

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
MESTRADO EM PSICOLOGIA
LINHA DE PESQUISA PSICOLOGIA E SAÚDE

O TRANSE HIPNÓTICO COMO POSSIBILIDADE DE
EMERGÊNCIA DO SUJEITO

OLAVO DALCANALE RIGON NETO

BRASÍLIA – DF
2017

OLAVO DALCANALE RIGON NETO

O TRANSE HIPNÓTICO COMO POSSIBILIDADE DE EMERGÊNCIA DO SUJEITO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia e Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Bizerril

BRASÍLIA – DF

2017

Nome: Rigon, Olavo Dalcanale

Título: O transe hipnótico como possibilidade de emergência do sujeito.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. José Bizerril.

Brasília – DF, 06 de junho de 2017

Banca Examinadora:

Prof. Dr. José Bizerril Neto, Centro Universitário de Brasília
Orientador

Prof. Dr. Mauricio da Silva Neubern, Universidade de Brasília
Examinador externo

Prof. Dra. Valéria D. Mori, Centro Universitário de Brasília
Examinador interno

AGRADECIMENTOS

A minha família que, apesar de distante fisicamente, sempre esteve junto nessa caminhada e que sem o seu carinho e cuidado esse projeto não teria sido possível.

Ao Prof. Dr. José Bizerril Neto, por abraçar a pesquisa e por ter me mostrado, ao mesmo tempo que permitido eu percorrer o meu caminho. Meu muito obrigado.

Aos Professores Examinadores, pela gentileza e interesse durante o processo.

Às participantes da pesquisa que mesmo achando que estavam somente tratando de si mesmas e suas vidas, permitiram que os nossos encontros fossem fonte de modificação recíproca.

Em especial ao Prof. Dr. Mauricio Neubern que há muito tempo atrás me mostrou que era possível uma clínica de hipnose ética e cuidadosa.

E por último, mas não por isso menos importante, Bob. Exemplo de laço saudável.

RESUMO

RIGON, O. D. **O transe hipnótico como possibilidade de emergência do sujeito.** 2017. Tese (Mestrado) – Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2017.

Esta dissertação explora o transe hipnótico como um movimento de religação e reconfiguração das relações do sujeito no *setting* clínico de psicologia através de dois estudos de caso. A hipnose enquanto prática clínica tem ampliado sua visibilidade em várias áreas da saúde. Apesar desse movimento, sua natureza e funcionamento ainda são motivos de debates e divergências. Tanto a hipnose como a psicologia sofrem ainda influências de um modelo biomédico causalista, que aparece como autoridade social e saber pautado num olhar diagnóstico. Modelo que também estimula uma subjetividade privatizada na construção de um *self* individual, autônomo e excessivamente racional. Também promove impactos importantes no viver com separações fundamentais entre mente e corpo, eu e outro/mundo, estabelecendo uma experiência com o mundo mediada pelo pensamento discursivo, e desconsiderando outros elementos constituintes do sujeito. Adota-se a perspectiva do transe hipnótico como experiência qualitativa do sujeito num movimento de religação e reconfiguração dessas relações, já que o viver moderno distancia-se da experiência fundamental e constituinte do sujeito que é em relação com os outros e com o mundo. Nos casos estudados o transe fornece a experiência de agregar elementos da subjetividade e intersubjetividade/intercorporeidade para a construção de um novo viver. A corporeidade aparece como um campo metodológico em aberto, que se distancia de diagnósticos preestabelecidos e auxilia na compreensão do sofrimento do indivíduo enquanto estar no mundo. Permite assim entendimentos e expressões particularizadas do sujeito e suas relações com o mundo.

Palavras-chave: Transe hipnótico. Psicologia. Intersubjetividade. Corporeidade.

ABSTRACT

RIGON, O. D. **Hypnotic trance as possibility for the emergency of the subject.** 2017. Thesis (Master) – Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2017.

This dissertation explores the hypnotic trance as a reconnection and reconfiguration of the subject's relations in the clinical setting of psychology through two case studies. Hypnosis as a clinical practice has increased its visibility in several health areas. Despite this movement, its nature and functioning are still reasons for debate and divergence. Both hypnosis and psychology are still influenced by a causal biomedical model, which appears as a social authority and is guided by a diagnostic approach. This model also stimulates a privatized subjectivity in the construction of an individual, autonomous and excessively rational self. It promotes important impacts on living with fundamental separations between mind and body, self and other/world, establishing an experience with the world mediated by discursive thought, and disregarding other constituent elements of the subject. The hypnotic trance perspective is adopted as a qualitative experience of the subject in a movement of reconnection and reconfiguration of these relations, since modern living distances itself from the fundamental and constituent experience of the subject that is in relation with others and with the world. In the cases studied the trance provides the experience of adding elements of subjectivity and intersubjectivity/intercorporeity to the construction of a new living. Embodiment appears as an open methodological field, which distances itself from pre-established diagnoses and helps in understanding the suffering of the individual while being in the world. It thus allows particularized understandings and expressions of the subject and his relations with the world.

Keywords: Hypnotic trance. Psychology. Intersubjectivity. Embodiment.

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. A RAZÃO INDIVIDUAL | 15 |
| 3. UM ESTAR FENOMENOLÓGICO | 26 |
| 4. TRANSE HIPNÓTICO ERICKSONIANO | 40 |
| 5. METODOLOGIA | 53 |
| 6. ESTUDOS DE CASO | 59 |
| 7. CASO 1 – MARIA | 59 |
| 8. CASO 2 – CLARA | 79 |
| 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 91 |
| 10.REFERÊNCIAS | 98 |

1 INTRODUÇÃO

A hipnose enquanto prática no campo de saúde esteve por muito tempo relegada a um segundo plano, sendo tratada como sinônimo de não ciência ou como charlatanismo e misticismo.

Essa realidade tem se alterado significativamente nas últimas décadas com a inclusão gradativa do seu uso em várias áreas da saúde no Brasil e no mundo, ampliando-se os estudos e debates sobre o assunto. E mesmo com esse aumento é possível admitir que ainda exista uma carência razoável na academia de discussões sobre o tema.

Assim como aconteceu com a psicologia que, como resultante de uma construção do pensamento moderno ocidental, no sentido de tornar-se ciência adota um movimento de padronização e quantificação necessários para um saber confiável (Rose, 2011; Neubern, 2004, 2012), a hipnose moderna também o fez estruturando teorias com modelos de indução de transe hipnótico para fins específicos e criando escalas como a de susceptibilidade hipnótica¹ por exemplo.

Nesse movimento de alinhamento com a ciência trouxe tanto para a psicologia quanto a hipnoterapia pontos passíveis de questionamento como a noção de controle e previsibilidade do comportamento humano, que dentro da clínica podem aparecer na forma de garantia de resultado ou mesmo na delimitação do que é possível se pensar para a pessoa enquanto melhora de seu estar no mundo.

Trouxe também para a clínica uma relação altamente hierarquizada com divisão clara e bem estabelecida de poderes que informam quem é o detentor de um suposto saber e quem está subjugado a essa expertise². Talvez a visão clássica (e porque não dizer quase caricata) do hipnotizador possuindo poderes capazes de controlar o sujeito seja bem representativa dessa relação, de um lado um conhecimento específico que capacita e do outro alguém que se sujeita em busca de

¹ SHSS – Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (Wistzenhoffer & Hilgard, 1959) é um procedimento composto de indução hipnótica e várias sugestões de fenômenos hipnóticos (mão pesada, alucinação de paladar, imobilização do braço, etc) que visam avaliar quanto o sujeito é susceptível à hipnose e em qual profundidade.

² O termo “expertise” é utilizado por Rose (2011) no sentido de uma autoridade social que é decorrente de uma suposta verdade e possuidora de eficácia técnica.

novos aprendizados com uma promessa de emancipação muitas vezes enganosa (Neubern, 2012).

O intuito aqui nesta pesquisa é abordar o fenômeno do transe hipnótico com uma perspectiva um pouco diferente, colocando-o qualitativamente enquanto experiência do sujeito e assim com possibilidade de emergência³ do mesmo.

O tipo de transe hipnótico que utilizo é baseado nos ensinamentos de Milton H. Erickson (1901-1980) que no século passado trouxe uma nova maneira de se abordar a hipnose fundamentada mais no respeito às características resultantes da co-presença, como a influência mútua, utilização das construções sociais/culturais e subjetivações trazidas e compartilhadas, e tomo como referência central ao tratar do assunto hipnose o trabalho de François Roustang (1923) que, entre outras características, coloca o corpo mais presente no transe como uma inteligência potencial na produção de novos movimentos para o sujeito da clínica.

Neste sentido, utilizarei na pesquisa dois estudos de caso na tentativa de ampliar entendimentos sobre o transe hipnótico e seu uso.

Com uma abordagem fenomenológica a análise será a partir dos aspectos de corporeidade propostos por Csordas (2008, 2013) que coloca o ser humano como fonte e resultado da cultura, no sentido de dar mais visibilidade a questões de ordem intercorporal que comumente são esquecidas na clínica.

A utilização da corporeidade aqui associada à hipnose parte de um entendimento de que a experiência humana envolve vários elementos como memória, percepção e sensação que informam sobre o nosso estar no mundo, que incluem movimento corporal, gesto e postura como técnicas que são aprendidas intersubjetivamente e intercorporalmente, mas também são subjetivadas de forma específica.

Parto do trabalho de Merleau-Ponty (1908-1961) e sua noção de intersubjetividade enquanto condição básica da nossa existência, o quiasma que nos une ao mundo, e o distanciamento provocado desse entendimento de construção conjunta do nosso viver para o qual a cultura ocidental tem caminhado ao reforçar um

³ Mais à frente explicito o significado da emergência do sujeito que aqui diz respeito uma incorporação no viver de elementos que muitas vezes são esquecidos ou ignorados pelo indivíduo.

ideal de *self* individualizado e pautado pela razão. Acrescento também à discussão do transe e dos objetivos do processo terapêutico clínico o trabalho de Sheets-Johnstone (2009) sobre corporeidade com um olhar mais evolucionista que traz o corpo tátil-cinestésico com memória cinética como fundamento, um corpo predisposto ao movimento, e as relações entre movimento e emoções.

No decorrer do texto tomei a liberdade de utilizar deliberadamente dois termos para me referir ao cliente da clínica enquanto pessoa, mas que fazem referência a momentos distintos do seu viver: “indivíduo” no sentido de um *self* excessivamente individualizado, afastado e mais desconectado do seu ambiente relacional (mundo, pessoas, coisas), fechado em si mesmo e assim passível de mais sofrimento; e “sujeito” quando me referindo a pessoa com sua rede relacional e capacidade de agir restabelecidas, associado a uma certa noção de autonomia que envolve uma heteronomia, uma interdependência entre ela e o mundo, como veremos mais à frente.

A noção de constituição do *self* fenomenológico que utilizo visa enfatizar a importância do corpo como ser vivente, não um indivíduo mental, pensante somente, mas um ser encarnado que é indissociável dessa condição.

Os objetivos da pesquisa estão fundamentados na premissa de que o transe hipnótico é um tipo de experiência que permite à pessoa um maior acesso a elementos de ordem subjetiva e intersubjetiva/intercorporal. Neste sentido o objetivo geral seria discutir o transe hipnótico como possibilidade de emergência do sujeito na clínica de psicologia.

Como desdobramento, a pesquisa tem como objetivos específicos compreender como a intersubjetividade/intercorporeidade que comparecem no transe hipnótico podem colaborar no processo de mudança do indivíduo na clínica; e compreender como o transe hipnótico possibilita a produção de novos movimentos do sujeito na sua rede relacional constituinte.

2. A RAZÃO INDIVIDUAL

A psicologia enquanto ciência aparece com em um determinado contexto histórico da cultura ocidental na busca por compreensões e possibilidades de cuidado com o sofrimento do ser humano, tão diversificado quanto as diferenças culturais, incorporando entendimentos de que existem questões além do fisiológico envolvido.

Por ter se institucionalizado num momento quando um modelo biomédico, pautado pela representação do mundo em termos causais teve forte influência nas linhas de psicoterapia. Teve como consequência um foco excessivo na patologia do funcionamento humano atrelada a conceitos implícitos ou explícitos de normalidade social (González Rey, 2007).

Como as outras ciências, também esteve (e está) sob a égide de leis que buscavam o conhecimento empírico, objetivo, identificável, passível de reprodução e neutro, sempre baseada no estudo do comportamento e processos mentais e tendo o indivíduo como unidade básica (Goodwin, 2010).

Afirmar que o indivíduo é a unidade básica do estudo da psicologia só é possível de estar correto se não questionarmos o que é psicologia e para que serve. De fato, ao incluir plenamente a psicologia social na definição de psicologia, mas também considerando o argumento de Rose (2011), de que a psicologia desse o princípio foi uma tecnologia de governo das subjetividades, não seria produtivo reduzi-la apenas ao foco do indivíduo, mesmo nos contextos em que esta é a autoimagem da disciplina e de seus profissionais.

Entre outras características, principalmente a razão ou capacidade de pensar tem sido utilizada para definir o que significa ser humano, para nos diferenciar e nos colocar enquanto espécie habitante deste planeta numa posição superior aos outros animais e natureza, como sinônimo de crescimento e evolução individual e social, promovendo separações importantes e impactantes advindas dessa compreensão.

Além de construir um afastamento do sujeito da natureza, resultou também na separação da mente com o corpo, a razão das emoções, com uma maneira de estar

no mundo que acaba por naturalizar essas separações que são incorporadas como padrões habituais de referência.

A psicologia hegemônica e boa parte das ciências tornou natural a compreensão do indivíduo como dissociado do seu corpo, de modo que a razão supostamente deveria exercer um controle sobre esse mesmo corpo, desconsiderando ou suprimindo uma parte sensível existente na apreensão do mundo e das coisas que nos constituem enquanto seres humanos, o que envolve também sensações e emoções (Capra, 2002; Neubern, 2004, 2012; Qin, 2016).

O resultado é a redução do ser humano a partes pertencentes a um mecanismo, considerando-se que é possível analisa-lo a partir de partes separadas e modelos que o isolam, enquanto de fato os organismos vivos possuem uma interação e interdependência mútua entre si, seu ambiente e cultura.

Como esse trabalho é inevitavelmente influenciado pela minha experiência clínica de psicoterapia e hipnose, faço deliberadamente um esforço de me distanciar da compreensão de que a organização do ser humano e seu bem-estar dependem excessivamente de uma característica racional. Estudos mais recentes em psicoterapia como o de Gonzalez-Rey (2007, 2011) e Neubern (2004, 2009) por exemplo, enfatizam a importância de uma clínica que respeite e leve em consideração o sujeito com toda a sua complexidade, dando especial atenção ao papel das emoções e como ela está configurada singularmente em cada um.

As terapias de Milton Erickson (Erickson & Rossi, 1979, 1981; Erickson et al. 2003) com a hipnose eram um pouco mais radicais em relação a importância dada à razão ou à compreensão racional no *setting* terapêutico, onde trabalhava com o consciente e inconsciente⁴ do(s) sujeito(s), muitas vezes deixando claro que a parte inconsciente seria muito mais importante e inteligente no processo do que o entendimento racional.

Num sentido contrário, a importância dada a razão ao longo do percurso da psicologia resulta numa hegemonia desta que, por sua vez, separa o indivíduo do mundo, pois privilegiar essa capacidade promove uma particularização no

⁴ Mesmo entendendo que o significado dado ao inconsciente pela psicologia não corresponde ao tratamento que aqui dou, ligado a uma outra inteligência vivencial que abordo mais à frente, na falta de outro termo que o represente com maior precisão faço o seu uso na descrição dos casos clínicos.

entendimento de como é o seu estar no mundo, fortalecendo uma percepção de *self* individualizado que constantemente é reificada e estimulada.

Essa mesma tradição científica que funda a psicologia ajudou a deslocar poderes antes reservados ao sagrado⁵ para o *self* individual. Assim, esse movimento de autocentrar-se do indivíduo promoveu naturalmente desqualificações de saberes que foram marginalizados como alternativos ou místicos (Neubern, 2012), auxiliando no movimento de separação do corpo e outras apreensões possíveis além da razão. Nesse contexto, o que não se adequava aos interesses vigentes era descartado como possibilidade científica.

Esse predomínio da razão que vem sendo construído historicamente inevitavelmente à psicologia e suas principais teorias. Estas também acabam por prestar serviço à construção e manutenção de uma maneira de funcionamento e compreensão do ser humano, produzi, entre outras coisas, um modelo de *self* caracterizado pela subjetividade interiorizada e pela hipervalorização da individualidade enquanto experiência privada, cuja verdade é pessoal, sem aspectos coletivos ou sagrados (Rose, 2011; Figueiredo, 2015; Figueiredo & Santi, 2015; Neubern, 2004; Qin, 2016).

Vale ressaltar o papel que tem desempenhado a psicologia oficial na reprodução e validação de uma subjetividade exageradamente individualizada, alinhada com o poder vigente, desenvolvendo know-how específico e se instrumentalizando para cumprir tal tarefa (Rose, 2011; Foucault, 1977).

Nesse sentido, Rose (2011) e Figueiredo & Santi (2015) apontam que a ideia de subjetividade privatizada foi fundamental para a construção da psicologia científica e vão além ao afirmar que essa experiência subjetiva precisaria também entrar em crise, uma crise que justifique a necessidade da busca por soluções. Desde o seu início a psicologia surge como um saber ocupado em lidar com as subjetividades problemáticas.

Essa crise acontece porque aspectos da experiência privada que são almeçados e estimulados, como no caso da autonomia que traz implícito ideais de

⁵ O sagrado como um espaço diferente do habitual, no qual estamos acostumados a pensar e interpretar a partir de construções já feitas. Ou seja, sagrado não é o espaço conhecido e assim, indeterminado e passível de outras apreensões (Eliade, 2001).

liberdade e particularidade, são em grande parte ilusões pois o indivíduo está mais conectado a uma teia de construções sociais e culturais do que imagina, ou como coloca Qin (2016) estimulando uma relação negativa entre o eu e o outro, cujo contexto o desenvolvimento desse *self* passariam por níveis que aumentam essa separação estimulando a independência pessoal, favorecendo assim um mal-estar já que a condição original do sujeito não é de isolamento.

Partindo do princípio de que a corporeidade é nossa condição básica de estar no mundo: “como seres encarnados nós apreendemos o mundo através de compreensões compartilhadas, fazendo o mundo o uma experiência social e intersubjetiva” (Qin, 2016, p.3). Além disso, levando em consideração que a psicologia tem estimulado teorias que compartilham uma noção de autodesenvolvimento ligada a autonomia ou independência pessoal, um *self* exageradamente individualizado aparece com grande potencial de separar o indivíduo da sua vida que aparece nos laços com o mundo.

Por fazer parte da construção cultural da sociedade ocidental, princípios como o da autonomia tem norteado a clínica psicológica enquanto diretriz dos seus trabalhos na busca por soluções para o indivíduo que a procura. Essa noção de autonomia inclui em alguma medida a capacidade de racionalização para se analisar e tomar decisões autônomas que sejam livres de influência (Dias et al, 2007), e por mais que partam da premissa de respeito ao indivíduo, a busca por autonomia deve ser abordada com cuidado pois pensar num *self* individual autônomo e independente pode não ser uma alternativa interessante quando se busca por soluções para problemas que representem alguma forma de isolamento no viver.

Um bom exemplo dessa questão pode ser ilustrado pelo caso paciente esquizofrênico *John* de Milton Erickson (Zeig, 2003). Ele teve como objetivo mantê-lo afastado do hospital e com uma vida em alguma medida produtiva na formação de vínculos (difíceis neste tipo de adoecimento). Deu a ele um cachorro (Barney) que ficou na casa de Erickson tendo John a obrigação de comparecer duas vezes ao dia para alimentar e cuidar dele. Estratégia utilizada para a criação e fortalecimento de vínculos entre o paciente, cachorro e sua família, chegando até a escrever cartas em nome de Barney para se alcançar os objetivos terapêuticos.

Uma autonomia diferente da que muitas vezes é buscada, inclusive na psicoterapia, principalmente pelo fato de que parte importante daquilo que é considerado autonomia diz respeito à capacidade de pensar livremente (uma liberdade na prática inconcebível) para poder decidir, colocando um poder demasiado no indivíduo, fortalecendo a subjetividade individual e enfraquecendo ou mesmo esquecendo a base da sua constituição que é intersubjetiva e intercorporal.

Com um *self* individualizado, temos um indivíduo desconectado em relação ao outro, que sofre com a distância resultante entre o que é idealizado, que privilegia a individualidade, e o que na prática acontece em relação ao seu estar no mundo, desde a busca por prazer, por exemplo, que é transferida para a esfera individual de uma maneira muitas vezes desenfreada na tentativa de satisfação pessoal, como também a responsabilização pelo seu bem-estar. Essas opções se estruturam com potencial de causar percepções negativas diante das expectativas cultivadas, ligadas a ideais de autonomia e autossuficiência.

Rose (2011) traz uma visão da psicologia como *expertise*, ao coloca-la como prática de um tipo de autoridade social que reivindica um saber detentor da verdade sobre o humano pautado por um olhar diagnóstico ou patológico. Tal saber sobre a subjetividade fornece um conhecimento que permite que se aja de forma racional e calculada, criando condições técnicas e éticas para o seu uso dentro dos critérios adotados como normalidade. A meu ver, esses critérios podem levar a uma ilusão de uma subjetividade autônoma possível.

A criação de um indivíduo quantificável tem servido para possibilitar que este seja moldado e ajustado de acordo com valores de referência que nem sempre são expostos claramente, mas que mesmo assim influenciam de forma determinante o viver do sujeito.

Penso que em relação à parte clínica aliada a esses valores de referência, existe uma possibilidade razoável de se criar uma ilusão de eficácia enquanto *expertise*, pois o que muitas vezes se consegue fazer é ajustar o indivíduo a um modelo que também é responsável pelo sofrimento que o traz à clínica.

Essa produção do *self* individual na sociedade ocidental envolve outro ponto importante, como coloca também Rose (2011), que é a possibilidade de calcular a subjetividade e assim administrar melhor as coletividades, fator fundamental para se

entender como o sujeito é perpassado por questões de ordem social e cultura que passam à margem de sua percepção subjetiva e que em termos de tratamento na clínica traz compreensões diferenciadas.

O cliente vai à clínica principalmente em busca de auxílio para o sofrimento vivenciados com o qual não dá conta de lidar sozinho. Busca algum tipo de mudança que possibilite sair da posição em que se encontra e que, independentemente de qual seja, implica em tratar de uma imobilidade em relação a uma situação que o está impedindo de se movimentar com menos esforço e mais fluidez no seu ambiente e rede relacional (Roustang, 2015).

Esse mesmo cliente muitas vezes chega à clínica por conta de uma configuração de estar no mundo que é pautada por ideais de um *self* individualizado que supostamente deveria dar conta do viver, mas que não está dando. Tanto a clínica de psicologia como a clínica de hipnose passam a ser uma esperança de um novo aprendizado, de ter alguém que lhe ensine novamente, já que o profissional que ali se encontra é detentor de um suposto saber sobre as verdades do viver humano.

A clínica psicológica de hipnoterapia pode tranquilamente ser alicerçada pelo ideal emancipatório do *self* ocidental e pode também ficar engessada em suas teorias, desconsiderando assim o sujeito que se apresenta com suas particularidades (Neubern, 2012). É um risco que o profissional no consultório corre, de não perceber o outro corpo presente se ele também não assumir uma outra posição, diferente da tradicional, que, neste caso, significa ir além da compreensão observável racional.

Ao tratar da clínica da hipnoterapia, Roustang (2015) coloca que o objetivo terapêutico deveria passar sempre pela ideia de permitir ao sujeito que ele perca aquele seu isolamento com o mundo que o excesso de racionalização pode promover, assumindo assim uma nova configuração no seu espaço relacional que permita se integrar de forma mais plena em sua existência, com novos movimentos, sem que ele precise pensar demais sobre o movimento que faz. Esse sujeito, quando bem situado no seu espaço, se interessa menos por si mesmo e seu viver é mais automático, mesmo sendo composto de estruturações intersubjetivas e intercorporais.

