



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

CLARISSA SIMÕES DOS REIS

O olhar do sujeito sobre o seu processo terapêutico com
hipnoterapia: uma perspectiva qualitativa

Brasília

2013

CLARISSA SIMÕES DOS REIS

O olhar do sujeito sobre o seu processo terapêutico com
hipnoterapia: uma perspectiva qualitativa

Dissertação de Mestrado Acadêmico
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia Clínica e Cultura
do Instituto de Psicologia da Universidade
de Brasília/UnB como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica e
Cultura

Orientador:
Prof. Maurício da Silva Neubern

Brasília
2013

Nome: Reis, Clarissa Simões dos

Título: O olhar do sujeito sobre o seu processo terapêutico com hipnoterapia: uma perspectiva qualitativa

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília - UnB para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern

Instituto de Psicologia – UnB

Prof. Dr. Fernando González Rey

Faculdade de Educação – UnB

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição

Instituto de Psicologia – UnB

Profa. Dra. Larissa Polejack

Instituto de Psicologia – UnB

A vida não é algo que se possa dar uma resposta imediata. Você pode usufruir o processo de espera, o processo de se tornar você mesmo, você mesma. Não há nada mais prazeroso do que plantar sementinhas de flores e não saber quais variedades irão brotar.

Não há dor que dure para sempre, depois da chuva vem o sol.

Milton Erickson

AGRADECIMENTOS

Aos Deuses, Deusas e a todos os Amigos espirituais que me guiaram ao longo desse processo e da vida.

À minha preciosa família: meu pai, João Simões, por sua presença insistente no poder transformador da educação; à minha mãe, Sônia Reis, por ter o colo mais gostoso e quentinho que existe e pela inspiração que me deu da grande terapeuta que é; ao tio-pai Osonio Ramos, pela solidariedade; aos meus irmãos Marcelo Simões dos Reis e Fernando Simões dos Reis, pelo companheirismo e exemplo de coragem, dedicação e perseguição dos sonhos; às minhas cunhadas Daniella Gomes e Aline Proença, por terem tornado a família mais completa; ao meu sobrinho Gabriel, por acender a luz nessa família com o seu nascimento; aos vovôs, titios e priminhos, pela torcida; aos ancestrais, por serem caminho.

Aos meus irmãos “celfianos”, que me ensinaram vivencialmente o verdadeiro mistério da palavra IR-MÃOS. Sigamos adiante de mãos dadas, então!

Ao meu companheiro Pablo Piazzola, por me ensinar o esplendor da maturidade de um relacionamento amoroso.

Ao meu amigo Ariel Frauches, por ser parceiro absoluto de todas as horas.

Ao meu querido Noel, que me encaminhou para a vida com a sua benção e a preciosa turma do samba: Erivaldo, Moemia, Conceição, Francisco, Nathália, Paula, Nika, Leonardo, Adriana, Isabel, Paulo e Aline.

Aos meus amigos Patrícia Luz, Fernanda Cambuy, Eduardo Cambuy, Júlia Rainho, Andréia Velasco, Sandra Bispo, Verônica Lacerda, Mariana Bigatão, Daniel Arboleda e Marisa Sibilla, porque a nossa amizade foi sempre o colorido da minha vida.

Ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. Maurício Neubern, pelas reflexões e por acreditar em mim.

Ao meu grupo CHIS de pesquisadores, Antônio Pinheiro, Daniel Goulart, Patrícia Milhomens, João Antônio Mallmann, João Otávio Maia, Flávio Patrick, Elisabeth Quintiliano, Rosanna Ribeiro e Tatiane Santana, por nos tornamos leais parceiros de jornada.

Aos voluntários desta pesquisa, pelo valor da partilha.

À Banca Examinadora, Prof. Dr. Fernando González Rey, Prof^a Dr^a Larissa Polejack e Prof^a Dr^a Maria Inês Gandolfo, por disporem de tempo e dedicação a este trabalho.

À Sandra Fonteles, pelo cuidado comigo e com o trabalho, e à Prof. Dra. e amiga Isa Freire, por me incentivar na pesquisa e pela leitura do texto.

À minha primeira terapeuta e professora, Dr^a Marisa Brito, que me possibilitou a descoberta da minha doçura e fez a carta de apresentação para o processo seletivo do mestrado.

Ao meu eterno terapeuta Chico: tantos encontros na sua fantástica “Chicolândia”!

À UnB, por ter se tornado em muitos momentos o meu lar, e ao PCL, por ter sido generoso comigo.

Aos alunos, pelo aprendizado e por me desafiarem a ser melhor.

À CAPES, por me oferecer o apoio financeiro tão importante.

A cada um de meus pacientes, que, com sua coragem, se desafiam ao encontro consigo mesmos, fazendo-me encontrar-me também.

Sintam todos o meu forte sentimento de gratidão e o meu carinhoso abraço.

RESUMO

Reis, C. S. (2013). *O olhar do sujeito sobre o seu processo terapêutico com hipnoterapia: uma perspectiva qualitativa*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Esta pesquisa se propôs a fazer uma avaliação da experiência terapêutica com hipnose segundo o olhar do sujeito. Pretendeu-se incluir na avaliação da psicoterapia a dimensão da democracia, oportunizando a horizontalização entre o saber psicológico e o saber do sujeito. Deparamo-nos com a vasta quantidade de estudos quantitativos em detrimento de pesquisas qualitativas que contemplem o sujeito. A atuação da clínica psicoterapêutica no Brasil está em significativa expansão, exigindo que pesquisas na área sejam realizadas a fim de avaliar a eficácia das psicoterapias. O trabalho assume, portanto, a epistemologia qualitativa, o método construtivo-interpretativo e o dispositivo clínico da hipnose como seus norteadores, inspirando-se no pensamento complexo e na fenomenologia. O objetivo geral visa à compreensão da vivência subjetiva em hipnoterapia, enquanto que os objetivos específicos dirigem-se às construções ilustrativas das configurações subjetivas e seus respectivos sentidos subjetivos emergentes, buscando ainda identificar os pontos afins das subjetividades envolvidas, a partir dos quais podemos criar um espaço de reflexão para uma clínica psicoterápica de qualidade. As duas voluntárias da pesquisa expressam suas subjetividades a respeito da vivência terapêutica com hipnose no encontro com a pesquisadora, possibilitado pela dinâmica conversacional. Conclui-se que a perspectiva do sujeito sobre seu processo psicoterápico oportuniza modelos teóricos aperfeiçoados.

Palavras-chave: Avaliação das psicoterapias. Democracia. Sujeito e hipnose.

ABSTRACT

Reis, C. S. (2013). *The subject's view about therapeutic process with hypnosis: a qualitative perspective*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

This research proposes to make an assessment of the therapeutic experience with hypnosis through the eyes of the subject. Wanting to include in the evaluation of psychotherapy, the dimension of democracy, giving opportunity to the flattening between psychological knowledge and knowledge of the subject. Facing the vast amount of quantitative studies rather than qualitative research that contemplate the subject. The role of psychotherapy in clinical psychology in Brazil is in a significant expansion, requiring researches in the area whit the purpose of evaluation the effectiveness of psychotherapy. This paper is therefore qualitative epistemology, the constructive-interpretive method and device clinical hypnosis as their guiding. It also added too inspirations complex thought and phenomenology. The overall goal is aimed at understanding the subjective experience in hypnotherapy, while the specific objectives are aimed at illustrating the constructions subjective configurations and their subjective senses emerging, and also intends to identify points related subjectivities involved, where we can create a space for reflection for a psychotherapeutic practice quality. The two research volunteers express their subjectivities regarding the therapeutic experience with hypnosis in the meeting with the researcher, made possible by the conversational dynamics. We conclude that the perspective of the subject on his psychotherapeutic process provides opportunities improved theoretical models.

Keywords: Evaluation of psychotherapies. Democracy. Subject and hypnosis.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| CRIANDO O CONTEXTO PARA A PESQUISA | 11 |
| 1. A EXCLUSÃO DO SUJEITO DAS AVALIAÇÕES PSICOTERÁPICAS | 17 |
| 1.1 Breve panorama de pesquisas | 18 |
| 1.2 Lacunas dos estudos sobre avaliação da psicoterapia: heranças de uma lógica do paradigma dominante | 20 |
| 1.3 Contribuições dos estudos sobre avaliação da psicoterapia: a horizontalização na pluralidade da clínica psicológica | 24 |
| 1.4 Associação Americana de Psicologia – APA e os modelos efetivos em psicoterapia | 27 |
| 1.5 Esforços para uma clínica democrática no Brasil | 29 |
| 1.6 O contingente de psicólogos e a atuação profissional no Brasil | 31 |
| 1.7 Avaliação da hipnoterapia | 33 |
| 2. POSSIBILIDADE DO RECONHECIMENTO DO SUJEITO NA CLÍNICA PSICOLÓGICA | 36 |
| 2.1 Objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa | 37 |
| 2.2 Epistemologia qualitativa: o reposicionamento do sujeito em sua complexidade | 38 |
| 2.3 Nossa metodologia: método construtivo-interpretativo | 43 |
| 2.4 Contribuições da fenomenologia | 46 |
| 3. O EMPÍRICO NA PESQUISA: UM ESPAÇO DE MANIFESTAÇÃO DA SUBJETIVIDADE | 54 |
| 3.1 Tereza e o encontro das verdades | 54 |
| Figura 1 - SÍNTESE DA CONFIGURAÇÃO SUBJETIVA - TEREZA - Sentido Subjetivo: encontro das verdades | 68 |
| 3.2 O renascimento de Carla | 69 |
| Figura 2 - SÍNTESE DA CONFIGURAÇÃO SUBJETIVA - Sentido Subjetivo: renascimento | 76 |
| 3.3 Generalização: elementos de interseção na clínica psicoterápica com hipnose | 76 |
| 4. O PROCESSO ORGÂNICO DE CONCLUIR A PESQUISA | 79 |
| REFERÊNCIAS | 81 |

CRIANDO O CONTEXTO PARA A PESQUISA

O presente trabalho se compromete a criar um espaço de democracia que possa acolher a vivência subjetiva de duas pacientes: uma que finalizou o processo psicoterapêutico com hipnose e a outra que está em fase de finalização. Por democracia, partiremos da ideia de Nathan & Zadjé (2012), que entende a clínica psicoterápica em sua natureza partilhada, solidária e consentida. Assim, toda avaliação da psicoterapia, para esses autores, deve incluir o convite do olhar do *expert* (profissional) e o do paciente. No sentido da clínica psicoterápica da democracia, pacientes e psicoterapeutas são parceiros durante todo processo terapêutico e, portanto, deverão ser parceiros também no momento da avaliação do tratamento. Ambos se colocam à disposição a um mundo poliglota numa atmosfera da transparência. Trata-se da democracia dos saberes – a do psicoterapeuta e a do paciente.

Assim, os discursos dos *experts* não ficam no alto do olimpo teórico, desconexos das compreensões dos pacientes. As trocas surgem para o enriquecimento do pensamento acerca da psicoterapia. Isso significa integrar os testemunhos a respeito dos terapeutas e de suas práticas terapêuticas ou os abusos de poder. Significa também abandonar os segredos que, via de regra, manifestam-se na relação entre terapeuta e pacientes. A clínica psicoterápica da democracia renuncia à separação entre aqueles de quem se fala (pacientes) e aqueles que falam (psicoterapeutas).

O meu entusiasmo em tratar do tema corresponde à minha inquietação em relação ao lugar marginalizado, frequentemente conferido ao sujeito na psicologia (González Rey, 2002; Morin, 1996; Neubern, 2001, 2005, 2009; Stengers, 2002). E o que estou entendendo por sujeito para fins deste estudo? Partiremos da noção de sujeito de González Rey (2003, p. 235):

(...) a definição de um homem constituído subjetivamente em sua própria história, em que o sentido aparece como o registro emocional comprometido com os significados e as necessidades que vão se desenvolvendo no decorrer de sua história, fazem da categoria sujeito uma peça-chave para entender os complexos processos de constituição subjetiva e de desenvolvimento, tanto dos processos sociais como dos individuais.

