunho terapêutico, e desafiava as rígidas comissões científicas da época ao teorizar a respeito do magnetismo que poderia passar de uma pessoa a outra (Chertok e Stengers, 1990). De acordo com Moreno (Moreno, 1966 p.28):

Mesmer utilizou as forças ativas do grupo, sem estar esclarecido sobre o caráter dessas forças. Costumava tratar, em conjunto, grupos inteiros. Nesses tratamentos, os pacientes tinham que se dar as mãos, pois ele acreditava que correntes circulantes entre os membros do grupo, que chamava de magnetismo animal, fornecessem novas forças a cada indivíduo.

Entretanto, após os estudos de Mesmer passarem por tais comissões compostas por importantes cientistas, eles foram barrados por questões um tanto arbitrárias (Chertok & Stengers, 1990). Ainda que os membros das comissões científicas tenham reconhecido resultados terapêuticos, o “magnetismo animal” de Mesmer foi negado por ter seus efeitos considerados apenas “frutos do poder da imaginação”. Porém nenhum membro explicou ou definiu o que seria imaginação para eles, além de terem demonstrado motivações mais políticas e morais que científicas neste julgamento² (Chertok & Stengers, 1990).

Após a condenação dos trabalhos de Mesmer, passou-se um longo tempo sem registros acadêmicos de práticas terapêuticas em grupos, em razão da ascensão do pensamento moderno, o qual valorizava uma visão de homem que se encaixasse na forma de compreender as ciências naturais. Desse modo, o interesse foi direcionado para

² De acordo com Chertok & Stengers (1990), em um relatório de Bailly, astrônomo que participava da comissão científica, foi registrado que as mulheres que passaram pelo magnetismo animal relataram terem se sentido bem e não relutaram em passar pela experiência de novo. O astrônomo registou que como tais emoções poderiam levar a “afeições”, mulheres (principalmente as “mulheres frágeis”) poderiam ficar vulneráveis ao magnetizador. Dessa forma, em nome da ameaça que o magnetismo animal poderia causar aos costumes da época, a comissão científica recorreu a autoridade do rei que, por sua vez, decidiu por proibi-lo. Dessa forma, não houve uma avaliação científica de fato, mas moral e política (Chertok & Stengers, 1990).

comprovações e leis universais sobre o indivíduo (Moreno, 1966, Chertok & Stengers, 1990).

Em um processo histórico e científico não linear – que permanece ainda em desenvolvimento –, a visão de homem comprometida com o individual universal passou aos poucos a considerar a importância da dimensão social, levando o olhar para um homem que está constantemente em relação (González Rey, 2012). Os primeiros registros de práticas grupais, após a época de Mesmer, ocorreram em 1905, por Joseph H. Pratt, médico norte-americano que tratava pacientes que sofriam com tuberculose em grupos educativos. Contudo, considera-se que o surgimento da “psicoterapia científica de grupo” foi em 1931, quando o psiquiatra Jacob L. Moreno – que já aplicava técnicas grupais desde 1910 – cunhou o termo *psicoterapia de grupo* (Moreno, 1966).

Atualmente, as terapias de grupo têm sido amplamente reconhecidas e aplicadas, em função do seu valor terapêutico. Entretanto, de acordo com Yalom e Leszcz (2006), mesmo com o aumento do reconhecimento das terapias em grupo, a maior parte dos programas acadêmicos não proporciona formação adequada para a condução de grupos, apesar de os estudantes receberem supervisões intensivas para terapias individuais, indicando a importância de estudos acadêmicos relativos a esse tipo de terapia.

Ainda que pesquisas não apontem diferenças significativas entre a efetividade terapêutica da psicoterapia individual e da psicoterapia em grupo (Yalom & Leszcz, 2006), esta última possui especificidades terapêuticas importantes que a tornam singular (Nery & Costa, 2008). Yalom e Leszcz (2006) falam sobre uma série de fatores terapêuticos ligados ao foco interacional que a terapia de grupo proporciona, entre os quais os autores destacam a aprendizagem interpessoal. Em um grupo terapêutico é criado um “microcosmos social” singular em que participantes ocupam diferentes papéis interativos que podem funcionar como “espelhos” uns para os outros. Eles se reconhecem

em suas semelhanças e diferenças, aprendendo a construir ideias e ações coletivamente (Yalom & Leszcz, 2006).

Isso implica não apenas um treino de habilidades sociais, como também a promoção de um espaço interativo terapêutico, construído com base na aceitação de características pessoais e de mudanças, o que pode se diferenciar de contextos sociais cotidianos que podem manter modos de vida e formas de relação pouco saudáveis (González Rey, 2011). Com este tipo de intervenção, a resolução de conflitos passa pelo âmbito pessoal, mas é direcionada para a criação conjunta de soluções (Nery & Costa, 2008; Anzieu, 1993).

Além disso, considerando o contexto das pessoas com dores crônicas que, na maioria das vezes, passam por transformações que atingem seus modos de relação e podem gerar um distanciamento social, o grupo terapêutico se configura em um espaço de socialização que pode promover a criação de vínculos que se estendam para além do mesmo. Segundo Yalom e Leszcs (2006), esse fator terapêutico dos grupos também permite que as pessoas que sofrem por algum adoecimento não se sintam como uma “exceção” que deve se retirar de um mundo com o qual não se identificam. Dessa forma, o grupo pode se tornar uma importante rede de apoio composta por pessoas que não só vivenciam experiências parecidas, como também acreditam nas dores uns dos outros.

Diante disso, as grupoterapias vêm conquistando um espaço importante em contextos clínicos e, frequentemente, em contextos hospitalares nos quais há uma grande demanda de pacientes para poucos profissionais, proporcionando um *setting* favorável para a aplicação das terapias de grupo. O compartilhamento de vínculos e vivências em grupo de pessoas acometidas por adoecimentos diversos, como transtornos mentais e dores crônicas é bem difundido em tais contextos, geralmente por meio de abordagens psicanalíticas ou cognitivas (Benevides et al, 2010; Silva et al, 2006; Motta e Santos,

2003). Contudo, ainda que a hipnose tenha se consagrado como uma ferramenta de alta relevância terapêutica para pessoas acometidas por dores crônicas (Neubern, 2010a; Nogueira, Lauretti e Costa, 2005), a formação de grupos terapêuticos com esta população, nos quais a hipnose seja a principal forma de intervenção, pode ser uma importante ferramenta que merece ser estudada mais profundamente, a fim de gerar inteligibilidade sobre esta forma de intervenção clínica.

A abordagem psicoterápica de Milton Erickson (1901-1980), utilizada nos atendimentos deste estudo, distingue-se radicalmente de abordagens clássicas de hipnose que frequentemente aparecem em pesquisas quantitativas. Erickson (Erickson & Rossi, 1979) foi um importante autor que reconheceu a essência subjetiva da hipnose, fazendo um tipo de clínica singular que se distanciava da tendência positivista tradicional que envolvia o estudo da mesma. Considerado como um dos maiores nomes da retomada da hipnose no século XX (Neubern, 2009b), Erickson tinha uma visão naturalista do transe, que valorizava a singularidade e o protagonismo dos sujeitos, promovendo importantes contribuições, dentre as quais podemos destacar o tratamento da dor, a partir da hipnoterapia (Carvalho, 1999).

Tratando-se da hipnoterapia, Erickson definiu o transe como um estado alterado de consciência guiado por sugestões hipnóticas que, por sua vez, facilitam a utilização de habilidades e recursos que já existem no sujeito, mas que podem estar esquecidos ou sendo pouco usados (Erickson & Rossi, 1979). Segundo Erickson, no transe terapêutico, o cliente pode expandir limites de percepção e alterar processos, levando-o a experimentar novas e mais saudáveis formas de funcionamento (Erickson & Rossi, 1979).

Contrário à ideia do sujeito hipnótico como um ser passivo, Erickson enfatizava o protagonismo do sujeito no seu processo de aprendizagem, resgatando a valorização do

sujeito e de sua singularidade na clínica (Neubern, 2009b). Sendo assim, ainda que o modo de atuação de Erickson fosse diretivo, ele prezava por uma forma de passar a mensagem que fosse indireta ao seu receptor, deixando que o último fosse ativo no processo de gerar sentidos a respeito da mensagem de um modo próprio da sua realidade singular. Para isso, nesta abordagem, o terapeuta deveria sempre primar por uma atuação flexível e atenta à relação estabelecida (O'Hallon, 1991).

Uma das técnicas amplamente utilizadas na abordagem ericksoniana que diz respeito a essa linguagem indireta é a construção de metáforas (Robles, 2001). Em sua atuação, Erickson criava personagens, histórias, exemplos de outros pacientes (ainda que fictícios), da sua própria história de vida ou de pessoas comuns, que envolviam o enredo simbólico vivido pelos sujeitos em terapia (Erickson & Rossi, 2003; Haley, 1993; O'Hanlon, 1991). Tais histórias carregavam um potencial terapêutico não apenas por envolver a temática vivida pelo paciente, mas também por sua intencionalidade – aquela história teria de ter um sentido e uma intencionalidade claros para o terapeuta, de forma que certa dramaticidade estivesse presente, envolvendo a fala (Robles, 2005; Neubern, 2012a).

Esse é um ponto importante que pode apontar para a especificidade da hipnose em grupos terapêuticos. Nos grupos há uma série de compartilhamentos de estratégias, exemplos e histórias, naturais desse contexto, que circunscrevem um mesmo enredo simbólico dos participantes, contadas por pessoas que de fato as viveram, sendo, pois, carregadas de sinceridade e dramaticidade. Diante do exposto, faz-se necessário refletir sobre algumas questões que envolvem a potencialidade terapêutica da hipnose em grupo, como a quantidade e a qualidade de histórias compartilhadas e de vínculos construídos, e a expectativa positiva em relação à hipnose em grupos terapêuticos.

Um exemplo ilustrativo em relação a esse tipo de abordagem na clínica de Erickson é o caso de uma garota com depressão que sentia repulsa a relacionamentos com pessoas do sexo masculino (Erickson & Kubie, 1941). Erickson toma conhecimento do caso por meio da colega de quarto que pediu ajuda para a paciente, pois a última se sentia muito fragilizada para iniciar outro tratamento, após tentar vários sem sucesso. Nesse caso, Erickson elaborou um *setting* protegido em que ele supostamente atenderia a colega de quarto e a garota iria apenas acompanhar a colega nessa terapia. Ainda que a paciente em questão estivesse ao lado da colega na sessão, as sugestões foram cuidadosamente construídas para que não apenas a colega de quarto entrasse em transe e o aproveitasse, mas que a paciente recebesse as sugestões de forma indireta, utilizando cada momento do transe da colega como uma forma de metáfora aberta para que a paciente gerasse sentidos a respeito do mesmo (Erickson & Kubie, 1941).

Como ressaltado na apresentação deste estudo, para Erickson (Erickson & Rossi, 1979), um dos melhores treinamentos para uma pessoa entrar em transe pela primeira vez é observar outra pessoa o fazendo, já que, assim, ela pode gerar sentidos sobre como o transe funciona em uma posição protegida, modificando crenças que envolvem medos e inseguranças a respeito da hipnose (Zeig, 1983). Ao observar que a hipnose pode ser tranquila e produtiva para outra pessoa, o sujeito pode generalizar tal experiência para ele mesmo, criando expectativas positivas em relação ao transe (Erickson & Rossi, 1979). Assim, os participantes do grupo tornam-se “exemplos vivos”, o que pode ter uma potencialidade de influência e de construção de expectativa positiva sobre o processo terapêutico muito maiores que explicações, ou mesmo metáforas, sobre a experiência do transe contadas em terapias individuais.

Além disso, a possibilidade de construção de vínculos no contexto grupal não é apenas importante para o enriquecimento de redes de apoio, como também é de extrema

relevância para a hipnose, já que, para Erickson, uma das dimensões mais importantes da mesma é a relacional (Erickson & Rossi, 1979). De acordo com Neubern (2012a), a qualidade do vínculo da relação influencia de forma direta na potencialidade terapêutica da mensagem a ser passada, tanto em transe como em conversações no *setting* terapêutico.

Nos grupos terapêuticos há uma maior quantidade de vínculos que não se restringem à relação “terapeuta-cliente”, o que promove uma maior potencialidade terapêutica de mensagens passadas, relativas à meta do grupo, não apenas pelo terapeuta, mas também pelos clientes. Os participantes do grupo exercem um papel de ajuda, não apenas oferecendo conselhos, mas sendo exemplos que se tornam metáforas vivas com potencial terapêutico diretamente relacionado à qualidade do vínculo (Kaplan & Sadock, 1996). Sendo assim, torna-se evidente a importância da condução do grupo para aspectos positivos da vivência, como as noções de crescimento, aprendizagem, protagonismo, flexibilidade e possibilidades de ação diante de um problema; sendo tais aspectos parte das características identitárias da hipnose ericksoniana (Robles, 2013).

Portanto, devido à importância do estudo das grupoterapias e ao fato de a hipnose ericksoniana ter se consagrado como uma importante abordagem clínica a partir de seus resultados, especialmente envolvendo pacientes com dores crônicas (Neubern, 2009c, 2013a, 2014), o estudo da mesma inserida na especificidade do contexto grupal pode ser extremamente importante para sua aplicabilidade neste tipo de *setting*, ampliando reflexões sobre o tema. Sendo assim, este estudo intenciona gerar inteligibilidade sobre o tema, a partir da construção de reflexões e considerações clínicas relativas a intervenções hipnóticas em grupos terapêuticos com pessoas que vivenciam a fibromialgia.

Para isso, é importante esclarecer que, ainda que o desenvolvimento de um grupo de hipnose como um “microcosmos social” (Yalom & Leszcz, 2006), em um nível de análise direcionado para sua subjetividade social, seja bastante interessante e motive

futuros estudos, para fins desta dissertação, optamos por manter o foco principal de análise no impacto desse tipo de intervenção em grupo nas configurações subjetivas individuais dos participantes. Contudo, ainda que esse seja o principal foco, em função de os sujeitos estarem inseridos nesse contexto, o estudo do cenário subjetivo do grupo também será realizado quando pertinente para a compreensão de possíveis reconfigurações subjetivas individuais relacionadas à vivência do grupo, já que, como ressaltado anteriormente, as dimensões sociais e individuais se inter-relacionam e se constituem de forma recíproca (González Rey, 2012).

OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Esta pesquisa almeja como objetivo geral compreender a relação entre a hipnose em grupos terapêuticos de pessoas com fibromialgia e a reconfiguração subjetiva da dor das mesmas.

1.2 Objetivos Específicos

De forma específica, tem como objetivos:

1. Compreender reconfigurações subjetivas de pessoas com fibromialgia a partir da vivência do grupo
2. Refletir sobre a possível especificidade da hipnose em grupos terapêuticos

3. MÉTODO

Para os objetivos desta pesquisa foi escolhido o método construtivo-interpretativo, baseado na Epistemologia Qualitativa de González Rey (2005). O desenvolvimento teórico e epistemológico que originou essa metodologia se deu a partir dos desafios encontrados no meio científico em assumir a subjetividade como objeto de estudo (González Rey, 2007), assim, é importante levantar quais são estes desafios para melhor compreensão do método escolhido.

Diante disso, neste capítulo metodológico busca-se contextualizar epistemologicamente a escolha do método e levantar aspectos essenciais da pesquisa. Para isso, questões epistemológicas relativas à subjetividade serão problematizadas e características próprias da identidade da hipnose, inicialmente introduzidas no início deste estudo, serão aprofundadas afim de relacioná-las com a importância epistemológica e científica conferida à subjetividade. Além disso, será apresentado o cenário no qual se insere a pesquisa realizada e como foi realizada a construção das informações geradas pela relação com o empírico.

3.1 Problemas epistemológicos

A partir da revolução científica que se inicia no séc. XVI foi desenvolvido o modelo de racionalidade que constitui a base da ciência moderna ocidental, principalmente no domínio das ciências naturais, se estendendo também, a partir do séc. XIX, para as ciências sociais (Santos, 1997). A importância de descobertas científicas e do avanço tecnológico que se tornaram possíveis por meio do desenvolvimento de tal racionalidade científica é inquestionável, como se possibilitasse que luzes fossem projetadas sobre uma série de processos antes desconhecidos, observados exemplos como

o aumento da expectativa de vida e as impressionantes possibilidades de comunicação que temos atualmente.

Entretanto, como apontado por Morin (2011), todo o conhecimento científico construído sob o paradigma moderno de ciência acaba por sofrer com o excesso de luzes da razão. Como consequência disso, quaisquer conhecimentos que se distanciavam de noções próprias do paradigma dominante – como previsão, controle e explicação do fenômeno estudado – acabaram desqualificados para posições inferiores, já que estes poderiam ser “ilusórios”, por se distanciarem do “acesso ao real” que as ciências naturais pareciam alcançar de forma privilegiada. Portanto, não apenas os conhecimentos do senso comum foram desqualificados, como também as ciências sociais estiveram sempre à margem no campo científico. Disso resultou que, quanto mais elas se aproximassem da objetividade positivista, mais evitariam sua despromoção no meio, gerando uma produção em massa de pesquisas quantitativas em ciências humanas, ainda hoje em maior número que as de método qualitativo.

De forma ilustrativa, Neurben (2004) traz a reflexão de que o universo da objetividade e o da subjetividade foram separados por um grande “abismo intransponível”, sendo que o primeiro era privilegiado por fazer parte do paradigma científico hegemônico – e por ser historicamente considerado confiável pelas supracitadas descobertas nas ciências naturais – enquanto o segundo era o universo marginal das incertezas, do que não era visível nem palpável. Com a separação dos dois universos e a supremacia da objetividade, necessariamente houve uma exclusão da própria subjetividade da ciência e do pesquisador, o que causou uma espécie de cegueira narcísica que impediu a ciência de se enxergar (Neubern, 2004).

Edgar Morin (2011) fala sobre a ignorância histórica em relação ao desenvolvimento da ciência, ou seja, uma ciência que não se estuda, o que ocasiona uma

profunda lacuna em relação a reflexões epistemológicas. De acordo com Bachelard (1934/1985), com a ausência de construções críticas epistemológicas, é eliminado o “risco” da ciência, de ser continuamente confrontada de modo a manter a processualidade criativa constante em seu desenvolvimento. Bachelard (1934/1985), descreve esse “risco” como uma característica essencial do espírito científico, pois implica uma condição que impede o conhecimento de se tornar dogmático. Quando a produção científica ocupa o lugar de dogma, conceitos tornam-se intocáveis em pedestais que sustentam o narcisismo de escolas de pensamento ou de personalidades que, assim, acabam preferindo estacionar o desenvolvimento científico a entrar em contradição.

As ciências humanas sofreram ainda mais desse mal, pois possuem objetos de estudo com especificidades constituintes de sua natureza que se descaracterizam ao serem fragmentados ou colocados em laboratórios estéreis, com condições controladas para a comprovação de teorias gerais. Ainda que toda a ciência tenha sofrido uma cegueira epistemológica, nas ciências naturais, os objetos de estudo podem se impor diante do pesquisador de forma relativamente mais objetiva e concreta³, possibilitando revoluções teóricas. Um exemplo seria a trajetória de descobrimento das partes do átomo. Por meio de um conjunto de dispositivos que permitiam a emergência de partes que compunham o átomo, teorias que o descreviam foram se modificando e gerando novos conhecimentos na área (Stengers, 2001).

Já nas ciências humanas, como a psicologia, ao se utilizar da mesma lógica positivista, a expressão subjetiva humana passou a ser excluída por não se coadunar com

³ Ainda que as ciências naturais possuam um distanciamento histórico da subjetividade do pesquisador, a construção de teorias não se isenta da mesma. Além disso, é evidente que as ciências clássicas deram lugar a uma ciência caracterizada pela complexidade de funcionamento de seus objetos, cada vez mais levantada e lembrada pelas novas críticas ao sistema binário tradicional (Prigogine & Stengers, 1997). Um exemplo seria os objetos da física quântica, extremamente complexos e desafiadores em relação a axiomas matemáticos.

o controle científico exigido e não ser passível de “comprovação” em laboratórios que, por sua vez, nem se quer ofereciam dispositivos que pudessem permitir a emergência da subjetividade (Stengers, 2001). Sendo assim, os objetos de estudos das ciências humanas foram silenciados, impossibilitados de confrontar teorias e colocá-las sob o saudável “risco” da ciência. Sobre essa questão, Neubern (2004) traz o importante questionamento: como poderíamos acessar o universo da subjetividade por meio da objetividade, já que este era o único considerado válido para fazê-lo sem sair do dito campo científico? Em nome da legitimidade, o método de busca acabou por tornar-se mais importante que o objeto em si, levando à exclusão da subjetividade do homem, transformando-o em um objeto sem alma (Neubern, 2004).