A clínica tradicional com o seu corpo de teorias que compõem suas práticas, se reprodutoras apenas de um modelo vigente de autonomia racional, não pode fornecer algo de novo ao indivíduo que a procura. Como coloca Neubern (2012), a

psicologia passou a oferecer uma possibilidade emancipatória ao sujeito ao mesmo tempo que esteve alinhada com as ciências modernas na imposição de uma verdade sobre o viver. Pensar o profissional de hipnoterapia na clínica psicológica necessariamente preso ou engessado em sua teoria e assim não aberto a novas expressões e possibilidades do viver do sujeito, não me parece uma ideia interessante.

Se o que procuramos são alternativas que resultem em menos sofrimento ou menos estagnação no viver de quem vem à clínica, um movimento diferente se faz necessário, não só para o cliente mas para o hipnoterapeuta também, pois se repetirmos os mesmos movimentos seria no mínimo estranho esperar resultados diferentes. Nesse sentido, se o excesso de razão e o excesso de individualização se tornam um problema, e fazer mais disso no *setting* terapêutico pode não ter muito de terapêutico, pois corremos o risco de reforçar essa separação do indivíduo. O que aparece como interessante é a possibilidade de fazer um outro movimento gerador de novas experiências e aprendizagens que lhe permitam sair do seu isolamento e se colocar novamente no seu ambiente e rede relacional de uma forma mais saudável⁶ para o cliente, que é vivencial.

Não existe um eu sem o mundo (Merleau-Ponty, 2007, Roustang, 2015), um não existe sem o outro assim como não existe claro sem escuro, quente sem frio. Pelo menos não realidades tão separadas e estanques, o que faz com que não seja possível olhar para o sujeito de forma completamente individualizada e separada, seja ele separado das suas relações ou sua racionalidade separada dos afetos, ou mesmo um consciente separado do inconsciente. É justamente esta maneira de estar no mundo que provoca o sofrimento (Roustang, 2015) e que traz para a clínica da hipnose um objetivo de religação dos laços com o mundo em alguma medida.

O objetivo aqui é enfatizar que a noção de *self* que estamos construindo produz um excesso de individualidade, um indivíduo autocentrado e autoreferenciado, em cujo contexto a razão desempenha um papel fundamental como grande diferencial do que significa ser humano, distinguindo-o e separando-o inclusive da sua natureza corporificada, que é “em relação com”. Tal situação favorece um não reconhecimento

⁶ O saudável aqui é no sentido de não ser prejudicial ao viver do sujeito, sem ter uma predefinição do seu significado, mas que caminhe em direção de um viver mais em comum do que separado.

de uma interdependência do outro e do ambiente, distanciando-nos de trocas afetivas que sejam mais saudáveis e favorecendo a sensação de estar sozinho e ser responsável por seu crescimento e bem-estar. Isso se deve a uma demanda social incorporada como desejo.

Alguns tipos de trabalhos específicos realizados com hipnose (e algumas linhas de hipnose) envolvem a noção de buscar no passado uma descoberta ou compreensões sobre si mesmo pelo indivíduo, como nos casos de regressão de idade por exemplo, que são como um movimento de “olhar para dentro” ou para essa instância que comumente é chamada de inconsciente e que, em alguma medida tem um significado de autoconhecimento para o indivíduo, de desbravamento de uma individualidade que deveria melhorar sua condição no mundo. Mas o que esse movimento da hipnose pode garantir é a “descoberta” de nossa condição original que é em relação com o mundo, entrelaçados e não separados, uma descoberta ou aprendizado que é vivencial (Roustang, 2015).

Esse movimento de interiorização é em parte contraditório pois vai em busca de um *self* individual, mas que, na verdade, deve permitir a descoberta de outros *selves* e objetos comungados. Essa descoberta não diz respeito a ter consciência analítica ou racional somente dessa condição, pois esse tipo de consciência implica numa separação da experiência por definição, mas principalmente estar na relação com o mundo de uma forma mais saudável é estar com sua rede relacional de uma forma que o viver seja mais fluido e que demande menos esforço do pensar.

Se o viver do indivíduo é povoado por relações de alguma forma não resolvidas que tragam preocupações ou sentimentos em excesso como tristeza e raiva por exemplo, impede a fluidez do viver, pois demandam esforço contínuo. Sua rede relacional e seu ambiente ficam prejudicados. Com menos laços afetivos mais separação acontece, mais sozinho o indivíduo fica, com grandes possibilidades de tornar o viver mais penoso, de se auto responsabilizar, auto cobrar e auto culpar, muitas vezes desproporcionalmente de uma forma que gere sofrimento.

Se coloco que o cliente na clínica de hipnoterapia não pode ficar restrito apenas a pensar o que precisa mudar ou mesmo ficar fazendo uma pesquisa arqueológica que justifique sua condição atual a fim de promover algum insight que resolva sua

situação, o terapeuta também não pode apenas estar presente de pensamento ou raciocinando sobre o caso que se apresenta, embasado por uma teoria.

O terapeuta precisa colocar-se também numa outra posição onde os corpos ficam mais dispostos uns aos outros e ao mundo que os permeia, aberto assim para que outras compreensões além do racional ou observável possam aparecer e contribuir para a mudança que se deseja. Os corpos trazem informações sobre o estar no mundo, as construções e aprendizados feitos pelo indivíduo e que muitas vezes não são verbalizadas e estarmos mais sensíveis a isso é importante para o processo terapêutico pois trazem aspectos do cliente e das suas relações.

Enquanto hipnoterapeutas não podemos dizer como o cliente deve se mover dentro do seu ambiente pois, semelhanças à parte, suas experiências trazem particularidades que fazem com que somente o próprio cliente possa saber e fazer bom uso delas para se colocar no mundo de uma outra forma que seja mais saudável para si. O que o terapeuta pode fazer é preparar o caminho para que este seja percorrido de outra forma alternativa à que já se conhece e não funciona mais.

Nesse sentido, Erickson (Erickson & Rossi, 1980b) afirmava que a necessidade de entendimento de que o local de transformação criativa residia no paciente, não no terapeuta. Assim o trabalho do terapeuta seria o de facilitar ou permitir o trabalho do cliente. É um entendimento de pelo menos dois pontos importantes do approach ericksoniano, do respeito às características, história, atitudes e experiência trazidos pelo cliente à clínica e a confiança na utilização do inconsciente como parte fundamental do processo terapêutico.

Nossa sociedade determina e qualifica o que chama de vícios. Alguns como lícitos e ilícitos, como no caso do álcool ou anfetaminas cujo uso social é autorizado mesmo que alguns necessitem de prescrição médica, mas que podem ser qualificados como vício dependendo da quantidade e frequência de uso, enquadrando-se aqui também “comportamentos” como consumo ou jogos por exemplo, e os não autorizados que não dependem da quantidade ou frequência, como o crack. Talvez seja possível colocar o pensamento discursivo em excesso também como um vício: o sujeito ficar elaborando o tempo todo, julgando, nomeando, ocupando-se com tal intensidade tem enorme potencial de desconectar o indivíduo do mundo, fazendo-o fechar em si mesmo, nos seus problemas, obrigações, sem que entenda que o que

ele precisa é um movimento diferente que o abra mais para o seu mundo, para as ligações que compõem sua vida.

Na clínica, é comum as pessoas chegarem com dificuldades em parar de pensar, como se isso significasse dormir ou não viver. O excesso de pensamento que traz também necessidade do concreto, mensurável e controlável, tão estimulado e privilegiado culturalmente, pode ter como resultado estagnação e sofrimento. Já que experimentar e pensar não acontecem ao mesmo tempo, qualquer elaboração que se faça sobre uma experiência é feita a posteriori. Elaborar demasiadamente pode limitar a experiência do indivíduo, ou ao menos limita-lo fundamentalmente a uma forma de experimentar o mundo mediada pelo pensamento, como se o pensamento discursivo fosse a única forma de inteligência.

Neste sentido, Sheets-Johnstone (2009) afirma que existem outra maneira de *pensar* além do racional atrelado a um sistema de linguagem, ao tratar do que chama de *pensar em movimento*⁷, no sentido de que existe outra inteligência presente no (do) corpo. Há toda uma atividade não verbal que acontece no estar consciente do sujeito quando ele percebe, sente e movimenta-se que é uma inteligência dinâmica, formada e sendo formada por padrões dinâmicos nos quais vivemos.

A autora coloca que somos como os animais, organismos vivos que tem como função básica (ontológica e filogeneticamente) o movimento. Não é o cérebro ou uma questão mental ou comportamental que nos move na vida, mas pelo fato de sermos formas animadas com capacidades cinéticas e cinestésicas que nos movimentamos com uma complexidade de qualidades específicas.

As emoções envolvem movimento, não temos como compreender qualquer emoção como se fosse algo isolado e localizado em alguma região do corpo ou redutível a algum tipo de atividade cerebral. Elas dizem respeito a uma relação qualitativa com o mundo com formas cinéticas estabelecidas. Neste contexto, o sofrimento traz limitações do movimento do indivíduo no seu ambiente.

Olhar para o indivíduo na clínica, que chega com uma depressão ou ansiedade por exemplo, como se essas patologias dissessem respeito apenas a questões ditas

⁷ Sheets-Johnstone (2009), *pensar em movimento* é nossa maneira primária de dar sentido ao mundo através de um corpo cinético, ciente e disponível para o movimento, e que acontece desde o início da vida mesmo quando a linguagem ainda não se faz presente.

psicológicas ou desregulações químicas, e não uma questão do seu estar no mundo que só pode ser interpretado como resultado de suas ligações, não faz muito sentido. De outra forma estaríamos privilegiando a construção de um *self* individualizado e separado do mundo, fazendo com que o seu tratamento fosse como dar um comprimido de açúcar para quem reclama de uma dor, não dando atenção ao que merece atenção.

Não podemos olhar a psicologia/hipnoterapia como muitas vezes parece que a tratam, como se fosse ela responsável por dar atenção apenas aos aspectos ditos psicológicos, como se ocupasse das sobras de um corpo do qual a medicina já se ocupou. Não que processos psicológicos como afeto e cognição não estejam presentes, mas que não podemos examiná-los de forma isolada do corpo e vice-versa.

Meu interesse aqui é contribuir para ampliar as discussões acadêmicas das questões que envolvem a intersubjetividade e intercorporeidade na hipnoterapia, suas possíveis relações na compreensão do que significa ser humano, suas construções e seu estar no mundo, e também das formas possíveis e alternativas na clínica de psicoterapia.

3. UM ESTAR FENOMENOLÓGICO

Os estudos que tratam da corporeidade a partir de um ponto de vista fenomenológico (Merleau-Ponty, 1973, 1999, 2004, 2007; Verissimo, 2013; Furlan & Verissimo 2006; Csordas, 2008, 2011) trazem entre outras questões o entendimento de que o sujeito é e está em relação com o mundo, as pessoas e as coisas. Na tentativa de colapsar uma visão essencialmente dualista de mundo que traz como característica a separação do indivíduo e seu corpo como entidades distintas a fenomenologia vem contribuindo com estudos sobre a corporeidade que fazem um movimento no sentido contrário, colocando o corpo em evidência e situando-o no mundo.

Influenciado por Husserl, Merleau-Ponty (1999, 2007) coloca que nosso corpo é mediador de nossa relação com o mundo e que o que nos diferencia do outro é a maneira pela qual fazemos uso dele e de como a partir dessa mediação nos estruturamos. Isso faz com que o *self* não faça sentido sem que esteja constituído na relação com o mundo, nem um nem outro existem isoladamente, pois o *self* é constituído intersubjetivamente no mundo da vida.

Toda sua obra é perpassada pela noção fundamental de que somos uma coisa só, o corpo, e não duas como um cérebro ou mente dentro de um corpo num esforço de superar o cogito positivista/cartesiano tão enraizado na cultura científica.

A compreensão de que nos constituímos enquanto sujeitos no entrelaçamento com o mundo (Merleau-Ponty 2007; Roustang 2001, 2015) nos afasta de uma objetivação do corpo entendendo que o mesmo é carne compartilhada, fonte e local da experiência no mundo (Csordas, 2013; Merleau-Ponty, 2007).

Fica claro na posição de Merleau-Ponty que somos um corpo em relação com o mundo e nossa percepção nunca se esgota naquilo que percebemos, pois há sempre mais do que chega aos olhos. Boa parte dos seus trabalhos envolvem a percepção, que é para ele o fundamento do processo de conhecimento e a coloca como um ato que acontece no domínio pré-reflexivo como decorrência de um corpo vivido e senciante, intencional em relação ao mundo.

Para ele, temos consciência do mundo por meio da percepção do corpo. A percepção não é um ato do pensamento, da razão, mas resultante do encontro desse corpo vivido com o mundo. De uma forma mais prática, essa dimensão da percepção é uma construção de sentido não de sensações apenas (Leder, 1990).

Fenomenologicamente falando somos em relação com o mundo, não o cérebro, mas corpo em relação constante, como se houvesse um tecido que nos unisse, uma carne. Em termos do que podemos perceber o mundo há sempre mais do que chega aos olhos. Como coloca Merleau-Ponty (2007, p. 269): “o visível está prenhe do invisível”, não no sentido de que um vem antes do outro, mas que fazem parte de uma mesma coisa, compartilham a mesma carne.

É importante tomar cuidado no levar em conta aspectos intersubjetivos na constituição do nosso viver para não assumir a existência de algo *pré* ou anterior à consciência que comande a vida, como se fosse algo interior influenciando o eu que age, confundindo com uma concepção de inconsciente comumente disseminada. Abordo aqui nesse trabalho com uma visão mais próxima do que propõe Roustang (2015) ao falar desse lugar da intersubjetividade, de carne compartilhada, apenas como um outro lugar a que pertencemos (ou faz parte de nós) também e que não é de uma inconsciência, mas de uma outra consciência ou inteligência, que sobre o assunto (inconsciente) trato um pouco mais a frente.

Nossa compreensão da dimensão corporal tem sofrido historicamente em decorrência de uma busca pela objetividade científica e reificação do corpo pela razão, com a construção de uma realidade dualista separando mente e corpo, separando homem da natureza, razão da emoção, consciente de inconsciente, opondo certo e errado, bem e mal. Como ressalta Verissimo (2013), a noção de corporeidade de Merleau-Ponty coloca em questão a separação entre sujeito e objeto, pois entende que não são coisas ou entes separados, mas conectados entre si, interdependentes, se referindo aos fios intencionais que são e constituem nosso estado permanente de interação, tornando o corpo expressão intersubjetiva.

Sobre a questão da expressão intersubjetiva, Furlan e Bocchi (2003, p. 445) falam do caráter corpóreo da significação: “a fala emerge de um corpo que é toda relação de sentido com o mundo na articulação do ser social”. Logo, as palavras não existem separadas de nossa intenção, não separando assim um ser individual de um

ser social. A maneira de apreender o mundo não pode ser generalizada ao humano, a possibilidade de aprender sim. Como isso vai acontecer vai ser situado culturalmente, limitado pelas possibilidades presentes, e o sujeito faz uso das significações possíveis.

Merleau-Ponty (2007) fala do indivíduo como reprodutor de significados culturalmente aprendidos quando trata da fenomenologia enquanto abordagem teórica possível de extrapolar a separação corpo/mente, para se buscar um retorno às coisas mesmas, as possibilidades de volta ao movimento expressivo original, ato fundante e criativo da expressão (Furlan, Bocchi, 2003).

Afirma que a nossa expressão não pode ser separada do que é expresso. Existe uma coisa só, o corpo senciente em relação. Um aspecto intersubjetivo que forma e é formado, que está sempre em relação e que o autor chama de quiasma, a carne que compõe o entrelaçamento com corpo com/no mundo. A carne, o quiasma, o mundo e suas coisas aparecem como parte do sujeito, não como objeto da sua consciência.

No viver moderno, quando dissociamos o corpo da experiência do viver subjugando-o e relegando-o a segundo plano, acabamos por nos afastar desse lugar onde a percepção constituinte acontece. Nos distanciamos qualitativamente de nós mesmos e do que somos originalmente, seres em comunhão, e que implica em nos distanciarmos dos outros, do mundo e das coisas, pois esse lugar original do ato criativo é um lugar de entrelaçamento, de troca, não de isolamento de um *self* individualizado.

Existe uma tentação em construir (ou definir) o mundo a partir do que é percebido conscientemente, como observadores externos e esquecendo assim a condição paradoxal de sermos corpos sensíveis e sencientes ao mesmo tempo. Merleau-Ponty (2007) exemplifica essa condição com a dificuldade de perceber tocar e ser tocado ao mesmo tempo quando fazemos o exercício de tocar uma mão com a outra mão, onde a percepção da reversibilidade é eclipsada no momento da sua produção, um lugar de congruência entre as coisas.

O quiasma de Merleau-Ponty é essa reversibilidade, que o autor coloca como verdade última de um corpo que é carne sensível, não apenas objeto do pensamento. Como descreve para ressaltar nossa condição existencial original: “nós nos

colocamos como o homem natural, em nós e nas coisas, em nós e nos outros, no ponto onde por uma espécie de quiasma, tornamo-nos os outros e tornamo-nos o mundo” (Merleau-Ponty, 2007, p.157). Ou como coloca Roustang (2015) somos corpos pensantes, o corpo possui uma sabedoria anterior à razão e “ele é observador ao mesmo tempo que tem uma dificuldade de ser observado” (p.184).

Boa parte dos nossos atos diários são derivados de automatismos. Não pensamos o que estamos fazendo, seja abrir uma geladeira, colher uma fruta, dirigir um carro. Fazemos sem pensar exatamente o que fazemos e não temos como estar conscientes o tempo todo dos nossos atos, esse é o paradoxo de Merleau-Ponty. Sheets-Johnstone (2009) ao tratar da memória cinestésica⁸, de como a experiência é inscrita no corpo, faz uso do conceito de *melodia cinética* proposto pelo neuropsicólogo russo Luria. Seriam eventos cinéticos ou repertórios cinéticos que construímos como padrões dinâmicos e qualitativos de movimento, como *know-how* aprendidos mecanicamente, como no exemplo da escrita: no início é necessário memorizar a forma gráfica específica que representa impulsos motores específicos e com a prática é transformada numa *melodia cinética*, automatizada e não necessitando mais de memorização.

Originalmente, as coisas do mundo aparecem como parte do sujeito e não como parte de uma ilusão de ser objeto de sua consciência. Esse é o lugar do quiasma. E o indivíduo que busca a clínica costuma chegar afastado desse lugar por se separar do mundo e fechar-se em si mesmo, numa construção de *self* individualizado. O que a clínica da hipnoterapia pode propor de novo no processo terapêutico é permitir que a religação com mundo aconteça novamente, nesse lugar de intersubjetividade que o transe hipnótico facilita com uma consciência diferente da consciência objetiva, mas ainda assim uma parte constitutiva do sujeito que não deveria ser esquecida.

Somos um corpo que se une diretamente às coisas por sua própria ontogênese. Como coloca Merleau-Ponty (2007), essa é nossa condição primária que não deveria ser esquecida: quando falamos, tocamos o mundo; quem vê se incorpora no que é visto, pois busca ele próprio que está lá no visível. Acrescenta ainda que: “a presença

⁸ O corpo possui uma memória além da consciência discursiva, relacionada a uma qualidade dinâmica do movimento, uma experiência cinética (Sheets-Johnstone, 2009).

de fato de outros corpos não poderia produzir o pensamento ou ideia se a semente deles não estivesse também no meu” (p.141).

Temos uma capacidade de nos reconhecermos nos outros e no mundo que é inerente à nossa existência. Para Roustang (2015), é como se houvesse um narcisismo original em toda visão: buscamos nós mesmos nos outros e no mundo, esquecendo que o *nós* ou o *eu* são resultado do todo, da intersubjetividade e intercorporeidade.

Como se fossemos possuidores de uma capacidade mimética, de reprodução dos processos na relação com os outros e o mundo que Walter Benjamim (1987) coloca como ontogenética e filogenética quando fala da doutrina das semelhanças: as correspondências que fazemos assumem um significado em função dessa capacidade inerente, “o que percebemos de semelhança no contato com o outro é apenas a ponta do iceberg...em comparação com a poderosa massa submarina” (p.109), ressaltando que fazemos automaticamente o movimento de mimetizar. No contexto da presente discussão sobre intersubjetividade e intercorporeidade, podemos associar a faculdade mimética a um processo de interdependência interacional que nos auxilia a distanciar de um cogito, um *self* individualizado e separado.

Essa percepção mimética acontece de forma rápida e não permanece na consciência, fazendo com que não nos demos conta do processo que vai acontecendo automaticamente e incessantemente, sem precisar autorização da nossa consciência. Esta pode ter vislumbres de semelhança, mas são temporários e não podem ser recuperados enquanto existência.

Para Benjamim (1987, p.109), nossa percepção não é a mesma que antigamente pois foi se transformando culturalmente: “o universo do homem moderno parece conter aquelas correspondências mágicas em muito menos quantidade que o dos povos antigos ou primitivos”, movimento que traz a vida em direção de uma primazia da razão, com um mundo objetivo, quantificável e mensurável, nos afastando do corpo e suas sensações e emoções com as apreensões possíveis dessas percepções.

O indivíduo perdeu o contato com uma parte mágica que preenchia se sentido sua vida, como as tradições xamânicas espalhadas ao redor do mundo, os tempos de

cura de Asclépio⁹ na Grécia antiga, o magnetismo animal de Mesmer (1734-1815) e tantas outras tradições e mitologias que permeavam a cultura ocidental e que foram atingidas em alguma medida por um movimento de “secularização” do viver e transportando parte desse investimento para a linguagem.

Também a partir dos conceitos de Merleau-Ponty, Csordas¹⁰ (2008, 2011) coloca a corporeidade como condição existencial fundamental humana no estudo da cultura e do sujeito, tratando da intercorporeidade como estruturante e estruturada na nossa relação com o mundo, ao trabalhar o que chama de fenomenologia cultural da corporeidade.

Seu movimento de tratar a intersubjetividade como intercorporeidade é no sentido de romper mais radicalmente com qualquer possibilidade de separação do *self* com o mundo e que justifica com 3 pontos: para evitar entender intersubjetividade como uma relação abstrata entre duas entidades mentais abstratas; a intersubjetividade é primária e acontece antes de tudo em função dos corpos estarem situados em relação com os outros; e para afastar-se do idealismo subjetivista (Csordas, 2008).

Para Csordas (2008, 2011) e Leder (1990), os processos de percepção e auto percepção são situados culturalmente. A maneira que são constituídos e vivenciados são permeados pela cultura, e os sentidos que são integrados ao esquema corporal tornam-se automáticos e automatizados, fazendo do sujeito agência a partir de lugares onde a consciência normalmente não chega.

Colocar o corpo como base existencial da cultura implica em pensar nossa existência no mundo não como tendo algo natural ou inato internamente, mas que somos resultado da cultura na qual interagimos (e criamos), com aprendizados corporificados que informam nossa forma de agir. O corpo biológico é um, mas a corporeidade não. A forma como o sujeito estrutura sua experiência corporificada varia e vai determinar como ele participa no mundo. Talvez o inato seja apenas a

⁹ Asclépio é o deus grego da medicina e da cura. Nos templos dedicados a ele as pessoas eram induzidas ao sono como parte do processo de cura, para serem aconselhadas no sonho.

¹⁰ Inicialmente seus estudos da fenomenologia cultural da corporeidade compreendiam a questão da corporeidade e percepção na obra de Merleau-Ponty, o o *habitus* de Pierre Bordieu que a coloca na questão da prática social. Mais recentemente, incorporou a discussão de Foucault sobre a prática discursiva e as ordens institucionais que atuam sobre o corpo.

capacidade que temos enquanto corpo no mundo de mimetizar a cultura com a qual nos relacionamos.

A presença dos corpos traz outros tipos de compreensões que vão além das palavras pronunciadas, traz compreensões implícitas que de outra forma (sem a presença dos corpos) não seriam possíveis. Para Csordas (2008), nosso estar no mundo é determinado e também significado por modos somáticos de atenção que define como “maneiras culturalmente elaboradas de estar atento a e com o corpo em ambientes que incluem a presença corporificada de outros” (p. 372).

Já que a corporeidade é carne compartilhada e nunca anônima em constante interação, mesmo que não se perceba conscientemente, existe uma presença dos corpos que traz uma influência recíproca automática.