O sujeito pode vir a comparecer com sua intencionalidade em todos os espaços sociais em que atua e em todas as suas relações, gerando sentidos subjetivos,

comprometidos com a emoção, atravessados pela história e pela cultura, buscando o seu espaço. Para tanto, é necessária uma busca ativa de reflexão e criatividade, que muitas vezes culmina em ruptura e negação desses espaços sociais, bem como das relações e, por isso, a categoria sujeito é inevitavelmente uma categoria subversiva. Contudo, o sujeito, ao tensionar e questionar esses espaços, também pode produzir sentidos subjetivos que o direcionem a uma zona de conforto e prazer. O fundamental, num caso ou noutro, é que o sujeito esteja emocionalmente implicado na conquista de seu espaço.

Por isso, usarei em minha escrita a primeira pessoa do singular, com o objetivo de enfatizar minha condição de sujeito na pesquisa, trazendo a contribuição de minha subjetividade. Afinal, não faria sentido eu estar, ao longo do texto, destacando o lugar dos sujeitos se eu mesma não me posiciono como tal. Apenas no terceiro capítulo uso, em alguns momentos, a primeira pessoa do plural pelo cuidado de valorizar algumas das interpretações e reflexões desenvolvidas pelo grupo de pesquisa.

Pude ganhar consciência nesta pesquisa de que, para ser uma boa pesquisadora em psicologia clínica e mesmo para ser uma boa psicóloga, preciso, muitas vezes, despsicologizar certos fenômenos, o que significa reconhecer outros aspectos do sujeito que extrapolam o psicológico. A insistência no reducionismo psicológico nos leva, inevitavelmente, à descaracterização da pessoa em sua condição de ser sujeito.

E por falar em ser sujeito, trarei uma rápida passagem da minha condição de sujeito na empreitada do mestrado acadêmico. Na ocasião do processo seletivo, em minha justificativa, pude argumentar a favor do estudo acerca do encontro na relação do par terapêutico (terapeuta e sujeito). Movida por um forte chamado intuitivo a me aprofundar numa pesquisa que se engajasse na qualidade da relação e do trabalho terapêutico, ao longo do mestrado pude ratificar minha voz interior ainda experienciada no nível da animalidade (Roustang, 2006) e da vitalidade (Merleau-Ponty, 2006), convertendo-a também em um legítimo sentido subjetivo (González, 2011) meu e um sentido que poderia, como pôde, ser compartilhado pelos colegas pesquisadores, também empolgados em colocar o sujeito e a relação entre sujeitos como grande protagonista da cena científica.

Naquela ocasião de minha justificativa, com o fim de pleitear uma vaga de mestranda, fui honesta quando ponderei o misto de fascínio e pavor pela possibilidade de ser aceita no universo acadêmico. Em primeiro lugar, por ser um grande desafio pessoal,

uma experiência em que, ao se optar por um desejo, adiam-se outros. Outra razão fazia referência à necessidade de viver a clínica psicoterápica em sua plenitude, sem tantos vieses científicos, já que, em nome do modelo de ciência, sacrifica-se bastante o fazer clínico baseado na intuição, na qualidade emocional da relação terapêutica, no exercício (ousado e necessário) do terapeuta sustentar um estilo próprio. Curiosamente, os meus receosos motivos, os quais me protegiam de sua concretização, não se presentificaram no curso da pesquisa e das orientações. Fui encaminhada para a linha de pesquisa inaugural nessa Universidade da Complexidade, Subjetividade e Hipnose nas Relações Terapêuticas. Essa linha de pesquisa tem, em seus pressupostos fundamentais, o antídoto que nos previne de uma proposta científica vaidosa por ser a senhora da verdade, ignorando o campo da relação humana e suas influências e do universo subjetivo tão precioso à discussão acadêmica que aposta na capacidade do humano de se emancipar no compromisso científico do pensamento complexo (Morin, 1995). Meu orientador, como um dos grandes pesquisadores e defensores do sujeito (Neubern, 1999, 2001, 2002, 2004, 2005, 2009, 2012), autorizou-me a dar à pesquisa e ao texto a minha cara. Ora me indagava em tom piadista e carinhoso: “Cadê a Clarissa no texto? Eu quero ver aquela moça de cabelos longos escuros e pele clara quando for ler o texto. A Clarissa está tão tímida! Você a viu por aí?”.

Estava lançado o desafio. Eu, que tanto me preservava da Clarissa-pesquisadora para que a Clarissa-terapeuta, com estilo próprio e emocionalmente autorizada na clínica, pudesse sobreviver, pude unir os dois papéis, pois eles estavam, para minha surpresa, num campo harmonioso, em que mesmo esse conflito era acolhido e transformado em fonte de reflexão e de aprimoramento como pessoa, pesquisadora, cidadã e terapeuta. Que felicidade poder integrar todas as minhas dimensões outrora clivadas umas das outras. A minha dificuldade virou fonte de investigação científica e eu não estava sozinha em minhas ressalvas. Além disso, sinto-me privilegiada por fazer parte de um grupo de colegas vacinados contra os perigos da ciência moderna (Chertok & Stengers, 1989; González Rey 1999, 2005, 2011, 2012, Morin, 1995, 2010; Neubern, 1999, 2004, 2005), vacinados contra nos tornarmos abstinente, neutros, indivíduos controlados e arrogantemente iludidos por conhecer a verdade e a realidade fixa e imutável dos fenômenos humanos.

Para reforçar as minhas razões pessoais para tornar-me uma pesquisadora que privilegia o sujeito e a relação humana, pude, no meu processo de amadurecimento

enquanto paciente-terapeuta, ser agraciada com relações terapêuticas, nas quais estava na condição de paciente, dotadas das melhores virtudes humanas, em que a afetividade era manifestada e a esperança era renovada a cada encontro. Por outro lado, também sofri sérias ameaças à minha condição de sujeito na clínica psicoterápica e, por um momento, quase virei um autômato que respondia a uma realidade determinista, ou seja, um indivíduo que respondia de forma meramente reativa frente às tramas da vida, sem nenhuma capacidade de gerar sentidos subjetivos dignificantes e apropriados à minha condição de sujeito.

Não posso deixar de registrar minha crença de que esta pesquisa merece defesa em razão de sua relevância social e acadêmica. Os sujeitos que viveram o processo psicoterápico sentem-se legitimados em sua condição, uma vez que sua percepção foi justamente contemplada, já que é parte essencial do processo, podendo, assim, gerar sentidos subjetivos ainda mais coerentes com sua subjetividade. O exercício de avaliar sua psicoterapia é um ato da mais pura democracia, que, no Brasil, ainda está mais restrito ao ideal pertencente aos discursos das políticas públicas (SUS, 2004) e, somente de forma remanescente, constatamos a atenção conferida ao sujeito em relação às terapêuticas às quais foi submetido. Na França, com o movimento etnopsiquiátrico (Tobie Nathan, 2012) ou as equipes reflexivas na Noruega (Andersen, 2002), podemos falar em ações que realmente são emblemáticas, além de leis a esse exercício de democracia e, portanto, de cidadania. Na esfera do mundo acadêmico, a pertinência é somar às discussões e à atuação dos pesquisadores uma outra natureza de saber que não o científico e, nem por isso, menos valioso. Isto é, trata-se da oportunidade de a ciência ser agraciada com outras formas de saberes, construindo um verdadeiro espaço de diálogo e de negociação de formas de conhecimento heterogêneas fomentando o espírito reflexivo em modelos de psicoterapia mais eficazes.

Dessa forma, organizei este trabalho de modo que o primeiro capítulo mostrasse como estão sendo realizadas as avaliações das psicoterapias no meio científico, sendo, em sua maior parte, estudos quantitativos e, minoritariamente, pesquisas qualitativas que nem sempre colocam o sujeito em seu devido lugar (González Rey, 2005). Com justiça, tratamos de reconhecer as iniciativas dessas pesquisas, ainda que existam lacunas importantes. Há também um consenso (e não se pode esquecer o cuidado que devemos ter com essa palavra) entre essas pesquisas de que nenhuma corrente teórica e metodológica

de psicoterapia foi julgada mais eficaz do que as outras. Encontram-se ainda nesse capítulo os esforços por se tornar o sujeito componente imprescindível da avaliação de seu tratamento de saúde no Brasil e, no caso desta pesquisa, do processo psicoterapêutico. Por fim, enfatizo os modelos de avaliação em hipnoterapia, que, para nossa infelicidade, não diferem, na maioria das vezes, das avaliações de outras psicoterapias, relacionando a sua eficácia às alterações de cunho fisiológico, submetendo-se somente ao discurso biomédico.

No capítulo segundo, ofereço os caminhos epistemológicos e metodológicos alternativos frente às limitações em conceber o sujeito num período moderno de ciência. Busco apoio na epistemologia qualitativa desenvolvida por González Rey (1999, 2005, 2011), que concede o direito ao pesquisador de exercer sua atividade de pesquisa com a força de sua subjetividade, e o método construtivo-interpretativo desenvolvido pelo mesmo autor, que compreende a apreensão da realidade em seu caráter processual, dinâmico e complexo. Obviamente não poderia deixar de fora desse capítulo o dispositivo clínico da hipnose, que é um grande recurso em psicoterapia para mergulhar no sentido subjetivo do sujeito, exercendo uma verdadeira terapia feita sob medida (Robles, 2005).

Segue-se a discussão dos casos no terceiro capítulo, na qual o encontro entre subjetividades, a minha e a de minhas voluntárias da pesquisa, ocorre de modo a dar inteligibilidade à informação construída. Concedo-me o direito de, dentro de um texto que se pretende ser científico, exercer meu potencial criativo, e acho que tal ousadia não me desautoriza como pesquisadora. Assim, espero. Minha franca gratidão ao mentor, Fernando González Rey, da Epistemologia Qualitativa, e a Milton Erickson, que têm me ensinado a contar histórias dentro do universo científico. Afinal, o quão tediosa seria a nossa existência sem o talento humano para a hipérbole e para uma boa dose de ficção, que nos ensinam os textos líricos, poéticos e biográficos! Fecham-se os parênteses.

A pesquisa tem como objetivo central a compreensão da vivência subjetiva em hipnoterapia segundo cada pessoa. Os objetivos específicos se propõem à construção das configurações subjetivas (González Rey, 1999) a respeito do olhar da pessoa sobre seu processo hipnoterápico. Predispõem-se a identificar e discutir os elementos comuns que aparecem nos encontros com as duas voluntárias, de modo a me posicionar em relação à possibilidade de falar sobre uma clínica psicoterápica que promova o ganho de qualidade de vida, usando a noção de generalização de González Rey (1999).

Termino parafraseando Neubern (2013), que traduz, em trecho de seu artigo recentemente publicado, a síntese da nossa promessa de trabalho na pesquisa, conciliando o fazer científico e o fazer clínico psicoterápico, de forma que eles possam se retroalimentar. A orientação é voltada para a construção dinâmica, processual e criativa do conhecimento e das intervenções clínicas, inspirada numa postura aberta diante de uma realidade complexa, numa perspectiva que enaltece o momento em que se torna possível a relação com o outro. Trata-se de uma tentativa de resguardar o posicionamento de Milton Erickson em elaborar teorias minimalistas e vazias, no sentido de serem flexibilizadas às novidades decorrentes do dinamismo do conhecimento, que se inventa e se reinventa a todo momento. Quero dizer que não rejeito as teorias, muitas vezes são elas que podem criar condições para a visibilidade de certos fenômenos. As teorias, contudo, devem ser capazes de abranger noções amplas e abertas que não poderiam cair na rigidez e no aprisionamento da formalização e da reificação do pensamento tão comum em psicologia.

1. A EXCLUSÃO DO SUJEITO DAS AVALIAÇÕES PSICOTERÁPICAS

Neste capítulo, abordo a temática da avaliação no campo da psicoterapia e a exclusão do sujeito nesse processo. O interesse vai em direção à perspectiva do sujeito que passou pelo processo psicoterápico. Nesta oportunidade, traço um panorama dos estudos sobre avaliação psicoterápica, sua pertinência para a pesquisa no campo da psicologia clínica, os acréscimos advindos de suas contribuições, as dificuldades que se apresentam por razões epistemológicas, bem como suas implicações para a prática clínica.