González Rey (2005, 2002) fala sobre como o domínio paradigmático do positivismo acabou por contaminar as ciências sociais sem que houvesse qualquer consciência epistemológica ou discussão teórica que justificasse a escolha de métodos com tal base. A inserção do modelo quantitativo, dominante ainda hoje, nas ciências sociais, caracterizou-se como ateuórico e centrado no acúmulo de dados numéricos passíveis de verificação imediata. González Rey (2005) assinala ainda que não há um problema com o método quantitativo em si, mas sim com *o que* está sendo quantificado e com *como* as informações adquirem significado perante o modelo teórico adotado na pesquisa.

Mesmo pesquisas que adotam métodos qualitativos mostram-se isentas de uma discussão epistemológica acerca das contradições entre o qualitativo e o quantitativo, muito em razão de o próprio uso dos métodos qualitativos estar baseado na epistemologia positivista (González Rey, 2002; Neubern, 2004). Essa problemática acabou por levar ao instrumentalismo sem reflexão teórica. Segundo González Rey (2005, p. 5): “A metodologia conduziu a um metodologismo, no qual os instrumentos e as técnicas se

emanciparam das representações teóricas convertendo-se em princípios absolutos de legitimidade para a informação produzida por eles, as quais não passavam pela reflexão dos pesquisadores”. Dessa forma, compreendemos que a legitimidade da pesquisa não é inerente ao método utilizado, e sim, à adequação do método em relação ao objeto de estudo teoricamente definido e à coerência da interpretação das informações em relação ao referencial teórico escolhido.

Diante dessa escassez de reflexão epistemológica, González Rey (2005) levanta a proposta da Epistemologia Qualitativa no esforço de trazer tal reflexividade para a metodologia qualitativa, acompanhando as necessidades da mesma no campo da psicologia e sustentando a proposta metodológica do autor.

A partir da retomada da consciência epistemológica (Santos, 2000), torna-se evidente que as necessidades envolvendo o uso da metodologia qualitativa em psicologia estão ligadas à constatação da subjetividade, em seu estatuto ontológico, como inerente ao indivíduo e às organizações sociais. Dessa maneira, ao assumir a subjetividade como objeto de estudo, há uma série de exigências epistemológicas que rompe com a racionalidade positivista dominante explicitada anteriormente. De acordo com Neubern (2001), essencialmente complexa, a subjetividade traz consigo aspectos que confrontam noções como fragmentação, controle, objetividade e caminham em direção a uma epistemologia da complexidade.

Segundo González Rey (2002), sua proposta epistemológica vem ao encontro dessas exigências, abrindo um espaço com valor heurístico para diferentes formas de produção de conhecimento acerca de noções próprias da realidade subjetiva, como as noções de irregularidade, de plurideterminação, de interação e de sistema. Destarte, a definição ontológica da subjetividade pressupõe uma superação de dicotomias como

“interno-externo” ou “social-individual”, apontando para a epistemologia da complexidade (González Rey, 2007; 2011).

Desse modo, são necessários conceitos que possibilitem dialogar com essa realidade, como o das configurações subjetivas, que integram sentidos subjetivos que se expressam, de forma não linear, em diferentes momentos de ações do sujeito indissociáveis de seu cenário social (González Rey, 2005). Assim como também são necessárias metodologias que busquem a expressão da subjetividade enquanto sistema, tornando inviáveis procedimentos que operem por meio de definição, controle de variáveis e comprovação.

O caráter construtivo e interpretativo da metodologia proposta, defendido pela Epistemologia Qualitativa, diz respeito à compreensão do conhecimento como produção subjetiva, que se contrapõe à apropriação linear da realidade que se apresenta no empírico (González Rey, 2002). Portanto, a realidade não nos fornece dados como se fossem fatos a serem “colhidos” na natureza, contudo podemos nos aproximar estabelecendo uma relação com a mesma, sendo impossível, pois, desconectar a subjetividade do pesquisador dessa relação. O modelo teórico não é tomado como uma realidade “com vida própria”, mas como uma construção que se alimenta constantemente pelas reflexões do pesquisador, abrindo o que González Rey (2007) chama de *zonas de sentido* com utilidade para a construção de novos conhecimentos. Essas zonas de sentidos são espaços da realidade construídas sobre uma temática ou uma vivência que se tornam inteligíveis às construções do pensamento de um pesquisador. Assim, a teoria é sempre colocada em um processo de confronto, gerador de desenvolvimento.

Diante da relação estabelecida entre o pesquisador e o empírico, há a emergência de uma realidade estudada, sobre a qual é possível construir *indicadores* do que acontece nesta realidade, a partir do olhar interpretativo do pesquisador. Tais indicadores são

informações ligadas ao empírico que não possuem significados em si mesmas, elas funcionam como “pistas” que direcionam a construção de interpretações que, no decorrer do desenvolvimento, adquirem sentido para a pesquisa diante de seus objetivos e da coerência da interpretação frente à reflexão teórica do pesquisador (González Rey, 2010). Esse processo progressivo de construção de informações que geram zonas de sentido a respeito do problema de pesquisa estudado é definido como *lógica configuracional* por González Rey (2005).

Segundo González Rey (2007), o único caminho para se estudar a subjetividade é por meio de uma perspectiva construtiva e interpretativa, pois esta assume a singularidade como uma exigência do próprio caráter dos processos subjetivos. Assim, ainda que dois casos individuais tenham sido escolhidos com fins de gerar inteligibilidade a respeito dos objetivos aqui propostos, a inserção desses indivíduos no grupo terapêutico implica informações sobre o contexto de grupo estudado. González Rey (2007) traz uma reflexão relevante sobre essa questão: “Um fato social aparentemente irrelevante é expressão de uma intrincada rede de subjetividade social, que toma forma, invariavelmente, nos sistemas de ações e relações entre indivíduos em um espaço social”. Portanto, destacar a singularidade das configurações subjetivas não se trata de retirar o indivíduo do contexto para uma análise intrapsíquica, mas sim buscar compreender a forma como o sujeito produz sentido sobre o social, abarcando sua produção em grupo, no caso desta pesquisa.

3.2 Hipnose e subjetividade

Como consequência da dificuldade em enxergar a subjetividade e em formular modelos teóricos e metodológicos que permitissem a emergência da complexidade na ciência, a hipnose e toda a sua história de desenvolvimento teórico e técnico, subversivos ao paradigma dominante, foi marcada pela marginalidade no meio científico (Neubern,

2009b). Desde os experimentos de Mesmer no séc. XVI houve incontáveis tentativas fracassadas de separar o que seria “real” do que seria “ilusão” na hipnose, desqualificando-a como obscura, mística e sem valor para a ciência, já que não poderia ser comprovada na lógica dominante (Neubern, 2004; Chertok & Stenger, 1990).

Ainda nos dias de hoje, tal marginalidade reflete-se na escassez de pesquisas e congressos sobre o tema em psicologia, além de preconceitos propagados não só pela grande mídia, como também pela própria classe profissional (Neubern, 2009b). Contudo, justamente por ser subversiva, a hipnose mostra um tipo de realidade “inconveniente” ao modelo hegemônico de ciência, levantando importantes reflexões que caminham em direção à epistemologia da complexidade discutida no item anterior (Neubern, 2004).

Diante desse contexto, marcado pela rejeição da hipnose, Milton Erickson surge desenvolvendo um trabalho clínico ousado por abrir mão do uso da hipnose como uma simples ferramenta técnica e elevá-la ao patamar de uma abordagem relacional singular, formulando uma nova hipnoterapia. Segundo Neubern (2009b), para que a hipnose ressurgisse, foi necessária uma figura como a de Erickson, que pudesse abrir mão da explicação, tão valorizada pela ciência moderna, além de suportar a exclusão das comunidades científicas.

Assim, é importante ressaltar que a dita abordagem “ericksoniana” foi criada mais tarde, por Jeffrey Zeig, um dos alunos de Erickson. Este último é considerado a-teórico por ter tido certo desprezo por teorias consolidadas, muitas vezes, dogmáticas, que deveriam ser mantidas em nome de uma escola de pensamento. De acordo com Neubern (2009b, p. 238), sobre essa característica de Erickson:

“[Erickson] Abria mão de desenvolver um pensamento capaz de colonizar outros campos, de exorcizar ilusões em nome de um conhecimento enfim científico

repetindo, em nome da razão, o célebre argumento de que nós não somos mais do que fruto de “alguma coisa”, como os genes ou as forças do inconsciente.”

Erickson costumava aconselhar seus alunos a não tentar copiá-lo, apenas compreender qual era o jeito deles de atuar na clínica (Zeig, 1983). Desse modo, ele promovia o que González Rey (2007) chama de emergência do sujeito, ou seja, um espaço próprio de produção. Portanto, Erickson não fundou nenhuma comunidade ou escola de pensamento onde discípulos pudessem se encontrar e até se defenderem de críticas. Como consequência disso, uma série de abordagens terapêuticas distintas surgiram a partir da clínica de Erickson (como a terapia estratégica e a programação neuro-linguística) e sua hipnose foi desenvolvida em espaços e processos alternativos aos acadêmicos (Neubern, 2009b).

Para Erickson (1958), o transe era natural, vivenciado de forma cotidiana e singular por cada pessoa. Assim, ele compreendia que não havia pessoas mais ou menos suscetíveis à hipnose, e sim formas singulares de estabelecer uma relação com seus pacientes para compreender *como* eles experimentavam o transe. Torna-se evidente que, ao valorizar a qualidade da relação e o “como”, ou seja, *a forma* da experiência, é colocado em relevo o universo subjetivo daquela pessoa, aspectos únicos de cada um que são utilizados no contexto terapêutico de indução ao transe.

A valorização do aspecto relacional da hipnose é uma das características mais importantes para se compreender a hipnoterapia ericksoniana. Em sua atuação e produção científica, Erickson (Erickson & Rossi, 1979) destacou a importância de utilizar a vasta gama de elementos presentes na relação singular entre ele e seus pacientes para construir sugestões, metáforas e caminhos terapêuticos dentro do transe que fossem próprios do mundo subjetivo deles. Essa abordagem de *utilizar* elementos singulares e próprios da subjetividade da relação, estabelecida no *setting* terapêutico, foi nomeada como

“Utilização”, tornando-se, juntamente com a *linguagem indireta*, a essência da hipnose ericksoniana (Erickson & Rossi, 1979). A Utilização pode ser compreendida como a aceitação das expressões e produções do sujeito, e a disponibilidade para reconhecê-las como recursos que podem ser usados a favor do sujeito na terapia.

Dessa forma, em sua hipnoterapia não há induções de transe gerais para clientes com esta ou aquela psicopatologia, mas sim a valorização do papel ativo tanto do terapeuta quanto do cliente, em uma relação terapêutica singular para que os transe sejam construídos a partir da mesma, de modo que façam sentido para aquela relação. De acordo com Neubern (2013b), a hipnose não se trata de um conjunto de técnicas, mas de um processo de influência mútua em que o terapeuta tem a responsabilidade ética de se atentar ao processo clínico e à construção de um contexto terapêutico com seu cliente. Para isso, a subjetividade do terapeuta não pode ser escondida atrás de cortinas da “neutralidade”: ela se constitui como uma fonte de recursos próprios fundamentais às relações humanas, disposições emocionais que dão vida a técnicas e ações que podem vir a tocar o outro (Neubern, 2013b).

O uso de metáforas nesta abordagem parte do princípio da valorização da linguagem indireta como um acesso privilegiado ao inconsciente e como um espaço aberto para a produção subjetiva do sujeito. Isso porque, primeiramente, o uso da linguagem analógica, metafórica e dramática facilita o acesso ao inconsciente por repetir o tipo de linguagem analógica do mesmo (Morin, 2011). Um exemplo dessa linguagem inconsciente seria a produção subjetiva nos sonhos que é simbólica e metafórica, em outras palavras, foge da lógica racional cotidiana. Além disso, a linguagem indireta permite que o terapeuta apresente temas relacionados ao enredo simbólico vivido pelo cliente sem confrontá-lo, desviando-se de possíveis resistências e, ao mesmo tempo,

promove o protagonismo do sujeito, já que as metáforas só passam a fazer sentido a partir da produção subjetiva singular do mesmo (Neubern, 2012).

Outra questão importante e muito ressaltada na hipnoterapia ericksoniana é em relação ao papel do inconsciente. Erickson falava do inconsciente como uma “parte sábia”, como uma forma de sugerir recursos que, em processos autônomos, poderiam trabalhar ao nosso favor (Erickson e Rossi, 1979; Zeig, 1983). Desse modo, o inconsciente deixa o lugar do “desconhecido amedrontador” e passa a ocupar um importante lugar de proteção que pode guardar segredos, mas que também guarda recursos. Ainda assim, faz-se necessário ressaltar que a valorização dos recursos que existem nesta dimensão não implica a ideia de um inconsciente “positivo” em sua essência, mas de um inconsciente que carrega uma série de aprendizados que podem ser acessados e utilizados terapêuticamente.

Em seu modo de atuar, Erickson valorizava a construção da proteção do sujeito, configurando não apenas o espaço terapêutico, mas também um “lugar protegido” interno, que pudesse circunscrever sua produção subjetiva na hipnose (Robles, 2005), promovendo o papel ativo do sujeito em seu tratamento. De acordo com Erickson (1939), os sujeitos se mostram ativos, com capacidade de autoproteção e julgamento durante o transe, contrariando as características de passividade e submissão retratadas no senso comum. Uma forma de proteger o sujeito em seu processo terapêutico é buscar o acesso a seus próprios recursos internos e potencialidades, os quais podem o fortalecer e proteger para o contato com questões sofridas e sentimentos difíceis, evitando, assim, a iatrogenia. No Grupo de Crescimento de Robles (2005), a autora busca trabalhar esse aspecto a partir de metáforas, como a construção de “cercas” em volta do “lugar protegido”, das quais as ameaças, questões e pessoas que os sujeitos do grupo não queriam por perto, naquele momento, poderiam ficar do outro lado durante a experiência de transe.

Ao resgatar recursos, o sujeito entra em contato com o que *consegue* fazer, ou seja, com sua própria potencialidade. Em vários de seus atendimentos, Erickson (Erickson & Rossi, 1979) pedia que os pacientes se atentassem para processos autônomos que aconteciam no corpo durante o transe – como a levitação de braço, por exemplo – e os utilizava como metáforas para ações que nosso corpo e nossa mente sabiam fazer, sem que soubéssemos disso, abrindo, dessa forma, possibilidade de o sujeito gerar sentidos subjetivos a respeito de processos de mudanças e aprendizados que poderiam acontecer, ainda que a mente consciente não acreditasse nisso. A expectativa positiva era trabalhada com maestria na clínica de Erickson por ela criar um ambiente favorável para a escolha de caminhos terapêuticos durante o transe, além de promover um vínculo direcionado para a mudança terapêutica (Erickson e Rossi, 1979). De acordo com Rosen (1994), em sua atuação, Erickson não tinha o interesse voltado para *insights*, associações ou racionalizações dos pacientes, ele tinha o claro objetivo de levá-los a ter uma visão positiva em relação à vida e sobre si mesmos.

Todas essas características, próprias da identidade da hipnoterapia de Erickson, como a singularidade, a noção de sujeito, o rompimento com a neutralidade do terapeuta e a linguagem analógica, apontam para noções próprias da complexidade e do universo subjetivo. Por isso, uma perspectiva teórica complexa, como a Epistemologia Qualitativa de González Rey (2005), fornece a base teórica adequada para esta pesquisa ao permitir um espaço heurístico de construções que gerem inteligibilidade a respeito da clínica ericksoniana, permitindo assim, que esta abordagem clínica frequente também espaços de reflexão acadêmica a partir de um olhar qualitativo, como tem sido feito em diversos estudos (Neubern, 2004; 2009a; 2013b).

Desse modo, intencionamos ultrapassar velhos questionamento a respeito de se a produção do sujeito durante o transe é real ou se a hipnose funciona como técnica

terapêutica, e passar a discutir a qualidade dessa produção subjetiva. González Rey (2007) pontua: “Toda produção humana é uma produção subjetiva, o que não significa ‘não real’, mas, sim, a emergência de um novo tipo de realidade” (p.142). Tendo isso em vista, para esse estudo, consideramos que um método qualitativo que busque compreender os processos complexos constituintes da subjetividade é adequado e condizente com a identidade da hipnose aqui utilizada, afastando-nos de objetivos positivistas que busquem predição e controle.

3.3 O contexto da pesquisa

3.3.1 Local dos Atendimentos

As sessões de atendimento foram realizadas em salas próprias para grupos no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) da Universidade de Brasília (UnB) entre os meses de Outubro e Novembro de 2014. O CAEP é um centro de atendimento, estudo e formação que funciona desde 1975 com o objetivo não só de atender à população que busca atendimento psicoterápico, como também de apoiar os departamentos do Instituto de Psicologia da UnB na realização das atividades práticas para a formação profissional e acadêmica dos alunos universitários em seus vários níveis.

Justificando essa escolha, além do próprio vínculo da pesquisadora com a instituição e de os objetivos da pesquisa serem condizentes com a missão do referido centro, há a proximidade do grupo de estágio em psicoterapia voltado para o atendimento de pessoas que vivem e convivem com dores e doenças crônica, chamado “Acolher”, no CAEP. Esse projeto, supervisionado pela prof. Dr. Larissa Polejack-Brambatti e pelo

prof. Dr. Maurício Neubern, oferece atendimento individual a essa população específica nas abordagens psicodramática e ericksoniana.

Todas as sessões de atendimento em grupo foram gravadas em câmera de áudio e vídeo com prévia assinatura do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes – ambos os termos estão anexados a esta dissertação. Ademais, o projeto desta pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da UnB, mediante prévia autorização do CAEP para utilização do local.

3.3.2 O convite

A partir de experiências clínicas com pessoas que vivenciam dores crônicas, foi notória a quantidade de pessoas, em sua maioria mulheres, que buscavam atendimento com o diagnóstico de fibromialgia. Questões trazidas pelos clientes referentes ao desconhecimento da doença pela sociedade de modo geral, a consequente escassez de serviços terapêuticos que oferecessem tratamentos específicos para a fibromialgia, além dos resultados terapêuticos promovidos pela hipnoterapia, foram motivadores para a construção da proposta desse projeto de pesquisa.

A proposta consistiu em realizar atendimentos terapêuticos de hipnose em grupos, específicos para pessoas que vivenciassem dores fibromiálgicas. Como inspiração para a realização desse trabalho, foi utilizado o grupo terapêutico de temas gerais com hipnose, chamado “Grupo de Crescimento”, criado por Tereza Robles (2005). Assim como no Grupo de Crescimento, houve a preocupação nesta pesquisa de construir grupos terapêuticos e não grupos “de psicoterapia”. Além da limitação do tempo de pesquisa

dentro do cronograma do mestrado, que dificultaria o aprofundamento em questões individuais a serem trabalhadas no grupo, a noção de “crescimento” e desenvolvimento terapêutico transmite uma ideia positiva sobre o tratamento que se distancia do foco no problema, o que se aproxima da visão ericksoniana de psicoterapia.

Desse modo, a proposta foi de crescimento pessoal por meio da identificação de recursos individuais e grupais em práticas de hipnose, que poderiam reconfigurar a experiência da dor, melhorando a qualidade de vida das pessoas atendidas. Nos grupos deste estudo foram trabalhadas as seguintes temáticas:

1. Meu nome e minhas heranças
2. Introdução à respiração, à nossa parte sábia e ao crescimento saudável
3. A nossa responsabilidade pelo nosso bem-estar: como podemos nos presentear e a possibilidade de pedir ajuda
4. Feridas próprias e herdadas
5. Aprendendo sobre a auto-hipnose
6. Dificuldades em relacionamentos com os outros
7. Aprendendo a ficar em paz com os outros
8. Descobrimo meus disfarces e aprendendo quem eu sou
9. Aprendendo a me relacionar com meu corpo
10. O medo de estar completamente bem e receber o que a vida nos dá
11. Dificuldades com a intimidade/ Aprendendo como nos conectar com nós mesmos
12. Sessão final de avaliação e confraternização

Os temas trabalhados nas sessões seguiram uma ordem proposta pelo grupo de Crescimento (Robles, 2005), além da inclusão de temáticas que surgiram como demanda

do grupo⁴. A ordem das temáticas implicou uma preocupação com o aprofundamento progressivo das questões e do aprendizado em relação ao processo hipnótico. Como explicitado anteriormente ser próprio da hipnose ericksoniana, cada temática foi trabalhada de forma metafórica e simbólica para que os grupos pudessem ter uma produção espontânea a partir de elementos próprios de sua subjetividade. Além disso, após cada conversação no início dos encontros, elementos próprios das demandas e do contexto dos grupos eram incluídos nas temáticas e nas sugestões hipnóticas. Desse modo, intencionou-se que as temáticas incorporassem a singularidade das participantes e dos grupos e que, assim, fizessem sentido para os mesmos.