O conceito de modos somáticos de atenção aparece com a finalidade de auxiliar nas reflexões metodológicas dos estudos da corporeidade, pois a mesma é definida pela experiência perceptiva e pelo modo de presença e engajamento no mundo, sendo o corpo o sujeito da cultura (Csordas, 2008, 2013).

Prestamos atenção com o corpo, não só com os olhos ou os ouvidos. No *setting* clínico, prestar atenção só com os olhos ou ouvidos pode levar a uma percepção limitada, desincorporadas. Como enfatiza Csordas (2008, p. 372): “uma noção de modo somático de atenção amplia o campo no qual podemos procurar fenômenos e de percepção de atenção”, sugerindo que prestar atenção *ao* e *com* o corpo pode informar mais sobre o mundo e os outros.

A utilização dos modos somáticos de atenção na clínica psicológica é no sentido de que a atenção que damos ao outro nesse *setting* implica em engajamentos multissensoriais e corporais que vão além da atenção dada a explicações psicológicas, como coloca o autor. Um exemplo que traz é o da “consubjetividade” como característica de um modo de atenção específico, faz uso da contratransferência para ilustrar a comunicação do cliente que pode trazer respostas como raiva, ansiedade, alguma resposta afetiva específica, que algumas abordagens podem interpretar subjetivamente de formas distintas, ou mesmo desconsiderar como elemento importante. Os fenômenos têm origem na experiência primordial intersubjetiva de ausência de dualidade mente/corpo, eu e outro e objetivadas através de modos somáticos de atenção específicos.

Como o próprio autor coloca em outro texto que é mais específico ao tratar da experiência religiosa, mas que cabe aqui para esta discussão, nossa experiência é marcada por um estar no mundo que envolve além das subjetivações que fazemos, questões derivadas de sermos seres em relação com os outros, pois a alteridade (componente fundamental da subjetividade e intersubjetividade) é parte dessa estrutura existencial humana e “nesse sentido, o problema da subjetividade é que nunca somos completamente nós mesmos e o problema da intersubjetividade é que nunca estamos completamente de acordo com os outros” (Csordas, 2016, p.17).

É uma oportunidade de reconceituar melhor a experiência na análise dos fenômenos envolvidos, como no caso específico do transe hipnótico, pois, por mais que seja difícil e complexa a sua definição, não precisamos nos reportar ao fenômeno como se fossem necessariamente caixas pretas quase que indecifráveis. Se o transe hipnótico tem a ver ou possui características de intersubjetividade, também possui aspectos que são aprendidos e são familiares.

No caso do transe hipnótico da hipnose ericksoniana, essa “consubjetividade” é um fenômeno esperado tendo em vista que parte de um pressuposto de que o transe (e sua indução) não é um processo autoritário imposto de fora para dentro, mas um processo relacional, que evoca uma condição específica, onde essa “comunicação” entre os envolvidos é elemento importante e necessário.

Roustang (1991, 2015) coloca que enquanto corpos também possuímos uma capacidade de nos ligarmos ao outro na nossa rede relacional em que somos constituídos e que isso acontece sem o comparecimento da razão. Enquanto animais de percepção corpórea, temos essa capacidade de ligação que é anterior à razão, relativa à nossa condição original de entrelaçamento com o mundo e mesmo que não seja percebido, influencia a qualidade das nossas relações. Neste sentido, os corpos possuem uma sabedoria relativa à experiência.

Essa capacidade dos corpos que foi ocultada na civilização ocidental já que para nos tornarmos humanos segundo os parâmetros dessa civilização, foi necessário nos afastar do corpo, pois a modernidade definiu esse humano pela capacidade racional. Colocando o homem acima da natureza e reificando o pensamento discursivo, perderam-se assim capacidades elaboradas culturalmente que

antigamente já possuímos na forma de nos relacionar com o mundo, como um viver onde a relação como o mundo natural acontecia com mais harmonia, por exemplo.

Outro ponto a se destacar em Roustang (2015) é que também questiona a autonomia que tanto se busca no modelo vigente de psicologia, como se fosse possível conceber a possibilidade de se alcançar algum tipo de individualidade sem influência, de subjetividade autônoma. Crescemos e somos formados sob influência de sugestões implícitas e explícitas, resultado da capacidade que temos de nos identificar com o outro, de uma intercorporeidade que é indissociável do nosso viver.

Para o autor, o que produz as formas de relação de bem ou mal-estar é a posição dos corpos, como o corpo está posicionado na sua rede relacional que compõe seu ambiente. Nesse sentido, uma posição saudável diz respeito a quando o sujeito consegue ser agência em uma interação harmoniosa, como num *rapport* com os outros e o mundo.

Coloca ainda que o sujeito busca o hipnoterapeuta na clínica porque, em alguma medida, existe uma incompetência no viver de acordo com os seus aprendizados, decorrentes das influências já vivenciadas, e que o pensar não está mais dando conta desse viver. Esse pensar que em algum momento passou de solução a problema, não conseguindo mais oferecer saídas ao viver, agora é gerador de sofrimento, produzindo paralização e estagnação, ou ao menos limitando o seu movimento.

Por isso, muitas vezes, ele vem à clínica tradicional para se submeter a novos aprendizados, como se o profissional fosse possuidor de algum suposto saber capaz de fornecer novas regras para o viver, novas regras que tragam alívio, sentido, felicidade. Mas não é o que acontece.

Concordo também quando coloca que a hipnose não pode propor outra coisa que não a volta a um lugar, uma heteronomia que não destrói a autonomia, mas a põe em movimento de uma forma mais congruente a fim de tornar mais fluido o viver.

E quem pode fazer esse movimento é o sujeito que busca a clínica, não profissional. Para o autor “não existe enquanto definição universal uma autonomia dentro de nós e os processos de hipnose diretivos como eram antigamente e hoje ainda existem não servem mais, necessitando pensar uma nova hipnose” (Roustang,

2015, p.221), que proponha e estimule o retorno ao início, à condição original de ligação com o mundo, as coisas, as pessoas.

No transe hipnótico as fronteiras do racional são enfraquecidas permitindo que o estar em presença do outro seja intensificado, com uma influência recíproca instalada, estabelecendo assim um ambiente propício à mudança dos sujeitos presentes, mesmo o foco estando no processo do cliente. Uma mudança que só acontece se for praticada, vivenciada, pois muitas vezes não adianta ficar falando ou explicando no *setting* clínico, e é onde o caráter experiencial do transe se mostra importante.

No transe terapêutico, mesmo que a experiência do cliente envolva em alguma medida uma alteração do seu universo perceptível habitual, compreendo que esse movimento não seja uma subtração de fato ou um acesso a um outro universo que não “pertence” ao sujeito, mas sim uma ampliação do seu universo.

Não é um outro sujeito ou um sujeito inconsciente no transe, mas o sujeito como um todo incorporado, mesmo que exista um preconceito cultural (Roustang, 2015) que coloque esse tipo de experiência na marginalidade do humano, já que o tipo de racionalidade a que tradicionalmente está acostumado é menos presente.

Os trabalhos com hipnose costumam envolver, em alguma medida, influência ou mobilização de conteúdos não conscientes que costumamos chamar de inconsciente. Se fosse fazer uma arqueologia do entendimento sobre o inconsciente na psicologia (e também da história da hipnose!), teria que voltar a compreensões importantes que foram desqualificadas historicamente como são os casos de Franz Anton Mesmer (1734-1815) com sua teoria dos fluidos magnéticos e do Marquês de Puységur (1751-1825) com o sonambulismo que entendiam existir questões além da racionalidade humana que podiam e deveriam ser utilizadas terapeuticamente (Neubern, 2009), embora oficialmente a concepção psicanalítica clássica tenha exercido grande influência na disseminação de um entendimento de que possuímos uma instância interna e separada do sujeito consciente, possuidora de uma determinada estrutura e autonomia, dependente de interpretação por parte do analista.

Uma compreensão como se o responsável por sua mudança e pelos seus problemas fosse algo além do sujeito. Sem que se volte à noção de autonomia até

aqui criticada, mas pensando na autonomia possível do sujeito não desvinculada da intersubjetividade e da intercorporeidade, por que temos que achar que o agente responsável pela mudança é um agente que não sou eu, no caso, o inconsciente como uma instância?

Romper a compreensão histórica de separação entre mente e corpo, a meu ver faz com que tenhamos que romper (ou ao menos reconfigurar) também uma separação tradicional entre consciente e inconsciente, mesmo entendendo que os níveis de consciência sobre si mesmo variam, mas que o sujeito é agência, com maneiras de estar no mundo corporificadas que informam e influenciam sua experiência.

Interessante salientar a colocação de Leder (1990) que afirma que: ao colocar o corpo em evidência, a corporeidade critica também a reificação do inconsciente enquanto instância, como um ente alheio e separado do sujeito como postulam boa parte da psicologia e psicanálise. Lançar um olhar fenomenológico para o que chamamos de inconsciente demanda que tenhamos outra compreensão. Já que somos nosso corpo em relação com o mundo (não uma mente ou um cérebro pensante) e que esse corpo é fonte da nossa experiência e produção de sentido, não somos separados do nosso inconsciente, somos “ele” também o tempo inteiro. No sentido da vida visceral e seus impulsos relativamente autônomos e também no sentido da experiência vivida.

No mesmo sentido dessa colocação, Sheets-Johstone (2009), quando trata o corpo como sendo tátil-cinestésico/afetivo¹¹ e sendo o centro do nosso ser, fala de memória cinestésica como capacidade desse corpo que é experienciado, não como ocidentalmente se trata a memória separada do corpo e localizada em algum lugar específico do cérebro, mas uma memória corporal que é cinética e cinestésica e que é embutida no nosso viver. Passado e presente não se separam, pois são uma coisa só.

Para ela somos seres animados por natureza pois essa é a forma natural da vida: animação, movimento. Ao nos movimentarmos articulamos dinâmicas cinéticas

¹¹ Para Sheets-Johnstone (2009) o corpo tem por fundamento uma capacidade cinética onde emoção e movimento se entrelaçam numa dinâmica qualitativa, e possui uma prontidão para o movimento que é natural dele.

com qualidades distintas. O nosso movimento acontece em virtude de uma memória cinética/cinestésica aprendida e experienciada, onde está sempre presente o nosso corpo tátil-cinestésico (com sua história), independentemente de termos muita ou pouco consciência dele. Não há como nos separar da nossa capacidade cinestésica (que vem junto com a capacidade cinética). Excetuando-se nas patologias, esta capacidade está conosco desde o início da vida: “viemos ao mundo em movimento” [tradução minha] (Sheets-Johnstone, 2009, p.46). Pois a qualidade dinâmica do nosso movimento acontece porque fundamentamos cineticamente o que é experienciado cinestésicamente.

Em relação à capacidade cinética do corpo como qualidade natural, se faz importante uma diferenciação em relação à compreensão de Merleau-Ponty. Este fundamenta o corpo de uma forma um pouco diferente, com uma intencionalidade em direção ao mundo que é determinada por um *background*, um esquema corporal, algo prévio que fornece a capacidade da experiência. E o que Sheets-Johnstone coloca é que não pode existir algo *pré*, algo separado da nossa experiência, pelo menos não totalmente, pois nossa dinâmica cinética (que inclui a memória cinética) esteve sempre presente.

Existe uma relação entre movimento e emoção: são indissociáveis nos corpos afetivos e cinéticos. A expressão das nossas emoções é um fenômeno cinético, no qual imaginação, atenção, emoção, por exemplo, não podem ser vistas como mentais, mas como corporais: “comportamentos emocionais são fundamentalmente acontecimentos cinéticos que são originados na experiência de sermos movidos para agir e isso evolui cineticamente” [tradução minha] (Sheets-Johnstone, 2009, p.213).

A mesma autora afirma que as emoções são fundadas a partir do movimento do corpo. Reconhecemos as bases cinéticas dos outros a partir das nossas próprias experiências cinéticas-táteis/cinestésicas e também são motivadoras primárias do nosso comportamento, pois tem uma significação social. Saber do movimento do outro ou meu, se não tiver algum valor cinético, se não implicar em algum tipo de movimento (novo) não tem valor. Isso é fácil de perceber ao lembrar ou vivenciar repugnância, por exemplo, automaticamente tendemos a recuar, ou quando sentimos amor e uma facilidade de aproximação acontece. A autora utilizou também como fundamentação

da sua compreensão as pesquisas utilizando hipnose conduzidas por Nina Bull¹² onde o transe hipnótico foi uma forma mais rápida de acesso às emoções. Além disso, quando o corpo se expressa de acordo com determinada emoção, outra não pode aparecer (o medo, por exemplo, traz modificações corpóreas específicas).

Aqui é possível fazer outra associação com o transe hipnótico, onde é comum (não uma obrigatoriedade) a sua experiência envolver algum tipo de relaxamento induzido ou não, pois se existe algum alinhamento entre emoção e alguma tensão neuromuscular, o transe por si só favorece a mudança da(s) emoção(ões) trazidas pelo indivíduo na clínica. Já que para corporificar uma emoção mais específica, outra tem que dar lugar. Esse afrouxamento neuromuscular pode facilitar o trabalho para o surgimento de outra emoção mais saudável para o indivíduo.

Quando sentimos as emoções é no corpo que isso acontece, e sempre relativamente a uma situação que implica algum tipo de movimento, sempre com a presença de um outro. Assim sendo, faz mais sentido pensar o objetivo da clínica como sendo um outro movimento do sujeito, onde exista uma congruência produtiva entre emoção e movimento. Essa pode ser uma possibilidade interessante para o transe, pois o seu movimento nunca é um movimento isolado, mas sempre implicado no outro e na sua rede relacional.

Cada sujeito (corpo) possui uma qualidade dinâmica específica onde emoção e movimento caminham juntos, uma dinâmica que possui certa espacialidade, temporalidade, intensidade e maneira de execução. Sheets-Johnstone (2009) traz um entendimento que pode ser interessante para esse trabalho de que os sentimentos afetivos e tátil-cinestésicos estão entrelaçados experencialmente e não há como vivenciar algum tipo de sentimento dissociado do corpo, de algum tipo de movimento, de interação. Só é possível ter algum entendimento sobre os sentimentos após a experiência, se nos separarmos deles pela reflexão sobre os mesmos.

A autora ainda afirma que as emoções quando são estabelecidas, o são neuromuscularmente também, levando em conta que são aprendizados que são situacionais e dependem de vários fatores, onde “o que é cinético é afetivo, ou

¹² Bull (1951). The Attitude Theory of Emotion – seus estudos procuraram que as emoções são formadas por atitudes motoras, estabelecendo um vínculo generativo e expressivo entre emoção e movimento.

potencialmente afetivo, pela mesma medida qualitativa, o que é afetivo é cinético, ou potencialmente cinético” [minha tradução] (Sheets-Johnstone, 1990, p.195).

O indivíduo que chega na clínica tem uma história/memória cinética, resultado de um corpo tátil-cinestésico, que apresenta e informa sobre um viver no mundo específico, maneiras específicas de ligar com sua rede relacional que são impregnadas no seu ser.

A memória corporal tem a ver com uma dinâmica qualitativa de movimento, que está sempre presente, nunca ausente no passado, nem uma dicotomia consciente/inconsciente. Se somos um corpo cinestésico, tudo o que é sentido o é de uma determinada maneira baseada em uma memória cinestésica que é possível graças a um corpo cinético por natureza. É uma memória que é presente, não passada, e que está embutida na vida.

Nesse sentido, o objetivo da clínica de hipnoterapia deveria ser a possibilidade de produção de um novo movimento pelo cliente. Um novo movimento que signifique o sujeito na sua rede relacional de uma forma mais fluida, menos paralisante ou truncada com conteúdos emocionais. Assim, o transe hipnótico passa a ser uma possibilidade para a criação desse ambiente de mudança propício com elementos de intersubjetividade, intercorporeidade e subjetividade, de tal modo que ele, o cliente, possa se apropriar de si mesmo (que inclui sua rede relacional) e promover mudanças, sem que necessariamente isso tenha que significar ele ter consciência racional de tudo.

4. TRANSE HIPNÓTICO ERICKSONIANO

Apesar de praticada há mais de um século na área de saúde, ainda não existe um consenso em relação a definição do que seja hipnose. Sua definição pode variar consideravelmente de uma linha de pensamento a outra, desde um fenômeno que provoca um estado alterado de consciência até um jogo de papéis sociais envolvendo os participantes, colocando ênfase no poder de sugestão e responsabilidades (Barber, 1996).

Mas talvez seja possível abstrair um ponto em comum do fenômeno que independe de onde se observa e estuda, que é a capacidade de promover alterações substanciais na experiência subjetiva da pessoa.

Mesmo Milton Erickson quando era questionado sobre o que era a hipnose costumava não se demorar numa explicação racional sobre as possíveis definições ou quais partes do cérebro eram ativadas. Ao invés disso propiciava a quem questionava uma experiência de transe.

O termo hipnose ainda provoca o imaginário das pessoas com ideias mal concebidas como o medo da perda de controle ou submissão do indivíduo à vontade do hipnotizador, como é visto nos espetáculos de palco, como se uma pessoa tivesse o poder sobre outra, por exemplo, o que tem mais a ver com um estilo clássico¹³ de hipnose.

Trabalhos mais atuais como os da neurociência cognitiva de Jamieson (2007) tem discutido sobre as alterações no funcionamento do cérebro provocadas pelo transe hipnótico, alguns na tentativa de comprovar a tese de estado alterado de consciência a partir de evidências mensuráveis, mas que experiência não afeta em alguma medida nosso funcionamento (o que inclui nosso cérebro)?

A discussão sobre ser ou não um estado alterado de consciência não é fundamental aqui neste trabalho pois não muda a perspectiva que proponho de encarar o transe hipnótico como possibilidade de acessar ou nos colocarmos mais

¹³ Estilo utilizado por Charcot, do qual Freud (1856-1939) foi aluno e que representava um estilo proveniente de uma das duas principais escolas francesas de hipnose, Salpêtrière que tinha grande influência positivista e que também representa as apresentações de palco envolvendo hipnose (Chertok & Stengers, 1990, Neubern, 2009).

próximos do que Merleau-Ponty chamou de quiasma, um lugar de intersubjetividade e intercorporeidade, permitindo a compreensão do fenômeno além de uma perspectiva de alteração fisiológico-química ou sendo resultado de um processo psicológico.

Erickson & Rossi (1979, p.3) ao falar do transe hipnótico, identificam-no como “um período onde as limitações das crenças e o sistema de referência do sujeito é temporariamente alterado e este fica mais responsivo a outros padrões de associação e modelos de funcionamento...”, e utilizei o termo transe hipnótico para me referir a esse período de tempo específico dentro do *setting* terapêutico que é induzido e que permite ao sujeito estar e vivenciar de outra forma sua vida.

É um período de tempo onde a conexão entre hipnotizador e hipnotizado é intensificada como característica, num *rapport* que compreendo como um estado de harmonia entre os envolvidos.

A indução do transe é uma ordem de experiência e o transe em si é outra, como uma preparação para uma cirurgia ou anestesia é uma coisa, a cirurgia é outra. A indução é um processo (que também pode conter utilização terapêutica) e a utilização terapêutica do transe é outro.

A indução é uma condução a uma outra maneira de vivenciar pelo sujeito, onde as experiências dele são realçadas e sentidas como reais. Se pedirmos para o cliente alucinar uma pessoa na nossa frente no estado consciente habitual é um tipo de experiência, que pode envolver mais um esforço racional por parte dele, diferente do transe onde outros elementos como as emoções, história, aprendizados se fazem mais presentes, tornando a experiência qualitativamente diferente.

Roustant (2015) coloca que no transe é um tipo de sensorialidade que se desenvolve que não é algo além do sujeito, de outro mundo, nem algo do seu padrão habitual de funcionamento. No sentido de que não é algo diferente de mim, mas não sou o *eu* que normalmente estou acostumado no estado de consciência habitual.

O que tenho observado normalmente na clínica é que qualquer que seja a experiência dos sujeitos durante o transe, estas tendem a ser mais vívidas e, por isso, potencialmente mais transformadoras. Mesmo que se permita ao sujeito vivenciar as mesmas situações ou entendimentos que conscientemente já possui, quando em

transe hipnótico estas assumem uma outra composição, como se fosse de uma forma mais integral ou integrada do sujeito.

O porque disto acontecer tem a ver com uma diminuição das fronteiras que normalmente separam o consciente do inconsciente, numa quebra da percepção habitual limitada do dia a dia, transformando o transe num espaço de possibilidades. Um espaço onde comparece tudo o que compõe o sujeito e suas relações com o mundo.

Isso não quer dizer que necessariamente tudo aparece ao mesmo tempo como se fosse uma bagunça que emerge do inconsciente, mas que todo fica mais disponível para a terapia. Como coloca Roustang (2015), ao falar desse campo de possibilidades nesse período, “você não é uma pessoa só, mas uma multidão...o seu mundo chegou, o passado, o presente, em qualquer direção” (p. 334)

Esse tudo ao mesmo tempo como possibilidade aparece como uma outra inteligência, diferente da consciência habitual e mais ampliada, no mesmo sentido de que Erickson considerava o inconsciente com mais possibilidades de auxiliar na mudança terapêutica dos pacientes.

Esse lugar de intersubjetividade/intercorporeidade onde as ligações se estruturam e reestruturam, de criação e possibilidade, de emergência do sujeito e seus fios de ligação com mundo.

Uso o termo emergência do sujeito ao adotar a perspectiva de que a hipnose ou o transe hipnótico possibilita incorporar (se é que é possível colocar o que já faz parte) aspectos da nossa experiência como seres viventes que a modernidade ocidental se ocupou em se afastar ao reificar o pensamento e a razão, comumente chamado de inconsciente. Tudo o que compõe o sujeito, como uma subjetividade mais integrada e menos cindida.

O transe não é uma proposta de experiência do pensamento discursivo, mas uma experiência do corpo. É um movimento interessante de se ligar a tudo o que compõe o sujeito e assim ter uma nova chance de se submeter novamente à vida, reorganizando seu mundo. Mesmo parecendo uma experiência interior, quando muda, é o seu mundo que muda. Ele envolve a totalidade da pessoa, não somente a mente,

tornando-se assim uma experiência com potencial de romper compreensões dualistas.

Aqui me valho do entendimento de Roustang (2015) sobre o que significa e representa o transe no trabalho da clínica quando afirma que é um silêncio que transforma. Um silêncio porque é uma construção de um espaço onde a maneira habitual de funcionamento do sujeito é em alguma medida silenciada ou despotencializada, permitindo que outra mais ampla se estabeleça e assim possibilitar uma reinvenção da sua existência. E essa chance de reinvenção passa inevitavelmente pela dissolução/reorganização das conexões anteriores.

É uma imersão no próprio corpo, com sua história, seus aprendizados, suas potencialidades que muitas vezes a pessoa não lembra ou não conhece conscientemente.

O transe não é uma inconsciência, mas uma outra consciência que é outra apenas por se apresentar de forma diferenciada, mas constituinte do mesmo ser, semelhante à definição de Thierry Melchior de que se utiliza Roustang (2015, p.518): a hipnose “é outro que o estado normal, ordinário”, que não tem uma forma única e não tem como ser definida nos termos da razão consciente que elabora sempre após a experiência, já que ela diz respeito à experiência intersubjetiva de tudo o que compõe o nosso mundo ao mesmo tempo.

É como se morássemos numa grande casa com diversas janelas para o mundo em todas as direções, mas a nossa consciência habitual apenas desse conta de abrir algumas janelas que mostram e nos informam um mundo e numa compreensão específica. E a experiência do transe seria uma abertura de todas as janelas, mostrar outras vistas, com novas informações e percepções, trazendo assim potencial de modificação da compreensão inicial.

É um lugar de influência recíproca, de corpos se influenciando mutuamente. E concordo com Roustang (2015, p. 227) quando afirma que “a hipnose não tem nenhuma originalidade, a não ser aquela de propor um exercício do fato fundamental que produz a humanidade: a dependência como fonte de independência”. Uma possibilidade de experienciar nossa condição original de interdependência em relação ao mundo, as coisas e as pessoas que nos cercam, de intercorporeidade e, a partir daí nos movimentarmos nas nossas relações a partir de novas experiências.