A avaliação psicoterápica é de grande relevância para um projeto democrático de psicoterapia que inclui, além do olhar do profissional, a perspectiva das pessoas que passaram por psicoterapia sobre essa prática clínica. A reflexão deve ter como parâmetros a eficácia quanto à adequação da intervenção terapêutica e a natureza da relação terapêutica construída. Estudos sobre a avaliação do processo psicoterápico viabilizam a elucidação das conexões entre o tratamento psicológico e seus efeitos de mudança (Peuker, Habigzang, Koller & Araujo, 2009). Outro aspecto importante desse tipo de estudos é que se trata da aproximação entre pesquisa e prática clínica, pois o nosso intuito é identificar, através do olhar das voluntárias da pesquisa, os mecanismos de ação terapêutica e postura do terapeuta que potencializam ou não o crescimento psíquico do sujeito.

Um estudo nesse sentido é de grande relevância tanto para a comunidade científica quanto para os sujeitos, pacientes e familiares, que criam expectativas consideráveis em relação ao trabalho psicológico (Martins & Zanello, 2012) e que, contraditoriamente e por tantas vezes, não encontram a representatividade de suas vozes sobre o seu percurso terapêutico pessoal ou a trajetória de desenvolvimento psíquico de um ente próximo, que, rotineiramente, conta com a participação da família. Acredito ser uma linha de investigação promissora privilegiar a geração de sentidos a respeito da relação entre terapeuta e paciente e do trabalho terapêutico com seus consequentes efeitos de mudança.

1.1 Breve panorama de pesquisas

Uma pesquisa realizada no Portal de Periódicos da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior alertou-me para a tendência das avaliações dos trabalhos psicoterápicos, as quais estão, na maioria dos casos, sendo realizadas por pesquisadores alheios à relação terapêutica ou realizadas pelos próprios psicoterapeutas que acompanharam o caso (Daniel, 2006; Heinonen et al, 2012; Kolden et al, 2006; Kramer et al, 2008; Machado, Klein, Farate, 2011; Palma, Jardim & Oliveira, 2005). Isso significa que o sujeito que viveu a psicoterapia quase não ganha relevo nas pesquisas de avaliação do processo psicoterápico. A exclusividade conferida ao olhar do profissional, seja ele o pesquisador ou o psicoterapeuta, tornam as avaliações procedimentos antidemocráticos, uma vez que excluem uma das mais importantes das perspectivas: a do sujeito protagonista do processo psicoterápico. Estou de acordo com Ribeiro (1987, p. 34) quando diz que “a pessoa necessitada, no caso, o cliente, é quem detém o poder e a última palavra para falar sobre si”.

Na revisão de periódicos no portal da CAPES, encontrei uma vasta quantidade de estudos quantitativos que tratam do tema da avaliação psicoterápica, incluindo, portanto, procedimentos estatísticos, uso de questionários, escalas e inventários, pesquisas no molde de ensaios com grupo de controle e experimental (Heinonen, Lindfors, Laaksonen & Knekt, 2012; Jung, Nunes & Eizirik, 2007; Kazdin & Bass, 1989; Smit et al., 2012). Deparei-me também com diversas investigações de meta-análise, que consiste na análise e combinações dos estudos mais recentes sobre o assunto com o objetivo de sintetizar as evidências quanto aos resultados produzidos pela psicoterapia (Smit et al., 2012; McLeod, 2011). Os estudos qualitativos são minoritários e aqueles que dão ênfase ao sujeito são ainda mais raros (Peluso, Baruzzi & Blay, 2001; Levitt, Butler & Hill, 2006).

A hierarquia dos métodos quantitativos sobre os métodos qualitativos e mistos traz a ideia central de que uma informação provida pelo paciente ou pelo profissional, ou seja, pelo par que dá vida à relação terapêutica, é fonte de equívocos. Tal modalidade de informação não estaria em consonância com o paradigma dominante¹, ainda hoje presente

¹ Segundo Santos (1989), o paradigma dominante no período moderno da ciência é caracterizado pela perspectiva de descobrir e revelar a verdade dispondo de métodos neutros, isomórficos e universais.

em nosso modo de fazer pesquisa em ciências psicológicas, segundo o qual o elemento de subjetividade que, no nosso modo de perceber deveria ser o grande protagonista da pesquisa, ganha ares de entropia e de não cientificidade.

Impressiona também a pouca produção de estudos qualitativos que destaquem o caráter subjetivo do humano. Para González Rey (1999), o sujeito deve estar no cerne dos estudos qualitativos, assumindo a primazia no espaço clínico e o protagonismo na pesquisa. Isso significa que os métodos devem ir ao encontro da subjetividade do sujeito pesquisado, privilegiando sua vivência subjetiva dentro dos contextos histórico-sociais e culturais, a qual nenhuma corrente teórica pode contemplar de forma engessada, senão pela capacidade de reformar as teorias quando a riqueza humana extrapola todos os limites teóricos e metodológicos já consagrados.

Ainda que existam diferenças notórias, tanto metodológicas como epistemológicas, entre os estudos quantitativos e os qualitativos (Heinonen, Lindfors, Laaksonen, Knekt, 2012; Levit, Butler, Hill, 2006; Machado, Klein, Farate, 2005; Persons, 1991), tais estudos apontam que os efeitos das intervenções psicoterápicas acontecem por interação de três elementos fundamentais que se relacionam com o engajamento do paciente, com a figura do terapeuta e com o componente interpessoal do processo, ou seja, a relação construída entre terapeuta e paciente (Mahoney, 1998; Peuker, Habigzang, Koller & Araujo., 2009; Wolberg, 1971).

No que tange aos aspectos que se associam ao paciente e que podem colaborar para a resposta terapêutica, as pesquisas destacam o seu comprometimento com a mudança, a confiança nos procedimentos e resultados da psicoterapia. Em relação ao terapeuta, as mesmas pesquisas enfatizam sua competência técnica, sua experiência clínica e seu estilo pessoal, que compreende características como autenticidade e capacidade de empatia e sensibilidade. Os aspectos relativos ao terapeuta devem ser estimulados no decorrer de sua formação e atuação profissional e, assim, provocar mudanças terapêuticas cada vez mais significativas por meio de uma relação de qualidade do par terapêutico. (Peuker et al., 2009). A boa condução de um caso clínico está vinculada à capacidade do terapeuta em criar um contexto terapêutico² que permita o acolhimento da singularidade do

² A complexidade da psicoterapia decorre do conjunto de processos e registros simbólicos que perpassam a relação terapeuta e sujeito, como também as subjetividades presentes que estabelecem ligação com suas

sujeito e um espaço para a geração de sentidos do terapeuta, do paciente, e por sua vez, da relação entre eles.

1.2 Lacunas dos estudos sobre avaliação da psicoterapia: heranças de uma lógica do paradigma dominante

Na revisão dos estudos que tratam do tema da avaliação da psicoterapia, há uma tendência dessas avaliações de se basearem em modelos estandardizados sustentados por diagnósticos psiquiátricos (Persons, 1991). A diminuição ou o aumento dos sintomas psiquiátricos são entendidos como preditores de uma avaliação positiva ou negativa da psicoterapia segundo o olhar do profissional de saúde mental, nesse caso, o psicólogo. Essa postura guarda relação com a história da psicologia clínica, que se desenvolveu em torno de classificações semiológicas, o que culminou na descoberta de transtornos ou doenças mentais facilmente convertidas em entidades homogêneas e autônomas, portadoras de uma gênese universal (González Rey, 2012). Proliferou-se uma psicologia semiológica-descritiva que ignorava os processos singulares das pessoas. A corrente majoritária desses estudos se debruça no tema dos resultados em psicoterapia com base em tratamentos estanques segundo a etiologia psiquiátrica para cada transtorno psíquico.

Neste momento, convém lembrar o que Foucault (1984) chamou de *monólogo da razão sobre a loucura*. A especificidade do objeto de estudo da psiquiatria guarda heranças trazidas do século XIX, época em que a psiquiatria ansiava pelo estatuto de ciência e que, uma vez capturada a loucura como seu objeto de estudo, fez prevalecer o discurso da razão científica, repleto de lucidez, sobre a doença mental – louca, demente, desprovida de racionalidade. O sujeito passa por um processo de dessubjetivação no seio da definição do objeto de escolha da ciência psiquiátrica. O discurso médico psiquiátrico, baseado num modelo de medicina mental racional, discorria de forma soberana sobre a loucura silenciosa. A medicina psiquiátrica necessitou desse jogo de poder sobre a loucura para se

histórias pessoais, suas inserções sociais, seus pertencimentos geográficos e culturais, seu grupo familiar e suas éticas. A relação terapêutica se insere nessas dimensões, influenciando-as, reconstruindo-as (Neubern, 2005).

fazer existir, configurando um enorme abuso de uma categoria sobre outra, que consistiria na parte mais frágil dessa relação.

O período da modernidade se refere a um momento do paradigma científico caracterizado pela perspectiva de descobrir e revelar a verdade (Santos apud Neubern, 2009). Ora, na versão da psicologia, isso é tarefa bastante improvável, primeiramente pela dificuldade ainda atual em se definir ontologicamente o nosso objeto de estudo, isto é, em se compreender a especificidade do fenômeno a ser estudado – a psique ou alma humana – e, então, delimitar-se um campo de construção do conhecimento (González Rey, 2007). Somada a isso, a obediência cega da psicologia ao saber biomédico, calcado no conceito psicopatológico puramente semiológico e descritivo, negligencia a dimensão singular do sujeito em seu processo de adoecer. Tal perspectiva associa a psicopatologia aos rótulos universais, que desmerecem a vivência subjetiva do adoecimento (González Rey, 2003, 2007, 2011).

Não é estranho que a insuficiência da definição ontológica para o objeto de estudo em psicologia se estenda ao campo do psicopatológico, que poderá assumir tantas formas representativas que tiverem sua matriz: psique. Foucault (1984), em sua obra *A História da Loucura*, desmistifica a questão da loucura, considerada, sem o cuidado de uma análise aprofundada, um fato médico, uma realidade incontestável, e a situa como um fato de civilização (Frayse-Pereira, 1994). Este autor se inspira em Foucault e nos alerta sobre a concepção naturalizada e imutável da doença mental, que é um discurso da história da soberania de uma medicina mental racional. Das palavras do autor, vale apontar:

Muito próxima da abordagem etnológica, essa reflexão renuncia ao conforto das verdades terminais, isto é, aos conceitos psicopatológicos elaborados pela nossa cultura, pois o papel organizador dessa experiência seria o de deformar as realidades visadas. E, com efeito, o que é originário no processo de constituição da loucura não é a psiquiatria (tornada possível justamente a partir dele, isto é, *a posteriori*), mas o ato que criou a distância entre a razão e aquilo que se nega como tal, isto é, a não-razão (...). No mundo moderno das doenças mentais, o homem não se comunica mais com o louco. Dado o corte razão/não-razão, há, por um lado, o homem racional que encarrega o médico de lidar com a loucura. E, por outro lado, há o louco cuja relação com o outro se faz por intermédio de uma racionalidade abstrata “que é ordem, constrição física e moral, pressão anônima do grupo, exigência de conformidade”. Entre o homem da razão e o homem da

loucura, não há discurso da loucura sobre a razão. O diálogo outrora existente entre elas se interrompeu. E foi sobre esse silêncio que a Psiquiatria, “monólogo da razão sobre a loucura”, pôde se estabelecer. A história da loucura, segundo Foucault, não é a história do discurso psiquiátrico, mas a “arqueologia desse silêncio”. (Frayse-Pereira, 1994, pp. 46-47)

A distância abismal instalada entre médicos e pacientes remete, sim, a esse silêncio, que não é um simples e insignificante silenciar, mas um grito (dos doentes) calado pela força política, pelo abuso de poder do paradigma dominante do conhecimento científico, no qual os homens da ciência, neste caso os médicos, detinham o conhecimento e o discurso sobre o doente e em nenhum momento exercitaram a escuta dos sujeitos a respeito de seus médicos e terapeutas. Os sujeitos acometidos por algum transtorno mental estavam condenados a se calar diante de abusos e argumentos de autoridade por parte dos profissionais de saúde mental, os quais se legitimaram exatamente pela apreensão da loucura que está no outro. Hoje temos a condição de questionar: se o terapeuta é um conhecedor de seu paciente, é o paciente também um especialista em seu terapeuta (Nathan & Zadjé, 2012). O terapeuta deve se lembrar da condição de sujeito que a pessoa pode assumir na ausência de psicoterapia, na qual o outro com capacidade reflexiva pode avaliar a si mesmo e ao outro. Avaliar o psicoterapeuta é uma grande chave do processo psicoterápico, pois tal avaliação pode se converter em um importante momento de produção de sentido subjetivo na mudança terapêutica (González Rey, 2007).