Em relação aos atendimentos, por tratar-se de intervenções terapêuticas, mobilizações emocionais são naturais e características do processo. Entretanto, foi esperada a possibilidade de algumas pessoas apresentarem conflitos que necessitassem de um cuidado e acolhimento externos ao grupo. Alguns casos foram identificados durante o grupo e, após o término do mesmo, algumas participantes também se mostraram interessadas em iniciar um atendimento individual com a hipnoterapia. Nesses casos, elas foram encaminhadas para psicoterapia individual no Acolher, recebendo, dessa forma, um suporte que transcendesse o tempo e a profundidade do tratamento de questões no grupo.

O convite para a participação da pesquisa foi feito por meio de e-mails para profissionais da saúde e cartazes no CAEP. A partir da divulgação por e-mail, cartazes foram afixados livremente pelos profissionais de saúde em hospitais e em secretarias da saúde e da educação.

⁴ A temática 5 surgiu totalmente a partir da demanda do grupo. As temáticas 3 e 11 tiveram reflexões sobre “como pedir ajuda” e “conexão com nós mesmos” que foram inclusas, relacionando-as com a temática original de Robles (2005).

3.3.3 Participantes

O critério considerado como requisito para a participação dos sujeitos foi uma avaliação médica prévia, atestando suas condições orgânicas, e um diagnóstico que indicasse a vivência da fibromialgia. Como requisito de exclusão, não foi permitida a participação na pesquisa de pessoas com diagnósticos que indicassem sofrimento psíquico grave (Costa, 2003), a fim de evitar possíveis riscos, já que o manejo relacionado a tal população poderia exigir uma formação mais especializada da pesquisadora.

Com apenas uma exceção, todas as pessoas que entraram em contato devido ao interesse de participarem da pesquisa foram mulheres. O único homem interessado não pôde participar dos grupos por questões pessoais e incompatibilidade de horários. Dado este fato, o recorte de gênero na pesquisa não foi intencional, apesar de esperado, em razão da diferença proporcional apontada na literatura entre homens e mulheres acometidos pela doença (Provenza Jr et al, 2004; Santos et al, 2006; Cardoso et al, 2011). Destarte, os dois grupos foram compostos apenas por mulheres da seguinte forma:

Grupo 1	
Nome fictício	Idade
Beatriz	58
Elisa	54
Ruth	37
Valéria	40

Virgínia	33
Fabiana	28

Tabelas 1: nomes fictícios das participantes do grupo 1, e suas respectivas idades.

Grupo 2	
Nome fictício	Idade
Catarina	38
Sílvia	45
Maria	50
Raquel	28

Tabelas 2: nomes fictícios das participantes do grupo 2, e suas respectivas idades.

A diferença no número de participantes entre os dois grupos ocorreu em função da desistência de duas participantes do segundo grupo. Como as sessões tinham uma evolução de aprendizados relacionados ao transe e um desenvolvimento gradual da profundidade das temáticas, foi preferido que não entrassem novos participantes a partir de tais desistências, após a ocorrência da segunda sessão.

Posteriormente ao contato inicial dos sujeitos, indicando interesse em participar da pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais que tinham como objetivo conhecer a trajetória relacionada à experiência da fibromialgia, apresentar o projeto de pesquisa e identificar fatores de inclusão e exclusão explicitados anteriormente.

3.3.4 Construção da informação

Como ressaltado, a proposta metodológica construtiva-interpretativa, de González Rey (2005), foi escolhida como meio de alcançar elementos das configurações subjetivas emergentes no contexto estudado. A partir do estudo de dois casos, decorrente das sessões de grupo realizadas, houve a construção de informações por meio de levantamento e desenvolvimento de interpretações relacionadas aos supracitados *indicadores* (González Rey, 2011), ou seja, informações ligadas ao empírico admitidas como relevantes aos objetivos da pesquisa.

Em relação a essas informações, partir dos parâmetros epistemológicos adotados, é importante ressaltar que os instrumentos para alcançá-las na pesquisa qualitativa adquirem um sentido interativo e flexível (González Rey, 2002). Desse modo, há um distanciamento do “instrumentalismo”: os instrumentos deixam o papel principal na pesquisa, e as relações do pesquisador com os sujeitos pesquisados tornam-se protagonistas. González Rey (2005) define por instrumento “toda situação ou recurso que permite ao outro expressar-se no contexto da relação que caracteriza a pesquisa” (p. 42). Assim, preferimos nomear esta sessão de “construção da informação” para evidenciar essa perspectiva metodológica do estudo.

Diante de tal perspectiva, a comunicação no desenvolvimento metodológico é elevada a um lugar de extrema importância que não se coaduna com a atuação do pesquisador tradicional que preza pela neutralidade. Compreendemos o pesquisador como um sujeito intelectual e participante ativo da pesquisa, assim como o pesquisado. Sendo estes reconhecidos em sua singularidade, a qualidade de expressão do pesquisado é relacionada com a qualidade dos vínculos estabelecidos com o pesquisador e entre os outros pesquisados (González Rey, 2002).

Nesta pesquisa em questão, foram utilizados momentos individuais (entrevista inicial com cada participante), conversações, reflexões sobre temas em grupo, indução de transe hipnótico em grupo e outras atividades coletivas, como a pintura. Desde o momento da entrevista inicial com as participantes, prezou-se por incluí-las como protagonistas do desenvolvimento da pesquisa, o que em diversos momentos suscitou reflexões de questões que elas mesmas julgaram ser importantes de serem estudadas. Além disso, os dois grupos manifestaram o interesse de terem acesso ao texto da dissertação em diversos momentos da pesquisa, o que mostra um papel ativo e interessado no processo.

Durante os atendimentos em grupo, houve a preocupação em construir um ambiente com clima favorável e relaxado para a expressão de ideias e abertura para conversações livres que identificavam temas importantes para as participantes, implicando o desenvolvimento de um diálogo progressivo e orgânico que possibilitou a construção de relações que o qualificavam. De acordo com González Rey (2002), os questionamentos nas conversações em pesquisas qualitativas funcionam como dispositivos que visam a construir reflexões que se aprofundam gradualmente. Em suas palavras, “o potencial de uma pergunta não termina em seus limites, mas se desenvolve durante diálogos que se sucedem na pesquisa” (González Rey, 2002, p.55).

Sob essa perspectiva, é possível ampliar a ideia de perguntas e respostas em pesquisas para um tipo de diálogo que implica todos os sujeitos participantes, inclusive o pesquisador. Nesta pesquisa foi adotado o modelo de *sistemas conversacionais*, no qual o pesquisador deixa o lugar central de “questionador” e os pesquisados deixam o lugar de “questionados”, passando todos a integrar uma dinâmica de conversação que desenvolve um tecido de informações (González Rey, 2005).

No âmbito desta pesquisa, a hipnose, além de ser a abordagem clínica utilizada e o objeto de pesquisa, configura-se também como um meio de acessar um tipo de realidade

subjetiva que permite a expressão dos sujeitos. Erickson (Erickson & Rossi, 1979) via a hipnose não apenas como uma relação, mas também como um tipo de comunicação que facilita o acesso do sujeito a recursos inconscientes pouco usados ou mesmo esquecidos. A emergência de informações geradas por esse tipo de comunicação e o desenvolvimento das mesmas ao longo da pesquisa serão de extrema relevância para os objetivos aqui almejados.

É importante ressaltar que a realidade específica acessada pela hipnose é diferente da qual a conversação busca acessar, pois não diz respeito a um estado de alerta cotidiano em que elaboramos e discutimos questões. Durante o estado de transe, elementos simbólicos e singulares do mundo do sujeito, inclusive aqueles relacionados às configurações subjetivas da dor, apresentam-se espontaneamente em forma de imagens, sensações diferentes no corpo, os chamados *fenômenos hipnóticos*⁵ (como a anestesia, analgesia, formigamentos, etc), ou até vivências com pessoas que fazem parte da coletividade que compõe o mundo do “eu”. Um exemplo dessas vivências seria pessoas que encontram um importante parente falecido, que aparece como um recurso durante o estado de transe, e podem até apresentar mudanças terapêuticas a partir desta experiência.

Tendo isso em vista, o método construtivo-interpretativo foi escolhido como meio de alcançar elementos das configurações subjetivas emergentes no contexto estudado. A partir do estudo de dois casos, decorrente das sessões de grupo realizadas, houve a construção de informações por meio de levantamento e desenvolvimento de interpretações relacionadas aos supracitados *indicadores* (González Rey, 2011), ou seja, informações ligadas ao empírico admitidas como relevantes aos objetivos da pesquisa.

⁵ Edgette & Edgette (1995) descrevem os fenômenos hipnóticos como expressões e manifestações naturais do transe hipnótico.

3.3.5) Estrutura dos grupos

Foram realizados encontros semanais com duração de duas horas, totalizando 12 sessões sem interrupções com cada grupo. As sessões foram estruturadas da seguinte forma:

- I. Conversação e levantamento de questões importantes para o grupo;
- II. Apresentação da temática e de reflexões coletivas a respeito da mesma;
- III. Indução hipnótica direcionada para o tema discutido;
- IV. Abertura para compartilhamento de experiências;
- V. Encerramento.

O desenvolvimento de reflexões sobre temas pertinentes aos sujeitos e à vivência da fibromialgia acontecia geralmente nos dois primeiros momentos dos encontros. No primeiro, a conversa era mais informal, e, nelas as participantes faziam relatos sobre a semana e acabavam por refletir, junto à pesquisadora, sobre questões importantes para o grupo. No segundo momento, havia um direcionamento para um tema, muitas vezes fazendo uma relação com questões refletidas no primeiro momento.

Compreendendo a importante característica de a hipnose privilegiar o acesso a partes mais sensoriais, metafóricas e inconscientes da experiência humana – ao invés de dimensões racionais ou intelectuais –, após a experiência de indução ao transe houve um direcionamento intencional para expressões de compartilhamento que não racionalizassem aquela vivência. Para isso, foram utilizados materiais de pintura, perguntas que evocassem ideias abstratas ou sensações como, por exemplo, “Qual é a cor que te ajuda no transe?” e “Se pudesse resumir essa experiência em uma palavra, qual seria?”, além da simples descrição da experiência vivida de quem quisesse compartilhar, sem a análise da mesma – o que ocorreu com bastante frequência e de forma espontânea.

No encerramento eram propostos questões ou exercícios, ligados à vivência do dia, voltados para ações que elas poderiam fazer ou levar para a vida cotidiana, com intenção de que houvesse um trabalho individual que estendesse as vivências do grupo para a realidade de cada um – como o exercício da auto-hipnose⁶. Além disso, nesse momento, foi aberto um espaço acolhedor, no qual ocorriam várias expressões de afeto. As mulheres do grupo se abraçavam juntamente à pesquisadora ao se despedirem, tiravam dúvidas sobre a pesquisa ou os atendimentos individuais, muitas delas trocavam contatos de telefone e saíam juntas do CAEP. Acredito que esse momento informal foi de grande importância para a formação de vínculos, no qual ocorreram situações em que algumas delas combinaram de se encontrar para jantar juntas após a sessão.

⁶ A auto-hipnose é uma ferramenta que pode ser utilizada pelos sujeitos com autonomia, sem a presença do terapeuta. O sujeito aprende de uma forma singular a induzir um transe a si mesmo, a fim de alcançar algum benefício como a analgesia, alívio da ansiedade, etc. (Zeig, 1983). No “Grupo de Crescimento”, de Robles (2005), a autora fala da auto-hipnose como um exercício de respiração em que os participantes podem falar com suas “partes sábias” – essa ideia também foi passada dessa forma nos grupos desta pesquisa.

4. CONSTRUÇÕES NO DIÁLOGO COM O EMPÍRICO

4.1 Caso 1: A capa de flores

Valéria é uma mulher casada de 39 anos, mãe de um filho e por volta de dois anos atrás foi diagnosticada com fibromialgia. Demonstrando facilidade em desenvolver reflexões analíticas sobre si mesma, Valéria disse no primeiro encontro que se interessava muito por psicologia e que estava feliz em participar do grupo, com expectativas de melhorar sua vida e dores. Espírita, ela falou de sua religião e espiritualidade como uma questão de extrema importância em sua vida.

Na entrevista individual, Valéria comentou sobre a intensidade das dores e sobre as dificuldades que estava tendo em relação a sua família. Ela estava passando por um período muito estressante em função de uma disputa familiar que envolvia processos na justiça, o que, por sua vez, acabava por intensificar as dores. Valéria relatou que, dentre os seis irmãos, apenas ela era responsável por cuidar dos processos e também da saúde da mãe. Ainda que demonstrasse ter muita dedicação e cuidado em relação à família, o peso das responsabilidades que carregava sozinha parecia causar revolta e uma sensação de injustiça. Durante alguns encontros em grupo, Valéria descrevia seu cansaço diante das várias responsabilidades e refletia sobre o peso de sua própria cobrança em todas as atividades diárias que desempenhava. Em vários momentos, de forma indireta, era perceptível que tal cobrança vinha também de sua família.

A temática do “cuidado” aparecia frequentemente nas expressões de Valéria, demonstrando compor suas relações de forma complexa e com sentimentos contraditórios, envolvendo sentidos relativos ao prazer, à obrigação e à culpa. Em alguns momentos, Valéria descreveu o prazer que sentia de servir ao outro, de cuidar das pessoas que amava, contudo esse cuidado não fazia parte apenas de ações espontâneas, mas

também de obrigações enquanto filha, esposa e mãe. Tais obrigações são atravessadas por questões importantes de seu cenário subjetivo, como missões e heranças familiares, além de questões relativas a imposições sociais, culturais e de papéis de gênero.

Na terceira sessão, em que Valéria estava com olhos inchados e aspecto cansado, conversávamos sobre *a linguagem do corpo* e sobre como poderíamos compreender quando o corpo nos comunica e sobre a *importância de nos dar presentes*. Valéria compartilhou com o grupo:

“Hoje estou com muita, muita dor. Tive um final de semana agitado. É o que você falou, a gente não nos dá esse descanso. Domingo a família vem toda pra casa e ninguém gosta de cozinhar, sobra pra mim e eu acordo quebrada [...]”

Somando a informação de Valéria ser a única dos irmãos que cuidava dos processos na justiça envolvendo a família e que cuidava da saúde de sua mãe, no trecho da fala acima é possível notar elementos que indiquem seu sofrimento em relação às responsabilidades familiares, como se ela carregasse uma missão de cuidadora da família extensa, além de assumir cuidados relativos à família nuclear. Ainda que exercer o papel de cuidadora tenha uma dimensão prazerosa – Valéria comentou em outros momentos sobre seu prazer em cozinhar e sua habilidade em fazer pratos de que a família goste –, inclusive, também pela realização em cumpri-lo, a rigidez desse papel também traz a dimensão de sofrimento e injustiça, já que se torna restrito a ela independentemente de seu cansaço ou sua vontade.

Tal sentimento de injustiça se agravava ainda mais com o aumento das dores decorrente do excesso de atividades. Em suas palavras, ela acordou “quebrada” após um dia de festa para a família e de muito trabalho para ela, o que indica a importância de tais questões, que vão além da exaustão física, para a configuração subjetiva da dor de Valéria. Entretanto, o sentimento de injustiça não a impedia de exercer as obrigações que

constituem o papel social como mulher na sua família, pois isso poderia significar deixar o status de *boa* filha, mãe e esposa. Essa análise pode ser ilustrada com um trecho de sua fala, ainda no terceiro encontro:

“Às vezes eu me sinto um bagaço e morro de dor. Eu me cobro e não me deixo descansar...por exemplo, se minha casa tiver uma pia cheia de louça, eu não posso ter uma casa assim, não posso ter uma casa suja, um monte de roupa pra passar...e aí é um desgaste constante. E é uma coisa atrás da outra, você não para pra pensar.”

Quando Valéria descreve a forma como sua casa “não poderia ficar” é possível interpretar que, caso ela sentisse dor e resolvesse descansar, abandonando atividades domésticas, ninguém mais as faria em seu lugar, colocando, assim, a harmonia do lar em risco, além de que existiria a possibilidade de ela ser considerada uma mulher “descuidada” com a casa. Para mulheres que aprendem de diversas formas que são responsáveis pelo cuidado e pela harmonia do lar, o não cumprimento dessas obrigações pode significar abandonar a família, gerando sentimento de culpa (Zanello & Bukowitz, 2011; Diniz, 2006).

As obrigações e missões familiares que compõem o cenário subjetivo do sujeito estão profundamente conectadas com papéis de gênero, questões socioeconômicas e culturais que, ao serem naturalizados, tornam-se rígidos e podem levar a adoecimentos diversos (González Rey, 2011; Neubern, 2013). Ainda que não possamos falar de causalidade, a rigidez das relações que envolvem excesso de atividades faz parte da constituição da configuração relativa à fibromialgia vivenciada por Valéria, alterando a intensidade com que ela sentia suas dores.

Além disso, o cumprimento das obrigações e a realização das atividades cotidianas possuem um aspecto ainda mais complexo ao analisarmos a especificidade do contexto

de pessoas que sofrem dores crônicas, pois estas tocam na dimensão da autonomia do sujeito. As pessoas que sofrem com a cronicidade acabam perdendo sua autonomia em uma série de relações (Polejack-Brambatti, 2007), já que passam a depender da ajuda de outras pessoas em atividades laborais ou cotidianas que, antes da limitação da dor, conseguiam fazer sozinhas. Essas pessoas passam a depender – muitas vezes, durante toda a vida – de tratamentos diversos que, por sua vez, estão inseridos em toda uma rede complexa de saúde e outras relações de dependência (administrativa, burocrática, médica, etc). Dessa forma, não deixar de realizar tarefas ou trabalhos cotidianos poderia, também, carregar sentidos conectados à manutenção da autonomia para Valéria, ainda que isso prejudicasse sua saúde.

Durante os encontros, Valéria expressou ver a fibromialgia como uma doença que exerce papel fundamental na dinâmica de cuidado, cobrança e cansaço – no sentido de que as dores dificultavam ainda mais o exercício de suas atividades e os cumprimentos de suas responsabilidades. Além disso, ela compartilhou com o grupo que se sentia culpada pelas dores, já que se responsabilizava por não conseguir se cobrar menos, “descansar a cabeça” e se cuidar melhor, atribuindo a tais questões significados ligados à causalidade da fibromialgia. Ainda que o “descanso” fosse visto como uma forma de autocuidado que ela identificasse como saudável, cuidar da casa e dos outros sobrepuja sua saúde, indicando a importância de tais obrigações e a rigidez de relações que as envolve, compondo a configuração subjetiva das dores.

Embora não tenhamos informações suficientes para analisar com profundidade o cenário subjetivo de Valéria em relação a quais heranças e missões ela carrega de sua família, é interessante notar como o movimento familiar de delegar responsabilidades que seriam “de todos” para Valéria ocorre. Esse processo acaba por se repetir em um nível individual: mesmo que as relações nas quais Valéria esteja inserida sejam constituídas

por outras pessoas, histórias e contextos, há uma grande responsabilização individual em que apenas os próprios comportamentos e sentimentos são considerados por ela como “culpados” pelo seu adoecimento. Sendo assim, essa dinâmica relativa à responsabilização de Valéria deixa de ser apenas uma “missão” imposta pelos outros, passando também a impactar na configuração de sua identidade.

O grupo 1, no qual Valéria estava inserida, foi composto por sete mulheres, todas casadas e/ou com filhos. Até a quarta sessão, o grupo estava construindo coesão e unidade em relação aos interesses e objetivos compartilhados. Alguns elementos que compunham sua subjetividade social indicavam que a intencionalidade comum do grupo se voltava para o desenvolvimento, crescimento pessoal e estabelecimento de um espaço de troca de experiências ligadas à vivência das dores crônicas. Um desses elementos é o compartilhamento de estratégias com o foco na construção de possibilidades ou soluções para problemas vivenciados. Exemplo disso foi uma conversa no grupo que se iniciou após os trechos de fala de Valéria citados acima. Beatriz, uma das participantes do grupo, após ouvir falar Valéria sobre essa temática, compartilhou sua dificuldade em “descansar”:

“Eu não me permito descansar porque fui ensinada a vida toda que isso não era um direito meu. Me sinto errada se eu descansar! [...] Chegou ao ponto de eu perceber que se um dia eu acordasse cansada, sem vontade de fazer comida, todo mundo lá em casa ia passar fome e morrer, porque ninguém seria capaz de se virar [risos]”.