Uma possibilidade de estar num lugar onde a carne do entrelaçamento com o mundo está e onde o processo criativo fundante da nossa experiência acontece. Não apenas estar nesse lugar, mas permitir que o sujeito se aproprie e integre seu movimento na sua rede relacional que o constitui, pois não é um lugar separado de si mesmo.

Quando propõe uma psicologia que volte às coisas mesmas, Merleau-Ponty (1999, p. 142) afirma que “ocupar-se de psicologia é necessariamente encontrar, abaixo do pensamento objetivo que se move entre as coisas inteiramente prontas, uma primeira abertura às coisas sem a qual não haveria conhecimento objetivo”.

Trato aqui o transe hipnótico como possuindo a capacidade de amplificar essa característica da influência recíproca dos corpos, muitas vezes abafada pelo excesso de pensamento e racionalidade. O viver atual, ao reificar a experiência do *self* individualizado e da razão, facilita que se desliguem os fios que ligam nossa existência.

O indivíduo se aprisiona em si mesmo, desconectando-se do que compõe seu ambiente e a hipnose não pode fazer outra coisa além de permitir que o sujeito faça uma ação, um movimento constitutivo dos fios de ligação e para isso ela precisa em alguma medida questionar seus padrões atuais de referência, pois são eles muitas vezes os responsáveis pelo seu mal-estar.

Roustang (2015) coloca que o transe é quase uma afronta ao individualismo, pois a sua indução coloca o sujeito num estado de disponibilidade, de flexibilidade, pois o transe é um viver junto, experimentar junto. Para o autor, a experiência do transe vivida no hipnotizador, faz viver no outro, não é um falar apenas. É essa experiência que se deseja, não uma fuga do cotidiano, mas uma renovação do mesmo nesse lugar onde tudo se encontra.

O transe não é uma negação da subjetividade, o que acontece é uma flexibilização de uma rigidez subjetivada com aprendizados, padrões, memórias, etc, que dá espaço para uma possibilidade de renovação/configuração dessa mesma subjetividade através da experiência de uma “convivência” com o mundo intersubjetivo de uma forma diferenciada.

O transe como acesso a esse lugar de intersubjetividade que é constitutivo do sujeito, como se o ele, o transe, abrisse a casa para novas vistas que trazem novas compreensões sobre o viver. No meu entendimento é uma proposta de maior integração da pessoa (mesmo que momentaneamente) onde tudo o que compõe seu mundo se faz presente ao mesmo tempo no trabalho terapêutico.

Levando em consideração a característica de influência recíproca que tanto coloco aqui, de como influencio e sou influenciado pelo outro que momentaneamente se apresenta no consultório, acho importante também ressaltar que quase toda a experiência de prática clínica foi utilizando princípios da terapia ericksoniana, cujo elemento central é o transe hipnótico é um elemento central, mesmo não sendo uma obrigação a sua utilização.

A terapia ericksoniana é derivada dos ensinamentos do médico e psicoterapeuta Milton H. Erickson (1901-1980), considerado um dos grandes responsáveis pelo resgate da hipnose terapêutica e pode ser definida como “experiencial, baseada num approach fenomenológico para a solução de problemas que utiliza as características do cliente, evocando processos naturais de aprendizados e adaptação” (Short, 2017, p.12).

Nesse tipo de terapia fazemos um esforço para nos afastar de teorias da personalidade e interpretações/diagnósticos de modo a privilegiar a pessoa que se apresenta no *setting* clínico, com seus atributos e capacidades. Até o aparecimento de Erickson, o uso da hipnose era feito basicamente a partir de procedimentos padronizados que não necessariamente possuíam fins terapêuticos como conhecemos hoje, servindo as vezes apenas como possibilidade de demonstração de sintomas, como era o caso do uso pelo médico francês Charcot (1825-1893), previamente citado.

Desde o início da prática clínica o que mais me chamou atenção foi o desafio criativo que cada cliente e atendimento trazem, e o quanto esse tipo de terapia pode auxiliar já que ela não está baseada numa série de procedimentos sistematizados ou protocolos de indução de transe e/ou tratamento, mas norteada por alguns princípios como a singularidade do cliente e suas relações. Por ser um processo que busca experimentação e descobertas ao invés de soluções prontas, o papel do terapeuta é facilitar o trabalho de transformação do cliente, a influência recíproca, entre outros.

A maneira particular de pensar as formas de tratamento dos sujeitos e o transe hipnótico de Erickson influenciou várias linhas de atuação dentro e fora da psicoterapia¹⁴, auxiliando no reconhecimento da hipnose enquanto objeto de estudo na academia e na abrangência de sua utilização no cuidado com a saúde em áreas como medicina, psicologia, odontologia¹⁵, entre outras, e também a desconstruir uma imagem que por um longo período marginalizou e estigmatizou seu uso como sendo não confiável e mesmo mágica, não sendo aceita como alternativa de intervenção clínica cientificamente.

A prática clínica de Erickson tornou-se notória por sua capacidade estratégica de manejo terapêutico e mobilização dos pacientes em se apropriarem de seus processos, que só era possível graças a uma conexão profunda que trazia uma melhor compreensão de toda a complexidade envolvida nas situações, como o sujeito se configurava, seu background social/cultural, emoções, linguagem, etc.

Faço questão de ressaltar aqui uma distinção importante para o estilo clássico de hipnose, pois este é, via de regra, pautado por procedimentos gerais e sugestões diretas e se estabelece uma separação clara entre o hipnotizador possuidor de poder e conhecimento e o cliente que sujeita a isso. Sendo uma abordagem imposta de fora para dentro, o cliente participa do processo de uma forma que, segundo a perspectiva ericksoniana, não ajuda na apropriação das mudanças necessárias, que então são fornecidas, não adquiridas, e por isso possuem valor terapêutico reduzido, dificultando sua apropriação.

Tal estilo clássico é claramente alinhado com um ideal de ciência delineado no surgimento da hipnose moderna e também da própria psicologia, numa tentativa de estabelecer como o sujeito pensa e se comporta, tornando-o assim passível de sofrer ações por parte dos outros, por meio de procedimentos e intervenções padronizadas.

Via de regra, esse indivíduo procura a autoridade técnica do hipnoterapeuta para que lhe ensine e forneça novos aprendizados, já que os que foram até agora fornecidos não funcionam mais adequadamente, a maneira de perceber e estar no

¹⁴ A Terapia Familiar com John Wakland e Paul Watzlawick, a Psicoterapia Estratégica com Jay Haley e Cloé Madanes, a antropologia com Gregory Bateson e Margareth Mead e a PNL com Richard Bandler e John Grinder são exemplos da influência do seu trabalho.

¹⁵ Vale ressaltar que até a presente data no Brasil apenas os Conselhos Federais de Medicina, Odontologia, Psicologia e Fisioterapia autorizam o uso da hipnose enquanto técnica.

mundo que foi aprendida gera sofrimento. Mas o que esse indivíduo não desconfia ainda é que necessita, não que lhe sejam impostas novas formas de estar no mundo, mas sim que seja criado o ambiente para que ele encontre essas novas formas.

Muitas vezes para que isso aconteça é necessário que o indivíduo se *esqueça de si mesmo*, ao menos temporariamente suspenda os padrões habituais de pensamento a que está acostumado e que o levaram até a clínica para que novos possam surgir. E essa, no meu entendimento, deve ser a proposta da clínica de hipnose, permitir que o cliente possa *esquecer de si mesmo* pois só assim vai poder encontrar um lugar que não é o do seu *self* individualizado, mas mais em comunhão com o seu mundo onde as ligações se formam.

Entendendo os modos somáticos de atenção como formas culturalmente elaboradas de estar na presença de outro (Csordas, 2008), analisar o transe hipnótico sob este paradigma faz com que se considere também o transe como uma elaboração cultural com implicações de ordem intersubjetiva.

Podemos identificar alguns padrões de experiência corporal culturalmente associados ao transe hipnótico no contexto clínico que trazem significados construídos intersubjetivamente.

Na hipnose ericksoniana essas possibilidades de experiências são colocadas como constelação hipnótica (Zeig, 1984, 2006) que são componentes fenomenológicos comuns do transe e que podem ser identificáveis pelo hipnotizador que é treinado para fazer essa checagem como validação da experiência do transe, que podem incluir: aumento da responsividade, economia de movimentos, mudança no reflexo de engolir, aumento de atividades ideodinâmicas¹⁶, relaxamento muscular, diminuição da frequência respiratória e ritmo cardíaco, vibração das pálpebras, estática da máscara facial, entre outros.

São sinais indicativos de certa autonomia do inconsciente e servem também para transmitir uma mensagem ao paciente de que existe algo além da sua consciência e que algo acontece independente dela e comumente utilizado como fomento de expectativas positivas em relação ao tratamento.

¹⁶ Envolve respostas automáticas em níveis cognitivo, motor, sensorio e afetivo como pensamentos, sensações ou movimentos corporais (Zeig, 1984).

É comum o cliente experienciar algum tipo de alteração na percepção do próprio corpo. Algumas pessoas relatam sentir o corpo mais pesado ou mais leve, outras apenas algumas partes do corpo como mãos, pernas ou cabeça mais leves ou pesadas, sendo comum não conseguirem controlar o corpo como um todo ou partes dele.

Modificações na experiência sensorial muitas vezes tornam-se mais vívidas. Sensação de dissociação também que normalmente dizem respeito ao sujeito sentir-se parte da experiência ou mesmo à parte dela.

Outra maneira de estar corporalmente relativo ao transe hipnótico no contexto clínico é a perda do padrão habitual de consciência, que pode significar um esquecimento ou mesmo uma percepção alternativa de si mesmo.

O cliente que busca a hipnoterapia costuma esperar algum tipo de experiência diferenciada, uma que ele não está acostumado e que signifique que algo mudou ou possa mudar, algo foi feito pelo profissional e que vai ajudar ou resolver a situação.

Não é incomum as pessoas esperarem que a hipnose possa “reprogramar seus cérebros” e assim deixar comportamentos aprendidos para trás ou mesmo adquirir novos, como se buscassem um médico capaz de lhe receitar uma pílula que vai ajustar a química cerebral e assim resolver seus problemas.

Talvez mais crítico do que acreditar nessa possibilidade seja a existência de “profissionais” de psicologia e hipnose que vendam essa ideia, de que se é detentor de tal poder capaz de modificar a vida da outra pessoa, de que é possível reprogramar o cérebro, por exemplo, de que em um número determinado de sessões a cura para uma depressão é garantida.

Um aspecto característico do transe é a responsividade, que é colocada como parte fundamental, onde verifica-se um alinhamento dos corpos e seus movimentos como se um imitasse o outro como identificação e reconhecimento da presença, uma mimetização corporal (que inclui a imaginação) do movimento do outro como indicação de que se coloca disponível e que confia na outra presença.

Essa responsividade pode ser estabelecida primeiramente pelo terapeuta reconhecendo e acolhendo em parte o que lhe é trazido e percebido pelo alinhamento e disposição dos corpos fora e dentro do período de transe, e identificável com um

movimento que o terapeuta faz que é como se esquecesse de si mesmo, de quem é e qual posição está ocupando, e se “conecta” com o outro, passando a formar mais uma entidade única, não dois egos separados por uma distância. Isso implica também muitas vezes também numa aproximação física adotando uma postura mais voltada para o cliente.

Por ser um processo experiencial para terapeuta e cliente, tem um significado de “estar com” de forma cognitiva, afetiva e de motricidade também.

O modelo naturalista de Erickson enfatiza um *rapport* mais intenso entre terapeuta e cliente em cujo contexto intercorporal um torna-se mais sensível ao outro, como corpos presentes. Favorece uma responsabilidades mais intensa como caminho para acessar o sujeito e, a partir desse lugar, criar ambiente fértil onde os deslocamentos (mudanças) possam ocorrer, não impostos por alguém externo, mas permitindo que o sujeito promova e se aproprie das suas mudanças através da sua.

De acordo com Erickson e Rossi (1979, p.2), “o *rapport* é o meio pelo qual o terapeuta e paciente asseguram a atenção a si mesmos” e que permite um estado de responsabilidades entre os corpos presentes no *setting* clínico, onde todos encontram-se mais dispostos para a relação.

Quando em *rapport*, a responsabilidades pode ser tão intensa que uma série importante de elementos não verbais e pré-verbais se fazem presentes. Corporalmente falando, as posturas dos envolvidos tendem a ajustar-se, a demonstrar maior receptividade, uma série de micro movimentos sutis permeiam o processo o tempo todo.

O’Hanlon (1994, p. 40) chama de *bio-rapport* o fenômeno de “alinhamento rítmico entre pessoas ligadas por uma relação de simpatia ou *rapport*”, fazendo referência a um movimento do corpo que acontece. Quando em *rapport*, em função da grande concentração com a pessoa envolvida, o cliente tende a não se dar conta de estímulos externos (Erickson, Hershman & Secter, 2003), a troca entre os corpos presentes se torna mais ativa, facilitando a compreensão mútua e criando uma predisposição para essa compreensão.

É comum, e aqui coloco como desejado, o terapeuta ao promover o transe hipnótico no cliente entrar também transe dada a intensidade de responsabilidade

estabelecida. Esse *rapport* mais intenso, é uma importante via de acesso ao vivido e aos modos somáticos de atenção, extrapolando a compreensão intelectual e abrindo espaço para outro tipo de movimento.

A experiência do transe hipnótico aparece como uma forma do sujeito, mesmo que indiretamente, questionar seu sistema de referência atual que já não funciona bem, para que ele consiga produzir um outro movimento relativo ao seu estar no mundo. O próprio transe é um questionar do sistema habitual ao propiciar uma experiência diferente do habitual. É por isso que o processo experiencial do transe possibilita a descoberta pelo cliente de novas possibilidades de movimento, não impostos pelo terapeuta, mas apreendidos pelo sujeito no seu mundo, com argumentei previamente.

Nesse sentido, os processos autoritários de hipnose onde o hipnoterapeuta tem o poder e sabedoria para impor ao cliente uma determinada forma de ser e estar não servem mais, sendo necessário uma nova postura segundo a qual as induções de transe sirvam primariamente para preparar a receptividade do sujeito a novas possibilidades.

Roustang (2015), ainda ao tratar do uso da hipnose no *setting* clínico, parte do princípio de que nós, enquanto sujeitos no mundo, não temos uma autonomia interna como definição, não essa autonomia de *self* desejada e tratada como possível culturalmente.

O indivíduo chega à clínica por uma autonomia fracassada que foi aprendida e internalizada como prática de forma consciente ou não, e vem em busca de novas aprendizagens a serem ensinadas. Ele sofre influências desde que vem ao mundo e o fato de não estarmos conscientes delas em absoluto faz com que elas não existam. Além disso, pensar que ele pode ser autônomo o tempo todo é, no mínimo, estranho.

Enquanto hipnoterapeutas podemos e devemos fazer bom uso dessa característica inevitável das presenças dos corpos, pois não podemos fazer o movimento que é necessário ao cliente por ele, mesmo que num primeiro momento assim ele demande. O movimento é do sujeito pois só pode acontecer e ser incorporado por ele se estiver em acordo com seus recursos e seu ambiente, não pode ser imposto a partir de outra experiência de vida. Podemos propor, mas não fazer.

Partir do princípio de que nossa condição original é de intersubjetividade e intercorporeidade faz com que seja mais fácil entender que um ideal de autonomia onde o indivíduo possua total controle e consciência sobre suas ações e desejos seja ilusório, e que vivemos numa heteronomia que influencia e dita muito mais nossas vidas do que nossa consciência dá conta de perceber.

Qualquer possibilidade de autonomia possível de se pensar para o sujeito da clínica só pode ser decorrente da sua heteronomia, pois ela provoca inevitavelmente uma maneira de se movimentar no mundo que é culturalmente elaborada e internalizada como "modos somáticos de atenção" (Csordas, 2008), sua maneira de se organizar nas suas relações.

Podemos pensar que analisar racionalmente os comportamentos do sujeito na clínica tem a ver com uma ideia de autonomia (suposta), como se racionalmente saber ou conhecer seus comportamentos teria como resultado o controle sobre eles. O que precisamos permitir ao sujeito é que ele vivencie, que ele passe ao ato, para que esse ato seja incorporado em sua aprendizagem e transformado em um estar no mundo diferente.

Acho muito interessante quando Roustang (2015) coloca que a hipnose tem um caráter heteronomizante, ideia que pode parecer estranha a boa parte dos hipnoterapeutas e psicólogos que comungam a concepção de um *self* individualizado com uma subjetividade exageradamente individualizada, pois o transe hipnótico não pode fazer o movimento de separação do sujeito com o seu mundo, mas sim o contrário, de ligação, onde essa ligação acontece no lugar fundamental que produz o sujeito, intersubjetivamente e intercorporealmente.

O lugar onde está o indivíduo que procura a clínica, independente do que isso se mostre, é um lugar de imobilidade e um movimento (novo) é requerido. O transe é o movimento necessário que pode permitir ele a religar/reanimar o seu mundo nesse lugar de maior heteronomia e assim construir uma nova autonomia.

O papel do terapeuta então é criar um espaço estratégico para que o cliente tenha condições de fazer o seu movimento necessário que vai integrá-lo a sua vida novamente e que tem a ver com espaço de influência dos corpos presentes, de respeito às presenças.

Olhar para o transe hipnótico como possibilidade de emergência do sujeito significa também estar mais atento aos corpos e seus modos somáticos de atenção, cliente e terapeuta, pois somos seres em constante interação, nunca isolados. A emergência do sujeito é a emergência de um *self* com os seus elementos constituintes mais integrados e contemplados em alguma medida, como é o caso das emoções.

A proposta aqui é olhar para o transe hipnótico como um estar mais próximo do que Merleau-Ponty (2000) chamou de *quiasma*, um lugar de heteronomia e que permite que os fios que ligam a existência do sujeito sejam ligados novamente, que seus modos somáticos de atenção que revelam como sua realidade está construída e se relaciona com o mundo possam ser reestruturados e reestruturar seu estar no mundo.

O transe hipnótico aparece como uma proposição de heteronomia para que seja possível desenvolver um outro tipo de autonomia, mais saudável para o sujeito onde ele é convidado a se afastar dos seus sofrimentos e a habitar o seu presente e estar mais pronto para as relações que se apresentem (Roustang, 2015). Não é uma regressão a um estado animal, mas um convite de volta ao fundamento do humano.

5. METODOLOGIA

A produção de conhecimento científica pode ser vista como uma forma de conversa entre pesquisador e comunidade acadêmica, como uma troca constante de avaliações do que é produzido, aceito ou rejeitado enquanto conhecimento possível, como coloca Alvez-Mazzotti (2006), com conhecimentos prévios estimulando e permitindo novas compreensões sobre o mundo e o viver.

Como colocado anteriormente, no meio científico é comum e estimulado a reprodução de conhecimentos. Pensar que a *produção* seja apenas *reprodução* realmente não é uma ideia interessante e que particularmente não serviria de motivação suficiente para o esforço e dedicação que demandam essa (ou uma) pesquisa.

Toda leitura ou análise feita em nome da ciência também é inevitavelmente feita a partir de um ponto, de um determinado olhar, indissociável de uma pré-construção cultural que fornece esse olhar. O fazer ciência requer certa objetividade para a construção de conhecimento de algo que não represente apenas a reprodução de uma ideologia, que de acordo com Demo (1996), teria como característica a manutenção do poder e o não questionamento sistemático e constante do nosso estar no mundo como um caminho para compreender e viver melhor.

Entendendo que os fenômenos a serem estudados em saúde não podem ser reduzidos a definições ou categorias que generalizem as pessoas, fechando as portas para maneiras particulares de subjetivação (González Rey, 2011; Mori, 2014; Neubern, 2012), é neste sentido que entram os estudos de casos aqui buscando compreender o entrelaçamento entre intersubjetividade/intercorporeidade e possibilidades de saídas para o sujeito da clínica.

Não é de maneira alguma negar o lugar da configuração subjetiva singular do sujeito e a importância do seu reconhecimento como é bem colocado nos trabalhos de González Rey (2011, 2014) e Neubern (2004, 2012, 2013), mas permitir dar mais ênfase a aspectos intersubjetivos e intercorporais inspirado no trabalho de Csordas (2008, 2011) numa tentativa de ampliar e contribuir com compreensões sobre os processos na clínica de psicologia e hipnoterapia.

Utilizar estudos de caso de natureza qualitativa nessa pesquisa acontece por alguns motivos que são importantes ressaltar. É parte do dia a dia da minha experiência clínica com psicologia e hipnose. Logo, fazendo sentido sua utilização se levarmos em conta que um estudo de caso é um tipo de pesquisa que tem por objetivo a possibilidade de aprofundamento na análise dos fenômenos em questão na busca de entendimentos sobre a diversidade de manifestações do sujeito e seu sofrimento e bem-estar, afastando-se de generalizações e quantificações de uma ciência objetiva que garantiria verdades como resultado de um método criterioso (Godoy, 1995; Yin, 2001, González Rey, 2011, Alvez-Mazzoti, 2006), e o fato de o transe hipnótico ser ainda pouco estudado, principalmente sob uma perspectiva de corporeidade.

O estudo de caso clínico é a investigação de um ou mais indivíduos de forma estruturada do atendimento psicoterápico que permite aprofundar um determinado assunto ou questionamento a fim de permitir a construção de novos entendimentos sobre os fenômenos estudados. Mesmo que historicamente parte da psicologia tenha se utilizado estudos de casos de condições patológicas para a concepção de teorias e ideais de normalidade, essa modalidade de estudo tem auxiliando no diálogo e compreensão do viver e suas possibilidades. A ideia aqui é explorar possibilidades de entendimentos da hipnose na clínica psicológica.

Assim como na clínica onde o profissional não pode estar demasiadamente fechado em uma teoria e assim correr o risco de em alguma medida desconsiderar o sujeito que apresenta com todas suas nuances, impondo assim uma visão de verdade sua (Neubern, 2012), esse processo de pesquisa deve-se mostrar aberto e disponível a novas compreensões que possam ir além do seu embasamento teórico (Mori, 2014).

Ter um olhar fenomenológico na pesquisa significa não buscar ou achar relações causais para construir uma realidade objetiva, mas estar mais aberto para descrever o fenômeno de uma determinada forma que contribua com nossas compreensões sobre a possibilidade do mesmo.

Partindo do pressuposto em relação ao transe hipnótico como possibilidade de emergência do sujeito através da sua utilização no *setting* clínico, claramente é um ponto de partida que visa apenas ampliar compreensões sobre esse fenômeno, mesmo que signifique inclusive refutar esse pressuposto.

Serão dois estudos de caso onde a escolha dos sujeitos foi feita no sentido de ilustrar demandas que acontecem em momentos e condições distintas. Um dos principais elementos em comum de cada processo terapêutico foi a utilização do transe hipnótico como parte fundamental.

Ambos os estudados nessa pesquisa são originários de minha clínica particular de psicologia. O primeiro é o caso de Maria (nome fictício) que já concluído, onde os atendimentos ocorreram num período principal de 3 anos (2008-2010) com acompanhamentos esporádicos posteriores a essas datas. Tinha 35 anos, branca, classe média, professora de matemática do ensino médio, separada e a 2 anos em Brasília, vinda do interior de São Paulo com 3 filhos e familiares aqui na cidade. Chegou ao consultório com um diagnóstico principal de transtorno depressivo recorrente, fortemente medicada e sem prognóstico de melhoras pois faziam no mínimo 10 anos que passava por ciclos que variavam de extrema prostração e incapacidade de fazer qualquer coisa em sua vida e momentos onde alguma autonomia era desenvolvida com muito esforço.

O segundo caso teve início em junho de 2016 e continua atualmente em curso. Clara (nome fictício), 32 anos, branca, classe média, fumante, professora universitária, casada a 2 anos com um estrangeiro, e com uma filha (a primeira) de 8 meses. Chegou medicada de acordo com diagnóstico de bipolaridade e depressão pós-parto, com dificuldades no relacionamento conjugal e em aceitar que a filha tinha desenvolvimento “normal”, pois não conseguiu parar de fumar durante a gravidez, trazendo muita culpa e paralização.

No primeiro caso, a periodicidade das sessões foi de uma vez por semana. No segundo, foram de duas vezes por semana. Ambos tendo em média duração de uma hora cada sessão.