A escassez, ou melhor, a absoluta falta de estudos que levem em consideração o paciente na avaliação de seu tratamento psicoterápico é o legado da história do pensamento intelectual ocidental, ao qual se propôs a psicologia. Seja o racionalismo moderno³, seja o pós-estruturalismo⁴, um movimento crítico ao primeiro, penetraram o corpo teórico da psicologia, entendendo e reduzindo os processos humanos às questões biológicas e culturais, ignorando os registros da ordem da subjetividade e aquilo que se relaciona com ela, como a emocionalidade e o sentido subjetivo (González Rey, 2012), a corporeidade

³ Perspectiva do pensamento ocidental marcada pela ênfase na racionalidade e pela exclusão dos aspectos subjetivos, como a emoção, para o estudo dos fenômenos humanos (González Rey, 2012).

⁴ Resposta crítica ao racionalismo moderno, reduziu os processos humanos às produções simbólicas de caráter universal, ignorando outros registros que, pela sua gênese, escapam ao simbólico e são inseparáveis das práticas humanas. Com sua ênfase no discurso, ignorou também o caráter subjetivo.

(Csordas, 2008), entre outros fenômenos, como memória e fantasia. A linguagem e o discurso no pensamento moderno imperavam em detrimento do sujeito e sua capacidade de conferir sentidos singulares em espaços sociais e culturais compartilhados.

Para Neubern (2009), dentro da razão cartesiana o desejo de fazer existir uma ciência da alma, inevitavelmente, teria que passar por amputações. O autor reporta-se a um período histórico em que a ciência começa a se delinear e a se constituir na Renascença, quando o campo de estudo da psicologia era habitado por noções relativas à subjetividade, como mitos, símbolos, elementais da natureza, magos e almas. Com o caminhar da ciência rumo à modernidade, começa a se concretizar o paradigma ocidental dominante de fazer ciência, com suas pretensões de objetividade, conhecimento isomórfico na natureza, predição e controle, e um método rígido que fosse capaz de excluir qualquer vestígio de subjetividade. Esse movimento trouxe geração de riquezas, tecnologia, fomentou a indústria bélica e, portanto, o poderio militar. Assim, foi consolidando-se o pensamento moderno e colonialista, altamente lucrativo. A psicologia ficava cada vez mais distante de seu universo vivo, misterioso, daquilo que reverenciava questões relativas à subjetividade e, por isso, foi tornando-se estéril, seca e árida (Stengers, 1999).

O paradigma dominante reservou à psicologia uma dimensão regulatória, de controle e manipulação, com pretensões universalistas, focada no patológico e alienada pela ótica do consumo dos serviços de saúde psicológica, incompatível com a ideia de fazer uma psicologia que desse lugar de destaque à subjetividade (Neubern, 2005). Dentro desse quadro histórico, que se constituiu a racionalidade dominante, os métodos científicos de avaliação e validação passaram a ser tratados de modo mecânico, uma vez que se compreende, de maneira geral, que a avaliação da psicoterapia deve ser esterilizada das “impurezas” da subjetividade.

Desse modo, as avaliações acerca do processo psicoterápico se colocam na posição de silenciar as pessoas, o que denuncia o uso e o abuso do poder nessas avaliações, ainda que muitos pesquisadores e avaliadores não estejam conscientes da violência que possam estar cometendo. O risco está na naturalização do método de avaliar a psicoterapia somente pela perspectiva do pesquisador. O nosso esforço é no sentido de incluir os pacientes, em entender como eles qualificam a sua vivência psicoterapêutica. Quando se fala em avaliação de qualquer tratamento de saúde, acredito que uma das referências mais

importantes, e que democratiza a avaliação, trata de compreender os cenários subjetivos dos envolvidos.

1.3 Contribuições dos estudos sobre avaliação da psicoterapia: a horizontalização na pluralidade da clínica psicológica

Levantadas as lacunas, naturais em qualquer estudo do conhecimento científico, é necessário se fazer justiça à iniciativa dos pesquisadores no campo da avaliação da psicoterapia. O estudo do tema tem grande relevância, pois nos permite identificar indicadores⁵ das intervenções terapêuticas, da postura ética, afetiva e efetiva do fazer clínico, delineando, assim, processos mais gerais comprometidos com o amadurecimento de uma teoria em eficácia terapêutica.

A psicologia, após a Primeira Guerra, começa a aparecer no repertório de atividades ocupacionais sob o formato de profissão institucionalizada: são inúmeras as associações profissionais já consolidadas, o aumento crescente de cursos de graduação, a demanda regular por parte do mercado e a oferta de soluções propostas para tais problemas, que retratam a firmeza do território profissional autônomo da psicologia (Malvesi, 2010). A área clínica é, indiscutivelmente, a de maior peso na atuação em psicologia, segundo a Pesquisa Nacional do Psicólogo realizada em fins da década de 1980 pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP.

Nos tempos de hoje, a busca por psicoterapia tem sido cada vez mais frequente. Não é incomum nos depararmos com consultórios de psicologia clínica com lista de espera, sobretudo quando os profissionais têm o reconhecimento de seus colegas e pacientes. Convênios e demais entidades de planos de saúde se esforçam por incluir a psicoterapia em seu rol de serviços. Todas essas razões legitimam os estudos que

⁵ São elementos que adquirem significação graças à interpretação do pesquisador. O indicador somente se constrói sobre a base da informação implícita e indireta. Ele não define nenhuma conclusão do pesquisador em relação ao seu objeto de estudo; ele representa, sim, um momento hipotético no processo de produção da informação que conduzirá ao surgimento de novos indicadores através de novas ideias do pesquisador associadas com indicadores precedentes (González Rey, 1999).

objetivam adentrar no universo da atuação profissional clínica, atentos à qualificação desses profissionais e ao exercício de sua prática clínica, interferindo diretamente na qualidade de vida dos sujeitos atendidos por psicoterapia.

Boa parte das pesquisas atuais na área, para minha feliz surpresa, está isenta dos costumeiros privilégios conferidos por cada psicoterapeuta à sua própria escola psicológica e seus respectivos pressupostos teóricos, identificando a heterogeneidade da ciência psicológica e a pertinência de cada escola para cada caso. Observa-se que é notável, na prática clínica, que certos recursos terapêuticos filiados a uma determinada abordagem produzem mudanças importantes para algumas pessoas, ao passo que, para outras, podem não repercutir em mudança ou ainda culminar em efeitos iatrogênicos. A possibilidade de se reconhecer a pluralidade da clínica psicológica viabiliza o fim da disputa entre escolas psicoterápicas. Cabe sempre à sensibilidade, à criatividade e à flexibilidade do psicoterapeuta, amparado por um repertório psicológico escolhido e apropriado ao caso em questão, entre as diversas abordagens psicoterápicas, ativar certas potencialidades do sujeito⁶.

A essa similitude de resultados a partir de métodos terapêuticos distintos dá-se o nome de *efeito Dodô* (Luborsky apud Diniz-Neto & Féres-Carneiro, 2005). Tal denominação faz referência ao livro de Lewis Carroll *Alice no país das maravilhas*, no qual o pássaro Dodô, após uma corrida, proclama: “Todo mundo ganhou e todos devem ganhar prêmios”. As diferentes orientações psicológicas assumem que, independente da abordagem teórica, os resultados da práxis terapêutica não estabelecem relação de hierarquia entre escolas psicoterápicas (Daniel, 2006, Heinonen, Lindfors, Laaksonen & Knekt., 2012; Kolden et al, 2006; Levitt, Butler & Hill, 2006; Nietzel, Russel, Hemmings & Gretter, 1987; Smit, Huibers, Ioannidis, 2011). Por outro lado, pergunto-me se a definição de *efeito Dodô* não seria simplesmente um deboche com disfarce de boa política, já que a ideia proveio de um livro no qual os personagens estão imersos em um universo mágico, de muitas cores e encantamentos.

⁶ Na hipnose terapêutica, trabalha-se com a dimensão saudável do sujeito ao invés de insistir no patológico. Busca-se um processo de ativação do inconsciente, que estabelece a prontidão para uma resposta hipnótica criativa (Erickson & Rossi, 2003).

Ironias à parte, obras clássicas como a do psicanalista Wolberg (1967) e do construtivista Mahoney (1998), mencionadas anteriormente, apontam as variáveis significativas para que a mudança ocorra em psicoterapia: a construção da aliança terapêutica, independente da corrente teórica adotada pelo psicoterapeuta; as características pessoais dos terapeutas, tais como capacidade de empatia e sensibilidade; o engajamento do sujeito. Esses autores mostram que a variação das respostas das pessoas, que podem ser atribuídas às variáveis do terapeuta, somente perde em importância para aquelas atribuídas às variáveis dos pacientes (características de personalidade e natureza do sofrimento psíquico). O vínculo do par terapêutico surge de modo espontâneo e crescente quando motivado pelas características dos terapeutas, pelo comprometimento do paciente e pela afinidade entre ambos, o que resulta em redução, e mesmo na eliminação da dependência dos serviços psiquiátricos, como uso de medicação (Dick & Wooff, 1986).

Os estudos também admitem um dado curioso e altamente significativo: as divergências percebidas pelo terapeuta e pelo paciente (Falcone, 2004). Essa constatação nos indica a necessidade em criar terreno em nossa pesquisa para o campo da subjetividade do sujeito e do pesquisador. A falta de correspondência ou equivalência nos modos de sentir e perceber a relação e o trabalho terapêutico, em meu ponto de vista, não fala de invalidação dos métodos de pesquisa. Aponta, sim, para a riqueza do universo subjetivo que, por sua própria natureza, não poderia coincidir com outro universo subjetivo.

Nesse sentido, minha hipótese de trabalho – a de que o paciente também traz sua contribuição ao trabalho psicoterapêutico e à pesquisa quando se torna juiz de seu processo – determina nosso campo de trabalho, no qual apresentaremos nosso estatuto do saber (Lyotard, 2011). Colocar o sujeito em pé de igualdade com o homem de ciência representa uma importante transformação no universo do conhecimento psicológico científico. Por qual razão não poderia o protagonista do processo terapêutico ser um legítimo avaliador do processo, ainda que sua avaliação se distinga daquela de um estudioso da área? Não seria a ausência de coincidência, e até a discrepância entre ambos, um excelente campo de investigação em psicologia clínica? Afinal, quem decide o que saber? Quem decide o que convém decidir?

A introdução do termo *condição* nos remete aos pressupostos objetivos que narram a transformação radical na maneira de produzir, distribuir e legitimar o saber. O termo *condição* foi introduzido na tentativa de prever tais pressupostos. Essa é a

justificativa de Lyotard (2011) para o título de sua obra *A condição pós-moderna*, pois, inicialmente, ela foi intitulada apenas de *Pós-moderno*. O termo *condição* cumpre seu dever em marcar seu posicionamento, não ingênuo, sobre um universo do conhecimento.

O que os estudos sobre avaliação da psicoterapia revelam é essa condição de sujeito epistêmico⁷ que as pessoas em psicoterapia (seja o terapeuta ou o paciente) ocupam na qualidade de construtores do conhecimento, pois, se excluirmos as subjetividades presentes em um encontro terapêutico como um momento oportuno para julgar um trabalho psicológico, poderemos incorrer no risco que a psicologia vem sofrendo desde a modernidade: de ser um instrumento muito mais de regulação do que de mobilização da autonomia dos sujeitos e emancipação através da valorização de sua compreensão sobre os processos aos quais se submete e que vivencia.

1.4 Associação Americana de Psicologia – APA e os modelos efetivos em psicoterapia

Inúmeros pesquisadores dedicam-se à tarefa de identificar quais os modelos em psicoterapia são mais eficazes (Piper, 2004). No contexto norte-americano, onde os pacientes são bastante amparados pelas entidades protetoras dos consumidores de serviços de saúde, a avaliação da eficácia referente ao tratamento psicoterápico é uma questão tão relevante que dificilmente seria um assunto despercebido naquele país. A Associação Americana de Psicologia – APA, pretendendo identificar os modelos efetivos de vertente psicoterápica e, portanto, aceitáveis pelas companhias de seguro e o público em geral, padronizou um método de validação através de estudo comparativo controlado e concluiu (Kopta et al. apud Diniz Neto & Féres-Carneiro, 2005, p. 356):

Nós demarcamos critérios estritamente científicos para a avaliação das psicoterapias presentes até aqui, apoiadas nos dados de estudos cuidadosamente controlados. Nós não nos apoiamos sobre opiniões de pacientes, opiniões de profissionais, informação obtida de estudo de pesquisa não controlados, ou outras fontes de informação não controladas. Dados coletados por cientistas em estudos controlados fornecem a mais objetiva informação disponível sobre os benefícios da psicoterapia. (Society, 2003)

⁷ Sujeito produtor de conhecimento.