Valéria e outras participantes do grupo riram e concordaram, compartilhando sentimentos e experiências semelhantes, e demonstrando grande identificação com a fala de Beatriz. Temas como a cobrança, o excesso de atividades e o papel de cuidadora do lar e da família, sempre associados à vivência da fibromialgia, foram recorrentes nos

encontros e tornaram-se importantes não apenas para Valéria, mas também para o grupo, evidenciando a relevância de tais temáticas na subjetivação da experiência dolorosa das participantes. É interessante notar que, como apontado pela literatura, o perfil das pessoas com fibromialgia possui características de sobrecarga de atividades, grande autocobrança e sacrifício pelos outros, questão que se mostrou comum nas falas e reflexões dos grupos (Van Houdenhove & Luyten, 2006).

Ruth, foi uma participante que disse na primeira sessão já ter passado por várias fases diferentes da fibromialgia e tentado vários tipos de tratamentos, até chegar a um momento da vida em que se sentia mais tranquila, com dores mais amenas. Muitas vezes, ela tinha um papel de “exemplo” por ser uma pessoa que compartilhava vivências de superação e que causava admiração no grupo. Após a fala apresentada de Valéria, na mesma terceira sessão, Ruth falou:

“Todo mundo aqui fala de se cobrar muito né? Eu também me cobrava muito e não aceitava também ver nada sujo na casa...eu era como um motorzinho, sem olhar pra mim, nem na hora do banho”.

Ela continuou relatando que estava se sentindo deprimida na época e, após ter iniciado um tratamento com psiquiatra e reumatologista, começou a se dar permissões:

“A louça tá lá, mas tudo tem seu momento, agora é o meu. E também tive que fazer as pessoas do meu lado entender.”

Após essa fala, Beatriz compartilhou momentos em que surpreendeu sua família por, em suas palavras, “se rebelar” contra a rigidez do papel de dona de casa, como em um dia que ela resolveu que não queria fazer o almoço e todos tiveram que comer fora. Durante essas conversações, eu colocava alguns questionamentos com intenção de promover um papel ativo de reflexão sobre a temática, abrindo possibilidade para a flexibilização de papéis, como, por exemplo:

“Vocês já pararam pra pensar porque seus filhos e maridos não participam das atividades de casa?”

Algumas delas chegaram à conclusão de que a criação dos homens era muito diferente da das mulheres, principalmente na época em que eram crianças. Assim perguntei sobre a participação delas também nesse aprendizado:

“É engraçado, eu já me vi fazendo isso... já aconteceu com vocês de quando eles se aproximam da cozinha e começam a fazer alguma comida, vocês falarem que eles não estão fazendo isso ou aquilo de um jeito certo? [risos]”.

O grupo todo riu e concordou que fazia isso, algumas disseram que tinham pouca paciência para ensinar os maridos e eu disse:

“Então, às vezes é interessante perceber como a gente mesmo reforça a ideia de que o lugar deles não é na cozinha porque são ruins nisso [...]. Tem tantos homens que são bons chefs, né? Acho que todo mundo pode se tornar habilidoso... quantas vezes não erramos antes de conseguir fazer um bolo gostoso, não é?”.

Neste terceiro encontro, as participantes já haviam começado a se familiarizar e a conhecer a dinâmica do grupo (as etapas de conversação, apresentação de temáticas e realização do transe hipnótico). Esse diálogo aconteceu em um contexto leve e descontraído, no qual todas as participantes se engajaram na conversação. Elas compartilharam, de forma sincera, experiências engraçadas e difíceis do cotidiano que envolviam papéis de gênero, sendo que algumas participantes demonstravam surpresa ao ouvir histórias que “quebravam” com a expectativa de comportamentos para um papel específico, como o de esposa, e admiração ao ouvir o resultado dessas ações. Valéria disse para Beatriz sorrindo que ela tinha sido “corajosa”, demonstrando em seguida, que ações de “quebra” de expectativas no seu papel de mulher e dona de casa eram difíceis para ela.

Essa conversação chegou em temáticas que envolviam a possibilidade de dividir tarefas e pedir ajuda, presentes também em outros encontros. Em vários desses momentos, Valéria verbalizava um sentimento de culpa e impotência, como pode ser observado nesta fala, ainda na terceira sessão:

“Por isso que eu sempre penso, é minha culpa essa doença, essas dores! Se eu conseguisse pedir ajuda, se eu parasse um pouco, e parasse essa cabeça que fica sempre ligada no 220, tenho certeza que eu não estaria assim, mas eu não consigo, não consigo!”

Essa fala carregada de emoção – pela forma em que se expressou, como se estivesse com raiva ou decepcionada consigo mesma – indica sentidos subjetivos relacionados à impotência e à culpabilização perante o adoecimento, em um contexto que envolve o período estressante de disputas na justiça e de sobrecarga de atividades. Tais sentidos fortalecem a construção da análise a respeito da autorresponsabilização reverberada por Valéria a partir do movimento familiar de colocá-la como *responsável* pelo cuidado e pelas soluções de problemas, uma missão que ela cumpria à risca, ainda que custasse o caro preço das dores e do sentimento de injustiça.

De acordo com González Rey (2011), o modo de vida das pessoas constitui-se como configurações subjetivas ligadas a ações, relações e preferências que definem em seus inter-relacionamentos, de forma complexa e sistêmica, a forma em que vivem. O modo de vida pode integrar também formas de ações e relações enrijecidas, dificultando a mudança e a flexibilização das mesmas. Dessa forma, Valéria percebia que algumas mudanças poderiam ser feitas, mas, possivelmente pela rigidez das relações e papéis que envolvem tais mudanças, ela se sentia impotente. Tal impotência possivelmente a paralisava diante do risco de ser considerada uma filha ruim ou “traidora” ao não cumprir uma missão familiar; uma espírita incoerente – religião cristã que tem a caridade como

um de seus pilares – por se recusar a ajudar as pessoas que ama; além do risco de ser considerada (pelos outros e por si mesma) uma mulher que não cuida de sua família, sendo que o cuidado é naturalizado socialmente como parte da identidade de ser mulher (Diniz, 2006).

É importante ressaltar que papéis sociais podem ser muito estruturantes, mas é a rigidez dos mesmos que pode impedir o protagonismo do sujeito no constante desenvolvimento desses papéis. O protagonismo possibilita a flexibilização dos papéis de acordo com os sentidos em que os mesmos são subjetivados pela pessoa que os vivencia. Sem esse posicionamento ativo do sujeito, as ações tornam-se isentas de posicionamentos críticos que marcam a singularidade, ou seja, tornam-se ações “sem vida”. Como ilustrado na metáfora de uma das participantes, a pessoa age como um “motorzinho”.

Assim, poderíamos dizer que Valéria carregava uma missão fadada ao fracasso, caso esta missão não fosse reconfigurada de modo a permitir relações mais saudáveis e flexíveis. O fracasso seria inevitável, pois, se ela cumprisse a missão, assumindo o excesso de atividades e todas as responsabilidades de cuidado, adoeceria e ficaria “quebrada” com fortes dores; se deixasse de cumprir, ela se sentiria culpada ao correr o risco de ser “desleixada” em vários papéis que lhe eram importantes.

Nessa dinâmica, que compõe o cenário subjetivo de Valéria, os outros se tornam tão importantes a ponto de os seus próprios interesses, suas vontades e sua saúde ocuparem um espaço de pouca importância em sua subjetividade, repercutindo em uma espécie de auto-anulação em suas relações. É interessante perceber como as dores acabam exercendo o papel de voltar a atenção de Valéria para o autocuidado, levando-a a gerar sentidos a respeito da possibilidade de a sua “missão” e de a forma de suas relações contribuírem para o adoecimento, possibilitando reflexões críticas sobre suas ações –

ainda que até este momento, tais reflexões não houvessem modificado seu modo de vida de forma prática.

De acordo com González Rey (2005), a saúde está na qualidade de expressão do sujeito. Dessa forma, Valéria poderia continuar ajudando as pessoas de sua família – inclusive por ter expressado sentir prazer nessas ações. Entretanto, para que isso ocorresse de forma saudável, ela precisaria exercer um protagonismo na construção dessas relações, de modo a não permitir que o cuidado “atropelasse” sua disponibilidade e suas necessidades nos diferentes momentos de vida.

Em algumas experiências de transe no grupo, Valéria descreveu que via muitas cores, luzes que passavam pelo seu corpo, mas disse que não compreendia porque *não conseguia* ver imagens. Ela relatou ao grupo que nem no centro espírita que frequenta conseguia ver imagens ao fazer exercícios de meditação como a maioria de seus colegas, mas que sentia muita vontade. Expliquei que cada um tinha sua forma de vivenciar o transe, que eu achava muito bonito como ela via as luzes passando pelo corpo, e que nosso inconsciente é muito sábio: ele poderia nos reservar *boas surpresas* durante essas experiências.

Ainda que Valéria tivesse demonstrado grande expectativa positiva em relação à participação no grupo na entrevista individual e no primeiro encontro – elementos de sua produção subjetiva que poderiam ajudar no processo terapêutico –, ela parecia não confiar em sua própria capacidade de protagonizar o tratamento e de se ajudar, destacando momentos da hipnose em que não conseguia fazer algo que queria, como ver imagens. Ao refletirmos sobre seu cenário subjetivo, ainda que Valéria se considerasse capaz de fazer muito pelos outros, quando se tratava de ações voltadas para seu próprio cuidado, ou que seriam importantes apenas a si mesma, parecia haver certa paralização diante da

impotência que ela expressava sentir, indo ao encontro das reflexões a respeito da falta de protagonismo em suas relações.

A sugestão de “boas surpresas” descrita acima foi especificamente oferecida com o objetivo de promover uma expectativa positiva em relação não só às experiências de transe, mas, principalmente, ao próprio funcionamento subjetivo e autônomo da mente inconsciente, abrindo um espaço de *possibilidades* que contrasta com a rigidez da impotência contida no dizer “não consigo”. Além disso, ao destacar a autonomia do inconsciente como uma parte de nós que pode ser acessada, mas que foge ao controle consciente, há um deslocamento de responsabilidade e, conseqüentemente, da culpa por não conseguir fazer determinadas ações que poderiam ser “próprias” daquela dimensão.

Sua produção subjetiva durante os encontros, ilustrada em alguns trechos de fala apresentados, indica a autorresponsabilização e a culpa como elementos importantes de relações que constituem a configuração subjetiva da dor de Valéria, sendo que intervenções como estas podem promover a reconfiguração subjetiva ao oferecer um espaço de produção diferente do habitual: a construção de um espaço aberto para possibilidades do seu corpo, destacando ações que ela *consegue fazer* e habilidades que podem a surpreender.

Além disso, a hipnose tem como uma de suas características a alteração de referências eu-mundo configuradas em nível vivido e simbólico – como referências de tempo, espaço, matéria, eu-outro. Essa alteração proporciona diferentes condições de alteridade (Neubern, no prelo), abrindo espaço para relações do sujeito com vozes que o habitam, indo além do “eu consciente”, como o “nós”, “tu”, “ele”, representantes da dimensão social da nossa subjetividade (Morin, 1996). Dessa forma, essa intervenção – do inconsciente como uma parte sábia e surpreendente – favorece uma importante alteração na referência eu-outro, pois promove a produção de sentidos a respeito do

inconsciente como uma parte do “eu” surpreendente e que foge ao controle do consciente, promovendo uma modificação na noção de alteridade. Ao gerar sentidos a respeito de um “nós” dentro do “eu”, ainda que o sujeito não acredite na capacidade do “eu” de conseguir realizar determinada ação, há a possibilidade de uma “outra parte”, que foge ao controle (e também às resistências), ser capaz. Isso pode tocar em configurações do sujeito relativas à auto-imagem, a como ele enxerga a si mesmo, e reverberar, inclusive, na forma como o sujeito enxerga e se relaciona com o outro.

Na quarta sessão do grupo, introduzi o tema falando sobre como nós possuíamos recursos próprios que funcionavam como “remédios”, mas sem os efeitos colaterais de muitos que elas tomavam. Fiz essa analogia considerando que o termo “remédio” é muito familiar para contexto do grupo, pois a ingestão de uma grande quantidade dos mesmos e seus efeitos colaterais são experiências comuns e limitantes da vivência de pessoas com dores crônicas. Para muitas pessoas, os remédios adquirem sentidos paradoxais, já que aliviam a dor, ajudam e podem até curar doenças, contudo podem ter efeitos indesejados. Em um momento do grupo, as participantes relataram que, muitas vezes, tinham que escolher entre ficar com dor e se sentirem ativas, ou entre tomar remédios que aliviavam a dor, mas as deixavam sem “vitalidade”. Assim, há um complexo paradoxo em que o sujeito precisa escolher o que seria “menos prejudicial” para ele, no momento.

No contexto da hipnose, procurei construir sugestões em que esse termo também remetesse ao alívio e à cura, mas, por serem “remédios internos”, não tivessem efeitos negativos, o que pode ser muito desejado por essas pessoas. Ademais, a busca por recursos internos fortalece a construção de sentidos sobre a autonomia delas no processo terapêutico, além de ressaltar a potencialidade natural e singular de cada uma.

A temática trabalhada nessa sessão foi a de *cura das feridas*, sendo que, inicialmente, na indução hipnótica, foi pedido para elas irem para seus *lugares protegidos*

– já que a própria ideia de olhar para as feridas e curá-las pode envolver experiências sofridas e difíceis, sendo ainda mais importante que o processo terapêutico preze pelo cuidado com o outro. A construção de um lugar protegido para estarem durante o transe havia sido trabalhada nos encontros anteriores, sendo utilizada a metáfora de que o lugar protegido poderia ter uma “cerca” que permitisse a entrada apenas de pessoas, questões e objetos que fossem terapêuticos e que as participantes quisessem por perto (Robles, 2013).

Essa estratégia foi utilizada para que as induções tivessem uma intencionalidade grupal e individual de proteção, voltada para o acesso a recursos terapêuticos em um ambiente confortável e seguro durante o transe e, indiretamente, também em outros momentos da vida. A ideia de o sujeito construir, de forma ativa e singular, um “ambiente mental” de proteção e conforto pode constituir um aprendizado de extrema importância não apenas durante o transe, mas também generalizado para o cotidiano.

Como apontado anteriormente, a sugestão do “lugar protegido” também promove a reconfiguração da relação eu-outro do sujeito, potencializada pelo próprio transe hipnótico, ao possibilitar que o sujeito identifique e “separe” o que são recursos dele com que ele deseja se conectar, e o que é do outro, construindo um ambiente interno de proteção. No caso de Valéria, isso poderia ser muito importante para promover a reconfiguração de modos de relação enrijecidos que indicassem imposição de condutas ditadas por “vozes” de pessoas da família, por exemplo, que poderiam reverberar em sua própria construção de “eu”. Nesse lugar protegido, em que há a permissão de “deixar do outro lado da cerca” as cobranças e apenas “descansar”, Valéria poderia ter uma experiência diferente das relações cotidianas durante o transe. Ou seja, foi proporcionada a possibilidade de uma produção subjetiva alternativa que poderia até mesmo tocar em elementos importantes da subjetividade de Valéria – como separar as “missões”

familiares do lugar protegido construído para ela estar – e modificar configurações que geravam sofrimento.

Além disso, atividades como essa criam um espaço para geração de sentidos a respeito de ações ativas direcionadas ao autocuidado, pois oferecem um contexto favorável para a produção subjetiva ligada à conexão com recursos e à construção de um ambiente agradável e singular dentro de si. Essa questão mostra-se importante especialmente para Valéria e as mulheres do grupo, que tinham a sobrecarga de trabalho e o papel de “cuidadora” como questões importantes em comum. Como ilustrado anteriormente pelas palavras de Ruth, em meio a tantas atividades e energia emocional voltadas para o outro, mal havia tempo de se olharem no espelho. Após exercícios de transe que envolviam essa temática, muitas delas disseram que pintaram as paredes do “lugar protegido”, outras plantaram flores e colocaram objetos de decoração, o que indica ações de autocuidado a partir das sugestões hipnóticas.

Após trabalhar a sugestão de irem para seus lugares de proteção, foram descritas metáforas relativas à existência de buracos no corpo sobre os quais poderiam ser plantadas flores, como se o corpo fosse um jardim. Durante grande parte do transe, Valéria chorou de olhos fechados, sem se movimentar, com um semblante sereno e leve sorriso no rosto, o que indicaria que ela poderia estar vivendo uma experiência positiva, com grande mobilização emocional.

Após a indução hipnótica, ela compartilhou com o grupo que acompanhou a minha voz e viu luzes de cores lilás e dourada que sempre apareciam para ela durante os tranSES. Em um momento dessa experiência, no qual ela não se lembrava mais de me ouvir, ela disse que a luz dourada ficou bem forte e que era como se a luz dissesse no seu ouvido: “*você é muito importante para Deus*”. Após isso, ela disse que sentiu alguém se aproximando por trás dela e essa pessoa colocou uma capa de flores em volta do corpo

de Valéria. Ela falou que nesse momento teve uma sensação muito boa e que era, em suas palavras, “*como se fosse para eu lembrar que eu preciso do meu próprio carinho*”. Ela disse que, naquele momento, sentiu como se ela se abraçasse.

É perceptível que essa descrição evidencia uma série de vivências espontâneas conectadas com sua dimensão espiritual, com elementos que podem estar carregados de significados ligados à religião espírita da qual ela faz parte. De acordo com Neubern (2013), a dimensão espiritual pode constituir configurações subjetivas ligadas ao que recebe sentido de *Sagrado* no universo subjetivo da pessoa, sendo impossível de ser traduzido para categorias científicas (Otto, 1917/2007). Tal impossibilidade de tradução se deve à inevitável redução de experiências que rompem a lógica racional humana e são da ordem do “inefável” (Otto, 1917/2007). Contudo, quando acolhidas no processo terapêutico, podem ser utilizadas como importantes recursos com os quais é possível estabelecer uma relação a partir dos sentidos que eles adquirem para o sujeito (Neubern, 2010c; 2013).

A partir de tal perspectiva, na experiência descrita, além de Valéria *ter conseguido* visualizar imagens, toda a emoção expressada na fala e no momento do transe indica o poder de tais imagens e vivências espirituais como possíveis geradores de importantes sentidos subjetivos. Assim, a espontaneidade dessa experiência, repleta de elementos simbólicos que tocam a emocionalidade de Valéria, indica um impacto nas configurações subjetivas ligadas ao cuidado e à autoimagem⁷. O contato com um ser ligado ao *Sagrado*, que tem sentido específico em suas crenças espíritas, parece dar permissão a Valéria para se cuidar. Assim, a produção dessa experiência pode oferecer importantes alternativas de subjetivação para ela. Nesse contexto, ela sai do papel de alguém impotente, que deve ser

⁷ Por autoimagem, Erickson (em Haley, 1985) concebia as construções que o sujeito desenvolve sobre si. Tais construções envolvem processos simbólicos, emocionais e culturais, conscientes ou inconscientes, além de se relacionarem com os papéis assumidos pelo sujeito em seu cotidiano (Neubern, 2009a).

culpado por acontecimentos ruins, para alguém importante que consegue realizar algo que antes parecia impossível (ver imagens) e que merece seu próprio cuidado, cuidado este, que não poderia ser melhor representado que ser coberta por uma capa de flores.

Dessa forma, o cuidado que estava configurado subjetivamente como direcionado aos demais, como algo prazeroso em contraste com o preço da sobrecarga e com sua relação à causalidade da dor, passou a ter sentidos ligados à importância do direcionamento para si mesma e à outorga do autocuidado pela espiritualidade. Sua autoimagem, que antes parecia se configurar com elementos de impotência, injustiça e inferioridade perante os outros, agora, inclui elementos relativos à sua importância, potencialidade e habilidade. Além disso, essa experiência e tais possíveis reconfigurações poderiam gerar um impacto em sentidos subjetivos a respeito de temas importantes, como a forma como Valéria poderia se ver no futuro, e até de questões existenciais, como sua importância no mundo. Um exemplo disso seria a mudança em relação a sua própria percepção como pessoa impotente perante acontecimentos da vida, que poderia ter um futuro com dores ainda mais fortes, para uma pessoa que está aprendendo e que tem um papel importante no mundo para Deus.

Após Valéria descrever essa experiência, perguntei como estava se sentindo e ela relatou com um semblante tranquilo:

“Não estou me sentindo cansada como antes, estou leve...até a dor diminuiu. Durante o exercício, acho que não senti dor nenhuma”.

Essa fala indica como o impacto da vivência em transe também alterou a experiência subjetiva da dor de Valéria. Isso mostra a relação da configuração da dor com elementos simbólicos e emocionais ligados a outras configurações analisadas anteriormente. A partir da perspectiva adotada, a vivência da dor é processo complexo, configurado subjetivamente e constituído por uma série de produções de sentidos que

atravessam questões culturais, simbólicas e emocionais, não se restringindo à dimensão física do corpo (Neubern, 2010a).