Os dados com os quais trabalharei serão primariamente decorrentes de registro das sessões¹⁷ dos clientes em questão, sendo que os dois sujeitos estiveram disponíveis para entrevistas interacionais posteriores. Nestes registros encontram-se além de anamnese, progressão dos atendimentos, percepções trazidas pelos clientes e as minhas nos encontros que incluem racionalizações, sensações, impressões,

¹⁷ Conforme Resolução CFP nº 001/2009 que dispõe sobre a obrigatoriedade documental decorrente da prestação de serviços psicológicos.

divagações, etc, além dos transe hipnóticos utilizados com objetivos e consequências, entre outros aspectos.

A análise da evolução dos casos clínicos foi norteadada pela corporeidade de Csordas (2008, 2011) e na utilização do transe hipnótico como solução terapêutica possível na clínica de psicologia. A intenção aqui não foi aplicar exatamente o que o autor propõe, mas desenvolver as análises inspirado no seu trabalho.

A proposta do autor é de uma fenomenologia cultural da corporeidade onde pensar o sujeito enquanto corporeidade é entendê-lo como “um campo metodológico indeterminado, definido pela experiência perceptiva e pelo modo de presença e engajamento no mundo” (Csordas, 2008, p. 368).

Indeterminado porque não parte do pressuposto de analisarmos a partir de objetos previamente dados nem mesmo de um indivíduo que possui uma determinada estrutura que informa como ele deve ser ou se portar, mas uma indeterminação que não se coloca do lado do objeto nem do sujeito, e que acontece intersubjetivamente como condição fundo ou primeira das análises, pois permeia tudo o que é percebido e o que percebe.

Para que seja um campo metodológico alguma estruturação se faz necessária, mesmo entendendo que esse movimento leve a um risco de voltar a objetivar um fenômeno, dado que a prática reflexiva já é sinônimo de separação.

A análise será baseada nos modos somáticos de atenção que são resultados de consciência perceptiva e prática coletiva. Procurar compreender melhor como a experiência do sujeito acontece e pode acontecer em decorrência da configuração dos modos somáticos de atenção enquanto fenômeno de intersubjetividade corporificada.

Originalmente sua proposta é norteadada por três eixos: a capacidade de agência, diferença sexual e corporalidade, que mostram o engajamento no mundo por parte do sujeito que chega com uma história e aprendizados que formam configurações específicas.

Utilizo aqui nesta pesquisa o eixo corporalidade no intuito de auxiliar na investigação de como os pesquisados estavam organizados em suas vidas no momento de chegada e saída do processo terapêutico.

Apesar do autor ter proposto um esquema incluindo também outros componentes da corporeidade, faço uso apenas de alguns que entendi serem pertinentes aos casos, que listo a seguir:

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| Forma corporal | | <i>Que inclui as partes do corpo e postura, que são definidos por esquemas e imagens corporais</i> |
| Experiência sensorial | | <i>Os 5 sentidos mais propriocepção e temporalidade estruturados de tal forma que fornecem determinadas possibilidades e também consequências em relação a perda ou desarranjo dos mesmos</i> |
| Movimento ou mobilidade | | <i>Capacidade atrelada a forma de agencia e intencionalidade, que podem ser enquadradas nas formas propostas de estruturação da corporeidade de estilos de estar no mundo, tem esforço e resistência</i> |
| Capacidade | | <i>Nossas capacidades de execução e resistência que impactam caso sejam limitadas ou comprometidas de alguma forma ou quando sejam aumentadas por técnica, tecnologia ou drogas</i> |
| Gênero | | <i>Abrange todas as possibilidades relativas ao sexo, sexualidade e gênero, como são experienciada e delineadas socialmente</i> |
| Metabolismo/fisiologia | | <i>Diz respeito à experiência do funcionamento de funções de ordem físico/química, como essa experiência é construída e pode ser afetada</i> |
| Copresença | | <i>Formas culturalmente elaboradas de estar presente que inclui intersubjetividade, intercorporeidade, alteridade, sociabilidade e modos somáticos de atenção</i> |

| | |
|---------------|---|
| Afeto | <i>Componentes da corporeidade formulados culturalmente que tratamos como emoção e sentimento, seus estados e mudanças possíveis</i> |
| Temporalidade | <i>Não como uma questão de cronologia, mas como experiência de duração, envelhecimento, nascimento, morte, reencarnação, etc, como é vivenciado pelo sujeito cultural</i> |

Prestar atenção aos corpos e com o corpo pode nos informar e ensinar mais sobre nosso mundo do que apenas as palavras que são ditas ou escritas, mas mais sobre relações que os corpos estabelecem e como acontecem intersubjetivamente.

Isso porque estamos partindo do princípio de que as percepções, sensações, sentimentos que são trazidos pelo cliente à clínica também são resultado de uma construção cultural. Não faz sentido analisar o sujeito de forma individual, mas sim no seu ambiente, porque como ele dá atenção com o seu corpo não é uma questão biológica, mas aprendida e tornada automática. Por isso foge muitas vezes à sua consciência.

Acredito que tanto a pesquisa como a clínica possibilitam acima de tudo modificação recíproca. Ela extrapola a teoria em que se fundamenta de tal forma que seja virtualmente impossível da conta de toda a complexidade que envolve o encontro dos corpos. Como coloca Víctora (2011, p.108) ao se referir a como é viva a relação de pesquisa onde "...particularmente no caso dos encontros face a face em situação de pesquisa, pesquisadores e pesquisados estão em interação e em atenção mútua possibilitadas pela presença corporal/cultural de cada um e de todos os envolvidos", e nesse sentido aqui é um esforço de situar e conectar sujeitos e contexto/ambiente.

Apesar da pesquisa em corporeidade proposta por Csordas (2008, 2011) ser primariamente aplicada à antropologia, a proposta de trazê-la para a clínica psicológica da hipnose visa ampliar as possibilidades de compreensão e atuação dessa clínica enquanto prática cultural.

6. ESTUDOS DE CASO

Ao iniciar a escrita dos casos aqui neste trabalho antevi inicialmente dois desafios para os quais por muito tempo não tive exatamente uma solução: um era como eu poderia ser o mais fiel possível na descrição dos fenômenos estudados, me esforçando para não cair na tentação de ser lógico ou racional demasiadamente e assim produzir ou reproduzir uma ciência “ascética” como coloca Howes (2009) que descreve o mundo sem a experiência dos nossos sentidos; e outro foi o de promover uma aproximação no ambiente cultural que perpassa minha posição e dos clientes para melhor compreender as situações/relações clínicas. Na minha experiência de prática clínica as semelhanças são inevitáveis e constantes, fazendo com que muitas vezes não se questione posições já naturalizadas culturalmente enquanto existência intersubjetiva na relação com o mundo, demandando um olhar mais detalhado e questionador.

7. CASO 1 – MARIA

O ano era o de 2007 no consultório de psicologia e como não estava há muito tempo na prática clínica, a falta de experiência trazia naturalmente mais inseguranças nos atendimentos, mesmo porque existia ainda àquela época uma crença na responsabilidade maior da melhora do cliente por minha parte enquanto terapeuta. Responsabilidade esta que com muita frequência identifico nos meus alunos recém-formados e que pode ter força o suficiente de trazer um fardo a mais (e desnecessário) para o processo terapêutico. Foi com o tempo que cheguei a entender realmente o que Erickson (1980) afirmava: quem faz a terapia efetivamente é o cliente com sua experiência de vida, suas memórias e ideias. O nosso trabalho enquanto terapeutas é o de propiciar o ambiente para que isso aconteça. É isso o que significa respeitar esse sujeito, diferente de querer lhe impor alguma verdade.

À época do nosso primeiro encontro (maio de 2007), Maria estava com 38 anos, separada há 2 anos, vivendo com os 3 filhos, duas meninas de 16 e 7 anos e um menino de 14. Era do interior de Minas Gerais, mas vivia no interior de São Paulo, que deixou logo após sua separação para vir a Brasília pois tinha familiares aqui que podiam acolhe-la. Ela e toda a família eram evangélicos praticantes, apesar de

frequentarem ramificações diferentes da religião, sendo inclusive o ex-marido pastor na cidade da qual partiu no estado de SP.

Seu casamento teve início nos seus 19 anos e havia sido o único relacionamento que havia tido. Até aquele momento não tinha estado com outro homem antes ou depois do relacionamento. Após a separação afirmava não acreditar que seria possível outro tipo de relação, por desconhecer e não acreditar possuir características relativas que ao chamava de “meu lado mulher”¹⁸, que incluíam questões aprendidas do que deveriam ser o seu papel e desempenho numa relação como “boa esposa e mulher”, o que envolvia a necessidade de satisfazer sexualmente o companheiro e sentir prazer em fazer isso por exemplo, o que não foi o caso da sua história.

Era formada em matemática e tinha lecionado para o ensino médio em instituições particulares em SP e no DF. Naquele momento inicial do tratamento estava desempregada já alguns meses e sem condições de lecionar após episódios que descrevia como ataques de pânico na última escola particular em que trabalhou no DF.

Foram dois episódios no total. O primeiro aconteceu na própria escola em um intervalo entre as aulas. Maria estava no pátio e começou a sentir as pernas tremendo, depois outras partes do corpo. Uma sensação de medo e descontrole foi tomando conta dela, ficando tonta a ponto de quase perder a consciência e fazendo com que praticamente caísse no chão de joelhos. Foi acudida logo em seguida por duas colegas professoras que estavam próximas. O segundo episódio aconteceu alguns dias depois quando estava retornando ao trabalho, com sintomas muito semelhantes, impedindo que saísse de casa. Após um período de afastamento do trabalho e medicada, as crises de pânico não aconteciam na mesma intensidade, mas sentia como se elas estivessem prestes a acontecer, afetando seu desempenho em sala de aula que culminaram em sua demissão.

O sofrimento de Maria nesse momento era representado por uma grande falta de prazer ou interesse nas suas atividades em geral e relacionamentos, sentimentos de incapacidade e fracasso, incluindo problemas com a alimentação, pois relatava não sentir o gosto da comida há muitos anos. Por isso não tinha vontade de comer,

¹⁸As palavras/frases entre aspas são falas da cliente que utilizo como ilustração.

dificuldade em dormir, com insônia recorrente e, não sendo o sono reparador, sensação de baixa energia do corpo, pensamentos suicidas e expectativas negativas em relação ao seu viver. Frases como “*eu não sei o que vai ser de mim, não tenho perspectiva...aliás, só perspectivas negativas...não sei mais o que fazer*” eram constantes no seu verbalizar.

Ao longo de mais de 15 anos de visitas a psiquiatras já havia recebido vários diagnósticos como transtorno afetivo bipolar, depressão maior (endógena) até esquizofrenia, tendo tomado vários tipos de psicofármacos nesse período.

Na sua narrativa estava bastante marcada a fala do último médico psiquiatra que a acompanhava já há algum tempo que afirmava que “*eu tenho uma doença e vou ter que tomar remédio pra sempre...nunca vou poder ficar sem (remédio)*”, se referindo mais especificamente ao diagnóstico de depressão, crença que vinha acompanhada de uma expressão que aparentava um misto de desesperança e aceitação de sua limitação diante do diagnóstico imposto.

Não é minha intenção aqui focar no diagnóstico, nem em uma desconstrução sistemática da classificação nosológica dos casos ou nos possíveis impactos no viver do indivíduo. Mas como minha prática clínica é norteadada por um esforço em me afastar de rotulações para procurar conceber o sujeito de uma maneira mais ampla, na análise dos casos entender melhor o sofrimento e os sintomas de uma forma integrada nas relações do indivíduo me parecem mais interessante.

No meu entendimento de Maria até o momento, seu sofrimento era decorrente da maneira de estar em relação com a sua rede constituinte. Ela se submetia com facilidade a situações que lhe eram colocadas ou mesmo impostas, mesmo quando percebia o quão arbitrarias e não saudáveis para ela algumas dessas situações poderiam ser.

Ainda de acordo com o seu relato, por ser a mais velha de 6 irmãos, sempre teve que ajudar no cuidado e educação dos mesmos. No casamento se submetia às vontades do marido, inclusive sendo obrigada a fazer sexo mesmo quando não queria.

Além de se esforçar para cumprir suas obrigações de dona de casa enquanto casada, deixar a casa limpa, cuidar das roupas e alimentação de todos por exemplo, trabalhava como professora de matemática para o segundo grau em uma escola local.

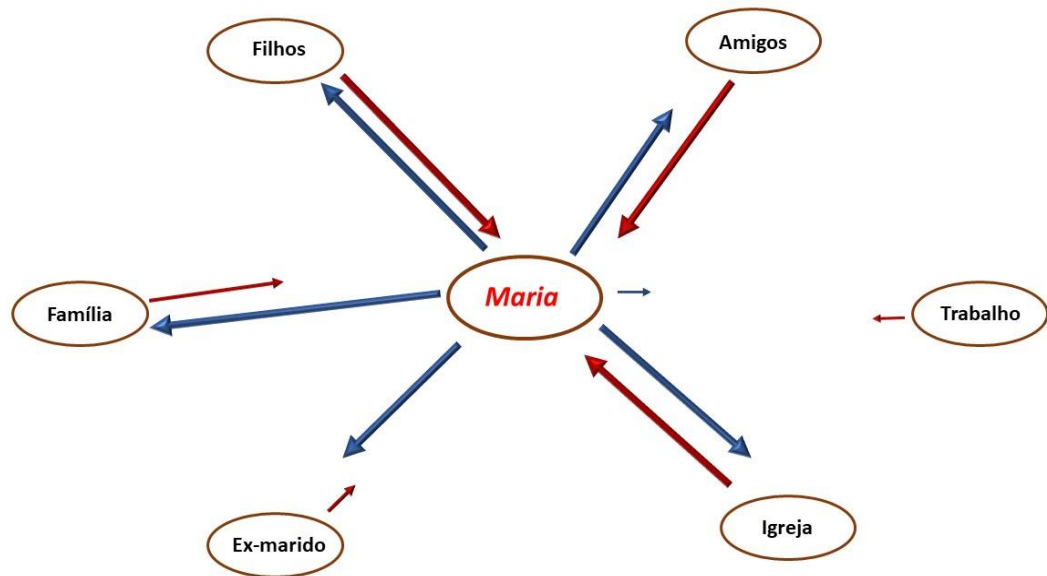
Fez pós-graduação e em parte do tempo de casada ainda sustentou a casa e os estudos do marido, já que a igreja que ele cuidava nem sempre dava lucro. Ajudou o marido a se formar, fazer pós-graduação e curso de psicanálise, em detrimento dentre outras coisas de um curso de mestrado que ela havia iniciado interrompendo.

Nesse período de acompanhamento psiquiátrico, Maria teve pelos menos 3 momentos em que passava semanas acamada praticamente sem sair do quarto e sem vontade ou disposição para fazer nada. No seu entendimento, a experiência passada e presente serviam como preditoras da experiência futura possível, dificultando radicalmente qualquer expectativa de melhora.

Os poucos fios da sua vida que a mantinham viva (sem cometer suicídio) eram os filhos, para quem fazia tudo o que dava, e também a religião que funcionava como um dos poucos vínculos sociais de valor que mantinha.

Trago esses pontos em particular para ilustrar o quanto Maria se colocava disponível em função do outro na sua rede relacional, mesmo que isso significasse abrir mão de questões importantes para seu viver saudável, o que fez historicamente com muita facilidade. Na sua explicação para esses movimentos sempre utilizava os preceitos evangélicos cristão nos quais cresceu e vivia, de prezar pela sacralidade da família e pelo cuidado e preocupação com o outro em geral.

Graficamente apresentados, os laços de Maria com o mundo naquele momento de início da terapia seriam da forma desenhada abaixo. As setas azuis com o comprimento e largura indicam a quantidade do seu engajamento/investimento nas suas relações (tempo, energia e expectativa), e as setas vermelhas o que recebe em contrapartida.



Embora não seja foco da análise deste trabalho, é importante ressaltar que o sofrimento de Maria é constituído a partir de uma situação de violência de gênero. Desde a criação familiar lhe foi imposta uma maneira de estar no mundo com um papel de *mulher*, respeitando privilégios de um modelo patriarcal onde o feminino muitas vezes é associado com fragilidade e submissão (Saffioti, 2001, Bandeira, 2014).

No esforço de entendimento de que todas as modalidades sensoriais e cognitivas estão engajadas e envolvidas em alguma medida no sofrimento do cliente que vem à clínica, de que as experiências somáticas e psíquicas são todas uma coisa só (Csordas, 2008), passo agora a uma descrição do sofrimento de Maria em termos de corporeidade e como estavam organizadas essas experiências no seu momento de chegada ao processo terapêutico. A proposta aqui é comparar esse engajamento em diferentes momentos do trabalho terapêutico, incluindo alguns tranSES hipnóticos que considere mais fundamentais no processo.

Nesse primeiro momento de Maria, na modalidade tátil, as dores de cabeça eram predominantes e constantes na sua experiência. Muitas vezes a sensação era na cabeça mesmo, mas em outras eram de conviver com um “incômodo” que ela não sabia precisar, mas como se sempre estivesse algo presente no seu dia a dia, sem lhe dar descanso. Periodicamente, essas dores evoluíam para uma grande intensidade. Os remédios já não faziam mais efeito, sendo a única solução ela ir para o hospital para tomar medicação intravenosa. As dores latejavam e irradiavam

espalhando pelo corpo. Quando isso acontecia, descrevia a sua situação como se “o corpo tivesse me vencido”, pois esses momentos a incapacitavam totalmente nas suas relações com o mundo, não dando conta de fazer nada, nem mesmo as vezes chegar até o hospital.

Nas crises de pânico o corpo era tomado por um descontrole dos movimentos que mesmo sendo perceptível, acontecia de forma muito rápida, tremendo inteira, a tonicidade muscular das pernas e braços enfraquecia, ficava tonta e em alguns momentos vomitava também. Essas sensações ocorreram em momentos específicos quando passava perto da última escola que lecionou ou se imaginava nessa escola. Isso porque a primeira crise de pânico aconteceu justamente nesta escola, fazendo com que não desse conta do trabalho e fosse despedida em seguida. Essas sensações também apareciam mesmo em menor intensidade quando pensava em voltar a dar aulas, mesmo em outra instituição.

A sensação de corpo pesado também era comum, junto com percepções de falta de energia, sentindo-se drenada e vazia de vida. Dores de estômago também eram comuns, sendo difícil precisar se eram mais em decorrência da quantidade de remédios que tomava ou da dificuldade em se alimentar, pois sentia pouca ou nenhuma fome.

A modalidade gustativa é engajada com a falta de sabor na boca e, apesar de não relatar gosto ruim especificamente dos alimentos, frequentemente sentia-se enjoada e tendo ânsia de vômito nas refeições. Eventualmente vomitava ou provocava o vômito para se livrar do desconforto corporal da situação. Os momentos que sentia nojo dos alimentos eram acompanhados de percepção olfativa ruim. Vale ressaltar que a falta de paladar e a dificuldade de se alimentar, condiz com a hipótese que a vida perdera o sabor, compatível com a ideação suicida mencionada abaixo.

Afirmava que os filhos reclamavam da maneira que ela se alimentava, tomando café pela manhã com pão, muitas vezes não almoçando ou não jantando, passando o dia com um salgado e café.

A ideação suicida de Maria aparecia engajada na modalidade visual, onde ela identificava situações e ambientes onde potencialmente ela poderia se matar, as cenas a invadiam e ela descrevia como se efetivamente enxergasse. Era mais comum ver-se atirando na frente de um caminhão ou carro quando precisava atravessar uma

rua, ou imaginar atirar-se nos trilhos do metrô, ou se via pulando da janela de um edifício. Esses quadros eram acompanhados de uma complexidade de emoções/sensações que a invadiam: sentia alívio, culpa, fracasso e afirmava que se não fossem os filhos isso já teria acontecido. A tentação em ceder a essas cenas era grande pois havia sempre uma promessa de alívio implícito, mas ela sempre resistia.

Distorções de pensamento e emoção também se entrelaçam nessa sua configuração, com dificuldades de manter a concentração principalmente quando se propunha a estudar ou procurar emprego novamente, que analiticamente associei a sua última experiência que culminou com as experiências de pânico já mencionadas antes. Emocionalmente era tomada inadvertidamente por sentimentos de ansiedade, medo e culpa, que fugiam de seu controle, sedimentando sua percepção de incapacidade perante a sua vida, passada, presente e futura.

Como proponho aqui neste trabalho que uma das características do transe hipnótico seja a possibilidade de intensificação da relação dos corpos presentes no *setting* terapêutico e entendendo que esse *rapport* acontece independente do transe, o caso de Maria é também o meu caso pois existiu uma troca onde fui impressionado pela sua presença e vice-versa.

Roustang (2015) traz uma questão importante para clínica, que particularmente vivencio como fundamental para o processo, que é o *partir do princípio de que o cliente já está curado*, no sentido de que o seu problema/situação está resolvido desde o início. Por mais que possa soar um pouco estranho para alguns, isso não significa eu pensar que o sujeito está bem ou racionalizar um caminho para a sua melhora, ou mesmo como que ingenuamente proferir palavras positivas de autoajuda com o poder de modificar o outro que se encontra comigo.

Em vez disso, significa em decorrência desse encontro eu perceber/reconhecer de corpo inteiro, racionalmente e emocionalmente que o sujeito ali presente pode e está bem porque pode estar bem. Reconhecer suas capacidades e recursos e seu potencial de saúde que muitas vezes ele (o cliente) muitas vezes ignora. Isso serve também para me afastar dos diagnósticos, pois senão daria início a uma relação a partir de algo negativo.

Significa também não se ligar aos diagnósticos e abordar os problemas de uma outra forma, muitas vezes menos negativa e limitante (como no caso do diagnóstico) e mais saudáveis, mesmo que o cliente ignore num primeiro momento.

Não é uma ingenuidade, mas uma sutileza de percepção. É como se houvesse uma certeza interna que vivencio na relação fazendo com que essa relação com a pessoa seja impregnada pelo que corporalmente vivencio como um sentimento de certeza que preenche o corpo todo com um certo alívio e tranquilidade, muito mais do que uma compreensão racional de certeza apesar disso também compor a situação. Da mesma forma que quando ou enquanto essa percepção não aparece, sensações de incômodo e inquietude invadem meu corpo.

Elementos qualitativos da minha presença no setting clínico, como a entonação da voz, a postura, a tranquilidade ou preocupação, são sinais importantes no processo terapêutico.

Pensar em propiciar uma experiência de conexão mais intensa com o cliente como o transe hipnótico onde os corpos de influenciam mutuamente e onde a minha experiência se faz viver no outro sem a mediação dessa certeza interna não me parece uma boa ideia. Também nesse caso de Maria é de meu entendimento que essa certeza futura serviu de pano de fundo para todo o trabalho desenvolvido, inevitavelmente assim aparecendo na minha fala, nas minhas ideias, na minha postura, enfim, em todos os componentes das minhas trocas com ela.

Na minha análise do caso, a pouca experiência e a complexidade da situação trouxeram num primeiro momento dificuldades em vivenciar essa certeza. Demorou algumas sessões até que esse entendimento fosse corporificando e me sentisse mais seguro em começar os trabalhos com os tranSES inclusive.

Passo agora a descrição de dois tranSES hipnóticos que ocorreram durante o processo terapêutico. Embora tenha havido outras hipnoses que, segundo compreendo, também contribuíram no desenvolvimento do tratamento e entendendo que não tenho como aqui dar atenção a toda a complexidade inerente ao processo, dou especial atenção a dois trabalhos em momentos específicos que entendo como os mais significativos.

O primeiro transe que descrevo foi, na verdade, o terceiro feito com Maria. Nele, eu tinha como objetivo trabalhar em alguma medida a questão das expectativas futuras dela que eram negativas, já que havia identificado ser ponto importante na sua situação e também um limitador do nosso trabalho, pois da mesma forma que eu acreditava era fundamental que ela acreditasse também nas suas possibilidades.

Nesse sentido, conduzi a indução de um transe interativo que é quando há um diálogo com o hipnotizado, em que ia perguntando para ela e permitindo ela se expressar. Um dos motivos de conduzir assim era para entender melhor sua experiência para que nosso diálogo fosse mais significativo, o que ajudaria no objetivo que tinha para a experiência.