Esse trecho informa o quão distante se está de fazer uma avaliação do processo psicoterápico fundamentado na democracia, a qual, por definição, existe por meio da inclusão da participação das pessoas que possibilitam a vivência psicoterapêutica. Sem contar que, interpretando-se as regras da APA ao pé da letra, somente os estudos de cunho metodológico instrumentalista e objetivista (os ditos “estudos controlados”) são legitimados por essa associação, entidade de respeitosa autoridade em psicologia no mundo, pela qual podemos dimensionar o impacto de suas conclusões para a categoria profissional dos psicólogos, mundo afora. Devo considerar também que a associação em questão leva em conta que algumas abordagens consagradas na prática clínica não foram incluídas nos modelos de efetividade em psicoterapia em razão de não terem sido expostas aos estudos controlados e não por não terem validade na clínica psicológica.

Isso significa que a livre manifestação das subjetividades envolvidas é fonte de erros e enganos para a APA. Os instrumentos se converteram em último argumento, fins em si mesmos, uma vez que lhes é atribuída a capacidade de produzir resultados finais que se transformam em realidade objetiva acerca da alteridade (González Rey, 1999). Isso significa que a legitimidade da pesquisa necessariamente vincula-se ao caráter instrumental da investigação positivista.

Para nós, o sujeito está à frente de qualquer instrumento metodológico, uma vez que a expressão da subjetividade não pode ser “controlada” por nenhum cuidado metodológico, como questionários, inventários e escalas, pois eles não alcançam apenas essa expressão referida, mas também não orientam quanto à forma como a pessoa expressa sua subjetividade: nas palavras que elege para compor sua fala, no movimento do corpo, no tom da voz, no comparecer de uma emoção, na direção de seu olhar. Não raras vezes um instrumento como, por exemplo, um questionário de satisfação quanto à psicoterapia, em que se pede ao sujeito para pontuar, dentro de uma determinada escala de 0 a 5, seu nível de satisfação, sendo 0 a representação de “completamente insatisfeito” e 5, a de “completamente satisfeito”, conduz a pesquisa a uma mera formalidade, a qual dificilmente se aproxima da produção subjetiva simbólico-emocional da pessoa.

1.5 Esforços para uma clínica democrática no Brasil

Se fizermos uma pausa para reflexão acerca da dimensão partilhada da clínica psicológica, chegaremos naturalmente à conclusão de que os esforços para a democratização da avaliação em psicoterapia são fundamentais e urgentes. Um exame acerca do progresso psicoterapêutico deve levar em conta essa natureza partilhada e solidária, pois a psicoterapia envolve uma interação face a face, distinguindo-se de outras modalidades de tratamento de saúde por seu aspecto de colaboração entre sujeito e terapeuta, ao invés de uma ação predominantemente unilateral, exercida pelo profissional, como é comum acontecer em tratamentos médicos convencionais (Payá, 2011).

Na realidade brasileira, uma vistoria feita nas pesquisas realizadas pelo Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP, por meio de seu sítio na internet, mostra que a atuação psicológica em suas mais variadas formas é avaliada pelos próprios colegas psicólogos. O objetivo dessa instituição é:

(...) ampliar a atuação do psicólogo na esfera pública, colaborando para a expansão da psicologia na sociedade e para a promoção dos direitos humanos e sistematizar e difundir o conhecimento e a prática psicológica nas políticas públicas, oferecendo referências para atuação nesse campo. (<http://crepop.pol.org.br/novo/objetivos>)

Falar em sociedade e direitos humanos sem que a comunidade que faz uso de tratamentos psicológicos participe dessas pesquisas em atuação psicológica parece ser uma contradição bastante irônica. O cuidado que precisamos ter é falar *do* e, sobretudo *com* o paciente, que faz jus a uma relação psicoterápica de maneira cidadã, ou seja, exercendo o verdadeiro espírito democrático no qual todos os implicados sintam-se representados: pesquisador, psicoterapeuta, sujeito, comunidade e instituição.

Existem iniciativas, como a da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que já é uma tentativa de diálogo entre todos os envolvidos com o processo de saúde e que pretende resgatar a esfera da subjetividade de todos os implicados, sem, para tanto, estabelecer uma hierarquia absoluta dos profissionais sobre os pacientes:

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles,

o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. (SUS, 2004, p. 13)

E o que significa destacar os sujeitos como protagonistas no comprometimento de sua saúde? Especificamente neste trabalho o foco será no sujeito beneficiário de psicoterapia. O sujeito, como nós o entendemos, é um sujeito produtor, criador, com potencial transformativo (González Rey, 2007). Estamos convencidos de que os espaços discursivos socialmente construídos explicam a gama múltipla do humano a partir de práticas socioculturais que legitimam a expressão da subjetividade. Entretanto, também pensamos na autonomia do sujeito, quando emoções e sentidos subjetivos emergem nos sujeitos individuais que vivem em tais espaços, como um instante de tensão, ruptura e inversão da lógica, onde acontecem as práticas nos espaços sociais, atualizando a ordem social instituída e produzindo alternativas inéditas na subjetividade das pessoas.

Eis o epicentro de nossa discussão: como o sujeito com experiência psicoterápica se torna autoridade de seu processo terapêutico? O que ele entende de sua relação com o terapeuta e com os espaços sociais que lhe permitiram o acesso ao serviço psicológico? Qual é o seu papel dentro dessa cena que clama por sua participação e avaliação? E como o exercício de seu papel como beneficiário de um tratamento de saúde psicológica e como cidadão pode subverter a lógica dominante, auxiliando-nos a criar novos dispositivos e posturas éticas, profissionais, técnicas e humanas aperfeiçoadas para atendê-lo em suas demandas?

Curiosamente, parece ser uma tendência também na política de humanização do SUS, em que se fala do caráter de transversalidade dos setores da sociedade como instâncias gestoras, devendo implicar em ações que insistam na ideia da subjetividade e na produção de sujeitos. A título de ilustração, mencionaremos o que está previsto no texto:

- Traduzir os princípios do SUS em modo de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador entre as práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores de saúde e usuários. (SUS, 2004, p. 12)

O leitor pode estar pensando na aplicação desses objetivos ou quão longe estamos de sua concretização, uma vez que existem inúmeras dificuldades vividas na saúde brasileira, como a precarização das condições de trabalho, a falta de reconhecimento dos profissionais, a sua baixa qualificação, especialmente no que tange à necessidade de implementação de políticas públicas nesse setor, a fragmentação do processo de trabalho em saúde, bem como a desarticulação dos profissionais da saúde, dentre outros inúmeros problemas.

A questão a ser reconhecida, dentro de todo esse quadro de vulnerabilidade do sistema de saúde brasileiro, é a consciência de um texto como esse, que usa expressões como *produção de saúde e de sujeitos, trocas solidárias, aspecto subjetivo, ações humanizadoras*. É a partir de tal reflexão que os pesquisadores da área poderão se inspirar e oportunizar a avaliação participativa e, portanto, democrática, dentro da gama de tratamentos de saúde que existem, especialmente no tratamento psicoterápico. Obviamente, devemos estar atentos para que reflexões tão pertinentes ao campo da saúde não se tornem sucatas em textos políticos, perigando a não implementação das práticas de cuidado com a saúde do cidadão.

1.6 O contingente de psicólogos e a atuação profissional no Brasil

Regulamentada em 1962 pela Lei nº 4.119, a profissão de psicólogo vem experimentando contínuo crescimento, segundo os números do Ministério da Educação e as inscrições de profissionais nos Conselhos Regionais (Bastos, Gondim & Rodrigues, 2010). Totalizando uma população de 236.100 profissionais, o Brasil tem, atualmente, o maior contingente de psicólogos ativos no mundo. Contamos com 20 Conselhos Regionais, sendo que já foi aprovado o desmembramento de três Estados brasileiros – Piauí, Maranhão e Tocantins, que terão agora seus próprios Conselhos Regionais, recém-nomeados CRP-21, CRP-22 e CRP-23, os quais serão instalados em setembro de 2013, quando ocorrerá a posse de seu primeiro plenário. Estamos, nós psicólogos, mais igualmente distribuídos nos Estados brasileiros e estamos nos encaminhando também para o interior do país, sem nos restringirmos a grandes polos urbanos do interior, como também estamos alcançando os municípios de média e pequena densidade populacional.

O que todos esses dados querem dizer é que o exercício da psicologia encontra-se num momento de expansão, uma vez que mais segmentos da população brasileira (comunidade, empresas, escolas, hospitais, Centros Especializado de Assistência Social - CREAS etc.) estão tendo acesso direto aos serviços psicológicos. Ao longo do percurso da psicologia nos últimos 50 anos, saberes e fazeres foram construídos dentro de um cenário político marcado por intensas disputas. Se aquilo que a psicologia é depende das forças que se apoderam dela, a configuração atual dessa ciência pode ser descrita como o resultado de uma luta para substituir concepções elitizantes acerca da psicologia, por abordagens nas quais a subjetividade é entendida na articulação com a vida social, visando ao bem-estar de toda a população.

Parece-me que o profissional da psicologia está mais preocupado com seu papel social e com as exigências coletivas da comunidade, caminhando em direção oposta ao modelo individual de atendimento clínico em consultório particular. A oferta de serviço por psicoterapia acontece hoje por outras vias, como, por exemplo, pelas clínicas-escola (escolas das instituições de ensino superior), pelas unidades do serviço público de saúde, pelas unidades públicas de atendimento a crianças e adolescentes, pelas unidades do Poder Judiciário, órgãos da administração pública central, pelo terceiro setor e mesmo por profissionais voluntários que reinventam o formato do *set* terapêutico, transformando ambientes precários em espaços clínicos. Os Terapeutas Sem Fronteiras são um belo exemplo desse fenômeno de transformação da atuação da psicologia.

A área clínica é indiscutivelmente a mais abrangente, pois as inserções profissionais relativas às atividades clínicas representam 39,9% do contingente de psicólogos que atuam nela de modo exclusivo ou não (Gondim, Bastos & Peixoto, 2010). É comum que o psicólogo atue concomitantemente na área clínica e em outra área. De toda forma, os trabalhos e empregos demandam de modo mais expressivo as atividades de natureza clínica. Além do mais, a Pesquisa Nacional do Psicólogo, realizada pelo CFP no fim da década de 1980, sinaliza que a clínica psicológica ampliou-se de tal maneira que abarcou as áreas da saúde, escolar e educacional, o trabalho e a dimensão organizacional.

Naturalmente, a diversidade da psicologia não se esgota no campo de área – clínica, organizacional e do trabalho, social, hospitalar, educacional. Inclui também a rica variedade teórico-metodológica que fundamenta a prática de pesquisa e intervenção

profissional no campo da psicoterapia. A psicologia é tão rica em termos de correntes teóricas e alternativas de técnicas psicoterapêuticas que não podemos precisar a quantidade de abordagens que os psicoterapeutas podem escolher em seu fazer clínico. Há alguma menção por alto a esse respeito, na qual se levanta a possível marca de mais de 500 abordagens (Roudinescou, 2005).

Nesse contexto, é de se espantar que a atuação profissional mais abrangente do universo da psicologia – a clínica psicoterápica – tenha na presidência e na vice-presidência da ABRAP – Associação Brasileira de Psicoterapia somente psiquiatras. Nas diretorias (científica, divulgação e afiliações, publicação etc.), é minoritária a participação de psicólogos, suplantada pela de médicos psiquiatras (www.abrap.gov.br, 2013). Essa constatação nos remete ao discutido anteriormente: a submissão da psicologia à psiquiatria. Tal paradigma está presente nas entidades representativas da psicoterapia e mesmo no atuar clínico do psicólogo quando o psiquiatra desconsidera as questões da subjetividade atravessada pelas dimensões socioculturais, enfatizando o saber biomédico descritivo, universalizante e focado no patológico.