Esses elementos, constituintes das configurações, podem se encontrar de diferentes formas em dimensões conscientes e inconscientes da experiência humana, podendo se tornar dominantes nas configurações em que estão relacionados. Esses elementos dominantes se expressam nos modos de relação, passando a compor a construção da identidade do sujeito. Dessa forma, a possibilidade de reconfiguração da autoimagem de Valéria, do autocuidado e de sua relação com a culpa pode, também, reconfigurar subjetivamente a dor da mesma, evidenciando a complexidade da experiência vivida da dor.

Além disso, ao trabalhar com a metáfora de feridas que doem pelo corpo e podem se tornar solo para plantar flores, há a abertura de um papel ativo do sujeito que ressignifica um lugar de dor para um lugar de se construir algo vivo que cresce e se transforma. Esse espaço promovido pelo transe envolve a ressignificação de experiências sofridas que poderiam estar ancoradas em diferentes partes do corpo, impactando diretamente na corporeidade que, por sua vez, está profundamente conectada com a configuração da experiência da dor. Entretanto, é importante ressaltar que, ainda que a experiência tenha promovido a analgesia e ausência da dor de Valéria, isso não significa a “cura” da fibromialgia, até porque, como ressaltado anteriormente, as configurações subjetivas abarcam uma série de processos e elementos de diversas dimensões do sujeito. Contudo, indica a alteração de alguns elementos importantes relativos à forma como Valéria subjetiva suas dores, podendo ou não tocar em pontos que envolvem a sua intensidade ou uma analgesia prolongada.

Depois de ter descrito como se sentia, pedi, então, para que Valéria fechasse os olhos e tentasse perceber onde ela sentia essa experiência em seu corpo, e ela respondeu

que estava na região do seu peito. Essa é uma técnica hipnótica chamada *ancoragem*, em que o sujeito foca e concretiza uma experiência em seu corpo (Erickson, 1986; Neubern, 2013b). É relevante destacar que técnicas como as de ancoragem têm em sua base uma concepção complexa do corpo e não se coadunam com a supervalorização das dimensões físicas e biológicas do corpo tão presente no modelo biomédico e ainda hegemônica na área de saúde.

Na perspectiva adotada, concebemos o corpo como um território existencial, no qual estão configuradas experiências simbólico-emocionais e processos vitais que estão inscritos no corpo, como, por exemplo, processos que integram as possibilidades de postura e movimento. De acordo com Neubern (2014), tais processos dizem respeito a uma noção de *esquema corporal*, inicialmente desenvolvida por Merleau-Ponty (2005). Os esquemas corporais articulam diferentes partes do corpo vivido, permitindo a organização de movimentos e posturas para situações cotidianas. Dessa forma, as experiências de vida podem impactar no esquema corporal de uma pessoa, como coloca Neubern (2014), sobre a dor: “pode-se cogitar que as dores crônicas reconfigurem os esquemas corporais de uma pessoa, alterando a virtualidade de seus movimentos, como os sentidos de tais movimentos em termos de sua corporeidade.”

Assim, com a técnica de ancoragem, ao levar o foco de atenção da pessoa às sensações no corpo que as vivências do transe possam promover, possibilita-se uma espécie de impregnação que pode favorecer a reconfiguração da dor, modificando, inclusive, o esquema corporal (Neubern, 2013b, 2014). No caso estudado, é como se aquela sensação boa, descrita por Valéria, pudesse ser “encarnada” de forma emocional, vital e simbolicamente no corpo vivido. Ao dizer que ela sentiu a experiência na região do peito, é relevante notar que esta é uma região importante do corpo carregada de associações simbólicas relativas à emoção, guardando importantes órgãos ligados à

vitalidade, como o coração e o pulmão, o que indica a importância da experiência vivida por Valéria.

No encontro seguinte ao descrito, Valéria, pela primeira vez, não esteve presente fisicamente no grupo, embora estivesse em termos vividos, sendo simbolizada por uma cadeira vazia no local que ela costumava se sentar. Na prática clínica não é incomum que alguns pacientes, após passarem por uma sessão de terapia que os tocou em pontos que envolvem questões importantes, falem a sessão seguinte, como se fosse necessário um tempo para o processamento do impacto do trabalho terapêutico na subjetividade. Como não era comum que Valéria faltasse e devido aos indicadores relativos à importância da experiência, a necessidade de faltar a sessão para processá-la é uma interpretação possível para sua ausência.

Contudo, no encontro posterior, ela compareceu ao grupo e relatou que, nessas semanas, havia feito uma coisa muito importante que queria compartilhar. Ela disse que tomara uma atitude que nunca imaginaria que fosse capaz de ter e que se sentia muito aliviada: convocou uma reunião familiar, na qual explicou as dores da fibromialgia, falou sobre seu cansaço em relação às responsabilidades familiares, e pediu a ajuda deles. O grupo todo validou sua ação, dizendo que ela foi muito corajosa.

Essa atitude de Valéria foi colocada por ela como uma ação de grande importância por ter surpreendido a si mesma, ou seja, ela *foi capaz* de algo que não imaginaria, o que indica que as sugestões hipnóticas e o trabalho em grupo direcionado para suas potencialidades pode ter impactado configurações que reverberaram em suas relações. Reforçando a construção de indicadores a respeito do impacto na alteração das referências eu-outro e eu-mundo, a ação de Valéria indica uma mudança de postura diante de relações que se mostravam rígidas. Relações nas quais, antes, Valéria tinha uma postura de aceitar “a qualquer custo” cumprir as exigências dos outros, passando a ocupar o lugar de

protagonista que *é capaz* de participar da construção e alteração dessas relações, a fim de promover sua própria participação saudável nas mesmas. Essa mudança reforça, também, o indicador de reconfiguração em sua noção de autocuidado, ou seja, uma possível mudança terapêutica na importância que ela dá a si mesma em suas relações.

Como ressaltado neste estudo, uma das principais características da hipnose ericksoniana é a linguagem indireta e aberta a possibilidades de escolhas, diferenciando-se da hipnose clássica, em que se espera “obediência e prontidão” a comandos diretos, os quais podem gerar uma série de resistências, já que o sujeito pode simplesmente não querer responder daquela forma (Rosen, 1994; Neubern, 2009b). Diante disso, é interessante notar que Valéria descreve sua experiência sem fazer menção direta às metáforas e descrições do plantio de flores e feridas realizadas na indução hipnótica, mas sim a caminhos singulares e espontâneos, com imagens e seres que possuem sentidos pessoais e dispositivos sociais importantes para ela, como os de sua religião. Contudo, ela descreve uma experiência que se relaciona ao autocuidado, principal dimensão da temática trabalhada. Sendo assim, é como se essa forma de hipnose criasse um contexto terapêutico com diversas possibilidades de subjetivação circunscritas pelo foco em temáticas relevantes para o sujeito.

Como apontado anteriormente, a alteração de referências promovida pelo estado de transe abre espaço para que o sujeito se relacione com representantes de sua subjetividade social, proporcionando condições de alteridade diferentes da lógica cotidiana, normalmente dominada pela voz do “eu consciente”. Destarte, o eu consciente pode entrar em relação de tensão e negociação com seres e conhecimentos ligados ao *Sagrado*, a heranças familiares e a elementos de imposições culturais relacionadas a polos dominantes, como masculino-feminino, humano-divino, racional-irracional, material-espiritual, etc (Neubern, no prelo).

O encontro de Valéria com uma luz e um ser que trazem mensagens faladas e imagéticas é um exemplo dessa relação descrita. Ainda que toda a reflexão e o compartilhamento de estratégias realizados nas sessões tenham iniciado a construção de ideias e, possivelmente, gerado sentidos a respeito da permissão para o autocuidado, o encontro com a voz que disse sobre sua importância para Deus, e com a imagem de um ser que se impõe ao vesti-la com uma capa de flores, toca em dimensões que transcendem a referência consciente. De certa forma, isso funciona como um gatilho para ações com potencial de modificar relações que faziam parte de configurações relacionadas à dor.

Convocar uma reunião com toda a família envolve uma série de ações que podem indicar a saída do lugar de impotência para o de protagonismo frente a relações que constituem configurações relativas ao adoecimento. Diante de missões familiares e imposições culturais, as ações de Valéria, como mulher, contar à família sobre as dores – o que poderia ser visto como “fraqueza” – e pedir ajuda, reflete modos de relação diferentes do que ela havia expressado viver com seus familiares nos encontros. Tais ações podem ter impactado o seu sentimento de injustiça diante da sobrecarga de atividades que possuía numa dinâmica que certamente estava relacionada à configuração subjetiva da sua dor.

Essa ação de Valéria foi considerada por todos no grupo e por ela mesma como um ato de extrema coragem e de libertação, de forma que o grupo se constituiu como um espaço de acolhimento e encorajamento. Ainda que não seja possível afirmar que houve uma mudança terapêutica de fato nos modos de relação de Valéria, essas características do espaço construído pelo grupo certamente foram de extrema importância para ampliar as possibilidades de mudança, já que cotidianamente as formas de relação muitas vezes se mantêm rígidas por não terem espaço aberto para posicionamentos críticos e ações diferenciadas.

Além disso, de acordo com Vinogradov e Yalom (1992), na psicoterapia em grupo os pacientes se tornam úteis uns aos outros. Assim, frequentemente a psicoterapia em grupo melhora a autoimagem e desvia o foco da autocomiseração para ajudar os outros com seu próprio crescimento dentro do grupo: Valéria deixa o discurso da impotência e passa a ser um “exemplo” para o grupo de como alguém pode conseguir fazer algo apontado como difícil para todas elas.

Ao analisarmos sentidos subjetivos na produção subjetiva de Valéria, principalmente relacionados à sua vivência durante o transe e a sua ação com a família, houve indicadores relativos à modificação de atitude perante as dores. Além disso, observou-se ainda a mudança de um posicionamento passivo de impotência para o de protagonismo, o que pode apontar para a reconfiguração subjetiva da dor. Uma doença que antes representava apenas impossibilidades passa a ser uma oportunidade de se conectar com dimensões espirituais e de desenvolvimento pessoal ligado à autoimagem, no sentido de se ver forte o suficiente para se colocar em posições mais confortáveis de relações importantes, como na metáfora das feridas que podem dar lugar a jardins de flores.

4.2 Caso 2: O abraço que ultrapassa barreiras do corpo

Elisa é uma mulher de 54 anos, casada, mãe de três filhos e avó de dois netos. Na entrevista inicial e em toda a sua participação no grupo, Elisa demonstrou ter posicionamentos críticos e opiniões bem elaboradas sobre assuntos de seu interesse, sendo estes, compartilhados por ela com seriedade. Pertencente à religião espírita, ela relatou fazer trabalhos sociais regulares com seu marido, ligados ao centro em que frequentam.

Ela falou na entrevista inicial que sente dores fortes há quase 20 anos, mas que apenas em 2004 foi diagnosticada com fibromialgia. Realizou tratamentos de fisioterapia e acupuntura, os quais ela disse terem ajudado no quadro das dores, mas no momento do grupo não estava sob nenhum outro acompanhamento terapêutico, exceto pelo tratamento médico. No primeiro encontro, quando perguntei ao grupo sobre o que elas sabiam a respeito da hipnose, Elisa e Beatriz foram as únicas que relataram conhecer profissionais que trabalhavam com a hipnose e, apesar de não terem feito hipnoterapia, ambas haviam passado por experiências que elas consideraram ser similares à hipnose, como a “meditação guiada” no centro espírita que frequentam juntas.

Elisa é dona de casa e trabalha com artesanato, entretanto, na segunda sessão, compartilhou com o grupo sua dificuldade de trabalhar com as mãos, pois sentia dores que ela descrevia como se fosse um “fio quente e dolorido” que descia pelo braço e parecia que ia sair pela mão. Além disso, ela dizia que estava tendo dificuldades em gostar do resultado dos trabalhos que fazia, sentindo uma grande vontade de “fechar os olhos e não fazer nada”. No segundo encontro, Elisa relatou estar sentindo dificuldade em respirar, o que ela identificou como possivelmente um sintoma de ansiedade, além de um grande cansaço e desânimo. Ela disse que, se não “se vigiasse”, ficaria na cama o dia inteiro sentindo dores, sem se levantar para realizar nenhuma atividade diária, o que a incomodava muito.

Nessa mesma sessão, ela compartilhou com o grupo que havia um período de sua vida de que não lembrava praticamente nada, como se fosse um “período em branco”:

“(...) Eu esqueci a maioria das coisas que aconteceu. Eu não lembro quando meu filho começou a caminhar, começou a falar...parece que apagou! Às vezes eu me esforço pra lembrar das pessoas que eu conhecia nessa época, fisionomia, mas não me lembro”

Eu busquei a acolher e comentei sobre a sabedoria do nosso inconsciente que muitas vezes nos protegia ao nos fazer esquecer de algumas coisas que eram difíceis ou que teriam um tempo próprio para serem lembradas e assimiladas. Ela disse:

“Exatamente...eu acho que é isso mesmo. Porque às vezes eu penso ‘como eu aguentava passar por algumas coisas naquela época?’...É estranho, mas é por proteção mesmo.”

Nas sessões do grupo, Elisa demonstrava ser uma pessoa comunicativa, ainda que um pouco introvertida, de expressões que carregavam certa seriedade. Além disso, ela parecia preferir falar mais sobre questões diretamente relacionadas às dores a trazer questões pessoais. Durante alguns momentos do grupo, Elisa comentou ser uma pessoa contida e controladora. Em um contexto em que conversávamos sobre o “controle”, ela ilustrou essa característica com o fato de não conseguir ficar perto de pessoas que tentavam a ajudar na cozinha:

“Ah não, eu prefiro sair de perto e ficar beeem longe...onde eu nem consigo ouvir nenhum barulho de panela, bagunça. Meu filho é assim, ele começa a mexer no arroz, aí senta e vai olhar o ‘notebook’ (...) Não dou conta!”

“Eu me acho controladora, não sou Beatriz?(...) Tem hora que dá vontade de deixar esse controle todo pra lá!”

Ainda que não tenha explicitado questões pessoais, sua expressão nos trechos de fala apresentados indicam a vivência de experiências difíceis que poderiam afetar sua forma de se relacionar com os outros, como, por exemplo, ao preferir proteger informações pessoais a se abrir para um grupo de pessoas recém-formado. Isso poderia ser, também, uma forma de *controlar* sua entrega emocional ao grupo evitando frustrações, como possivelmente vivera em experiências relacionais anteriores. Ademais,

o sofrimento vivido no passado poderia se expressar na seriedade de suas expressões, como se suas falas fossem carregadas de certa gravidade.

Por perceber a forma reservada de Elisa se expressar e pelas características do contexto – que não se tratava de psicoterapia grupal ou de atendimentos individuais –, preferi não fazer perguntas a respeito de quais foram as experiências ligadas a esse período que Elisa relatou esquecer, a fim de que compartilhasse apenas o que a fizesse se sentir confortável naquele momento.

Assim como a grande maioria das participantes e das pessoas que têm fibromialgia, como apontado pela literatura (Santos et al, 2006; Van Houdenhove e Luyten, 2006), Elisa também foi diagnosticada com depressão quando começou a tratar as dores, iniciando um tratamento psiquiátrico. Ela falou sobre a indignação que sentia com o desconhecimento dos profissionais de saúde a respeito da fibromialgia e com o tratamento que muitas vezes recebia quando tinha consultas médicas. Elisa conta que foi a um médico que a recebeu perguntando “Quer sua receitinha, né?”, o que a fez sentir muita raiva. Ela falou sobre o evento:

“Receitinha? Eu queria era melhorar! Será que ele não poderia olhar para mim e tentar me ajudar? Como se eu gostasse de tomar remédios...”

Na entrevista inicial e durante os encontros, Elisa demonstrou que a forma como as pessoas e os profissionais de saúde viam suas dores era uma questão de grande importância por gerar revolta e se configurar como parte da motivação para que ela participasse do grupo. Elisa relatou ver o grupo não apenas como uma esperança de amenizar as dores, a ansiedade e a “falta de ânimo” que vinha sentindo, mas também como uma possibilidade de ajudar tanto outras pessoas com fibromialgia quanto a área de saúde, a partir do desenvolvimento da minha pesquisa de mestrado. Na primeira sessão ela relatou:

“Não tem praticamente nenhum tratamento para fibromialgia mesmo... que não seja remédios. Por isso achei muito bom esse grupo [...], e eu fico muito feliz em poder ajudar a desenvolver a área, ajudar as pessoas a conhecerem a ‘fibro’. [...] Nem os médicos sabem direito o que é!”

Neste trecho de fala, é possível notar a insatisfação de Elisa com a escassez dos tratamentos específicos para a fibromialgia, e o reconhecimento do seu papel no grupo como alguém que está contribuindo para uma pesquisa que poderia melhorar essa questão. Isso pode indicar a relevância de “dedicar-se ao outro” e a demandas sociais, em suas configurações subjetivas, já que isso também se mostra em outras ações, como realizar trabalhos sociais que ganham sentido em suas relações e crenças. A relevância desse papel pode estar ligada, de forma complexa, tanto a sentidos profundos relativos a como ela vê o seu papel existencial no mundo quanto a sentidos relativos à importância de sua imagem como “boa pessoa” para os outros. Ainda que ela demonstre revolta em sua fala, o papel de alguém que é “bom” e contribui socialmente aparece como uma espécie de solução pessoal para o sentimento de revolta. Além disso, a expressão de Elisa nessa fala, também indica a relação entre esse papel e a sua motivação para participar do grupo.

Entretanto, ainda que tais indicadores a respeito da motivação de Elisa em relação ao grupo, outros elementos, presentes nas expressões destacadas, podem sugerir a participante como uma pessoa que se sente confortável com noções de “ordem”, de coisas que devem “estar nos seus devidos lugares”. Isso poderia indicar uma possível resistência de Elisa em relação ao tratamento com a hipnose, já que o mesmo trabalha com noções não lineares, próprias da subjetividade e do inconsciente, que fogem ao “controle” do consciente. Como discutido na sessão anterior, muitas vezes, a hipnose promove uma produção subjetiva que possui a espontaneidade como qualidade de expressões que fogem da lógica cotidiana. Porém, é importante ressaltar na fala de Elisa sua consciência e

autocrítica a respeito do controle, e a vontade de abandonar tal característica, possivelmente por percebê-la como algo que causava sofrimento. Dessa forma, a hipnose poderia significar um tratamento “difícil” para ela, mas que poderia trabalhar formas de funcionamento que são diferentes do habitual.

O desconhecimento a respeito da fibromialgia foi uma temática importante dos dois grupos na pesquisa. As participantes compartilharam histórias que envolviam a dificuldade em encontrar médicos que passassem confiança a elas por conhecer a fibromialgia, mas principalmente, por acreditar na dor e no sofrimento delas. Muitas relataram episódios envolvendo não apenas pessoas do trabalho e da família que desconfiavam da dor que elas sentiam, mas também de médicos que, influenciados pela ausência de comprovação da fibromialgia em exames laboratoriais, atribuíam-lhe causalidades arbitrárias e, muitas vezes, sexistas, como relacionadas à frequência com que a paciente tinha relações sexuais com o marido.

Após a fala de Elisa sobre a construção do grupo, as outras participantes concordaram e comentaram sobre a importância que elas viam em participar de um grupo em que todos passavam por experiências parecidas, já que era comum que outras pessoas descreditassem nas dores que elas sentiam. Fabiana, uma participante do mesmo grupo, comentou nesse contexto:

“A gente estava comentando na sala de espera...está sendo tão bom esse grupo, aprender a pensar na nossa respiração está ajudando muito! (...) E a gente ver que outras pessoas passam pela mesma coisa, sentem as dores, nossa, isso tá sendo muito bom!”

De acordo com Yalom & Leszcz (2006), uma das questões mais importantes para o fator terapêutico dos grupos é não apenas a descoberta dos participantes de que outros passam por experiências parecidas, mas, principalmente, a *aceitação* dos outros (no

grupo) ao compartilharem tais experiências. No caso dos grupos em questão, isso se torna bastante relevante devido ao contexto de descrença das pessoas e dos profissionais, com os quais as participantes se relacionavam, em relação às dores sentidas. No grupo 1, todas as participantes faziam tratamentos medicamentosos, mas apenas algumas delas tinham um médico de referência, em que elas confiavam e que as acompanhava, além de que poucas faziam outros tipos de tratamentos para as dores.

Essas são informações importantes sobre o cenário do grupo que também denunciam lacunas importantes no sistema de saúde, quando se trata das dores crônicas. A revolta das participantes, bem ilustrada pelo trecho de fala de Elisa, e a dificuldade na busca por profissionais e tratamentos que concebiam as dores que elas sentiam como parte de um sistema complexo – que não se restringe ao corpo físico e biológico – são questões importantes relativas aos sentidos que compõem as configurações subjetivas da experiência dolorosa do grupo. A importância desses sentidos, constituintes do cenário do grupo, ratifica a relevância do estudo das configurações subjetivas associadas à saúde. De acordo com González Rey (2011), com frequência, as doenças são tratadas como distúrbios somáticos, abordados com medicamentos sem consideração das configurações subjetivas as quais, de múltiplas formas, estão envolvidas e até alimentam tais doenças pelos sistemas e vivências que constituem o modo de vida atual das pessoas.