Como no início da hipnose Maria demonstrava tensão e apreensão na sua expressão verbal ou gestual, usei parte do tempo reconhecendo essa sua condição como parte do aprofundamento do nosso *rapport*, mesmo porque qualquer coisa que lhe falasse dissonante da sua experiência nesse momento correria o risco de não fazer sentido e não ter nenhum efeito.

Após o estabelecimento desse *rapport* e de perceber a presença de alguns sinais indicativos do transe¹⁹ (Zeig, 2006), sugeri uma cena em que ela pudesse encontrar com uma Maria mais velha, mais experiente e sábia (processo imaginativo) e assim dialogarem sobre alguns assuntos importantes que poderia ter interesse em perguntar à Maria mais velha. Nesse momento a experiência se modifica, a musculatura corporal de forma geral se tonifica, o corpo se curva para frente com expressões faciais de sofrimento, começando a chorar e, quando peço para descrever o que estava acontecendo, verbaliza se desculpando que queria muito encontrar com ela mesma no futuro, mas que não consegue, demonstrando muita frustração, quase desesperada, porque entendia que o trabalho que propunha não estava dando certo. E isso significaria também o fim de suas expectativas.

Naquele momento, por mais que eu tenha proposto o exercício do encontro e quisesse efetivamente que ela tivesse dado conta, entendia que ela tinha o seu tempo de dar conta de lidar com a situação e principalmente compreendia e confiava em uma

¹⁹ Zeig (1994) apresenta uma constelação hipnótica de sinais como representativos e indicativos do transe hipnótico que podem estar presentes na experiência do sujeito em maior ou menor quantidade como: aumento da responsividade, relaxamento muscular, diminuição dos movimentos, vibração das pálpebras, fixação do olhar, fasciculação, diminuição na frequência respiratória, entre outros.

inteligência do seu inconsciente, no sentido de que de alguma maneira a questão seria trabalhada.

Ainda no transe, falei dessa confiança para ela, tratei de tranquilizá-la, colocando também que estava tudo bem, mesmo que a Maria mais velha não tivesse aparecido, e que ela tinha o tempo dela para que as coisas acontecessem, que era importante também nós respeitarmos esse trabalho do inconsciente na certeza de que alguma coisa aconteceria, como uma sugestão pós-hipnótica²⁰ bem aberta (ou ampla) em relação a possibilidades.

No final dessa sessão realmente não sabia quais seriam os próximos desdobramentos dela com essa questão, quais apreensões poderia ter, etc. A única certeza que tinha era de que a experiência do transe poderia servir para provocar seu movimento em alguma medida. Durante o intervalo até a próxima sessão me pegava pensando como poderiam ser os próximos encontros, o que poderia propor que auxiliasse terapeuticamente, mas nada me ocorreu exatamente e decidi esperar.

Ao chegar na sessão seguinte, ao abrir a porta, percebi que ela entrou com um pouco mais de rapidez do que o normal e angustiada, em seguida logo me pergunta de maneira séria: “Olavo, eu gostaria que você fosse muito honesto comigo e me dissesse se estou louca ou não com o que eu vou te contar! ”. Claro que fiquei curioso, mas apenas perguntei tranquilamente o que era que ela queria me contar.

Começou a descrever que após sair do consultório na sessão anterior, enquanto estava indo de carro sozinha para casa, de repente no meio do caminho a Maria mais velha apareceu (processo imaginativo) do seu lado direito entre o banco do passageiro e o painel do carro. Levou um susto enorme num primeiro momento, mas logo em seguida a Maria mais velha começou a falar com ela de uma maneira acolhedora, dizendo para ela ficar tranquila que tudo iria se resolver, que a vida dela iria melhorar e que ela podia perguntar o que quisesse.

Não soube precisar exatamente quanto tempo ficou conversando enquanto dirigia, mas foi um tempo suficiente para ela fazer algumas perguntas sobre o seu futuro. A Maria mais velha foi descrita como tendo por volta de uns 70 anos, cabelos

²⁰ De acordo com Erickson & Rossi (1980a) a sugestão pós-hipnótica durante o transe na expectativa de comportamentos que ocorram e algum momento (específico ou não) após o transe. As ações pós-hipnóticas não são motivadas conscientemente e interrompem o funcionamento habitual do sujeito.

brancos, rosto marcado pelo tempo e aparentando muita serenidade. Entre outras coisas a Maria mais velha a tranquilizou afirmando que ela ficaria melhor e mostrou a casa onde morava que era muito parecida como havia imaginado enquanto adolescente onde queria morar. Tratei de tranquilizá-la e afastar a possibilidade de estar louca porque realmente compreendia que esse não era o caso e entendia estar ligado a uma inteligência do seu inconsciente.

Ao longo do tratamento de Maria, considero essa experiência de hipnose com o contato dela com ela mais velha como fundamental para o seu processo por dois pontos em particular: permitir que fosse instaurado um ambiente de expectativa futura de melhora e também uma confiança maior em Maria no nosso tratamento, com falas dela como “e quando eu vi que estava num lugar que eu sempre quis estar, que eu estava bem, que não estava acabada, tranquila, foi muito curativo....e permaneceu (o sentido curativo)”.

Isso porque naquele momento Maria vivia uma relação contraditória em relação à terapia. Se por um lado buscava algo que lhe ajudasse no sofrimento, por outro tinha grande dificuldade em acreditar que algo realmente pudesse ajudar. Acredito que até a continuidade da terapia estava em risco se algum tipo de esperança não se estabelecesse, alguma experiência diferente não acontecesse, em virtude das inúmeras tentativas passadas e das crenças em relação à sua condição incorporadas como a de que seria doente e tomar remédios até o fim de sua vida.

Outros transes ainda foram feitos na sequência do trabalho, incluindo alguns onde o mesmo tema foi abordado de forma mais indireta e metafóricamente com o intuito de sedimentar esse seu sentimento de crença na melhora. Outros, em relação a outros temas, como uma fobia de dentista que emergiu como demanda em decorrência de uma urgência odontológica dela, possibilitando ir ao consultório sem sofrimento. Em transe, com uma regressão de idade, Maria pôde reconfigurar uma situação vivida aos cinco anos, quando o seu pai havia arrancado um dos seus dentes de leite à força.

Todo o processo terapêutico foi nortado pela reconstrução ou revisão dos seus laços com o mundo e aos poucos essa necessidade foi ficando mais claro para ela também. Foi destinada atenção a todos os elementos constituintes desses laços, como mostrado na figura anteriormente. Alguns deles tiveram mais atenção e

dedicação do que outros, dada a relevância em relação ao sofrimento experimentado por ela em cada momento da terapia.

Uma relação em particular, que foi de grande importância à reconfiguração, foi a que Maria tinha com sua mãe. Nos laços que mantinha com a sua família original (pai, mãe e irmãos), era a mãe a mais próxima, mas não por isso menos conflituosa.

Não se sentia confortável nessas relações, era muito cobrada em participar da vida da família. Funcionava como uma “faz tudo” levando, buscando, cuidando, já que não estava trabalhando e era sustentada pelos irmãos, como se isso fosse uma contrapartida natural por parte dela.

Nesse momento já havia dado conta de promover alguns ajustes na relação com o ex-marido impondo limites e demandando mais auxílio por parte dele em relação aos filhos, o que já foi uma evolução na sua posição no seu mundo.

Por conta de sua formação cristã tinha dificuldades em reconhecer e aceitar ações dessa mãe que muitas vezes não eram saudáveis na relação com ela, principalmente no sentido de não a respeitar em seus movimentos e posicionamentos, sentindo-se constantemente não acolhida. Se esforçava para fazer tudo para essa mãe na tentativa de que esse sentimento se modificasse. Esperava reconhecimento, acolhimento e compreensão, que dizia não receber. Um bom exemplo que ajuda a ilustrar essa questão era o fato da mãe ainda falar bem e defender seu ex-marido, responsabilizando-a pelo fim do casamento e pelo sofrimento atual (importante ressaltar que a mãe sabia apenas parcialmente o que havia acontecido no casamento). Percepção esta que era compartilhada com o resto da família.

Maria vivia com uma desconfiança de que a mãe não a amava, que a havia rejeitado desde o nascimento, o que fazia com que se sentisse muito desamparada, as vezes com alguma raiva. Não sabia precisar exatamente se havia escutado da própria mãe ou de uma das irmãs comentários sobre a mãe não querer ter tido ela.

Essas sensações eram muito fortes e entravam em conflito com suas crenças religiosas que definiam bem o papel dos pais de filhos de proteção e acolhimento em relação aos filhos, assim como, o de respeito e aceitação por parte dos filhos.

Maria reconhecia essa sensação estando presente também em outros momentos da sua vida e em outras relações, embora numa intensidade menor do que

quando se referia à mãe que sempre era motivo de sentir-se muito angustiada, com um vazio no peito e chorando quando abordava o assunto.

O transe anterior aqui, além de servir para a criação de possibilidades futuras mais saudáveis, também auxiliou no trabalho com as situações presentes e passadas uma vez que uma certeza de melhora já havia se estabelecido.

A proposta desse segundo momento de hipnose foi de permitir trabalhar com uma regressão de idade²¹, essa sensação de desamparo ligada a mãe. Minha expectativa era de que, uma vez essa relação estando mais fluida e demandando menos esforço, essa reconfiguração auxiliasse bastante no seu movimento com os outros laços que formavam sua vida.

A indução do transe foi feita a partir dessa sensação que incluiu uma descrição mais detalhada por parte dela de como era experienciava no seu corpo, em quais partes, com qual intensidade, como percebia fisicamente, etc.

Essa descrição na verdade foi um vivenciar importante para assegurar que o trabalho inconsciente fosse direcionado para experiências passadas relativas a esse sentimento, que não sabíamos quais eram ou quando haviam acontecido.

Minha impressão clínica na utilização de regressão de idade é a de quando as sensações são bem corporificadas no início, isso facilita muito o aparecimento de experiências prévias relacionadas. Como se houvesse uma mobilização ou integração por parte do sujeito a tal ponto da sensação tornar inevitável esse aparecimento. Percepção esta que vai ao encontro dos estudos de Bull citados por Sheets-Johnstone (2009) ao falar do corpo tátil-cinestésico e de como a produção do afeto é ligada a uma sequência básica neuromuscular, não sendo possível dissociar a experiência física do afeto e da memória.

Uma vez Maria em transe, com o ritmo respiratório alterado, tônus muscular da face um pouco mais relaxado e uma certa catatonia presente, sugeri que se iniciasse uma procura inconsciente de situações em sua vida onde havia vivenciado o desamparo no passado. Após um pequeno período de tempo, pedi que se houvesse

²¹ Regressão de idade é um fenômeno que envolve memória (não o fato em si, mas como a experiência foi subjetivada) e um retorno à história pregressa do sujeito, onde sua eficiência depende mais das associações feitas pelo cliente em relação a seus processos do que dos comandos do hipnotista (Erickson & Rossi, 1980b, Yapko, 2003).

aparecido alguma coisa fosse relatado. Descreveu uma cena com os irmãos quando tinha aproximadamente oito anos numa chácara, mas que não identifiquei como significativa e não dei importância, pedindo que voltasse a procurar outro momento.

Aos poucos foi perdendo o relaxamento facial que foi dando lugar a uma expressão de tensão e sofrimento, movimentando a cabeça de um lado para o outro lateralmente num movimento de *não*. Tronco e membros superiores também mais tensionados e curvando-se para frente, onde ela, mesmo com dificuldade, começa a descrever um quarto de hospital onde estava sua mãe grávida com uma equipe médica, prestes a parir.

Pedi para que descrevesse a experiência da mãe. Falou do sofrimento da mãe antes e durante o parto com um sentimento de que não queria que a filha nascesse. Depois sua angústia e medo prestes a nascer, sentimentos estes que eram vivenciados, não racionalizados, trazendo mais tensão para o seu corpo, começando a chorar de forma mais intensa enquanto se esforçava para me relatar o seu nascimento. As sensações de angústia, medo e desamparo faziam parte da cena da qual Maria agora fazia parte. Ela estava lá e era ela recém-nascida naquele momento que encarnava como se fosse o ápice da sua experiência de desamparo.

Permitir que o sujeito reviva sob hipnose uma experiência marcante ou traumática normalmente, não entendo que isso tenha valor terapêutico por si só, demandando um movimento no sentido de alguma redefinição dessa experiência. Somente reviver ou trazer à consciência conteúdos com forte carga afetiva tem grande potencial desestruturante, podendo tornar-se iatrogênico inclusive.

Foram incontáveis os casos de pessoas que chegaram ao consultório razoavelmente bem desestruturadas em virtude de não saber o que fazer ou não dar conta dos conteúdos surgidos vindos de outras terapias (independente de terem sido resultantes de exercícios corporais, psicológicos ou vivenciais e hipnoses também).

Neste sentido, entendendo que a Maria criança não tinha mais o que fazer naquela situação não ser continuar vivenciando a experiência, sugeri que a Maria adulta (atual) entrasse na cena para que pudesse desempenhar um papel ativo na redefinição da situação e perguntando de que forma ou como poderia ajudar a recém-nascida.

Foi descrevendo se aproximando da criança, pegando-a no colo com cuidado e carinho e falando para ela não se preocupar, que não precisava sentir medo ou desamparada que tudo iria ficar bem e que haveriam pessoas que ajudariam a cuidar dela. Logo em seguida nessa mesma cena do nascimento aparece Jesus envolto em muita luminosidade. Ele abraça as duas (ela e a criança) e ela descreve a sensação nesse momento de muito amor e acolhimento.

As expressões de Maria agora são diferentes. O rosto aparenta serenidade com um leve sorriso, as tensões de antes já não existem mais, a respiração não está mais ofegante e ela se acomoda mais confortavelmente no sofá onde se encontra.

Exploro um pouco mais a cena para me certificar que ela conseguiu dar algum tipo de resolução para a situação e peço para que se despeça dela e do local, retornando ao momento atual.

A saída do transe acontece com a manutenção das expressões e sensações decorrentes dos sentimentos positivos.

Na sessão seguinte indaguei sobre a o desamparo que trabalhamos na regressão. Ao se referir sobre o exercício disse que “é uma cura instantânea...é uma cura pra sempre...” e, por iniciativa própria, resolveu conversar com a mãe sobre o seu nascimento e gestação como uma forma de checar como havia sido, onde colocou também a desconfiança que tinha de a mãe não a haver desejado.

A mãe contou que não procedia esse sentimento e que a amava muito. Na verdade, ela havia desejado mesmo não estar grávida e que ela não nascesse, mas era por outra razão. O pai de Maria tinha saído de casa no penúltimo mês da gravidez e ninguém sabia onde estava, fazendo com que sua mãe estivesse sofrendo e muito preocupada em como daria conta dela sozinha e que tipo/qualidade de vida ela teria.

No movimento terapêutico de reestruturação dos seus laços, essa foi uma conversa importante pois serviu como uma espécie de ratificação da sua experiência do transe, criando como se fosse um *yes set*²², um ambiente favorável e propício a mudança.

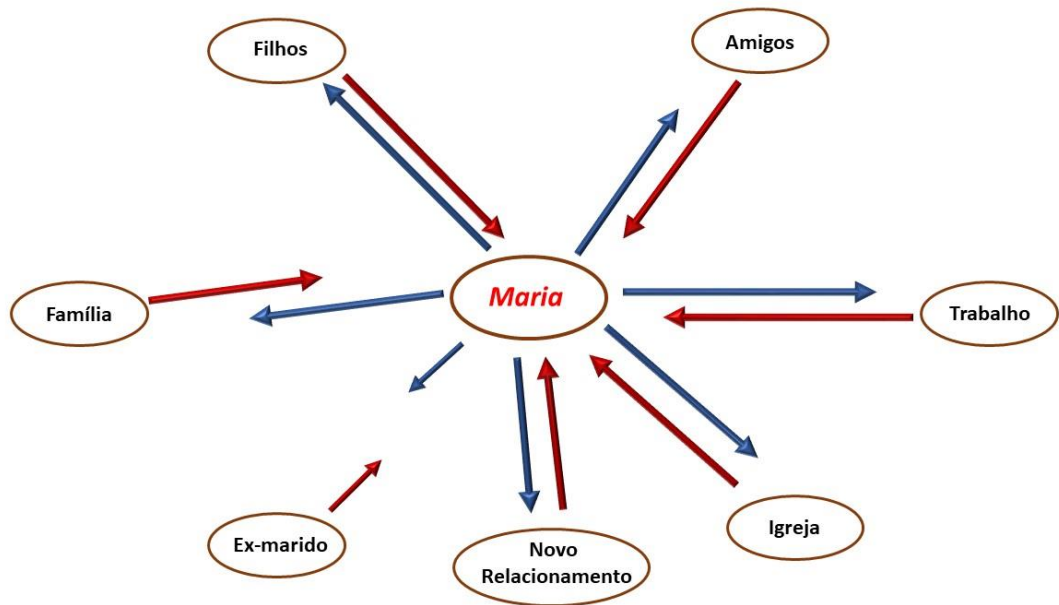
²² Yes set em hipnose é um ambiente favorável estabelecido através de truísmos (verdades óbvias) caracterizado por uma maior disponibilidade e aceitação por parte do cliente do que é sugerido pelo terapeuta (Erickson & Rossi, 1980a).

Analisando todo o seu processo, entendo que esses momentos específicos se mostraram fundamentais para a sua melhora. O primeiro transe para quebrar um padrão habitual de percepção negativa e estabelecer um ambiente de alternativas (positivas) que não existiam. E o segundo como ratificador dessas alternativas quando de forma prática (em transe e no diálogo com a mãe), Maria consegue reestruturar um dos laços componentes da sua vida.

O seu último ano de atendimento foi principalmente de acompanhamento para termos segurança de que sua mudança era efetiva. Ela já não fazia uso de nenhum medicamento psiquiátrico, havia voltado a trabalhar, e estava num outro relacionamento afetivo no qual se casaria um ano mais tarde. Lidava melhor com a família em geral e o ex-marido, pois essas relações já não eram sinônimo de tensão e estresse.

No momento final do tratamento, era como se um grande peso houvesse saído dos seus ombros. De uma forma geral, estava mais leve na sua relação com o mundo. Importante deixar claro que essa sua posição final não significava não ter problemas ou que não poderia melhorar suas relações. Mas significava uma Maria mais fluida na sua rede relacional de uma forma que seria mais difícil algum acontecimento ter o potencial de paralisá-la novamente. Ela se movimentava com menos esforço em sua vida que agora era também preenchida com momentos de felicidade e prazer.

Refazendo a expressão gráfica do momento final da terapia, seria da seguinte forma com os mesmos significados de tamanho/espessura das setas:



As modalidades da sua corporeidade eram engajadas de maneira diferente agora. Na parte tátil as dores de cabeça eram eventuais e fracas, não tinha mais a sensação de incômodo não definida e as dores intensas que a incapacitavam cessaram. As crises de pânico nunca mais apareceram. O caminhar ao entrar e sair do consultório acontecia num ritmo mais cadenciado. A postura no caminhar era mais ereta e relaxada, assim como a postura do sentar no sofá. Sorria com mais frequência e podia conversar sobre qualquer assunto com mais facilidade, mesmo os que antigamente possuíam forte carga afetiva.

Essa melhor postura era vivenciada por ela com mais frequência em todas as áreas da sua vida. Era como o seu corpo houvesse sido reanimado e agora um corpo mais cheio de vida e energia. As percepções antigas de sentir-se drenada também não aconteciam mais.

A modalidade gustativa modificou-se razoavelmente. Houve um resgate do sabor na boca, mesmo afirmando que normalmente não sentia tanta fome como as pessoas com as quais convivia. Os enjoos e ânsias de vômito também cessaram junto com a percepção olfativa ruim. Não era um prazer alimentar-se como identificava nos outros, mas não era um sofrimento como antes.

Na modalidade visual saem as visões dela cometendo suicídio e entra um *sonhar acordada* durante o qual, com certa frequência, ela se percebia divagando com situações presentes e futuras. Se via tomando café com os filhos e família na casa

que iria morar por exemplo, o que trazia felicidade e tranquilidade. O novo relacionamento ainda proporcionava situações opostas. Por um lado, se via compartilhando a casa também com ele, viajando juntos, mas também convivía com uma insegurança que ainda a remetia algumas vezes ao seu ex-marido quando era invadida novamente por tensão em todo o corpo, respiração acelerada e sensação de aperto no peito quando isso acontecia. A diferença era que ela dava conta de ficar menos tempo presa a essas sensações.

Na parte de pensamento e emoções, a principal mudança vivenciada por ela foi em relação a sensação de falta de controle e incapacidade que ainda apareciam em alguns momentos, mas em muito menor escala. Vinha cada vez mais se apropriando ou corporificando a capacidade de lidar com as situações da sua vida. E isso era demonstrado pela maior facilidade de se movimentar na sua rede relacional.

8. CASO 2 – CLARA

O segundo estudo de caso é do Clara que teve início em julho de 2016. Tinha 32 anos, branca, classe média, casada há 1,5 anos e com uma filha de 8 meses. Moravam com a sua mãe por motivos de economia e praticidade. Seu planejamento junto como marido (italiano) era de em dois meses retornarem à Itália para viver lá. Por conta dessa programação estava negociando sua saída do emprego.

Importante citar aqui mesmo que não seja foco dessa pesquisa, que este caso também se configura com campo de gênero com a questão da maternidade e da felicidade conjugal como aspectos importantes de uma construção social/cultural de um padrão de feminilidade capaz de contribuir significativamente com o sofrimento.

Quando da sua chegada ao consultório convivia com dois diagnósticos médicos: um de depressão pós-parto e outro de bipolaridade que havia recebido quatro anos antes, estando medicada com psicotrópicos para ambos os casos.

Ela havia me procurado por conta do trabalho com a hipnose (apesar de afirmar que não era hipnotizável) em virtude do pouco que ela dispunha para a terapia, pois em dois meses viajaria para morar fora do país. Então havia uma questão de tempo envolvida na sua melhora e uma expectativa em relação à hipnose.

Além disso possuía um distúrbio vaginal caracterizado por uma irritação na parte externa e interna com o qual convivia há mais de dez anos causando dores constantes, desconforto e limitando consideravelmente as relações sexuais, com impacto também no seu viver. Já tinha consultado diversos especialistas do assunto em várias cidades do país mas nunca fechando um diagnóstico, que mais comumente era de vulvodínea²³ ou candidíase de repetição²⁴.

Seu principal sofrimento relatado no nosso primeiro encontro era em relação à filha. Clara fumava cigarros desde os 15 anos e nunca havia parado. Seu marido também fumava. Quando soube que estava grávida tentou parar, mas o sofrimento foi tão intenso que o seu médico obstetra consentiu que continuasse durante a gravidez, solicitando apenas que diminuísse o máximo possível a quantidade de cigarros

²³ Síndrome de dor crônica na área vulvar que usualmente apresenta sensações de calor, ardor, coceira e inflamação.

²⁴ Infecção vaginal por fungos que apresenta coceira, ardência e corrimento.

diários, o que conseguiu. Nesse período forma de 1 a 3 cigarros por dia, bem menos dos 25 diários anteriormente.

Apesar da filha ter nascido prematura com oito meses, seu peso e tamanho não eram tão discrepantes do considerado normal pelos médicos, fato que não justificava o excesso de preocupação de Clara.

Logo após o nascimento houve uma piora drástica no quadro ginecológico. Sentia muitas dores nos joelhos e pés e falta de apetite. Ficou quase um mês comendo muito pouco a cada dois ou três dias o que fez com que nesse período perdesse 17 quilos.

Sentia ondas de ansiedade que a paralisavam com uma sensação iminente de tragédia. Dizia que vivia numa paranoia constante e uma crença de que havia cometido um erro “irreparável e imperdoável” por não ter parado de fumar e que as duas iriam arcar com esse custo o resto da vida.

Tudo o que acontecia com a filha era motivo de muita preocupação e a faziam acreditar que era culpa do cigarro. Se o bebê dormisse mal, ou se estivesse com o nariz entupido, etc.