1.7 Avaliação da hipnoterapia

A hipnose foi reconhecida pelo CFP no ano 2000 e, desde então, vem sendo implementada de forma crescente e gradual pelos psicólogos brasileiros. No entanto, quem fez as honras da entrada da hipnose como recurso terapêutico no Brasil foram os dentistas, tendo o CFO – Conselho Federal de Odontologia regulamentado o uso da hipnose em 1993, prestando-se ela como possibilidade de tratamento coadjuvante, especialmente devido ao seu potencial de analgesia nas intervenções odontológicas, tais como cirurgias. A categoria seguinte a oficializar a prática da hipnose foi a dos médicos, em 1999. Outras que podem contar com o recurso da hipnose são a dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais, que apenas recentemente, em 2010, puderam ter a hipnose em seu leque de ferramentas de trabalho como opção.

Da hipnose, apesar de todo o estigma por ela sofrido, por ser a técnica psicológica mais pesquisada e indicada numa variedade de tratamentos na área da saúde (CFM, 1999; Nash apud Vasconcelos, 2008), seria esperado que estivesse entre as ferramentas

terapêuticas mais avaliadas por seus praticantes e beneficiários. Sua eficácia foi demonstrada em diversos estudos, os quais relatam ser a hipnose uma multiplicadora da saúde e humanização do cuidado (Barber, 2000; Gallian, 2000; Greenleaf, 2006; O'Hanlon, 1994; Segre & Ferraz, 1997; Sugarman, 1996; Wright & Drummond, 2000; Zeig, 1985). Os números a esse respeito dizem muito, como no trecho que se segue:

Entre 1785 e 2000, mais de cem mil projetos de pesquisas foram realizados sobre hipnose, e, nos últimos cinquenta anos, ela foi tema de trabalhos publicados nas mais conceituadas revistas científicas, não tendo nenhuma outra psicoterapia contemporânea um histórico tão amplo de análises empíricas e pesquisas. (Vasconcelos, 2008, p. 11)

E dentre os tantos estudos acerca da hipnose, esse não seria mais um a fazer coro com os demais e aumentar as estatísticas, mas teria uma qualidade diferencial, no sentido de trazer para o destaque da pesquisa em avaliação da psicoterapia os sentidos subjetivos dos pacientes sobre a sua vivência terapêutica com esta técnica. Nada mais apropriado do que a avaliação da hipnose ser realizada pela pessoa que viveu transes hipnóticos ao longo do tratamento, já que é a alternativa frente aos modelos científicos de inspiração moderna, de psicoterapias idealizadas pela neutralidade, controle e objetividade. A hipnose assume a sua inadequação para com esse modelo e honestamente se coloca como alternativa para um tratamento humanizado ao reforçar a preocupação com o vínculo positivo entre terapeuta e paciente, oferecendo continente para os aspectos emocionais, corporais e individuais. Apesar das diversas tentativas de colonização que tinham por intuito torná-la impessoal e objetiva, a hipnose, sendo por essência um instrumento psicológico relacional, recebeu o prestígio das pesquisas por evidenciar a sua eficácia clínica, o que gerou inquietação às explicações reducionistas (Rossi, 1994).

A manifestação livre da subjetividade referente à experiência psicoterapêutica de base hipnótica é algo incomum. O mais frequente, no que tange à avaliação do tratamento com hipnose, é a alteração dos estados neurofisiológicos: modificações das atividades cerebrais pelo aumento do fluxo sanguíneo, mensuradas por exame de tomografia; avaliação do bloqueio dos neurotransmissores responsáveis pela sensação de dor, realizada por eletroencefalograma; alteração dos níveis corticais em áreas cerebrais como tálamo e córtex pré-frontal. A dominância do olhar médico, dessa vez, também se impõe ao campo hipnótico (Jensen, 2009; Nogueira, Lauretti & Costa, 2005; Vianna, 2001).

Certamente, a linguagem médica e seus dispositivos para suscitar saúde e poder são de grande relevância para qualquer tratamento de saúde e não seria diferente com a hipnose terapêutica. O que causa surpresa é a escassez de estudos que privilegiem a expressão da vivência subjetiva como critério legítimo para a pesquisa sobre avaliação da experiência psicoterapêutica com base hipnótica, sendo que sua aplicação leva até o limite a condição de sujeito criador e transformador de realidade.

Neste capítulo, propus-me a reconsiderar o espaço do paciente na avaliação de sua experiência com psicoterapia e com o psicoterapeuta. Concluí, através de várias pesquisas realizadas, que o sujeito está à margem dessa discussão, sendo comum que a avaliação da psicoterapia seja elaborada por psicoterapeutas ou pesquisadores. Posso compreender esse fenômeno se levarmos em conta o legado da psicologia do discurso médico/científico dono da razão, que cala o universo subjetivo das pessoas em sofrimento psíquico. Por outro lado, é apreciável que existam estudos em que haja o compromisso com a qualidade do serviço psicoterápico. Tais estudos reconhecem o caráter não hierárquico entre os métodos psicoterápicos, o que nos leva a acreditar que estamos mais perto de sair da “politicagem” de um cenário em psicologia que privilegia uma abordagem psicoterápica em relação às outras.

Visto o crescimento vigoroso da psicologia, especialmente em sua atuação clínica psicoterápica, é digno que escutemos em nossas pesquisas, em políticas públicas e no próprio cotidiano da prática psicoterápica, a voz do paciente - protagonista do processo psicoterápico, oferecendo a ele a chance de se fazer sujeito. Essa é a minha aspiração, que ainda é distante na realidade brasileira dos tratamentos de saúde, ainda que estejamos a testemunhar esforços nesse sentido, e esta pesquisa é um exemplo disso.

As avaliações acerca da hipnose terapêutica como instrumento valioso nos tratamentos de saúde de vários campos, como a medicina, a psicologia e a odontologia, também não estão considerando, na maioria das vezes, os pacientes nessas avaliações, priorizando a alteração de sintomas fisiológicos para a chancela de sua capacidade de promover mudanças geradoras de saúde.

2. POSSIBILIDADE DO RECONHECIMENTO DO SUJEITO NA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Neste momento do trabalho nosso intuito maior é demonstrar a nossa epistemologia e metodologia de pesquisa, através das quais podemos oferecer caminhos alternativos que contemplem o mundo subjetivo do sujeito. Partindo do princípio de que a realidade não se esgota no que os métodos e as interpretações humanas decorrentes desses são capazes de revelar, cuidamos para não ser ingênuos, uma vez que as lacunas e as contradições se fazem presentes em toda proposta metodológica e teórica por mais cuidadosos que sejamos.

Para que esta pesquisa fosse efetivada, contamos com a participação de duas senhoras com idades de 55 e 62 anos: a primeira está em fase de finalização do processo psicoterápico hipnótico e a segunda, já o finalizou. Elas foram convidadas a participar da presente pesquisa e prontamente se disponibilizaram a colaborar com o estudo. A princípio, os encontros entre pesquisadora e voluntárias foram agendados no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos – CAEP, no Instituto de Psicologia – IP da Universidade de Brasília. Contudo, conforme as necessidades e as possibilidades particulares das voluntárias, fomos nos adequando para que elas pudessem nos receber em suas casas (na primeira pessoa do plural, tendo em vista a presença de outros pesquisadores) visando ao conforto e à segurança, pois as voluntárias, por razões circunstanciais, estavam com dificuldades de locomoção.

As razões para a escolha dessas duas senhoras que passaram pelo processo terapêutico com hipnose com o orientador desta pesquisa deve-se ao fato de termos em Brasília e no Brasil uma quantidade muito reduzida de terapeutas que trabalham com hipnose. Acrescente-se a isso que o terapeuta em questão, um dos únicos em território brasileiro a ter o certificado da Teaching Competition of Milton Erickson Foundation, é formador de outros futuros terapeutas que trabalharão com a técnica hipnótica. Ainda justifico que, como orientador e pesquisador da área no universo científico, tem uma facilidade logística em submeter a pesquisa ao comitê de ética, melhor opção do que procurarmos terapeutas em consultórios particulares. Estou atenta às possibilidades de esta pesquisa ganhar ares de endogenia e complacência.

Os encontros, que aqui não chamarei de entrevistas por não estarem orientadas por perguntas prévias, foram possibilitados pela dinâmica conversacional, pelo caráter fluídico da conversa, na qual os indicadores eram identificados de modo a dar continuidade e ritmo à manifestação subjetiva, não tinham tempo fixo estabelecido, o que nos deixou, pesquisadora e voluntárias da pesquisa, à vontade para alongar a conversa, se fosse o caso. No momento em que acontecia o encontro, disponibilizei o termo de consentimento livre e esclarecido para que pudessem formalizar a sua participação voluntária na pesquisa, ficando uma via para mim, pesquisadora, e a outra, com as voluntárias.

Os encontros foram todos gravados e filmados, sendo que o material de vídeo encontra-se guardado, em compartimentos devidamente chaveados e em computador com senha, entre outros materiais da linha de pesquisa na sala do orientador, conforme orienta a Resolução nº 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília.

2.1 Objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa

Esta pesquisa tem por objetivo central compreender a vivência subjetiva das voluntárias participantes a respeito de sua experiência com hipnoterapia. Os objetivos específicos se dirigem à síntese ilustrativa das configurações subjetivas de tais vivências e pretendem reconhecer os elementos afins das configurações subjetivas que buscam o reconhecimento de uma clínica psicológica da qualidade.

Para o feito dos objetivos específicos, usarei o processo de generalização do conhecimento (González, 1999), que não ousa ser um ato de constatação, em que a generalização se “coisifica”. Isso quer dizer que aquilo que se generaliza não deve se tornar uma entidade supraindividual, dona da verdade imutável e indiscutida. A generalização aqui defendida diz respeito a um momento no processo progressivo da natureza construtiva do conhecimento que se expressa na temporalidade e historicidade. A generalização, a que se propõem os objetivos específicos deste estudo, visa à construção do conhecimento em seu valor heurístico para certos fenômenos, os quais não teriam nenhuma relação aparente entre si, senão pela sensibilidade e mediação do olhar do pesquisador.

A individualidade é fonte legítima de produção do conhecimento, pois a informação procedente de seu estudo pode despertar no pesquisador uma ideia para reflexão de alto potencial gerador no campo do estudo, que estava em processo por meio de hipóteses ou noções incipientes, por exemplo, mas na ausência de elementos que permitissem a construção e a consolidação da informação. Portanto, procurarei relacionar entre si os aspectos das avaliações dos sujeitos, de modo que favoreça a reflexão sobre uma clínica da qualidade em psicoterapia.

2.2 Epistemologia qualitativa: o reposicionamento do sujeito em sua complexidade

A epistemologia qualitativa consiste num redirecionamento da ciência, a fim de abraçar o estudo da subjetividade, e numa alternativa frente ao dogmatismo metodológico do paradigma dominante de ciência que atribui às evidências empíricas observáveis e replicáveis o valor de confiabilidade e fidedignidade ao campo psi, que pretendia igualá-lo ao campo das “ciências duras”. Deparo-me, neste momento, com a necessidade de explicitar o conceito de subjetividade para fins de clareza conceitual. A subjetividade, na perspectiva de González Rey (1999), autor central que adoto neste trabalho, em suas próprias palavras:

A subjetividade representa um complexo sistema de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana, a qual se define ontologicamente como diferente dos elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo, relacionados entre si de uma forma ou de outra no complexo processo de seu desenvolvimento. Temos definido os momentos essenciais da constituição da subjetividade; individual e social, as quais se pressupõem de forma recíproca ao longo de seu desenvolvimento. A subjetividade individual é determinada socialmente, mas não em forma de um determinismo linear externo, do social para o interior, para o subjetivo, mas um processo de constituição que integra, simultaneamente, subjetividades individuais e sociais. O indivíduo é um elemento constituinte da subjetividade social e, simultaneamente, é constituído por ela. (González Rey, 1999, p. 42)

Vista dessa maneira, a subjetividade é um sistema processual, plurideterminado, contraditório, em constante desenvolvimento, sensível à qualidade vivencial dos momentos atuais pelos quais o sujeito se manifesta. A noção de subjetividade não se vale de variantes

estruturais que pretensiosamente anseiam por construir teorias universais sobre a natureza humana. Em sua organicidade, ela contempla o singular como categoria legitimamente científica, pois é por meio de sua flexibilidade, versatilidade e complexidade que o homem se torna capaz de gerar, permanentemente, processos culturais que alteram seu modo de vida, refazendo a subjetividade tanto no plano social quanto no individual (González Rey, 2011).