No início de cada encontro do grupo, eu perguntava sobre como as participantes tinham passado a semana e investigava se haviam tentado fazer exercícios de auto-hipnose que foram trabalhados aos poucos durante todas as sessões do grupo. Essa técnica foi colocada como uma ferramenta importante para o alívio das dores e de demandas que elas traziam (como ansiedade e depressão), e um recurso que poderia continuar com elas mesmo após o término do grupo. Na terceira sessão, com temática relacionada à *linguagem do corpo*, Elisa compartilhou com o grupo que ainda não tinha conseguido

fazer auto-hipnose em casa, apesar de estar prestando mais atenção em sua respiração. Ela disse que isso tinha sido importante, já que estava se sentindo “mais tranquila”. E relatou em seguida:

“O exercício de respiração eu faço sempre, porque tem vezes que fica difícil de respirar, sobe uma coisa ‘assim’ e fica difícil [mostra com a mão passando do peito até o pescoço, como de algo a sufocasse].”

Ao perguntar quando geralmente essa dificuldade em respirar acontecia, ela disse que, sem saber um motivo concreto, sentia uma angústia saindo do peito, ansiedade, e sentia, também, que as dores ficavam mais fortes durante esse processo.

Várias colegas do grupo também relataram sua experiência com a auto-hipnose e suas dúvidas, o que acabou direcionando a conversa para essa temática. Eu falei sobre a singularidade dessa experiência, que elas aprenderiam aos poucos conhecendo a linguagem do próprio corpo e que, muitas vezes, durante o transe induzido nos encontros, elas perceberiam a forma com que elas entravam em transe e isso poderia ser utilizado na auto-hipnose. Erickson destacava em seu trabalho os caminhos singulares que cada pessoa tinha de entrar em transe, não havendo induções hipnóticas padronizadas ou gerais para os pacientes (Erickson e Rossi, 1979; Robles, 2005). Nesse momento, Elisa compartilhou com o grupo:

“Eu tenho medo de me desligar, eu tenho medo do que pode acontecer se eu me soltar. Já falaram para mim que sou muito contida...então eu tenho medo de me soltar e me perder. Quando eu começo a me concentrar, me vem uma insegurança e eu travo, fico tensa.”

A forma como Elisa falou sobre sua sensação de sufocamento e o medo de “se perder” no transe são fatores importantes que podem se ligar a configurações relacionadas ao adoecimento, tanto em relação às dores, quanto à depressão. Ela expressou em sua fala

um medo de que algo ruim pudesse acontecer, indicando um possível foco para aspectos negativos em experiências desconhecidas, provavelmente conectado a experiências traumáticas vividas em seu passado. É possível que esse processo também se expressasse em suas relações e em questões importantes ligadas à temporalidade, como sua autoimagem no presente e a sua expectativa de futuro.

Além disso, esse trecho de fala reforça indicadores anteriores a respeito da resistência em relação à hipnose, já que permitir-se entrar em transe poderia significar perder o controle habitual, fazendo-a “travar”. Sendo o transe uma forma de conexão consigo mesmo, “se soltar” nesse momento poderia significar entrar em contato com “algo interno” que sufoca, com um corpo que dói ou, até mesmo, com questões que ela relatou ter esquecido, justificando, assim, o medo de Elisa.

Independente de sua causalidade, a tentativa de exprimir a dor em palavras gera metáforas comuns que, de acordo com Le Breton (2013), misturam dor com existência, como as sensações de “esmagamento”, “sufocamento” e “dilaceração”. Quando Elisa se expressa sobre a sensação de sufocamento, demonstrando a vivência de suas sensações com as mãos, é interessante notar como sentimentos de angústia e ansiedade estão conectados de forma complexa com o corpo, transcendendo a simples descrição de sintomas físicos, como se tais emoções estivessem ancoradas em uma vivência corporal.

Durante a hipnose, algumas dessas metáforas e sensações são confrontadas com descrições de outras sensações e imagens conhecidas que, indiretamente, repetem o tema da demanda do sujeito, mas com elementos diferentes que abrem espaço para mudanças. Um exemplo disso seria a descrição do simples e corriqueiro ato de tomar banho ao fim de um dia exaustivo. A sensação de o cansaço se esvaír ao deixar a água lavar o corpo, relaxando os músculos, constitui-se como um caminho terapêutico indo do “cansaço e dor” ao “descanso e relaxamento” a partir de ações conhecidas. Esse caminho envolve

uma sequência de acontecimentos que tem um fim terapêutico, oferecendo possibilidades diferentes para processos do sujeito com sequências rígidas que causam sofrimento, como sentir “cansaço e dor” que leva a “ansiedade, mais dor e sensação de sufocamento”, por exemplo. A sequência terapêutica pode não apenas aliviar a dor do sujeito no momento do transe, como também gerar sentidos a respeito da possibilidade de realização de tal sequência, modificando configurações a respeito da dor, ao, por exemplo, modificar sentidos que dizem respeito ao corpo como um lugar de sofrimento para um lugar também passível de promover sensações prazerosas.

Sendo o corpo um veículo do ser no mundo (Csordas, 2002), a dor fibromiálgica não apenas é influenciada pelo estado emocional da pessoa, de forma simplista, em uma dicotomia mente/corpo característica da ótica médica tradicional. As configurações subjetivas que envolvem relações, experiências e dores estão inscritas no corpo vivido portador de significados, sendo que elementos de cada uma dessas configurações podem se relacionar sem se dissolverem entre si (Neubern, 2012b). Dessa forma, ao Elisa prestar atenção em sua respiração e modificá-la ao longo do dia para uma respiração profunda e calma, como trabalhado nos exercícios de transe no grupo, uma série de configurações próprias do esquema corporal pode ser modificada e promover conexões diferentes com o corpo, modificando também estados emocionais. Tais processos não têm uma ordem de causalidade linear, mas, sim, uma complexa relação entre elementos subjetivos que se conectam no sistema configuracional (Neubern, 2014).

Após a descrição do medo de Elisa e as dúvidas em relação à auto-hipnose compartilhadas pelo grupo, a temática da *proteção* foi incluída na sessão relacionando-a com o estado de transe. Conversamos sobre a confiança da proteção do nosso inconsciente como uma parte sábia (Robles, 2005; Erickson e Rossi, 1979). Falei que poderíamos pedir ao inconsciente, antes de iniciar os exercícios, que as protegesse de qualquer coisa que

não fosse terapêutica ou com que não fosse o momento de entrar em contato, além de pedir também para continuarem a construção da “cerca”, um lugar protegido e confortável.

Desse modo, busquei promover a construção de sentidos a respeito do transe como um processo não invasivo e ativo, em que Elisa e suas colegas poderiam se proteger e aproveitar a experiência com autonomia. Isso pode ter oferecido um caminho diferente de subjetivação a respeito da hipnose para Elisa, já que o transe poderia ter sentidos, antes, ligados ao descontrole e ao contato com algo difícil ou ruim dentro de si. Sendo possível, inclusive, que ela tivesse sentido medo de problemas íntimos virem à tona durante a hipnose e serem compartilhados com o grupo, contra sua vontade.

Ademais, esta intervenção poderia funcionar como uma espécie de ponte que *utiliza*⁸ a forma de funcionamento referencial de Elisa – que possui a característica do controle como uma maneira de se sentir confortável em suas relações – para chegar até o objetivo terapêutico de reconfigurar elementos subjetivos que causavam sofrimento. Assim, ela poderia ter a autonomia de construir um ambiente protegido e de estabelecer uma relação com o “eu-inconsciente” que permitisse a construção de regras para que ela entrasse em contato apenas com questões terapêuticas ou com as quais ela pudesse lidar. Tais ações partiriam de uma dimensão consciente, como uma forma de preparar ou proteger um terreno fértil – “controlando”, em partes, o que poderia ser plantado – para produções de sentidos que são mais espontâneas.

Durante a indução hipnótica desse encontro, foram descritas várias experiências agradáveis comuns da infância, como brincadeiras com água e o processo de aprender a escrever. Erickson (Erickson e Rossi, 1979) utilizava bastante esse tipo de metáfora, sobre

⁸ Este termo foi realçado por se referir à abordagem da “Utilização” de Milton Erickson (1979), definido anteriormente neste trabalho.

aprendizados da infância, como uma forma de remeter a processos que em algum momento foram difíceis, mas que depois se tornaram extremamente naturais, como ler ou escrever. Foi estabelecida, assim, uma relação com a temática do grupo, que estava – mesmo com dificuldades – *aprendendo* a entrar em transe e a fazer auto-hipnose.

Dessa forma, como descrito anteriormente, há uma sequência terapêutica que repete elementos relacionados a dificuldades no aprendizado de algo novo, mas com um fim que se difere de qualquer expectativa negativa: parece muito difícil, mas depois torna-se naturalmente fácil. Após esse momento do transe, Elisa contou que começou a indução se sentindo tensa, mas que, em um determinado momento, em que ela me ouviu falando sobre “uma criança que pisa na água”, ela viu os sorrisos dos netos e relaxou. Ela disse sorrindo:

“Eu fui junto com eles...longe...sabe, criança que não tem compromisso com nada? Foi muito bom e eu consegui me soltar.”

Ao descrever essa experiência, Elisa mostra ter aprendido um caminho protegido de “se soltar” e, dessa forma, aproveitar o estado de transe. Os netos surgem como um importante recurso que abre espaço para a produção de novos sentidos subjetivos a respeito do “interno desconhecido”: há coisas dentro do “eu” que são leves e prazerosas, ou seja, não há apenas dor e sofrimento. Além disso, os netos aparecem como crianças que, naturalmente, não se preocupam com muitas coisas e a contagiam com sua leveza, modificando a forma tensa e contida de Elisa durante o transe. Desse modo, ela “foi com eles” e conseguiu “se soltar”. Sob o ponto de vista configuracional, elementos importantes relativos a recursos internos e à possibilidade de sentir-se bem durante o transe são incluídos em suas construções de sentido.

O elemento “controle”, presente nas configurações subjetivas de Elisa, poderia remeter a relações familiares que fizeram parte de sua construção identitária, como ter

vivido modos de relação controladores com pessoas que participaram de sua criação, havendo-a “controlado” com regras muito rígidas, por exemplo. Tais modos de relação aprendidos podem se impor ao sujeito, de tal forma que, além de constituir configurações ligadas à identidade do mesmo, reduzam sua autonomia frente a possíveis mudanças. O medo de perder esse controle, provavelmente por se focar na possibilidade de acontecer algo ruim ou de se frustrar, poderia impedir Elisa de perceber uma série de processos prazerosos importantes que também estão inscritos no corpo e fazem parte de sua subjetividade. Com isso, é natural que ela se sentisse paralisada diante de desafios, já que havia uma desconexão com seus recursos, o que, certamente, impactava seus modos de relação.

Um exemplo desse impacto seria a dificuldade que ela vinha sentindo em fazer artesanato, já que, além das dores – podendo envolver o medo paralisante de elas aumentarem com o movimento das mãos, antes mesmo de começar a trabalhar –, ela disse que não gostava do resultado dos trabalhos que fazia, como se nada que fizesse ficasse bom. Sentia-se, então, desmotivada para começar outros projetos, restando-lhe apenas “fechar os olhos” e ficar parada. Isso poderia acontecer pelo impacto de experiências traumáticas e de relações de controle vivenciadas, importantes para o processo de construção da subjetividade de Elisa, que se sobrepunham à autonomia em relações sociais e em seus trabalhos. Diante disso, uma forma de Elisa controlar a frustração de se deparar com um resultado ruim seria, simplesmente, não se permitir correr este risco, abandonando o projeto.

Tanto em relação aos trabalhos de artesanato, quanto ao transe terapêutico no grupo, é notável a expectativa negativa de Elisa em relação ao que poderia acontecer, indicando a profundidade de possíveis frustrações ou traumas subjetivados em suas configurações. Entretanto, na experiência de transe desse quarto encontro, o engajamento

da participante acabou por surpreendê-la com o resultado positivo de retomar a autonomia em seu processo terapêutico. Ao conseguir “se soltar”, de forma protegida, teve como resultado experimentar sensações de leveza ao se lembrar dos netos, abrindo espaço para flexibilizar formas rígidas de configurações habituais. Essa retomada de autonomia com um resultado positivo poderia impactar, também, em sua autoimagem por promover uma produção de sentidos em que ela é capaz de se surpreender por fazer um “bom trabalho” no transe, possibilitando a generalização de sentidos sobre sua capacidade para outras atividades em que se engajasse.

No encontro seguinte, quarta sessão, que envolvia a temática de *cura das feridas*, Elisa compartilhou com o grupo sua vivência durante o transe e como estava se sentindo. Demonstrando certa aflição na fala e no olhar, ela contou que voltou para partes muito doloridas de sua infância, e se lembrou de situações que, de certa forma, eram conectadas com problemas que estava vivenciando no presente e que isso tinha sido dolorido para ela. Ela disse que sentiu “com força” as feridas pelo corpo e que também viu e sentiu várias flores sendo colocadas pelo corpo, principalmente flores colocadas na região do tórax, mas que, mesmo assim, a sensação ruim não havia passado.

É notável que tais elementos de sua produção subjetiva indicam a relevância e profundidade de experiências sofridas que foram subjetivadas e ancoradas no corpo vivido de Elisa, ainda que ela não tivesse acesso consciente às mesmas até esse transe hipnótico. A região do tórax, em que estavam as flores, não foi aleatória: além de a região do peito ser comumente solo de significados relacionados à dimensão emocional, na primeira fala apresentada nessa sessão, Elisa descreveu como se uma “coisa” ruim saísse dessa região e subisse até o pescoço a sufocando. Dessa forma, as flores se mostram um recurso de muita saúde em uma região não apenas significativa, mas na qual poderiam estar ancorados sentidos, emoções e experiências sofridas de sua infância. Além disso, a

imagem de “flores que curam” é comum em práticas próprias da religião espírita (Neubern, 2013a), o que pode indicar a existência de sentidos subjetivos específicos para Elisa a respeito das flores que fazem parte de dispositivos sociais relativos à religião da qual pertence.

Investigando um pouco mais como era a “sensação ruim” que ela relatou sentir – com o cuidado de preservar sua intimidade ao deixar claro que ela não precisaria compartilhar nada de que não sentisse vontade –, ela falou que era como se tivesse um peso no peito, que as flores estavam naquela região, mas que ela sentia que a ferida ainda doía e pesava. Nesse momento, falei da importância das flores naquela região significativa do corpo, que aquele era um recurso muito bonito, mas que às vezes temos feridas realmente muito grandes que precisam de um tempo maior para ser curadas, mas que era muito bom que as flores *já houvessem começado essa cura*.

A intervenção de investigar sobre *como* seria a sensação relatada promove a concretização da experiência dolorosa, técnica muito utilizada em diversas terapias afim de tirar o sentimento do plano abstrato para o concreto ou “palpável”, passível de ser modificado (Neubern, 2013b). Ao ressaltar a importância das flores que Elisa visualizou durante o transe, houve a validação de recursos espontâneos que ela mesma havia construído para curar aquelas feridas, direcionando o foco de atenção para processos saudáveis que *já se iniciavam*, ou seja, para capacidades que ela tinha e não para o que ela *ainda* não tinha conseguido fazer (como deixar de sentir todo o desconforto).

Isso reforça uma noção de protagonismo no processo terapêutico que poderia impactar na autoimagem de Elisa e em sua autonomia frente ao adoecimento, pois há uma mudança do foco na “incapacidade” para a “habilidade”. Ou seja, houve uma produção subjetiva alternativa à paralisação diante das dores, da depressão e de atividades que poderiam frustrá-la: ela participou de forma efetiva no seu processo terapêutico ao tocar

em “feridas” importantes e iniciar o processo de cura das mesmas com as flores. Assim, ainda que ela tenha demonstrado aflição por não ter conseguido deixar de sentir a dor de suas feridas após o transe, tal frase valoriza o que ela já soubera fazer e a existência de recursos saudáveis no lugar onde havia “algo ruim”.

Outra questão importante é a sequência de vivências que representam aprendizados durante a experiência de transe. Apenas depois de ter aprendido a “se soltar” no transe ao descobrir recursos internos, Elisa se permitiu entrar em contato com situações difíceis que haviam sido esquecidas, sendo isso, possivelmente, parte do que ela relatava sentir medo no início. Como ressaltado anteriormente, isso caracteriza um tipo de terapia protegida que pode ter ajudado a promover um contexto em que, após se certificar da existência de recursos próprios, ela se fortaleceu e se sentiu capaz de entrar em contato com questões difíceis que precisariam ser trabalhadas.

Diante disso, há uma possível ressignificação da forma com que Elisa poderia perceber a recuperação de memórias, provavelmente, traumáticas. As lembranças não a “invadiram” em um contexto que não lhe oferecesse continência, mas apareceram após a participante protagonizar sua proteção durante o transe desta sessão e da anterior, tendo acordado consigo mesma que apenas situações com as quais ela pudesse lidar viriam à tona no processo hipnótico. Assim, as lembranças apareceram em um contexto terapêutico que abria portas para o aprofundamento de questões em psicoterapias individuais⁹ e que oferecia, também, a própria continência grupal, a partir da coesão e do acolhimento do grupo. A sinceridade de Elisa relatar o impacto de sua experiência em transe e a dor que continuava sentindo, mesmo após a indução hipnótica, podem indicar a confiança da participante nessa continência do contexto em que ela estava inserida.

⁹ Essa possibilidade de atendimento individual no grupo Acolher, caso elas desejassem, foi explicitada desde o primeiro encontro.

A descoberta de recursos e a ação de conexão com potencialidades de Elisa na terceira sessão podem indicar uma repercussão importante em suas configurações subjetivas. Isso porque, mesmo que ela tenha passado por eventos traumáticos em sua vida, os netos podem carregar sentidos subjetivos relativos à concretização de uma série de construções na vida de Elisa que geraram um ótimo resultado: ela criou bem seus filhos e hoje tem ótimos netos, cujos sorrisos, em momentos leves de brincadeira, a tocam e a inspiram a também ser leve. Isso poderia significar que, mesmo tendo sofrido muito, o que ela viveu não representa uma espécie de maldição que a tornaria fadada ao fracasso, e sim eventos que a marcaram, mas não a impediram de concretizar realizações importantes em sua vida. O que antes estava esquecido, mas a “assombrava”, passou a ser concretizado de forma simbólica junto ao grupo e colocado em uma posição passível de ser trabalhada por ela mesma, pela espiritualidade – que poderia estar ligada à forma como Elisa subjetivou as flores na experiência – e pelo grupo (como será discutido a seguir).

Após o relato de Elisa, perguntei a ela se o grupo poderia ajudá-la e ela concordou. Dessa forma, pedi ao grupo que fechasse os olhos e, voltando a um estado leve de transe, que todos nós ajudássemos Elisa com a nossa respiração, como se pudéssemos nos conectar para ajudá-la no processo pelo qual estava passando. Durante esse momento, Elisa e Ruth se emocionaram, sendo que não apenas as duas, mas todo o grupo estava com um semblante sereno e com um leve sorriso no rosto. A intenção de realizar tal intervenção conjunta, em prol do objetivo comum de ajudar uma participante, foi de promover caminhos de trocas afetivas que possibilitariam a formação de vínculos, além de ratificar a coesão e continência grupal.

Ao retornar da indução hipnótica descrita, perguntei a Elisa como ela estava se sentindo e ela disse, com a voz e o rosto bem tranquilos, que estava se sentindo muito

melhor, não havia mais aquele peso de antes. Após perguntar se mais alguém do grupo queria compartilhar alguma vivência, Ruth respondeu que queria. Chorando, ela contou que estava muito emocionada, porque confiava muito em Deus, e, ao fechar os olhos, pediu para que Ele ajudasse a colega. Havia duas participantes sentadas entre elas na disposição circular de cadeiras no grupo, contudo Ruth disse que se viu ao lado de Elisa durante o transe e que Elisa estava com uma roupa diferente da que ela usava no dia. Ela relatou que se sentiu abraçar a colega do grupo, com muito carinho, e que aquilo foi bonito para ela. Depois, Elisa, também chorando, deu a mão para Ruth e agradeceu muito o abraço em transe. Ruth perguntou se poderia abraçar Elisa de novo, fora do transe, e ela consentiu. As duas se abraçaram longamente e, no encerramento da sessão, cada pessoa do grupo se abraçou afetuosamente.