Como se não bastasse a culpa que vinha alimentando já há alguns meses, enquanto estava ainda no hospital escutou de um médico quando ela demonstrou o desejo de fumar: “*você sabia que isso poderia acontecer!*”, fazendo referência ao nascimento prematuro, e também de uma pediatra no mesmo hospital: “*provavelmente ela (a filha) vai ter retardo mental*”.

Essas falas constantemente a assombravam fomentando a culpa e fazendo com que o convívio com a filha fosse motivo de muita angústia e sofrimento. Sua experiência nesse momento era de incapacidade de se sentir conectada com a filha.

Além de frequentar com frequência maior do que a habitual o consultório de pediatras, ainda ligava para os médicos várias vezes para ter certeza de que a filha estava bem. Media o seu tamanho e testava os seus reflexos várias vezes ao dia. Tinha “surtos” onde chorava e suplicava a deus quando achava que ela já deveria estar fazendo algo que um bebê *normal* faria, como levantar a cabeça de bruços no primeiro mês, por exemplo.

Tinha também a sensação de que todos já sabiam que a filha tinha um problema, mas que não contavam ou não abordavam o assunto por receio de que Clara não desse conta de lidar com isso. Qualquer coisa que era dita na casa e que ela não ouvisse direito, já achava que era sobre o diagnóstico da filha. Ficava perguntando constantemente se estavam escondendo dela alguma informação, o que foi motivo de várias brigas com o marido e mãe.

De acordo com Clara, “a sensação era de que minha vida havia acabado...por culpa”. Não dava conta de conviver com essas sensações/sentimentos, chegando ao ponto de pensar que era melhor morrer.

Como resultado não queria ficar perto da filha e não queria amamentar. Quando olhava para ela a via magra, deformada e retardada. Via dor, culpa e a rejeitava. O sofrimento da sua condição chegou ao ponto de seu psiquiatra informar a mãe e as irmãs numa consulta de que Clara não tinha autorização para ficar sozinha em nenhum momento com a filha, e assim foi feito.

Nenhum dos pediatras consultados haviam se mostrado preocupados com o peso ou crescimento da criança, o que não lhe ajudava muito a ficar tranquila em relação ao assunto, fato que ela sempre desqualificava. Sempre pensava: “é culpa minha!”. Só nesta primeira sessão, foram de três a quatro vezes em que trouxe essa afirmação.

Importante ressaltar que Clara, à época do nosso encontro entendia racionalmente o quanto não fazia sentido o excesso de preocupação e de culpa que vivenciava em relação a filha. Não vivenciava o sofrimento com tanta intensidade como relatado, mas eram fortes o suficiente para que as sensações e sentimentos negativos a invadissem sem que conseguisse se controlar, o que me fez compreender que não seria terapêutico naquele momento gastar muito tempo com um processo dialógico habitual numa psicoterapia, aproveitando esse primeiro encontro para conhecer melhor o funcionamento do seu mundo e como se relacionava, deixando já marcado o primeiro transe para a sessão seguinte.

Do seu sofrimento faziam parte outros elementos também. Do jeito que vivenciava a relação com a filha era fácil entender que de alguma forma afetaria as outras relações que compunham sua rede. A relação como marido não estava bem, relatava uma distância afetiva entre os dois. Distância esta que posteriormente fui

descobrir que, em maior ou menor intensidade, sempre esteve presente, pois existia por parte dos dois uma dificuldade em estarem mais presentes na relação, conectados afetivamente com maior entrega, o que no seu entendimento seria motivo de segurança emocional. Vivia uma lógica de que se “eu me sentir segura eu me entrego, se não me sentir, não” que não entendia ser contraditória.

Quando a questioneei se havia pensado em separar-se e o amava, a culpa e a auto avaliação negativa apareceram novamente ao afirmar “ele é mais do que eu poderia imaginar...não sei porque ele foi querer alguém como eu...tem tanta mulher mais bonita e melhor! ”.

Na minha compreensão ela vivia uma contradição ao acreditar que não seria possível essas relações (filha e marido) serem positivas e ao desejar que assim o fossem. Era como se Clara procurasse se proteger de sofrimentos futuros não colaborando para que o presente desse certo.

A relação com o trabalho não era exatamente um empecilho, mas não estava bem resolvida. Desde muito jovem havia estabelecido para si que seguiria carreira acadêmica. Graduiu-se em Direito, fez especialização e Mestrado, dando início logo em seguida a um Doutorado na França que acabou sendo sinônimo de fracasso.

À época da ida para a França com então 27 anos, a estudar no exterior era um sonho que se realizava. Além da parte acadêmica, a vida no exterior também sempre fez parte dos seus sonhos: queria ter a experiência de morar em vários países e não voltar mais. Isso fez com que nutrisse grandes expectativas sobre como seria a sua vida com estudo, trabalho, novas amizades e relacionamento.

No entanto, a realidade vivenciada por Clara não foi como havia imaginado. Sentiu-se muito frustrada e sem uma rede de apoio satisfatória foi se fechando e se isolando cada vez mais, culminando num processo depressivo após quatro meses. Pouco tempo depois não dando conta do sofrimento, volta ao Brasil, onde recebe o diagnóstico de bipolar, iniciando o tratamento medicamentoso.

Sua experiência de isolamento tem uma particularidade nessa volta. Ela mantém boa parte do convívio e contato físico com amigos e familiares, mas isola-se afetivamente. Não tinha essa compreensão em relação a qualidade dos seus laços, que se apresentavam principalmente de duas maneiras: na dificuldade de reconhecer

e lidar com alguns dos seus sentimentos, e na superficialidade com que vivenciava os relacionamentos amorosos que não duravam mais que algumas semanas (exceto o que estava sendo o casamento).

No momento inicial da terapia o engajamento das modalidades sensoriais e cognitivas da sua experiência corporificada no mundo se apresentavam da seguinte forma:

Na modalidade tátil, a relação com a filha era vivenciada com tensão corporal intensa e generalizada com sensação de aversão acompanhados de aceleração do batimento cardíaco que era sentida na região torácica e garganta, aperto no peito e estômago *embrulhado* ocasionando perda de apetite. Essa perda de apetite ou recusa em se alimentar poderíamos talvez fazer uma ligação com o fato dela não querer mais amamentar como forma equivocada de se poupar de sofrimento futuro, mas não demonstrei muita importância nessa possível ligação.

Em termos de compleição corporal, Clara possuía estatura média e sempre havia sido magra, mas em função da perda de peso ocorrida após o nascimento reclamava que as costelas estavam aparecendo (o que nunca havia acontecido) e apresentando uma postura curvada para frente na parte superior.

Em relação a questão ginecológica sentia irritação normalmente na região externa vaginal, mas que eventualmente acontecia internamente. Uma hipersensibilidade constante que fazia com que praticamente todas as relações sexuais tivessem alguma experiência de dor. Não conseguia lembrar da última vez que havia transado sem dor. Essa condição limitava consideravelmente a frequência com que mantinha relações com o marido, que ela dizia ser compreensivo demais nessa questão, mas que também era motivo de sentir-se culpada pela má qualidade do relacionamento.

Apresentava também baixa energia que aparecida na falta de disposição ou fadiga e falta de paciência para as tarefas rotineiras.

Na modalidade visual, Clara apresentava distorção perceptual em relação à filha fazendo com que a enxergasse mais magra do que se apresentava, com formação deformada e com retardo intelectual, que também não existiam. Eram visões com grande carga afetiva negativa onde fazem parte a filha indefesa na situação, e

ela desesperada com muita culpa não sabendo o que fazer. Existe aí também como componente a questão da idealização culturalmente estimulada da relação mãe\filha onde seria natural a presença do afeto, e sua não efetivação alimenta o seu sofrimento.

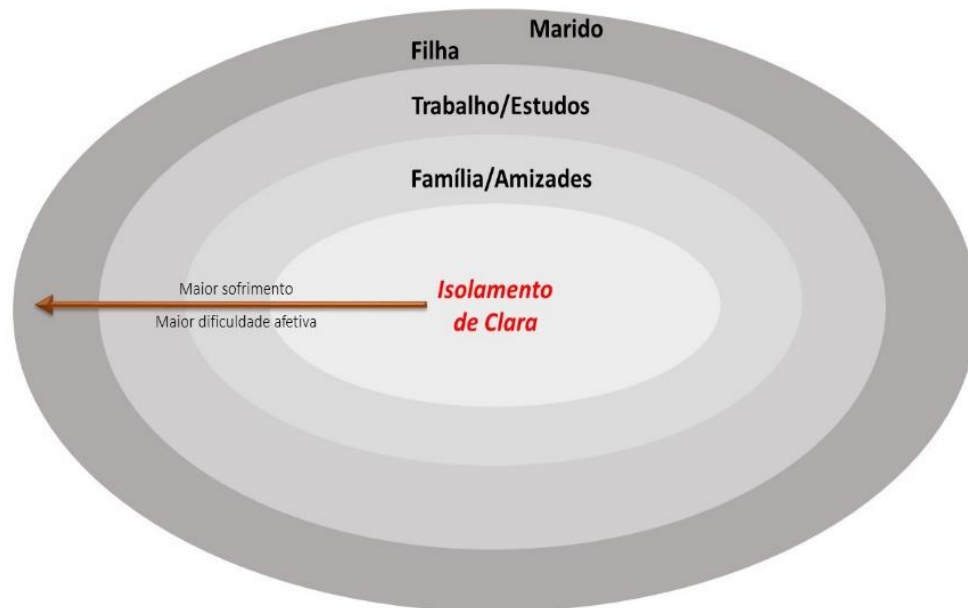
Na sua configuração distorções de pensamento e emoções apareciam constantemente com a culpa que num primeiro plano era mais clara em relação à filha e ao marido, acompanhadas de um medo, que aparecia como uma certeza de que algo de ruim aconteceria, o que auxiliava na manutenção da ansiedade em níveis altos.

A culpa que permeava quase tudo o que fazia era decorrente da crença de que havia cometido um erro “irreparável” e “imperdoável” por não ter parado de fumar durante a gravidez.

Estava com uma autoimagem bastante prejudicada o que fazia com que facilmente justificasse sua culpabilidade nas relações. Seu viver era permeado por crenças como “eu não posso” e “eu não mereço” que funcionavam como travas para o seu desenvolvimento.

Entendo que fosse possível eleger outros objetivos terapêuticos do que acabei escolhendo. Algumas linhas de psicoterapia provavelmente focariam na questão da culpa numa visão mais linear dos acontecimentos, despejando tempo e energia nessa questão.

Ao estruturar graficamente sua condição inicial, dei atenção ao seu isolamento/distanciamento afetivo pois esse foi o objetivo principal que estabeleci para o trabalho terapêutico com Clara. Minha hipótese era de que a diminuição do seu sofrimento dependia do fim do seu isolamento. Era necessário que ela reconfigurasse sua posição no mundo e seus laços. No quadro abaixo, quanto mais distante e mais escura a posição, maior a dificuldade afetiva e sofrimento vivenciados por ela na sua rede relacional.



Na sessão fizemos nossa primeira hipnose. Clara estava um pouco apreensiva pois tinha receio do que poderia emergir do seu inconsciente, pensamento este alinhado com uma compreensão equivocada construída culturalmente do que seja o inconsciente e para que seve a hipnose.

Diferente do que havia acontecido no caso de Maria, o sentimento de certeza em relação ao seu potencial de saúde, o *partir do princípio de que o cliente está curado* de Roustang (2015), já havia se estabelecido desde o nosso primeiro encontro e fazia parte de nossa interação.

Levando em consideração que era o primeiro transe que fazíamos, o período de grande estresse que passava e a dificuldade em entrar em contato com emoções, pensei em permitir a ela uma experiência com mais tranquilidade, abordando de forma indireta sua condição atual, pois entendia que, de outra forma o seu padrão habitual de funcionamento poderia dificultar nosso trabalho. Como a experiência do transe vai ocorrer exatamente é um controle que não tenho e por isso não existe de minha parte um *pré* entendimento de como deve ser. O que existe é uma abertura para o que pode ocorrer, uma disposição para utilizar²⁵ o que por ventura se apresente.

²⁵ Utilização é um princípio central da terapia Ericksoniana que significa uma disponibilidade estratégica para engajar circunstâncias, hábitos, percepções, atitudes ou sensações do cliente em função dos objetivos terapêuticos (Erickson & Rossi, 1979, 1980a, Zeig, 2006).

A indução desse transe foi feita com muito acompanhamento/truísmos do que vivenciava fisicamente, com um *approach* de permissividade, pois de acordo com Erickson (1980a) o quanto mais permissiva forem as colocações/sugestões, mais chances de serem efetivas nos resultados propostos sem que as resistências habituais compareçam. Essa permissividade²⁶ apareceu na minha fala com colocações que enfatizam possibilidades, aumentando a chance de ela vivenciar de forma alternativa o seu momento.

Essa maneira permissiva trouxe alguns significados implícitos importantes para a experiência de Clara. Indicava respeito e permitia fazer escolhas que melhor se adaptem à sua realidade, pois não está sendo imposto como sentir ou pensar, facilitando que se aproprie das suas mudanças. Dá início também a um movimento de saída da sua rigidez atual presa no sofrimento em direção a uma outra posição em relação ao seu mundo com mais flexibilidade, pela experiência do transe em si e os conteúdos trabalhados.

Após um período rápido, já era possível perceber nela sinais corporais clássicos presente na experiência do transe. Relaxamento muscular da face e do pescoço, que fazia com que a sua cabeça pendesse para frente. Os braços estavam como que caídos ao lado do tronco sentado num estado de catatonia. A respiração também modificada, primeiro num ritmo mais cadenciado, mas acelerando e desacelerando ao longo de todo o transe, fato o qual associo com o trabalho que inconscientemente vai acontecendo, assim como os movimentos oculares de um lado para o outro que se intensificam em momentos específicos.

Toda essa hipnose foi permeada de permissividade. Na minha fala esteve presente a permissão a ela, entre outras coisas, a desfrutar o momento, conhecer-se mais, relembrar o que lhe trazia mais conforto e felicidade. Não falei diretamente da questão da filha ou do marido. Não foi um transe interativo (normalmente é uma alternativa inicial), pois aproveitei sua rápida imersão na experiência para permitir exatamente uma experiência diferente da habitual de tensão.

²⁶ Sugestões permissivas devem estar de acordo e fazer sentido para o cliente, caso contrário sua apropriação fica dificultada. São exemplos de sugestões permissivas: “você *pode* fechar os olhos se preferir...”, “você *pode* respirar de uma maneira mais tranquila e profunda” ou “algumas pessoas experenciam o seu corpo de uma maneira diferente no transe. Algumas sentem mais leve, ou mais pesado, ou nem mesmo o sente...e talvez você *possa* descobrir de qual maneira você *prefere*” (Erickson & Rossi, 1980a, Yapko, 2003).

Durante o todo o processo de indução e da experiência do transe, existiu de minha parte um acompanhamento de como ela estava que envolve também todos os sentidos. Na modalidade visual observo as modificações²⁷ que vão acontecendo: o movimento lateral dos olhos se intensifica em alguns momentos, aparece a dificuldade no reflexo de engolir, a diminuição da frequência respiratória, o relaxamento muscular principalmente do tronco, braços e face e uma economia de movimentos que se assemelham a uma catatonia.

Na modalidade auditiva, alguns sons se destacam durante a experiência, apesar de não conter verbalização por parte dela. A respiração é a mais perceptível nas mudanças de ritmos mais agitados para mais cadenciados. Os sons do seu engolir, que agora acontece com um pouco mais de dificuldade, também aparecem.

O *rapport* é tão intensificado, que em alguns momentos minha percepção é de que acontece uma mescla dos corpos, onde a sua experiência aparece de forma mais viva em mim. Num primeiro momento as tensões, as dificuldades de pensamento, o sofrimento. E mais à frente, o relaxamento físico, a cadência da respiração e os pensamentos mais tranquilos, por exemplo.

Minha percepção é que, nesses momentos, somos impregnados um pelo outro, há uma troca. Se eu *recebo* alguma coisa dela, ela *recebe* de mim. Numa dimensão sensorial que é diferente das palavras que são verbalizadas e que entendo como fundamental no processo, principalmente por dizer respeito a uma dimensão vivencial. Ela pode ter dificuldades em entender racionalmente, mas a experiência está ali, marcada já. E tende a ajudar no seu movimento, servindo de impulso inconsciente.

Na saída do transe apareceram algumas lágrimas²⁸, mas que Clara não soube precisar o que significavam. Estava mais relaxada e tranquila e a única coisa que deu conta de falar foi “caraca, que sensação bizarra! ”. Não queria nesse momento ficar explorando racionalmente sua experiência, por isso não conversamos muito sobre o assunto.

Em nosso terceiro encontro, alguns eventos interessantes haviam acontecido ao longo da semana que relaciono com a experiência de transe.

²⁷ Todas as citadas aqui são parte da constelação hipnótica do transe como já citato.

²⁸ O lacrimejar também pode fazer parte da constelação de sinais do transe.

De acordo com suas palavras, “boas coisas aconteceram”. Relatou estar bem mais tranquila em relação a filha e a intensidade com que apareciam os pensamentos da filha com problemas haviam diminuído. As medições que fazia em relação ao seu tamanho passaram de quatro para uma por dia. Sentia-se também mais próxima dela do que antes.

Dois dias após disse que acordou pela manhã lembrando de como já havia se sentido em momentos do passado como sendo uma pessoa mais confiante, decidida e líder por onde passava, e dizendo para si mesma: “chega de se achar feia, quero ser bonita de novo! ”. Nessa manhã resolveu ir ao cabeleireiro, coisa que não lembrava da última vez que havia feito.

Entendi esses acontecimentos como indicativos positivos do seu potencial de saúde se manifestando, que havia entrado no seu processo terapêutico. Sabia também que, por ser um processo, muitas alternâncias ainda estavam por vir no seu movimento de melhora até que o sentir-se mais confortável na sua rede relacional se tornasse mais constante.

Nesse encontro, ainda ficou mais claro o quanto esteve presente em sua vida a sensação de estar sozinha, vulnerável e com medo. Foi um assunto que ela trouxe em função da proximidade de sua viagem para a Europa pois em função da condição financeira do casal, os primeiros meses seriam inevitavelmente na casa da família do marido que era composta da mãe, um irmão e uma irmã. O pai já havia falecido.

Eles haviam passado um mês lá com a filha com três meses de vida e foi uma experiência bastante complicada por várias razões. Em relação a ela, havia a inexperiência em relação aos cuidados com a filha, as crenças e os medos já mencionados, o auge dos sintomas da depressão pós-parto gerava grande insegurança. Da parte do marido, era uma dinâmica familiar que não auxiliava, pois, ele e a irmã não se falavam já há alguns anos. Acabavam sempre discutindo toda vez que sem encontravam, o que era motivo de grande desconforto para Clara que, apesar de concordar com o marido no quanto a irmã era complicada, não concordava com as brigas. Foi uma experiência de grande sofrimento, sentindo-se sozinha e vulnerável.

E principalmente em função da distância afetiva em relação ao marido que trazia a sensação de não poder contar com ele, o medo da experiência se repetir era grande e real. O receio em passar novamente por uma experiência parecida fazia com

que ela não tivesse tomado nenhuma iniciativa ainda relativa a viagem que aconteceria em duas semanas. Não tinha colocado o seu carro à venda nem arrumado nada.

Lembrou de outros momentos onde já havia sentido essas sensações como quando os pais se separaram quando ela tinha 7 anos e ela ficou com a mãe, e mais tarde morou um ano com o pai já casado novamente e com duas enteadas.

Em alguma medida, consciente e inconscientemente ela passava a compreender melhor o quanto essa condição de sozinha e isolada lhe fazia mal. O que aproveitei para trabalhar no transe da sessão seguinte.

Aqui aconteceram dois trances nas duas sessões que se seguiram, no quarto e quinto encontros. Em ambos tive um objetivo principal que era a questão do seu isolamento afetivo e dificuldade de intimidade.

Continuei não abordando os temas de forma direta, apesar de dessa vez termos conversado um pouco antes do exercício sobre a questão do sentir-se *sozinha* e da *desconexão nas relações*, o que serviu nesse caso como indicativo do trabalho.

Da mesma forma que no primeiro transe, foram processos bastante permissivos em todos os momentos. Ela estando bastante receptiva em todo o processo não a entrar em transe com todos os indicativos anteriores presentes, o que me fez seguir pelo mesmo caminho anterior de não fazer um transe interativo e permitir a imersão maior na sua experiência deixando que trabalhasse inconscientemente.

O trabalho durante o transe aconteceu de duas formas principalmente. Com histórias e metáforas envolvendo movimento e ligação (no sentido de não isolamento e proximidade emocional) que estiveram presentes no segundo e no terceiro trances, resgate de aprendizados saudáveis e também projeções dela performando ações que afirmava precisar fazer, mas não estava fazendo, como no caso da preparação para a viagem, focando em aspectos que entendia que teriam significado positivos. Isso ocorreu particularmente no segundo transe.

Suas expressões após os exercícios continuavam com “que bizarro!” ou “a bagaça foi séria hoje hein!”. A diferença para o primeiro transe era que, dessa vez, ela trazia alguma lembrança de como havia sido sua experiência, com algumas cenas de sua história que apareceram.

Em ambos os episódios, ela relatou algum desconforto físico após os exercícios que não soube precisar exatamente o que seria, apenas um “incômodo” que desaparecia algumas horas depois. Entendia que era resultado do *trabalho* inconsciente que acontecia. E como era uma sensação que não permanecia por muito tempo e como ela mostrava indícios de movimentos mais saudáveis em sua vida, não me preocupei com esse fato.

O que tenho reparado em casos onde as pessoas chegam com a autoimagem muito prejudicada é muitas vezes uma facilidade para dissociar em transe como se fosse um movimento para se afastar da possibilidade de qualquer contato consciente com essa autoimagem, que é fator gerador de grande ansiedade. Chegando em alguns inclusive a verbalizar esse medo de forma consciente.

O partir do princípio que está bem, segundo a proposta de Roustang (2015), talvez aqui faça um pouco mais de sentido por terem sido transe com menor direcionamento do que no caso de Maria (progressão e regressão de idade), e mais indiretos e simbólicos. Na minha percepção/sensação da experiência no transe foi de uma conexão tão intensa que trazia uma certeza de estava se movimentando ou mobilizando. A minha certeza da possibilidade de mais saúde a estava impregnando, mesmo que não sabendo como ela vivenciava exatamente naquele momento.

Após esses transe que aconteceram na mesma semana, chegou para o nosso quinto encontro com mais sorridente e relaxada do que o habitual. O seu relato era de que a relação com filha continuava a melhorar, pois o sofrimento vivenciado anteriormente não estava mais presente no dia a dia. Descreveu outros eventos que interpretei relevantes terapeuticamente também. A paralisação em relação à preparação para a viagem havia sumido. Vendeu o carro e outros utensílios que pretendia vender, comprou algumas roupas que precisava e arrumou outras.

Já fazia mais de um mês que não tinha relação sexual com o marido. Como as dores haviam se intensificado após o primeiro transe, pensar em tê-las ficava mais distante. Passou a usar uma pomada vagina que servia para situações mais críticas da sua condição, mas que parou de usar por não estar ajudando. No dia seguinte se sentia melhor dessa condição o que fez com que tentasse a relação sexual com o marido. Relatou que no início da aproximação entre os dois e antes da penetração, em vários momentos notou-se pensando que queria se entregar naquele momento. O

que foi acontecendo na sua experiência com ele. Foi sentindo uma proximidade que não lhe era comum. Teve o primeiro orgasmo vaginal da sua vida. Ela ficou tão excitada nessa noite que praticamente não conseguiu dormir. Naquele momento o seu corpo vibrava numa felicidade que há muito não sentia. Fizeram várias declarações de afeto um ao outro.

Entendi todos esses acontecimentos como movimentos interessantes e indicativos do seu processo de mudança. Na semana seguinte tivemos uma sessão conjunta com o marido já que estavam vivenciando encontros e desencontros às vésperas da viagem, o que fez com que os receios em relação à Itália aparecessem novamente.