Na avaliação da psicoterapia que comporte o sujeito, estou, a bem da verdade, a articular distintos saberes e percepções a respeito do viver a clínica psicológica. Minha meta norteadora diz respeito à compreensão das configurações subjetivas e de seus sentidos subjetivos emergentes. Ainda com o cuidado da clareza do texto, cabe uma passagem a respeito desses dois fenômenos da subjetividade:

O sentido subjetivo é definido (...) como a unidade processual do simbólico e o emocional que emerge em toda experiência humana, unidade essa onde a emergência de um dos processos que a integre sempre invoca o outro sem se converter em sua causa, gerando verdadeiras cadeias simbólico-emocionais que se organizam na configuração subjetiva da experiência. (González Rey, 2011)

As configurações subjetivas são sistemas da complexidade humana em suas dimensões simbólicas e emocionais, construídas na história da cultura. Todos os aspectos que constituem o humano - biológico, social, econômico, espiritual - passam a ser subjetivados formando as cadeias simbólico-emocionais da configuração subjetiva. É notável que uma teoria desenvolvida por um psicólogo faça justiça aos aspectos plurais da constituição do humano, oferecendo guarnição aos perigos do psicologismo, sem, no entanto, ter a pretensão de esgotar a discussão dos fenômenos vividos pelo sujeito pela exclusividade do conceito de configuração subjetiva. Existem inúmeros processos que precisarão, para ser melhor compreendidos, de conceitos sensíveis à natureza de outras ontologias, como os fenômenos paranormais ou espirituais, por exemplo. Este trabalho não tem por intuito aprofundar essa questão.

A ideia da complexidade proposta por Morin (2010) é um desafio e um motivador ao pensamento no universo científico e não uma receita. Por se tratar de uma noção ainda em desenvolvimento, creio que a pesquisa pode ser enriquecida com esta discussão, no sentido de considerar o sujeito em sua integralidade, sem as frequentes mutilações por ele sofridas. Reforço mais uma vez que não pretendo alcançar a completude das dimensões

que comportam o sujeito (físico, biológico, cultural, social, psíquico, espiritual). A minha estratégia de pesquisa dirige-se ao respeito a tais dimensões, enfatizando o psíquico, tendo em vista a natureza deste trabalho, sem colocá-lo no topo da hierarquia. Dito isso, “*ao aspirar à multidimensionalidade, o pensamento complexo comporta em seu interior um princípio de incompletude e de incerteza*” (Morin, 2010, p. 177). A complexidade se esforça na articulação das diferentes dimensões integradoras do humano, estabelecendo-se uma relação dialógica entre elas.

Dessa forma, o conceito de configuração subjetiva é uma oportunidade, em psicologia clínica, de superação das dicotomias, da taxonomia fragmentadora do sujeito, que transforma possibilidade de pensar processos do sujeito em entidades homogêneas simplificadoras, reducionistas e mecanicistas, como sintomas, comportamentos e traumas, somente a título de ilustração. Dito isso, pensar em configuração subjetiva é compreender o sujeito em sua singularidade, integralidade e complexidade. E, ainda, tal conceito reconhece o sujeito em sua potencialidade imanente de gerar compreensões, evocar recursos, sentir e perceber no curso de sua experiência uma maneira absolutamente sua e, por isso, peculiar.

Isabelle Stengers (2002) concorda com o pensamento complexo quando lembra que as ciências de campo possuem uma natureza incerta e irreduzível. Na pesquisa de campo, para a filósofa, há uma necessidade de modificação das relações entre sujeito e objeto, entre aqueles que formulam as questões e aquele que as responde, num campo que pré-existe a quem o descreve e o interpreta. No campo da pesquisa, há certa estabilidade que permite a sua realização, sem, no entanto, autorizar os seus representantes pesquisadores a fazê-la fora dos locais em que é delimitada. O que significa dizer que as relações que permitem dizer algo sobre o campo da pesquisa são instáveis, sujeitas às mudanças segundo as circunstâncias. Portanto, estou, como pesquisadora, consciente sobre a instabilidade da dinâmica desta pesquisa, sendo o momento vivido do estudo um recorte e uma fotografia da realidade, a qual rapidamente se transforma e se converte em outras realidades.

O hábito que a psicologia herdou da ciência moderna de lidar com os fenômenos de forma departamentalizada, estática, hierárquica, absoluta, universal e objetiva é fortemente combatida nesta pesquisa. O objetivo, dentro da epistemologia qualitativa e inspirada por um olhar complexo de entender o sujeito, cede lugar a um pensamento

dinâmico, processual e contínuo que não despende energia no ideal inalcançável de distanciamento entre sujeito e objeto (em nosso caso, entre sujeito e um outro sujeito) e na incumbência de encontrar resultados satisfatórios que representem a realidade (Bachelard, 1978).

O esforço vai em direção a me manter fiel à capacidade de me surpreender com experiências que escapam ao instrumentalismo⁸ e às teorias universais. Isenta da presunção da descoberta da realidade (ideal da ciência moderna) e convencida de que o conhecimento tem um caráter processual, dinâmico e complexo, caminho rumo a um novo espírito científico que parta de novos pressupostos epistemológicos, que não pretenda descobertas taxativas, conclusivas e definitivas, mas que se lançam à criação. Assim, estou disposta a dialogar com a realidade. A razão que encontra liberdade dentro de si mesma torna-se flexível e é altamente capaz de acolher o princípio da contradição. Bachelard (1978) chama tal posicionamento científico de “idealismo militante” ou “racionalismo engajado”, com o qual podemos restituir à racionalidade suas características de agressividade e turbulência, possibilitando a multiplicidade de pensamento.

Eis o risco em que os pesquisadores devem se colocar: no valor da racionalidade, encontrar o valor da aplicação, ou seja, mais que mostrar o real, é preciso demonstrá-lo, realizá-lo, vivenciá-lo de mãos dadas com o participante da pesquisa, expondo-se na condição de sujeitos dos próprios pensamentos, já que todo trabalho de pesquisa, todo tema estudado e também as conclusões teóricas são frequentemente atravessados por um grande testemunho e uma significativa confissão de nossos anseios, sonhos, aspirações, filosofia de vida, de nossa subjetividade, para assim resumir. Muito possivelmente, seguindo a proposta da epistemologia qualitativa, poderei reinventar e reformular modelos teóricos ou mesmo inaugurar reflexões jamais imaginadas.

As expressões das subjetividades das voluntárias que contribuíram com esta pesquisa serão amplamente discutidas com o momento histórico de suas vidas, de sua

⁸ A coisificação do instrumento no âmbito da atividade científica, na qual o instrumento sozinho, sem a capacidade reflexiva do pesquisador, é considerado a única via legítima para produzir informação. O instrumentalismo surgiu da necessidade de busca pela objetividade, valendo-se da neutralidade, pois se tornou mediador do contato entre pesquisador e pesquisado, no qual o contato subjetivo/intersubjetivo era evitado.

condição de saúde orgânica, de suas elaborações psíquicas frente ao sofrimento, visto que elas foram convidadas a partir do grupo de pesquisa que atende pessoas que sofrem de dor crônica. O caminhar rumo ao conhecimento se presta, nesse sentido, muito mais à conversa com o mundo do que à descoberta da totalidade da realidade do mundo.

Outro aspecto bastante relevante na epistemologia qualitativa diz respeito à autorização do comparecer da subjetividade do pesquisador, colocando-o também na posição de sujeito. Nessa epistemologia, o pesquisador é convocado todo o tempo a ser núcleo gerador de pensamento, uma vez que um dos elementos que definem o sujeito é a condição de exercer a capacidade reflexiva. A epistemologia qualitativa (González, 2005) surge como um meio de romper com o ponto de vista estreito do paradigma dominante de ciência, discutido no primeiro capítulo deste trabalho. Optar pela pesquisa qualitativa sem consciência epistemológica pode me conduzir às mesmas críticas que fiz ao paradigma moderno de ciência. Para tanto, é salutar a aproximação dos pressupostos epistemológico-filosóficos, a fim de devolver à psicologia aquilo que ela tem de mais próprio: a subjetividade.

Para evitar qualquer mal-entendido, vale ressaltar que o fato de se levar em conta a dimensão pensante do pesquisador não significa que este está sob o domínio exclusivo do campo intelectual. A produção de pensamento do pesquisador está, inevitavelmente, influenciada por sua história, por suas crenças, por seus valores, por suas emoções e também por suas limitações (e, por isso, as lacunas de todo trabalho científico), pelas quais o pesquisador deve se aventurar em lançá-las adiante no curso da pesquisa. Afinal, não faria sentido que a pesquisa não tivesse por propósito fundamental a transformação da própria subjetividade dos pesquisadores, oportunizando-lhes o crescimento como pessoas e acadêmicos, gerando sentidos subjetivos ainda mais salutareos para o exercício da profissão ao nos dispormos a servir às pessoas, recordando de nossa condição de semelhantes. Devido a essa semelhança, penso que seremos coerentes com o nosso propósito de resgatar o sujeito na medida em que nos posicionarmos também como sujeitos frente à pesquisa e seus desdobramentos, frente à vida.

Na epistemologia qualitativa, toda essa implicação do pesquisador não corresponde somente ao cumprimento moral de um dever (e enfatizo que isso não seria pouco), mas é, fundamentalmente, uma aproximação metodológica. A proposta para colocar o sujeito em seu lugar central na pesquisa e, portanto, também no processo

psicoterápico (uma vez que consideramos a atividade clínica psicoterápica, fundamentalmente, uma atividade de pesquisa também) está, na epistemologia qualitativa, aberta às reformulações científicas e no método construtivo-interpretativo, pelo qual se constroem perspectivas teóricas a partir do caso estudado. Pretendo, dessa forma, unir os interesses científicos e psicoterápicos, por tantas vezes na história da psicologia, clivados um do outro (Chertok & Stengers, 1989).

2.3 Nossa metodologia: método construtivo-interpretativo

O papel ativo, implicado, reflexivo e gerador de conhecimento do pesquisador nos aproxima de uma metodologia construtivo-interpretativa, também elaborada por González Rey (1999; 2005). Essa metodologia de pesquisa está comprometida com a construção de modelos teóricos compreensíveis e aplicáveis à realidade (singular) do sujeito. Tal metodologia conta com o cenário subjetivo do sujeito participante da pesquisa no momento do encontro com o pesquisador, com a livre expressão da subjetividade. Elaborar um roteiro prévio de entrevistas ou questionários seria incompatível com a metodologia adotada, que privilegia a expressão espontânea e singular dos sujeitos.

A qualidade do conhecimento está intrinsecamente ligada à qualidade metodológica (Demo, 2002), pois ela assume o compromisso com o investimento reflexivo da teoria e da prática do conhecimento, tanto no sentido pessoal, ou seja, como cada pesquisador amadurece frente aos desafios epistemológicos, como no sentido intersubjetivo, isto é, a forma como a comunidade científica se apropria do conhecimento produzido, discutindo-o e questionando-o. A noção de configuração subjetiva guarda ampla relação com o conceito de qualidade metodológica proposto por Demo (2000), pois ao se opor ao instrumentalismo, dá o seu parecer de que é na subjetividade que as teorias ganham vida e os métodos podem ser interpretados e inteligíveis.

Desse modo, não há como apreender os processos subjetivos por variantes estruturais, comumente adotados no instrumentalismo, senão pela sua expressão engajada num processo relacional que envolve a expressão da subjetividade da pessoa e do pesquisador, em uma dinâmica conversacional (González Rey, 2005). No método construtivo-interpretativo, a conversa conduz o sujeito a campos significativos de sua

experiência pessoal, os quais capacitam-lhe a se envolver no sentido subjetivo de sua subjetividade individual. Assim, a dinâmica conversacional permite a expressão do relato da experiência e da avaliação da psicoterapia e da relação com o terapeuta, que inclui as reflexões das pessoas, que se engajam na conversa com emoção, o que, por sua vez, facilita o surgimento de novos processos simbólicos e de novas emoções, levando à configuração subjetiva dos sentidos.