Essa experiência traz importantes reflexões sobre possíveis reconfigurações subjetivas do grupo e o impacto dessa experiência, individualmente, para Elisa. A partir da intervenção grupal no sofrimento de Elisa e o conseqüente alívio de sua dor, o grupo pôde vivenciar sua capacidade de ajuda, não se restringindo ao terapeuta condutor, promovendo novos sentidos subjetivos relativos à unidade do grupo. De acordo com Yalom & Leszcz (2006), se o grupo, continuamente, enxerga o terapeuta como a única fonte de ajuda, é provável que ele nunca alcance autonomia e autorrespeito. A troca afetiva explícita entre Ruth e Elisa colocou em evidência a força terapêutica que os membros do grupo poderiam proporcionar uns aos outros.

Além disso, até essa sessão, não haviam ocorrido trocas afetivas profundas entre as participantes, apenas compartilhamento de estratégias e experiências, normalmente ligadas à fibromialgia, contudo sem que as participantes adentrassem questões mais profundas e pessoais umas das outras. Tendo isso em vista, o abraço realizado no transe de Ruth evidencia uma importante especificidade da experiência do transe em grupo

relativo à quebra de alteridade que ocorre por meio de alterações de referências típicas do estado de transe, gerando um impacto no processo de vinculação no grupo.

Naquele momento, um abraço longo e afetivo talvez não coubesse na forma de relação constituída no grupo, mas na vivência particular e protegida de Ruth ele tem permissão para acontecer por meio da especificidade de relações que formam o “nós” dentro do “eu” do sujeito, e que transcendem a noção de separação física “eu/outro” normativa. Dessa forma, ainda que Elisa não tivesse participado “fisicamente” desse processo, é possível que Ruth tenha se sentido mais próxima de Elisa a partir de uma experiência pessoal com ela. Ao compartilhar isso com o grupo, houve uma abertura para que o abraço ocorresse também fora do transe, possibilitando novos modos de relação entre as protagonistas e também no grupo, como um todo. A troca afetiva entre as duas participantes pode ter gerado sentidos subjetivos ligados à permissão da construção de relações mais próximas dentro do grupo.

A dimensão espiritual dessa vivência também foi muito significativa e, possivelmente, geradora de sentidos subjetivos ligados ao *Sagrado* (Otto, 1917/2007) como um recurso, já que todas as participantes declararam pertencer a alguma religião (todas cristãs) e demonstraram ter tal dimensão como parte importante de suas vidas. É importante ressaltar que elementos espirituais presentes na produção subjetiva dos sujeitos são naturais e típicos da cultura brasileira (Neubern, 2013a), na qual mais de 87% da população considera a temática religiosa importante em suas vidas (Instituto Gallup, 2010)

A experiência descrita, constituída por elementos ligados à espiritualidade em uma linguagem própria das religiões cristãs, pode ter possibilitado emergirem sentidos subjetivos importantes a respeito da participação do *Sagrado* no processo terapêutico do grupo, como se este estivesse sendo ajudado por uma dimensão superior que abrange

possibilidades de cura e ajuda que transcendem as capacidades humanas. Assim como, também pode ter gerado sentidos relativos à expectativa de vivenciar experiências positivas e espontâneas durante o transe, confrontando o medo da ausência de controle e de “se perder” durante a hipnose, como expressado por Elisa nos primeiros encontros.

Especificamente para Elisa e para outras participantes espíritas, o abraço em transe pode ter significado um encontro real, de duas almas em um nível espiritual, e não apenas algo “imaginado” por Ruth durante a hipnose, já que esse tipo de encontro, que ultrapassa barreiras do corpo físico, faz parte das crenças espíritas (Neubern, 2013a). E mesmo que Ruth fosse católica, a emocionalidade e os elementos do *Sagrado* presentes na sua fala indicam que o encontro com Elisa durante o transe a tocou também em um nível espiritual, contudo, com sentidos próprios de sua subjetividade e da produção coletiva de sua religião.

Sobre a questão dessa experiência como um caminho que possibilitou trocas afetivas, diferentemente das sessões anteriores, ao final dessa vivência, houve um aumento de proximidade física no grupo e não apenas emocional. Essa proximidade física se manteve nos encontros posteriores, como abraços e maior ocorrência de toque entre elas, o que indica o estreitamento de laços entre as participantes do grupo. Além disso, após esse encontro, foi notável a mudança no nível de profundidade das expressões das participantes e da lógica narrativa do grupo. As conversas no grupo passaram a circunscrever mais questões relacionadas à identidade das participantes (como trabalhos que faziam, interesses, conquistas que tinham tido na semana) e menos relacionadas às limitações e impossibilidades causadas pela fibromialgia. É possível dizer que, após esse encontro, o grupo deixou de ser composto por “pessoas com dores crônicas” e passou a ser um grupo de sujeitos singulares, com vários interesses, experiências de vida profundas e que, também, sentiam dores.

A saúde enquanto qualidade das expressões (Gonzalez Rey, 2005) também se aplica à subjetividade social dos grupos. Assim, a mudança descrita na qualidade de expressões do grupo indica uma reconfiguração de sentidos que proporcionou relações mais saudáveis. Isso por flexibilizar a rigidez de papéis que, muitas vezes, restringem as expressões do sujeito à vivência da dor, já que as participantes deixaram a posição de “doentes” para ocupar a posição de sujeitos no grupo. Essa é uma questão importante que influencia na qualidade dos vínculos. Como exemplo disso, nas últimas três sessões do grupo, as participantes trocaram contatos e combinaram de aprender a fazer trabalhos artesanais umas com as outras, possibilitando a formação de vínculos que ultrapassassem o tempo e espaço do grupo com uma qualidade de valorização dos aprendizados e capacidades singulares de cada participante.

Esse ponto da formação de vínculos, inerente à efetividade de grupos terapêuticos, é extremamente relevante no contexto estudado, por confrontar a restrição limitante de relações características da vivência de pessoas com dores crônicas (Carvalho, 1999). Como explicitado na fala das participantes, no início desta sessão, a dor fibromiálgica, especificamente, não mostra feridas visíveis ou evidências concretas em exames de sangue, o que gera incompreensão e desconfiança em seus pares e até em profissionais de saúde. Esse sofrimento é descrito por Le Breton (2013):

Não se prova dor, sente-se. Nesse sentido, ela revela um traço da condição humana que a inclusão no mundo social se esforça em negar: a solidão, ou melhor, a reclusão em si. Destruído, o homem doente vive, às vezes, o drama de sua dor não ser reconhecida ou de sua acuidade ser posta em dúvida”. Sendo assim, a formação de vínculos no grupo e, mais importante, que possam se desenvolver para além do mesmo, constituem-se importantes objetivos terapêuticos para as pessoas que vivenciam dores crônicas. (p.43)

Em relação às configurações subjetivas de Elisa, ela ter sido protagonista de uma experiência grupal, em que todos se uniram com a intencionalidade comum de ajudá-la, pode ter significado uma experiência individual importante. Ainda que a dor das lembranças e as sensações ruins, de certa forma, tenham saído do seu controle e a deixado aflita, esta situação teve uma resolução positiva que proporcionou o desenvolvimento da união e intimidade do grupo. Isso pode ter gerado novos sentidos subjetivos para Elisa ligados a sua autoimagem no grupo como alguém que é aceita e importante para o mesmo. Ainda que não possamos afirmar isso, a forma como ela passa a ser ver no grupo pode não se restringir ao mesmo, sendo possível que isso tenha gerado um impacto mais significativo em suas configurações subjetivas, proporcionando mudanças também em relações externas ao grupo.

No encontro posterior, Elisa relatou ao grupo, emocionada, que a recuperação de lembranças ocorrida tinha “mexido muito” com ela e que tinha passado a semana “digerindo” o que acontecera. Ela disse que nos primeiros três dias após o encontro anterior, sentira um sufocamento e uma dor no peito a cada vez que pensava no que havia vivido no passado. Contudo, ela disse:

“Eu conversei muito comigo mesma e fiz o exercício de respiração... se não tivesse feito isso eu já estava...no HPAP¹⁰! [risos] (...) E melhorou...de quarta-feira pra cá eu não senti mais nenhuma dor no peito! Mas quando eu lembro ainda, nossa...emoção fica a flor da pele [chorando]”

Falei sobre a importância do processo de cura das feridas que começou com as flores e continuava ocorrendo mesmo após o grupo, impulsionado pelos exercícios de auto-hipnose. Além disso, pontuei que ela não estava sozinha e resaltei a possibilidade de acionar o grupo Acolher para dar início a uma psicoterapia individual. Pedi para ela

¹⁰ HPAP refere-se ao Hospital de Pronto-Atendimento Psiquiátrico, localizado em Brasília (DF).

conversar comigo ao final do encontro e falei, sobre a melhora que ela sentiu durante a semana:

“Que bonito, Elisa, isso mostra quanta saúde você tem! (...) Muitas vezes, as coisas ruins que vivemos ficam gravadas no corpo. Mas tenho uma ótima notícia, sabia? As boas também ficam.”

As ações de Elisa, em busca de sua saúde durante o processamento de sua experiência no grupo, revelam uma importante postura ativa frente a dificuldades. Isso reforça indicadores relativos à reconfiguração de sua autoimagem e autonomia ligadas à dor, a partir do resgate de recursos e das experiências no grupo. Mesmo passando por situações muito difíceis, ela assumiu o lugar de alguém que “é capaz” e age de forma diferente de situações descritas anteriormente: a sequência dor/ansiedade/aumento da dor e a vontade de “fechar os olhos e não fazer nada” se alteraram de forma importante. Ainda que tivesse sentido dor e sufocamento, ela utilizou recursos próprios e ferramentas trabalhadas no grupo interrompendo a sequência da dor, conseguindo deixar de sentir o desconforto – ainda que isso não signifique uma “cura”, já que ela deixa clara a profundidade da experiência que viveu.

Diante disso, busquei valorizar a qualidade dos processos saudáveis de Elisa. A intervenção de sugerir que *coisas boas também ficam gravadas no corpo* intencionou levar o foco de Elisa e do grupo para os recursos e *semear*¹¹ sugestões relativas ao resgate de experiências positivas ancoradas no corpo.

A temática do quinto encontro foi sobre *obstáculos que a vida trazia e se tornavam aprendizados*. A indução hipnótica circunscreveu essa temática, passando por ideias

¹¹ A “semeadura” é uma técnica ericksoniana que busca sugerir ideias anteriormente à indução hipnótica, como uma forma de direcionar a produção do sujeito para aspectos terapêuticos que serão trabalhados durante o transe (Robles, 2001).

relativas a recursos pessoais que as ajudavam a superar dificuldades. Após o transe, Elisa falou:

“Foi tão bom...eu não queria voltar não! [risos]”

Essa expressão indica a mudança de sentidos relativos ao transe, já que antes a participante dizia não conseguir se soltar durante a hipnose, por medo. Após as experiências vividas nas sessões, Elisa apresentou uma facilidade maior de se engajar no processo e uma expectativa positiva em relação à hipnose.

Ela compartilhou sua experiência com a grupo dizendo que, primeiramente, sentiu um frescor muito agradável nas pernas. Depois ela viu um caminho escuro e, em seguida, começou a andar de mãos dadas com seu pai na fazenda em que ela foi criada, dizendo que adorava fazer isso quando era criança. Eu falei a ela que essa parecia ser uma imagem de muita proteção e que aquela experiência parecia ter sido um presente. E ela respondeu, emocionada:

“Sim, com certeza! Nossa, eu me senti muito protegida. Era uma das coisas que eu mais gostava de fazer, no fim de tarde, eu me sentia segura. Eu sinto muita falta dele...apesar de já fazer vários anos que ele nos deixou...e foi muito bonito. Senti aquele carinho, aquela proteção de criança...como se nada de ruim pudesse acontecer.”

Essa experiência traz uma produção subjetiva importante para o processo terapêutico de Elisa, com elementos espontâneos carregados de sentidos relevantes para seu cenário. Ao ver um caminho escuro, que poderia significar o momento vivido de acessar memórias e vivências difíceis, ela passa a se ver andando junto com o seu pai. A partir de seu relato, o pai aparece como uma figura de proteção que caminha junto com ela, podendo representar um importante recurso no enfrentamento das dificuldades por

que Elisa estava passando. Nesta vivência, novamente, evidencia-se a alteração da alteridade no transe, permitindo que Elisa tivesse um contato com uma figura de proteção.

Ao nos atentarmos para a subjetividade de Elisa, o encontro que ela teve com o pai pode ter sentidos específicos ligados a uma produção coletiva relativa a suas crenças, envolvendo o contato com seres que possuem uma intencionalidade própria e se impõem durante o processo terapêutico do transe (Neubern, 2013a). Dessa forma, é muito provável que, para Elisa, ela tenha tido um encontro real com o espírito do seu pai, sendo ele um ser que a protege em sua caminhada. Essa vivência pode ter gerado sentidos subjetivos profundos conectados ao sentimento de “sentir-se capaz”, além de significar não estar sozinha diante de suas dificuldades.

A noção de capacidade e de ter a proteção espiritual de alguém que ela amava poderia reverberar em suas relações, em seu trabalho e em sua dor, proporcionando modos de vida mais saudáveis. Um evento que indica a possibilidade de ter ocorrido esse tipo de mudança terapêutica foi o relato de Elisa na penúltima sessão. Ela falou que não estava mais sentindo dificuldade em realizar os trabalhos artesanais, que estava motivada com eles e, na última sessão do grupo, Elisa apresentou cada participante com uma peça de artesanato que havia feito. Além disso, nos encontros posteriores à quinta sessão, Elisa não falou mais sobre a sensação de sufocamento ou dor no peito.

Ao final do quinto encontro, depois de nos despedirmos, pedi para conversar com Elisa em particular, para saber como estava se sentindo e se gostaria de iniciar uma psicoterapia individual. Falei a ela que muitas vezes as vivências que tínhamos em grupo tocavam em pontos mais importantes que poderiam ser melhor trabalhados individualmente, já que o grupo terapêutico tinha suas limitações de tempo e que não tinha o objetivo de ser uma psicoterapia. Demonstrando muito interesse, ela foi incluída no projeto Acolher e iniciou a psicoterapia individual, o que pode ter se tornado um

importante espaço de autocuidado que teve o grupo como porta de entrada e, contudo, pôde continuar independente do mesmo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Mas o homem não é uma máquina, nem a dor um mecanismo: entre a última, como instrumento virtual de proteção, e o primeiro, há a ambivalência e a complexidade da relação que une o homem ao mundo”

(Le Breton, 2013)

Na perspectiva aqui adotada, buscamos construir um espaço heurístico de reflexão sobre a vivência e o tratamento da fibromialgia que viabilize a compreensão da dor não como uma entidade descritiva, mas como uma experiência subjetiva diferenciada dos sujeitos que a vivenciam. A construção e interpretação dos indicadores que apontaram para a reconfiguração subjetiva da dor nos casos apresentados nos fornecem uma gama de reflexões que demonstram as implicações e a importância do reconhecimento da dor como uma experiência subjetiva, da hipnose em grupo como uma ferramenta importante para pessoas com fibromialgia, além das questões sociais e clínicas que não estiveram no eixo principal dos objetivos deste trabalho.

Segundo Le Breton (2013), fixar-se na organicidade da dor, em uma lógica que a metáfora homem-máquina se encaixa com exatidão, gera uma sensação de controle aos profissionais inseridos em um sistema de tratamento que não suporta a complexidade da experiência de dor, isso por desconhecer como acessar tal dimensão sob a ótica da ciência tradicional. Nos casos apresentados, foi possível interpretar elementos de configurações subjetivas que denunciaram a complexidade da experiência de dor vivida pelas participantes, muitas vezes ignorada em tratamentos tradicionais. Tais elementos estavam

relacionados a uma série de processos simbólicos, emocionais, espirituais e corporais que puderam ser alterados ou impactados a partir da vivência do transe em grupo.

No caso de Valéria, as dores crônicas estavam conectadas com missões familiares que perpassavam questões socioculturais, como papéis de gênero, que foram subjetivadas de forma rígida em suas relações. Na vivência de Elisa, a complexidade da subjetivação da dor também mostrou-se com clareza, ao romper a dicotomia mente-corpo na relação entre as experiências traumáticas de sua vida e as sensações físicas de dor e sufocamento, ainda que não tenha havido um acesso consciente a todas essas experiências.

Reconhecendo tal complexidade, a fibromialgia deixa o lugar universalista de “doença com causalidade desconhecida” e passa a adquirir sentido na experiência subjetiva e singular dos sujeitos. No caso de Valéria, por exemplo, a dor crônica se apresentou não apenas como um obstáculo diante do cumprimento de missões e papéis, causando sofrimento, mas, também, como um obstáculo transformador que exigiu a flexibilização dessas relações. Quando essa ação paradoxal da dor, de “destruição” e transformação, passa apenas por uma tentativa de eliminação de sintomas orgânicos – não muito efetivo nos casos apresentados –, há uma desconsideração de toda a rede de configurações envolvidas na experiência, além de reduzir ainda mais a autonomia do sujeito no desenvolvimento pessoal de buscar a cura ou uma melhor qualidade de vida. De acordo com Zanello & Bukowitz (2011), a medicalização toma forma de uma espécie de tecnologia estratégica que silencia as questões pessoais, sociais, e até mesmo políticas, que os sintomas nos denunciam.

Por meio das experiências de transe no grupo, foi possível oferecer um espaço de trocas afetivas que valorizasse a autonomia e a retomada da “crença nos mecanismos autorreguladores do organismo humano” (González Rey, 2011, p. 25), o que promove contribuições importantes tanto acadêmicas para a temática quanto sociais, no

desenvolvimento de tratamentos para a fibromialgia. Considerando as características da abordagem ericksoniana, ao destacar o protagonismo do sujeito na busca por recursos próprios durante a hipnose, as participantes puderam desenvolver uma co-responsabilidade pelo tratamento (Polejack-Brambatti, 2007), reconfigurando elementos relativos à subjetivação da dor. No caso de Valéria, houve uma mudança de postura, em que ela saiu de um lugar “impotente”, que não permitia que ela se impusesse diante de missões e relações familiares, para um sujeito que “consegue”, modificando elementos de sua autoimagem e autonomia. Dessa forma, a partir desse posicionamento ativo, Valéria realizou ações diferentes do habitual e participou da construção de um modo de vida mais saudável perante relações rígidas que constituíam sua experiência subjetiva da dor, possibilitando a reconfiguração da mesma.

Além da valorização dos recursos individuais, típicas da hipnose de Milton Erickson (Erickson & Rossi, 1979), no caso de Elisa, foi notória a valorização dos recursos do grupo, enquanto uma unidade, em um momento de dificuldade da participante. De acordo com Anzieu (1993), quando indivíduos se unem para superar uma crise, mesmo que protagonizadas por um deles, pode haver a emergência de uma unidade superior a cada indivíduo, e da qual cada indivíduo participa, formando, assim, um grupo. É interessante ressaltar que, no caso apresentado, isso ocorreu por meio da utilização do transe que, ainda que tenha uma característica aparentemente introspectiva e individual, foi apropriada como uma ferramenta terapêutica grupal importante para o momento de dificuldade de Elisa naquele contexto.

Outra questão importante e específica da hipnose em grupo, no contexto apresentado, foi a alteração de referências próprias do transe hipnótico (Neubern, no prelo). No segundo caso, a alteração eu-outro permitiu que uma das participantes tivesse uma experiência em transe com Elisa, abrindo um espaço para estreitamento de laços

também fora do transe. Assim, essa característica do transe em grupo pode permitir que as vivências individuais sejam “habitadas” por outras pessoas do grupo, favorecendo a formação de vínculos.

Essa alteração de referência eu-outro também promoveu uma habitação do grupo com seres espirituais pertencentes ao mundo subjetivo e individual de cada uma das participantes, mas que adquiriram sentidos diferenciados na subjetividade social do grupo. Diferentemente da *representação* de seres sagrados, ou da conversação sobre a temática, em atividades conjuntas, essa quebra de alteridade promove uma vivência espontânea do “eu” consciente do sujeito com o “nós” que o habita e se impõe, com toda a sua autonomia singular, durante o transe.

Como a espiritualidade foi colocada como uma dimensão importante pelas participantes do grupo, as vivências individuais com seres próprios do *sagrado* (Deus, espíritos, ancestrais) durante a hipnose foram acolhidas no grupo e, inclusive, pela pesquisadora ao buscar não apenas valorizá-las, mas também *utilizá-las* como recursos terapêuticos. No segundo caso apresentado, a participante Ruth conversou com Deus durante o transe e, em sua intimidade, pediu para o mesmo ajudar Elisa e, então, teve uma experiência de aproximação afetuosa com esta última, algo que, por sua vez, não parecia ser “permitido” naquele momento do grupo. Desse modo, a vivência do transe de Ruth, habitada por seres com sentidos singulares para a mesma, deixa de pertencer a apenas ela para abarcar relações interpessoais no grupo. Com isso, esses seres passam a também fazer parte do grupo como recursos, gerando um possível sentido relativo ao grupo ser protegido pelo mundo espiritual.