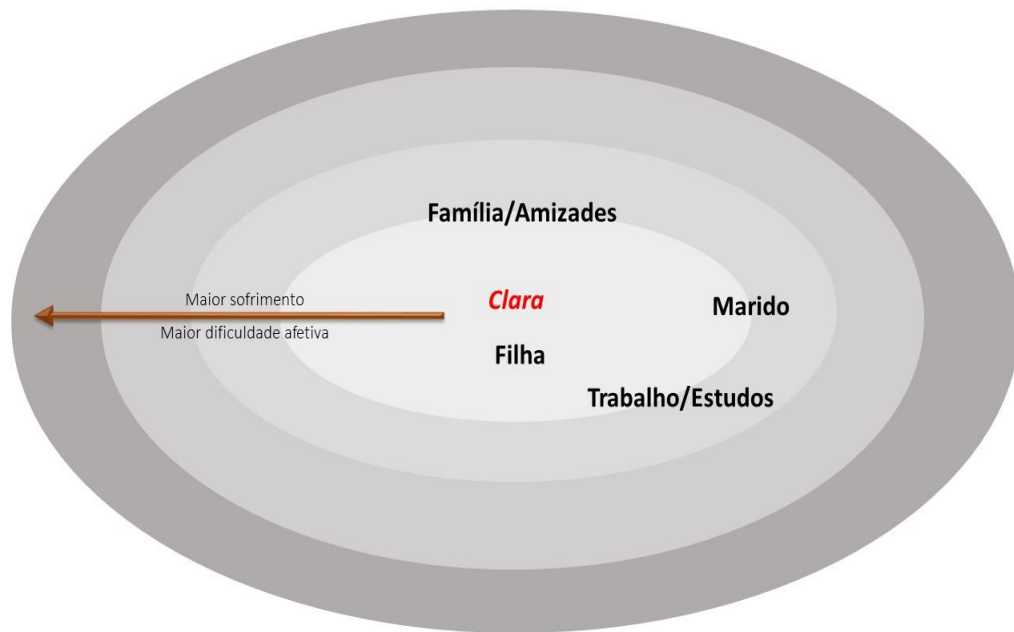
Foi curto o período em que estivemos juntos no processo terapêutico. Olhando agora para trás vejo como se esse tempo tivesse sido um tempo de semeadura de um estar saudável. Uma instalação de possibilidades diferentes para o seu viver. Essa foi a diferença fundamental em relação ao início do tratamento.

Após a viagem ainda foram feitas quatro atendimentos a distância por meio tecnológico²⁹. Atualmente acompanho o seu desenvolvimento com trocas de mensagens de texto de tempos em tempos. Clara, marido e filha já estão há oito meses na Itália e muitos movimentos aconteceram. Já pensou em se separar, sentiu raiva da filha, discutiu com a sogra e cunhada, sua condição ginecológica alternou fases boas e ruins.

Atualmente estão bem, os dois trabalhando, a filha com saúde, e morando os três na sua própria casa. Recentemente disse que “nunca imaginava que poderia sentir tão bem em chegar em casa”. Está se apropriando da sua vida e dos laços que a compõem, com bem menos sofrimento e com mais condições de lidar com os desafios que ainda existem.

Graficamente a sua configuração no momento final ficaria da seguinte forma:

²⁹ Em conformidade com a Resolução do Conselho Federal de Psicologia n.º 11/2012.



No final do nosso trabalho terapêutico, em relação ao engajamento tátil vivenciado inicialmente, a tensão e ansiedades na relação com a filha já não apareciam mais. Elas apareceram ainda pontualmente e em menor intensidade em dois momentos em que a filha adoeceu, mas ficaram restritos a esses eventos. O sofrimento da aversão não existia mais.

As irritações e a dor da questão ginecológica passaram momentos em que, de acordo com ela, “estranhamente” ficou por semanas sem sentir nada, e momentos que pioraram bastante fazendo com que buscasse no exterior profissionais na tentativa de resolver a questão. Descobriu que os diagnósticos que já havia recebido estavam incorretos e que sua condição era alérgica. Iniciou tratamento e encontra-se bem.

As distorções visuais em relação à filha também haviam sumido por completo, o que foi motivo de grande alívio no sofrimento. As distorções de culpa e medo ainda estavam presentes, mas em bem menor intensidade. A certeza de que algo ruim aconteceria foi aos poucos sendo substituída pela certeza que algo bom vai acontecer, com uma experiência de mais relaxamento e energia. Existia uma alternância entre as sensações e percepções negativas e paralisantes iniciais, com outras mais saudáveis e favoráveis ao movimento que agora se faziam presentes.

Os “eu não mereço” ou “eu não posso” agora dividiam espaço com *eu mereço* e *eu posso*. Ela tinha essa opção de escolha, que é uma experiência do viver bem diferente da relatada anteriormente, caracterizada como estar fadada a dar errado.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciei esta pesquisa tinha como fundo de todo o trabalho o desejo de compreender melhor sobre o papel do transe hipnótico no processo terapêutico da clínica psicológica pensado desde a corporeidade.

Tive como ponto de partida o entendimento de que o transe hipnótico é ligado a uma experiência *natural* do nosso viver assim como sempre afirmou Erickson (1979, 1980a, 1980c). Isso porque permite que, na experiência da pessoa se façam mais presentes elementos fundantes da sua subjetividade, como se incorporando ou trazendo a mais para o jogo a intersubjetividade/intercorporeidade.

Componentes esses que, muitas vezes, são conscientemente negligenciados, em função de uma importância exagerada dada à capacidade de racionalização desenvolvida historicamente na sociedade ocidental. Tal desenvolvimento fortalece também uma valorização excessiva da individualidade enquanto experiência privada, favorecendo separações de mente/corpo, eu/outro/mundo com impactos importantes no viver (Rose, 2011; Figueiredo, 2015; Figueiredo & Santi, 2015; Qin, 2016).

Descrever o que é vivenciado afetiva e cinestesticamente realmente apareceu como desafio em termos de linguagem. A descrição dos sofrimentos através da corporeidade foi, entre outras coisas, um esforço de ser mais fiel aos fenômenos.

A melhora que pode acontecer em decorrência de uma psicoterapia com ou sem hipnose, depende de uma complexidade de fatores envolvidos. Os vários tipos de psicoterapia comungam de algumas características que são importantes para sua eficácia, como é o caso do local e do saber como qualificação técnica, que são geradores de esperança para o cliente. As teorias implicam em tratamentos ou procedimentos terapêuticos que visem a melhora desse cliente.

Com a hipnose não é diferente. Está inserida também dentro de uma construção intersubjetiva cultural com representações e expectativas próprias. Ericksonicamente falando, o desafio é utilizar terapêuticamente esses elementos presentes no processo de cada pessoa que vêm à clínica.

Nos dois casos que apresentei, o estabelecimento da expectativa de ficar/estar mais saudável através do transe foram fundamentais. O sujeito pode chegar na clínica

com expectativas positivas sobre sua melhora, mas não há garantia de manutenção dessa expectativa se ela não for de alguma maneira trabalhada. Ou mesmo que essas expectativas iniciais sejam adequadas, como nos casos em que os indivíduos chegam com a esperança de que através da hipnose o seu sofrimento se resolva como num passe de mágica.

No primeiro caso de Maria era marcante a paralisação que vivenciava no seu sofrer. A imobilidade era objetiva, na lentidão da depressão, e subjetiva, se apresentando como impossibilidades em relação ao mundo, tornando o sofrimento foco de atenção. Era como se a sua vida estivesse sitiada.

A configuração dos seus laços se mostrava rígida, sem nenhuma maleabilidade, sem espaço para qualquer expectativa saudável em relação ao seu viver. Essa era sua experiência habitual consciente do dia a dia configurada com relações fixas em percepções/crenças limitantes, sem condições de fornecer alternativas mais interessantes.

O papel da hipnose foi o de permitir que ela vivenciasse o seu mundo de uma forma menos restrita, trazendo para a experiência outros elementos constituintes. Elementos estes, como a casa que desejava morar e o estar/sentir-se bem, que há tempos haviam sido esquecidos. No transe eles ficaram mais disponíveis para que elaborasse a sua experiência de uma forma que representasse ela com um estar mais saudável.

São elementos que fazem parte enquanto corpo tátil-cinestésico/afetivo que acabavam sendo ignorados em detrimento do foco excessivo no/do sofrimento. São capacidades ou habilidades que são como que *resgatadas* no transe, aparecendo como alternativas na produção de um novo movimento dela.

Mais uma vez, o que acontece no transe não é uma imposição de algum movimento por parte do terapeuta. No contato e na fala entre nós, decorrentes da presença, faziam parte influência e sugestões. Algumas inerentes e inevitáveis como foi o caso do *partir do princípio de que estava bem*, outras colocadas intencionalmente dentro de um contexto que incluía os objetivos terapêuticos e as características da cliente, como é o caso da sugestão pós-hipnótica que nesse momento envolveu sugestão de continuidade de trabalho do inconsciente e entendimento de que poderia haver um tempo diferente desse trabalho. Essas sugestões são mediadas pelo outro

que elabora respostas hipnóticas do seu jeito, diferente da noção de passividade e controle muitas vezes associada à hipnose (Erickson & Rossi, 1980a).

No segundo transe hipnótico descrito do caso de Maria, o objetivo era a reconfiguração da relação com a mãe que era permeada pelo sentimento de desamparo. O papel do transe foi mais uma vez de extrapolar a percepção limitada e presa, trazendo todo o seu mundo *para o jogo*.

Como qualquer elemento pode estar presente na sua experiência, memória específica do fato, lembranças de outros acontecimentos, construções dela ou de outras pessoas, idealizações, etc, realmente não importa se o evento relatado foi fiel³⁰ ao acontecimento passado. O relevante é a reconfiguração afetiva da sua experiência que aconteceu.

O transe permitiu esse movimento de renovação da sua subjetividade, tornando a relação com a mãe ser mais fluida e sem o esforço que antes era presente.

Terapeuticamente foi como se houvesse uma liberação de um montante de energia que era investido na relação com uma qualidade, permitindo que ela utilizasse essa energia para as mesmas e outras ligações, mas com qualidades diferentes.

A maioria dos laços demandavam excessivo esforço dela chegando ao ponto de um esgotamento efetivo que a paralisava numa impotência diante da vida. Os papéis dos transes foram de fazer um movimento (de mergulho na intersubjetividade) colocar sua vida novamente em movimento.

No segundo caso apresentado, Clara também estava numa situação de imobilidade e isolamento, seu padrão habitual de funcionamento não tinha condições de propor soluções. Demonstrava maior compreensão racional da sua situação do que Maria da dela, mas isso não se transformava em possibilidades de mudanças.

O que era percebido era apenas o sofrimento, tornando-se foco constante da sua atenção, contribuindo para a construção (ou ao menos manutenção) da auto percepção negativa que tinha. Percepção esta que servia de justificativa para o seu isolamento.

³⁰ Ao tratar da regressão de idade na hipnose, Yapko (2003) coloca que as memórias são baseadas em percepções subjetivas, podem se modificar ao longo do tempo, sendo dinâmicas e maleáveis.

O transe hipnótico aparece primeiramente como uma proposta de fazer um movimento (diferente da posição inerte de isolamento). Sair da percepção limitada do dia a dia da sua subjetividade, mergulhando na intersubjetividade. Um movimento para estar de forma diferente num ambiente onde foram instigadas relações mais flexíveis (permissividade) resgatando possibilidades na sua vida.

O fato de ela ter vivenciado o seu mundo de uma forma diferente após o primeiro exercício de transe serviu como um fomentador das expectativas de melhora que já existiam antes. Funcionou como um facilitador dos próximos trabalhos.

O que entendi ser terapêutico para ela foi sair do seu isolamento. A proposta do transe já contemplava essa questão, de forma simbólica e prática, ao permitir que ela perdesse o isolamento de si mesma.

Esse foi um dos resultados relatados posteriormente, quando ela permitiu-se estar no mundo com mais conexão. A proximidade na relação sexual e com a filha, o movimento em relação à viagem. Movimentos que surgiram não como cura no sentido de eliminação total do sintoma, mas servindo para trazer diminuição no seu sofrimento e incorporar novas possibilidades agora mais saudáveis.

Acredito que algumas compreensões e questionamentos são possíveis ter como resultantes dessa pesquisa. Talvez um primeiro entendimento seja em relação a um potencial mobilizador (ou talvez movimentador) dos sujeitos com e na hipnose.

No sentido de emergência do sujeito proposto aqui, possuindo assim potencial de aceleração inclusive do processo psicoterápico que muitas vezes pode se demorar em entendimentos excessivamente racionais.

A emergência do sujeito se dá pela possibilidade de uma maior integração do mesmo. Primeiro em transe de uma forma diferenciada onde tudo o que compõe sua vida é colocado em jogo (intersubjetividade/intercorporeidade/subjetividade), sempre com o objetivo de religar os fios da sua vida. Pois como afirma Roustang (2015) o resultado do transe deve ser um ajustamento das ligações com os outros, e depois essa integração aparece de outra forma na sua experiência do dia a dia com sua subjetividade reconfigurada.

Neste sentido talvez seja possível fazer uma correlação entre o transe hipnótico e o *pensar em movimento* proposto por Sheets-Johnstone (2009). Principalmente em

alguns pontos que identifiquei semelhantes, mesmo que ela se valha de exemplos como o da dança de improvisação que, obviamente, é uma situação diferente do transe em relação à mobilidade física. A autora coloca essa condição como sendo um movimento fundacional decorrente de ser um corpo e de dar sentido ao mundo. Aqui movimento e percepção estão integrados e acontecem ao mesmo tempo. Um processo dinâmico que um modo cinético de estar no mundo se abre momento a momento, criando novas dinâmicas cinéticas enquanto são desveladas. É um corpo todo presente e engajado no momento, sem elaboração racional, mas com uma memória (inteligência) cinética presente.

O que foi proposto ao longo de trabalho em relação ao transe hipnótico como embasamento para o entendimento dos casos foi, primordialmente, a capacidade vivencial de volta a um momento criativo e fundacional dos laços com o mundo. Semelhante ao que propõe Merleau-Ponty (2007) quando fala sobre o *quiasma*, a reversibilidade como condição existencial de um corpo senciente, ou como Roustang (2015) que trata o transe hipnótico como um *lugar* em que tudo comparece ao mesmo tempo (subjetividade e intersubjetividade) também como condição original da nossa experiência no mundo. E que, para se chegar nesse *lugar* o indivíduo precisa parar de pensar (elaborar racionalmente), permitindo assim novas ligações nesse *lugar* de criação.

O que defendo é que ele (o transe), seja uma proposta de criação ou recriação de novos movimentos (melodias cinéticas) justamente porque o corpo todo comparece (engajamento) e fica disponível nesse momento. Existe uma inteligência corporal atuando. E abrem-se assim, possibilidades terapêuticas que podem ser exploradas.

Pensar o transe a partir da corporeidade ajudou também a me distanciar ainda mais de qualquer compreensão ligada a um psiquismo mecanicista ainda comum na psicologia e hipnoterapia que correm o risco padronizar esse sujeito e seu tratamento. Meu entendimento foi de que nos dois casos os sujeitos não estavam com uma doença mental, mas em sofrimento no seu fechamento sobre si mesmos e do seu isolamento. A hipnose abriu a casa em que estavam fechadas.

O exercício de Csordas (2008) em trazer um olhar fenomenológico sobre o sofrimento corporificado, indicando que os sentidos estão em crise e não permitem uma interação saudável com o mundo, por fazerem uma mediação automática nesse

mundo cultural do dia a dia, contribuiu com alguns pontos interessantes nesse trabalho.

Primeiro no entendimento de que não há uma separação somática e psíquica na experiência do sujeito. O sofrimento torna o corpo objeto da percepção, fazendo com que o objetivo terapêutico envolva em alguma medida permitir que esse corpo volte a ser sujeito.

Contribui também para revelar elementos culturalmente estabelecidos que passaram a fazer parte do seu viver, como é o caso dos diagnósticos psiquiátricos/psicológicos que por um lado, podem trazer algum sentido ao sofrimento, por outro fornecem limites de expressão e nas escolhas de tratamento.

Seria possível formular diversos relatos das experiências de Maria e Clara a partir de teorias diferentes que trariam naturalmente compreensões e procedimentos terapêuticos diferentes, mas a situação das duas era uma só, de sofrimento.

Aqui, mais uma vez recorro a Roustang (2015) que afirma que o transe hipnótico é uma proposta de um gesto (movimento), mas um movimento com menos chance de *trapaça*, no sentido de que algumas vezes existe um entendimento racional que por si só não garante mudança. Pois a pessoa inteira é convidada a fazer o movimento em transe, seu passado, seu presente, sua racionalidade, suas emoções, suas sensações. Tudo aparece como possibilidade de movimentos mais integrados.

O que entendo corroborar a ideia de Merleau-Ponty (1999) que, ao tratar da característica pré-objetiva coloca que somos um corpo senciante em relação ao mundo. E essa senciência é um campo indeterminado e de possibilidades. Diferente das posições já objetivadas que muitas vezes trazem rigidez.

O valor do transe hipnótico aparece primeiramente (e talvez fundamentalmente) aí, na possibilidade de vivenciar esse lugar de criação para e assim *re-criar* o viver.

Espero que essa pesquisa possa auxiliar na identificação do potencial do transe hipnótico como valor terapêutico. Escolhi deter-me em alguns aspectos específicos da sua experiência, mesmo compreendendo que inúmeros outros poderiam ser explorados

Com trabalhos futuros outros aspectos do transe hipnótico poderão ser foco de atenção, assim como novas explorações sobre a corporeidade que, entendo, podem contribuir de maneira substancial para o processo psicoterápico.

Há um desejo também de ampliar o diálogo da psicologia e da hipnoterapia com outros campos do saber como a sociologia e antropologia, certo de que novas compreensões podem surgir desse encontro.

10. REFERÊNCIAS

- ALVEZ-MAZZOTI, A. J. **Usos e abusos dos estudos de caso**. Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2006. Cadernos de Pesquisa, v. 36, n. 129.
- BANDEIRA, L. M. **Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação**. Brasília: UnB, 2014. Revista Sol, vol.29, n.2.
- BARBER, J.A. **Hypnosis and suggestion in the treatment of pain**. New York: W.W. Norton, 1996.
- BENJAMIM, W. **Magia e Técnica, Arte e Cultura: ensaios sobre literatura e história da cultura**. São Paulo: Ed Brasiliense, 1987.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2012.
- CHERTOK, L., STENGERS, I. **A hipnose de Lavoisier a Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.
- CSORDAS, T. J. **Corpo/significado/cura**. Porto Alegre: UFRGS, 2008.
- _____. **Fenomenologia cultural corporeidade**: agência, diferença sexual, e doença. Porto Alegre: PUCRS, 2013. Educação v.36, n.3, p.292-305.
- _____. **Assíntota do inefável: corporeidade, alteridade e teologia da religião**. Porto Alegre: UFRGS, 2016. Debates do NER, N.27, P.15-60.
- DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento**: Metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.
- DIAS, H. Z. J., GUAER, G. J. C., RUBIN, R., DIAS, A. V. **Psicologia e Bioética: diálogos**. Rio de Janeiro: PUC Rio, 2007. Psicologia Clínica, Vol. 19, N.1, P. 125-135.
- ELIADE, M. **O sagrado e o profano**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- ERICKSON, M. H. & ROSSI, E. L. **Hypnotherapy: an exploratory casebook**. New York: Irvington, 1979.
- _____. **The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis**. The nature of hypnosis and suggestion. New York: Irvington, 1980a.

_____. **The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis.** Hypnotic investigation of psychodynamic processes. New York: Irvington, 1980b.

_____. **The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis.** Innovative hypnotherapy. New York: Irvington, 1980c.

_____. **Experiencing hypnosis: therapeutic approaches to altered states.** New York: Irvington, 1981.

ERICKSON, M. H., HERSHMAN, S. & SECTER, I. L. **Hipnose médica e odontológica: aplicações práticas.** Campinas: Livro Pleno, 2003.

FIGUEIREDO, L. C. **Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos.** Petrópolis: Vozes, 2015.

FIGUEIREDO, L. C., SANTI, P. L. **Psicologia uma nova introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência.** São Paulo: Educ, 2015.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FURLAN, R., VERISSIMO, D. S. **Entre a Filosofia e a Ciência: Merleau-Ponty e a Psicologia.** Ribeirão Preto: USP, 2006.

FURLAN, R. **A questão do método em psicologia.** Maringá, 2008. *Psicologia em estudo*. v. 13, n.1, p. 25-33.

FURLAN, R., BOCCHI, J.C. **O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty.** Ribeirão Preto: USP, 2003. *Estudos de Psicologia* 8(3), p. 445-450.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais.** São Paulo: ERA, 1995. v.35, n.3, p. 20-29.

GOODWIN, C.J. **História da Psicologia Moderna.** São Paulo: Cultrix, 2010.

GONZÁLEZ REY, F. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural.** São Paulo: Thomson, 2007.

_____. **Superando a clínica da patologia.** São Paulo: Cortez, 2011.

HALEY, J. **Conversations with Milton Erickson**. New York: Triangle Press, 1985.

HOWES, D. **The sixth sense reader**. New York: Boomsbury Academic, 2009.

HUSSERL, E. **A crise da humanidade europeia e a filosofia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

JAMIESON, G.A. **Hypnosis and conscious states: the cognitive neuroscience perspective**. New York: Oxford University Press, 2007.

LEDER, D. **The absent body**. Chicago: The University of Chicago Press, 1990.

NEUBERN, M. **Complexidade e psicologia clínica: desafios epistemológicos**. Brasília: Plano, 2004.

_____. **Psicologia, hipnose e subjetividade: revisitando a história**. Belo Horizonte: Diamante, 2009.

_____. **Ensaio sobre a cegueira de Édipo: sobre psicoterapia, política e conhecimento**. In *O campo das psicoterapias: reflexões atuais*. Org. Adriano Furtado Holanda. Curitiba: Juruá, 2012.

MERLEAU-PONTY, M. **Ciências do homem e fenomenologia**. São Paulo: Edição Saraiva, 1973.

_____. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **O olho e o espírito**. São Paulo: Cosac Naif, 2004.

_____. **O visível e o invisível**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2007.

MORI, V. D. **A epistemologia qualitativa na pesquisa em saúde: suas implicações e desafios**. In *Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas*. Org. Albertina Martínez, Maurício Neubern e Valéria Mori. Campinas: Alínea, 2014.

O'HANLON, W. H. **Raízes profundas: fundamentos da terapia e da hipnose de Milton Erickson**. São Paulo: Editorial Psy II, 1994.

QIN, D. **Embodiment and the Phenomenological Tradition**. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*, 2016. 1–6.

ROSE, N. **Inventando nossos selfs**: psicologia, poder e subjetividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

ROSEN, S. **Minha voz irá contigo**: os contos didáticos de Milton H. Erickson. Campinas: Livro Pleno, 2003.

ROUSTANG, F. **L'influence**. Paris: Minuit, 1991.

_____. **Jamais contre, d'abord**: la présence du corps. Paris: Odile Jacob, 2015.

SAFFIOTI, H. I. B. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero**. Campinas: Unicamp, 2001. Cadernos Pagu n.16.

SHEETS-JOHNSTONE, M. **The corporeal turn**: an interdisciplinary reader. London: Imprint Academic, 2009.

SHORT, D. et al. **Principles and core competencies of ericksonian therapy**. The 2017 research and teaching manual for ericksonian therapy. Phoenix, The Milton Erickson Foundation, 2017.

STAKE, E. R. **Qualitative case studies**. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. The Sage Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage, 2005. P. 443-466.

ZEIG, J. **Ericksonian methods**. The essence of the story. New York: Brunner/Mazel, 1994.

_____. **Vivenciando Erickson**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

_____. **Confluence**: the selected papers of Jeffrey K. Zeig. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen, 2006.

YAPKO, M. D. **Trancework**: an introduction to the practice os clinical hypnosis. New York: Brunner-Routledge, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e método. Porto Alegre: Bookman, 2001.

VERISSIMO, D. S. **Considerações sobre corporeidade e percepção no último Merleau-Ponty**. São Paulo: USP, 2013. Estudos de Psicologia, 18(4), p. 599-607.

VÍCTORA, C. **Uma ciência replicante**: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. São Paulo: USP, 2011. *Saúde Soc* v. 20. N1. P. 104-112.

WEITZENHOFFER, A. M. & HILGARD, E. R. **Stanford Hypnotic Susceptibility Scales, Forms A & B**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1959.