Ainda que não tenha sido o foco deste estudo, é necessário ressaltar a importância do acolhimento da espiritualidade na clínica, principalmente no contexto brasileiro (Neubern, 2010c; Instituto Gallup, 2010). Questões relativas a experiências humanas

ligadas ao sagrado têm sido historicamente colonizadas pela racionalidade científica, pois, ao reduzir o fenômeno espiritual em categorias explicativas aceitas pela ciência (como imaginação, arquétipos, alucinação, etc.), ele acaba sendo desqualificado em sua profundidade e enquanto um tipo de realidade específica (Neubern, 2013a). Ao retomar a subjetividade, em sua definição ontológica, como essencial para compreender processos humanos, o aspecto subjetivo da experiência espiritual torna-se extremamente importante no contexto clínico por constituir sentidos relativos a como tal experiência compõe a subjetividade do sujeito.

Isso pôde ser observado no encontro de Elisa com o seu pai, uma experiência que não poderia ser reduzida a nenhuma categoria explicativa universal desconectada dos sentidos subjetivos próprios de seu cenário. Por ser espírita, essa experiência pode ter gerado sentidos importantes sobre um encontro real com o espírito de seu pai, que aparece como um protetor, caminhando ao seu lado quando ela se encontrava em um lugar escuro. Em sua profundidade, esse fenômeno espiritual pode ter sido reorganizador de questões relativas ao sentimento de impotência e solidão. Além disso, tal encontro pode ter reconfigurado as experiências traumáticas de Elisa que se conectavam com sua dor, pois tais experiências foram concretizadas durante o transe, possibilitando um processo de tratamento protegido pela presença do espírito do pai – ela não estava mais sozinha diante de tamanho desafio. Indicadores dessa reconfiguração foram interpretados a partir de ações de Elisa que demonstraram uma postura mais confiante diante de seus trabalhos e de seus traumas, em busca de resoluções pessoais.

Ademais, é importante ressaltar que, como identificado na produção subjetiva de Elisa, em nossa experiência de pesquisa e atendimento nos grupos CHYS e ACOLHER, foi possível perceber uma frequência considerável da relação entre a vivência das dores crônicas e experiências traumáticas no passado, como abusos e maus tratos na infância

(Neubern, 2013b; 2013a; 2014). Assegurando a singularidade de cada uma dessas experiências, a correlação apresentada pode ser importante para estudos que busquem compreender como experiências traumáticas são subjetivadas e ancoradas no corpo, podendo se relacionar com o desenvolvimento de dores crônicas como a fibromialgia.

Neste estudo, o grupo terapêutico teve um papel fundamental na construção de um espaço acolhedor de ações e posturas que indicavam mudanças terapêuticas, além de fornecer estratégias construídas em conjunto para dificuldades compartilhadas. Um exemplo seria o desenvolvimento reflexivo a respeito do papel das mulheres e dos homens nas atividades domésticas, que deu início ao compartilhamento de estratégias e ações que flexibilizavam tais papéis. Nesse exemplo, a construção conjunta de reflexões foi especialmente importante no contexto da fibromialgia, pois esta abarca questões de gênero que têm sua relevância destacada na grande diferença proporcional entre mulheres e homens diagnosticados.

Diferente de pesquisas sobre a fibromialgia que apenas descrevem essa diferença proporcional sem qualquer problematização (Lima & Carvalho, 2008; Santos et al, 2006), o espaço de conversação sobre os papéis de gênero no grupo estudado proporcionou reflexões sobre a relação entre a sobrecarga de atividades das mulheres e a experiência de dor da fibromialgia. Alguns dados da literatura são importantes sobre essa questão, apreendida a partir da expressão das participantes. Vários estudos sobre a sobrecarga de trabalho doméstico dispendido pela mulher demonstram como a divisão do mesmo é desigual entre os gêneros (Bruschini, 2006; 2007; Perista, 2002). Em 2009, a Organização Internacional do Trabalho publicou que a quantidade de horas dispendidas em trabalhos domésticos no Brasil era de 18,3 pelas mulheres e de 4,3 pelos homens, numa diferença gritante de 14 horas (Lee, McCann & Messenger, 2009).

No grupo estudado, a sobrecarga de atividades foi uma temática importante trazida pelas participantes (principalmente atividades domésticas) demonstrando a importância dessa questão. No caso de Valéria, papéis rígidos de gênero perpassavam sua dificuldade em descansar, em abrir mão de cuidados domésticos ou delegar tais tarefas para o filho e o marido, ou seja, são papéis que constituem a construção subjetiva dos modos de relação que, por sua vez, podem se conectar às configurações subjetivas da dor. Assim, o simples pedido médico de que a mulher com fibromialgia “descanse” e deixe de fazer atividades domésticas, por exemplo, não problematiza toda a complexidade de como tal descanso é subjetivado em suas configurações, sendo ineficiente para mudanças em seu modo de vida. Diante disso, estudos posteriores que problematizem a relação entre a sobrecarga laboral e a vivência subjetiva de mulheres com fibromialgia podem enriquecer reflexões sobre questões socioculturais desse adoecimento. Além disso, tais estudos podem contribuir para a desmistificação dessa dor como algo “naturalmente” feminino, evitando explicações sexistas ou que priorizem apenas fatores biológicos de diferenciação sexual.

Outra questão sobre a vivência em grupo é a socialização promovida pelo grupo terapêutico, que se mostrou de grande importância para as participantes. Elas expressaram a dificuldade de encontrar espaços em que pudessem ter trocas relativas à vivência da fibromialgia sem passarem por julgamentos carregados de desqualificação e descrédito. Tal julgamento, relacionado à supervalorização de comprovações físicas que não existem na fibromialgia, acaba por afastar as pessoas que a vivenciam de diversas redes de apoio, tanto profissionais quanto sociais. Dessa forma, as participantes puderam construir um espaço em grupo de pessoas que não desqualificavam e nem julgavam a dor que sentiam, formando uma rede de apoio social com indicadores da possibilidade de terem gerado vínculos que ultrapassaram o tempo e espaço do grupo – elas trocaram contatos e combinaram de se encontrar para compartilhar conhecimentos sobre artesanato.

Sobre essa possibilidade da continuidade de processos que se iniciaram no grupo terapêutico, o trabalho da auto-hipnose merece destaque como uma ferramenta passível de transcender os encontros formais do grupo. A cada encontro era investigada a tentativa e lembrança de fazer exercícios de hipnose em casa e, assim como a vivência do transe nos encontros foi se tornando natural, em um aprendizado progressivo, o treino da auto-hipnose nos momentos externos ao grupo foi gradualmente praticado e compreendido como um momento pessoal singular, sem que houvesse uma norma geral de como fazer este exercício. Em razão da valorização da descoberta pessoal de *como* entrar em transe, própria da hipnose ericksoniana, acredito que esses exercícios possam ter sido incorporados de uma forma que fizesse sentido para cada uma das participantes, em seus diferentes modos de vida. Mesmo que não tenhamos informações sobre a continuidade dessa prática, o aprendizado da auto-hipnose pode significar possuir uma ferramenta importante no manejo na dor e em momentos de muita ansiedade – como mostrado nos casos, as participantes diziam que as ajudava a respirar melhor, aliviando desconfortos em momentos de dor e ansiedade.

Por fim, em relação às limitações do estudo, ainda que os atendimentos realizados tenham gerado uma grande diversidade de informações, muito importantes para a temática, foi realizado um recorte que envolveu dois casos de um dos grupos terapêuticos construídos. Contudo, os dois casos foram escolhidos por possuírem um importante valor heurístico para o desenvolvimento de reflexões teóricas pertinentes que abarcassem os objetivos da pesquisa (González Rey, 2005). Além disso, o desenvolvimento terapêutico do grupo de hipnose não foi abarcado em profundidade por este estudo, sendo realizadas reflexões sobre o cenário grupal quando necessárias para a compreensão de processos individuais. Assim, o foco no desenvolvimento de grupos de hipnose também pode ser um importante recorte a ser realizado em pesquisas posteriores.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anzieu, D. (1993). *O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bachelard, G. (1985). *O novo espírito científico*. (J. Hahne Jr, Trad.). São Paulo: Tempo Brasileiro. (Original publicado em 1934)

Benevides et al. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 14(32), 127-138.

Berardinell, L. M. M. (2010). Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado. *Rev. enferm. UERJ*, 18(4), 553-8.

Bion, W. R. (1975). *Experiência com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. São Paulo: Imago.

Bordo, S. R. (1997). O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: A. M. Jaggar e S. R. Bordo (Orgs). *Gênero, corpo, conhecimento*, pp. 19-41. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos temos.

Brasil V. V., Zatta L. T., Cordeiro J. A., Silva A. M., Zatta D. T., Barbosa M. A. (2008). Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 383-394. Acessado em 10 de janeiro de 2015. Disponível em:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a10.pdf

Brugnoli, M. P. (2014). *Clinical hypnosis in pain therapy and paliative care*. Illinois: C. H. Thomas.

Bruschini, C. (2006). Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*, 132(37), 537-572.

Bruschini, C. (2007). Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado?. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 23(2), 331-353.

Cardoso, F. S., Curtolo, M., Natur, J. & Império, L. J. (2011). Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*, 51(4), 338-50.

Carvalho, M. (1999). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo:

Chertok, L. & Stengers, I. (1990). *O coração e a razão: a hipnose em questão de Lavoisier a Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.

Costa, I. I. da. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: ABRAFIPP.

Csordas, T. J. (2002). *Body, Meaning, Healing*. New York: Palgrave, Macmillan.

Diniz, D. (2004). Mulher, trabalho e saúde mental. Em: Codo, *O trabalho enlouquece? Um encontro entre clínica e o trabalho*. Petrópolis: Vozes.

Diniz, D. (2006). Gênero, casamento e família: interações entre novos modelos e papéis. Em: Seminário internacional fazendo gênero 7. Editora Mulheres: Florianópolis.

Acessado em 05 de março, de 2015, disponível em:

http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/G/Glaucia_Diniz_05_B.pdf

Domingues, G. R. de S., & Moraes-Filho, J. P. P. (2009). Dor torácica não-cardiogênica. *Arquivos de Gastroenterologia*, 46(3), 233-239.

Edgette, J., & Edgette, J. (1995). *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy*. New York: Brunner & Mazel.

Erickson, M. H. & Kubie, L. (1941). The Successful Treatment of a Case of Acute Hysterical Depression by a Return Under Hypnosis to a Critical Phase of Childhood. *Psychoanalytic Quarterly*, 10(4), 122 – 144.

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

Erickson, M. H. & Rossi, E. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson, MD*. New York: Irvington.

Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (2003). *O homem de fevereiro*. Campinas: Livro Pleno.

Erickson, M. H. (1939). An experimental investigation of the possible antisocial use of hypnosis. *Psychiatry*, 2, 391-414.

Erickson, M. H. (1958). Naturalistic Techniques of Hypnosis. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 3-8.

Erickson, M. H. (1986). Symptom based approach in mind-body problems. In M. Erickson (Ed.), *Mind-Body communication in hypnosis*, pp. 67-202. New York: Irvington.

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

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

González Rey, F. L. (2002). Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. Tradução de Raquel Souza Guzzo. São Paulo: Pioneira

González Rey, F. L. (2012). *O Social na Psicologia e a Psicologia Social: a emergência do sujeito*. Petrópolis: Vozes.

González-Rey, F. (2011). *Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Editora Cortez.

Haley, J. (1985). *Conversations with Milton Erickson: changing individuals*. New York: Triangle Press

Haley, J. (1993). *Terapia não convencional*. São Paulo: Summus.

Instituto Gallup (2010). *Religiosity Highest in World's Poorest Nations*. Disponível em: <http://www.gallup.com/poll/142727/religiosity-highestworldpoorestnations.aspx#2>, acessado em 05 de junho de 2015.

International Association for the Study of Pain (2002). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. IASP press: Seattle.

International Association for the Study of Pain. (2014). *Integrative Pain Medicine: A Holistic Model of Care*. *Pain: Clinical Updates*, 22 (2), 1-6.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1996). *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Le Bon, G. (1920). *The crowd: a study of the popular mind*. Nova York: Fisher Unwin.

Le Breton, D. (2013). *Antropologia da Dor*. São Paulo: Fap-Unifesp.

Lee, S., McCann, D. e Messenger, J. C. (2009). *Duração do Trabalho em Todo o Mundo: Tendências de jornadas de trabalho, legislação e políticas numa perspectiva global comparada*. Secretaria Internacional de Trabalho. Brasília: OIT.

Lima, C. P. e Carvalho, C. V. (2008). *Fibromialgia: uma abordagem psicológica*. *Aletheia*, (28), 146-158.

Lima, M. A. G. & Trad, L. B. (2007). A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2672-2680. Acessado em 26 de maio de 2015, Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100015&lng=en&tlng=pt)

[311X2007001100015&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100015&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0102-311X2007001100015.

Loduca, A. et al (2014). Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. *Revista Dor*, 15(1), 30-35.

Marques, T. K., Bernardino, S. S. (2006). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* IX, 2, 263-278.

Merleau-Ponty, M. (2005). *La structure du comportement*. Paris: Puf. (original publicado em 1942).

Miceli, A. V. P. (2002). Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 363-373.

Moreno, J. L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica.

Morin, E. (1996). A noção de sujeito. In D. Fried-Schnitman (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. (J. Rodrigues, Trans.). (pp. 45 – 58). Porto Alegre: Artes Médicas.

Morin, E. (2011). *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Editora Sulina.

Morin, E. (2012). *O método 5: a humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Editora Sulina

Motta, L. F. & Santos, M. A. dos. (2002). Grupoterapia breve de múltiplos casais em hospital-dia. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 12(22), 69-81.

Nery, M. P. & Costa, L. F. (2008). A pesquisa em psicologia clínica: do indivíduo ao grupo. *Estudos de psicologia*, 25(2), 241-250.

Neubern, M. (2001). Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 241-252.

Neubern, M. (2004). *Complexidade e psicologia clínica: Desafios epistemológicos*. Brasília: Plano.

Neubern, M. (2009a). Hipnose, dor e subjetividade: considerações teóricas e clínicas. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 303-310

Neubern, M. (2009b). *Psicologia, hipnose e subjetividade: revisando a história*. Belo Horizonte: Diamante.

Neubern, M. (2009c). Hipnose e dor: proposta de metodologia clínica e qualitativa de estudo. *Psico USF*, 14 (2), 201–209.

Neubern, M. (2010a). Psicoterapia, dor e complexidade: construindo o contexto terapêutico. *Psicologia: Teoria & Pesquisa*, 26(3), 515– 523

Neubern, M. (2010b). Hipnose, singularidade e dificuldades na amamentação: um estudo clínico. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 305-313.

Neubern, M. (2010c). Hipnose e subjetividade: utilização da experiência religiosa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 235-245

Neubern, M. (2012a). Drama como proposta de compreensão da clínica de Milton Erickson. *Interação em Psicologia*, 16 (2), 307 – 315.

Neubern, M. (2013a). *Psicoterapia e espiritualidade*. Belo Horizonte: Diamante.

Neubern, M. (2013b). Hipnose, dor crônica e técnicas de ancoragem: a terapia de dentro para fora. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 297-304.

Neubern, M. (no prelo a). *Hipnose e dores crônicas: técnicas avançadas*. Belo Horizonte: Diamante..

Neubern, M. (2012b). Hipnose e sentidos físicos em psicoterapia: sobre a reconstrução da experiência do sujeito. *Psicologia em Revista*, 18(1) 119-133.

Neubern, M. (2012c). Técnicas hipnóticas, dor crônica, e a emergência do sujeito. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(2), 317-333.

Neubern, M. (2014). Fenomenologia, hipnose e dor crônica: passos para uma compreensão clínica. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 14(1), 144-167.

Nogueira, C. H., Lauretti, G. R. e Costa, R. M. N. (2005). Avaliação duplamente encoberta da hipnose em fibromialgia. *São Paulo Medical Journal*, 123(Suppl. spe), 14.

O'Hanlon, W. (1991). *Raízes profundas*. Campinas: Livro Pleno.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Otto, R. (2007). *O Sagrado*. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1917)

Patterson, D. (2010). *Clinical hypnosis for pain control*. Washington: APA.

Perista, H. (2002), "Gênero e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens". *Análise Social*, XXXVII(163) 447-474.

Pichon-Rivière, E. (1994). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.

Polejack-Brambatti, L. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com*

HIV/AIDS em Maputo, Moçambique. Tese de doutorado, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil.

Prigogine, I. & Stengers, I. (1997). *A nova aliança*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Provenza, J. K. et al (2004). Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44(6), 443-449.

Robles, T. (2001). *Terapia feita sob medida. Um seminário com Jeffrey Zeig*. Belo Horizonte: Diamante.

Robles, T. (2005). *Grupo de crescimento*. Belo Horizonte: Editora Diamante.

Rosen, S. (1994). *Minha voz irá contigo*. Campinas: Editorial Psy II.

Santos et al (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Fisioter*, 10(3), 317-324.

Santos, A. M. B. et al (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Fisioter*, 10(3), 317-324.

Santos, B. S. (1997). *O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez.

Santos, B. S. (2000). *A crítica da razão indolente*. São Paulo: Cortez.

Scheidlinger, S. (1996). História da Psicoterapia de Grupo. Em: Kaplan, H. I. e Sadock, B. J. (orgs) *Compêndio de psicoterapia em grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, T. R. et al. (2006). Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 180-189.

Sociedade Brasileira de Reumatologia (2004). Fibromialgia. *Projeto Diretrizes*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Stengers, I. (2001) Le laboratoire de l'ethnopsychiatrie. In: *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Paris: Synthelabo.

Teixeira, M. J., Teixeira, W. G. J., e Santos, F. P. S. (2001). Epidemiologia clínica do dor músculo-esquelética. *Revista de Medicina*, 80(1/2), 1-21. Retirado, em 20 de maio de 2015, de <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/63150/65940>.

Ulman, K. H. (1996). Psicoterapia de grupo com os fisicamente enfermos. In Kaplan & Saddock, *Compêndio de psicoterapia em grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Van Houdenhove, B. & Luyten, P. (2006). Stress, depression and fibromyalgia. *Acta neurológica belgica*, 106, 149-156.

Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Wozniak, D. F. & Allen, K. N. (2012). Ritual and performance in domestic violence healing: from survivor to thriver through rites of passage. *Cult. Med. Psychiatry*, 36, p. 80–101

Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed

Zanello, V. & Bukowitz, B.(2011). Loucura e cultura: uma escuta das relações d e gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys*, 20-21, 2011. Disponível em <http://www.tanianavarrosvain.com.br/labrys/labrys20/bresil/valeska.htm>. Acesso em 26 de novembro de 2013.

Zeig, J. (1983). *Seminário didático com Milton Erickson*. Rio de Janeiro: Imago.

7. ANEXOS

7.1 Anexo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Hipnose em grupos terapêuticos para pessoas vivendo com fibromialgia: uma possível reconfiguração da experiência subjetiva da dor”, de responsabilidade de Tatiane Santana Pereira, aluna de mestrado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é compreender o impacto da hipnoterapia em grupo na mudança da experiência subjetiva de dor em pessoas com fibromialgia. 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). As informações provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, sessões de hipnoterapia, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de informações será realizada por meio da conversação e participação nas sessões de hipnoterapia em grupo. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco direto e, tratando-se de um trabalho psicoterápico, mobilizações emocionais são naturais. Entretanto é possível que algumas pessoas do grupo possam apresentar conflitos que necessitam de um cuidado e acolhimento individualizado, nesse caso o atendimento psicoterápico individualizado será aconselhado disponibilizado no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), de acordo com a disponibilidade preferencial do grupo “Acolher – Vivendo e convivendo com dor e doenças crônicas”.

Espera-se com esta pesquisa que os participantes apresentem indicadores de mudança terapêutica e melhora na qualidade de vida a partir da reconfiguração da experiência de dor e da construção de vínculos entre participantes, por meio da vivência nos grupos terapêuticos de hipnose.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. 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, você pode me contatar através do telefone 61 9149-6297 ou pelo e-mail tatianasant@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio da disponibilização da dissertação de mestrado que será gerada como fruto desta pesquisa, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____

7.2 Anexo 2

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Hipnose em grupos terapêuticos para pessoas vivendo com fibromialgia: uma possível reconfiguração da experiência subjetiva da dor”, sob responsabilidade de Tatiane Santana Pereira vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise de informações por parte da pesquisadora responsável e orientador da pesquisa, Prof. Dr. Maurício Neubern.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____