Ao conversar com a pessoa sobre o tema-objeto desta pesquisa, abre-se um espaço que se desenvolve e se delimita mediante a própria conversação. Estarei atenta aos indicadores que constituem a fala da pessoa, que possam dar continuidade à expressão da pessoa sobre os temas que a interessam. Nesse sentido, me colocarei como facilitadora da dinâmica que favorece o diálogo, atendo-me ao valor heurístico da informação, que será dado pelo envolvimento do sujeito na conversação, a qual transcende os limites da intencionalidade consciente, deflagrados pela densidade e riqueza dos trechos da expressão da fala e do corpo.

Sendo assim, uma avaliação referente à clínica psicológica está ocupada com a autoridade do argumento em desfavor do argumento de autoridade (Demo, 2002), evitando as certezas, as dicotomias banais, as evidências empíricas e a ditadura dos métodos (Morin, 1995). Consideramos que o sujeito detém autoridade para falar e avaliar a sua psicoterapia bem como seu psicoterapeuta. A autoridade do argumento se põe ao lado do sujeito, senhor da experiência, em nosso caso, da experiência psicoterápica com hipnose. Para que ele compareça, viabilizarei a manifestação livre da subjetividade na avaliação de seu tratamento psíquico num encontro conversacional, com o intuito de eliminar qualquer abuso metodológico ou teórico que se diga representante do sujeito, enquanto este pode se sentir violado em sua subjetividade pela falta de correspondência entre as conclusões encontradas na pesquisa e sua percepção, seu vivenciar e sentir. Declaro o privilégio de autoridade conferido à pessoa sob o seu percurso psicoterapêutico como um meio de exercer a qualidade metodológica na clínica psicológica, uma vez que inclui o exercício da cidadania do sujeito na busca por uma avaliação democrática e participativa.

Sendo assim, a autoridade do argumento é assunto do sujeito, pois é por meio de sua avaliação que o pesquisador poderá pensar em vias metodológicas, técnicas e relacionais diferentes. A partir de reflexões com o orientador da pesquisa, escolhi inverter a lógica do paradigma dominante de se fazer ciência, o qual elimina de seu campo a

competência ética, por basear seu postulado unicamente na objetividade, excluindo o sujeito do conhecimento científico (Morin, 2010), enquanto que pode observar a categoria da subjetividade, que se dispõe à concepção de sujeito com toda a sua capacidade de criar mundos habitáveis e com todo o seu potencial reflexivo (González Rey, 2011; Neubern em González Rey, 2005).

Segundo González Rey (2005), o pesquisador, ao adotar o método construtivo-interpretativo, deve acompanhar a qualidade do que está sendo narrado e expresso no corpo no curso da pesquisa, o que caracteriza a minha postura durante o desenvolvimento do momento empírico da pesquisa. Desse modo, estou ciente de que exerço um papel ativo nesse momento do sujeito no intercurso da pesquisa, responsabilizando-me pela informação construída na direção da criação de novas zonas de sentido⁹ (González Rey, 1999; 2005).

Ressalto que a construção da informação dentro do método construtivo-interpretativo rege-se por um modelo que representa uma síntese teórica em processo permanente a ser desenvolvida pelo pesquisador. Tal síntese está envolvida com representações teóricas, valores e intuições de mim, pesquisadora, com o auxílio de meus colegas, também pesquisadore, que se dispuseram ao exercício da reflexão em nossos momentos de orientação. Estarei aberta ao momento empírico do trabalho, o qual pode se beneficiar de construções teóricas inéditas que retratam um período da vida das voluntárias, facilmente convertidas em novas configurações num futuro breve. Para tanto, estarei atenta aos meus marcos teóricos de referência, sem torná-los entidades fechadas, a fim de inaugurar novas zonas de inteligibilidade.

Assumirei o caráter contraditório e de tensão que existe entre os meus aportes teóricos e a complexidade do momento empírico da pesquisa, entendendo que a interpretação acerca do tema do trabalho é apenas uma aproximação possível dentre outras possibilidades. A maturidade intelectual e emocional faz referência à posição reflexiva que me estimula a fundamentar e questionar os princípios metodológicos, identificando seus

⁹ Espaço de inteligibilidade que se produz no curso da pesquisa que não esgota a questão que significa, pelo contrário, abre a possibilidade de seguir aprofundando um campo de investigação teórica.

limites e potencialidades e, assim, transitar com consciência teórica na dinâmica da conversa e na construção da informação.

2.4 Contribuições da fenomenologia

Em termos de consciência científica, também inspirei-me nos esclarecimentos da fenomenologia. Considerando que vivenciar a clínica psicológica implica, necessariamente, em crescimento para a pessoa também do psicoterapeuta, destaco a importância de estar o sujeito da percepção em relação viva e próxima daquele que percebe, com seu corpo e com o seu mundo (Merleau-Ponty, 1994). Trazendo a lógica fenomenológica para o campo da pesquisa, eu, pesquisadora, precisarei estar intimamente consciente de mim mesma (e que isso não seja uma exigência absoluta, pelo ideal inatingível dessa tarefa), das sensações e percepções experienciadas no meu corpo, um corpo vivido:

As sensações, as qualidades sensíveis estão longe de induzir à experiência de um certo estado ou de um certo “quale” indizível; elas se oferecem com uma fisionomia motora, estão envolvidas por uma significação vital. Sabe-se que existe um acompanhamento motor das sensações, que os estímulos desencadeiam “movimentos nascentes que se associam à sensação ou à qualidade e formam 'o lado perceptivo' e o 'lado motor' do comportamento, que se comunicam”. (Merleau-Ponty, 1994, p. 283)

Para esse autor, o sujeito que sente não é nem um pensador que apreende uma qualidade nem tampouco um inerte afetado e alterado por ela. O sujeito-sensação ou emoção é uma potência que co-nasce em um certo meio existencial ou sincroniza com ele. As percepções pertencentes à subjetividade de quem percebe são projetadas no percebido, mas isso é apenas um recorte espacial e temporal dos movimentos da consciência. “Se quisesse traduzir exatamente a experiência perceptiva, deveria dizer que se percebe em mim e não o que eu percebo” (Merleau Ponty, 1994, p. 284). Aí está o valor do sentido de quem percebe: a sua maneira única, singular, inalienável e intransferível de sentir, de perceber, de conferir significados às experiências.

Imagino ser um grande recurso para possíveis intervenções metodológicas dos pesquisadores e psicoterapeutas o exercício de tomar consciência dos estados reverberantes

no corpo que o outro possa provocar. Assim, me apropriarei de uma comunicação corporal, ouvindo seu chamado, intuindo retrospectivamente (com a gama de indicativos oferecidos) e intervindo na dinâmica conversacional prospectivamente, calcada na fé do sentimento vivido na carne. Para isso, me instrumentalizarei de diários de campo, nos quais anotarei minhas impressões, sentimentos, intuições e reações existentes no corpo.

Acredito ser o estudo da corporeidade uma forma de compreender o sujeito em sua totalidade, pela qual as eventuais dualidades como sujeito-objeto, estrutura-prática, mente-corpo, *self*-outro, cognição-emoção, subjetividade-objetividade são colapsadas (Csordas, 2008). Para esse autor, o corpo não é um objeto a ser investigado em relação à cultura, mas entende que está no corpo o sujeito da cultura:

Quando o corpo é reconhecido pelo que ele é em termos vivenciais, não com um objeto, mas como um sujeito, a distinção mente-corpo se torna muito mais sincera. A antropologia psicológica tendeu a operar no espectro da dualidade mente-corpo, formulada em termos da relação entre o domínio mental subjetivo da realidade psicocultural e o domínio físico objetivo da biologia. A abordagem que estou propondo certamente não nega a problemática da biologia e cultura, mas por uma mudança de perspectiva oferece uma problemática adicional. Quando ambos os polos da dualidade são evocados em termos experienciais, o *dictum* da antropologia psicológica de que toda realidade é psicológica, não carrega mais a conotação mentalista, mas define a cultura como corporificada desde o início. (Cordas, 2008, p. 142)

Tal perspectiva pode ser complementar ao entendimento de González Rey (2003) sobre o corpo, uma vez que esse autor se refere ao corpo como um sistema marcado pela história e pela cultura em seus diferentes processos de relações, denominando-o como corpo-sujeito. O corpo é um espaço também de subjetivação e seu estudo, a partir da epistemologia qualitativa e do método construtivo-interpretativo, se faz possível através das imagens e áudios possibilitados por filmagem e por registros feitos no movimento de compreender os sentidos subjetivos singularmente percebidos no sujeito e no pesquisador no transcorrer da pesquisa de campo. A observação da postura, dos movimentos, do olhar, da entonação da voz, do modo de se vestir constituem indicadores importantes para o entendimento da corporeidade implicada na vivência subjetiva de cada sujeito.

2.4 Uma psicoterapia feita sob medida: a terapia e a hipnose ericksoniana

A hipnose de Milton Erickson trata de um recurso clínico em psicoterapia muito alinhado com as noções discutidas de subjetividade e complexidade, pois Erickson, a partir de suas histórias e anedotas, estimulava os sujeitos a alcançarem suas individualidades mediante as suas virtudes e suas potencialidades (Robles, 2005). Destaco que Erickson não viveu o momento epistemológico da virada paradigmática da ciência moderna para caminhos como a epistemologia qualitativa ou o pensamento complexo. Contudo, seu trabalho criou um terreno fecundo para a chegada de novas epistemologias mais sensíveis ao fenômeno da singularidade. Tal postura nos mostra o caráter inovador frente a uma psicoterapia, inaugurada na segunda metade do século XX e que persiste até os dias de hoje, estudiosa dos processos psicopatológicos e altamente prescritiva e tendente a universalizar os tratamentos com base em diagnósticos psiquiátricos.

Acredito ser a hipnose ericksoniana um modelo em psicologia clínica que rompe com os preceitos da ciência moderna de predição, controle e neutralidade, atualmente em crise frente ao paradigma emergente. A hipnose é, por excelência, uma técnica relacional que valoriza os aspectos da subjetividade e que se ocupa em compreender e assumir o contexto terapêutico em suas dimensões técnicas, construções a respeito das expressões dos sujeitos e estéticas, construções sobre a relação entre terapeuta/pesquisador e sujeito, ao invés de controlá-lo e higienizá-lo (Neubern, 2002, 2009).

A obra de Erickson, com sua terapia não convencional, denuncia o declínio do paradigma dominante de ciência e assume o campo da influência em psicoterapia. Trata-se de um momento histórico da psiquiatria e da psicologia clínica, em uma transição epistemológica de noções simplificadoras, sistemáticas e reguladoras para uma visão que encontra conforto na complexidade, na contradição, no inexplicável e na subjetividade (Chertok & Stengers, 1989; O'Hanlon, 1994; Zeig, 2003).

Ainda que no capítulo anterior eu mostre uma variedade de estudos em hipnose, por mim entendidos como controversos e forçosos, aplicados a pesquisas quantitativas de grupos de controle, controle de variáveis e uso de escalas de sugestibilidade em ambientes ditos neutros, a hipnoterapia corresponde também a uma metodologia clínica, fundamentalmente qualitativa, que enfatiza a dimensão subjetiva e construtiva da interpretação. A relação intersubjetiva entre terapeuta e paciente, identificada como

interferência na ciência moderna, em hipnose torna-se o emblema daquilo que constitui a natureza essencial de sua práxis, que é declarada e integrada como o carro-chefe nesta pesquisa.

A construção de nosso pensamento nesta proposta vai além de expressões isoladas das pessoas, além da linguagem, do comportamento, do sintoma e da narrativa, mas, sobretudo, envolve a especificidade da sinergia relacional entre sujeito e terapeuta tão abraçada pela hipnose, que será compreendida pelo método construtivo-interpretativo na complexidade da noção de subjetividade e das configurações subjetivas perpassadas pela corporeidade, pela emocionalidade, pelo simbólico, pela natureza do vínculo construído no par terapêutico. Não pretendo com isso esgotar o amplo e abundante sistema das subjetividades. Ficarei satisfeita se conseguir, dentro da particularidade dos casos, identificar e compreender alguns aspectos centrais da subjetividade das voluntárias no que tange à sua percepção da hipnoterapia e à relação construída com o psicoterapeuta, que me possibilite articular com a noção de subjetividade e de configuração subjetiva.

Devo ressaltar que o recurso da hipnose não é propriamente e diretamente utilizado nesta pesquisa. A psicoterapia de base hipnótica foi vivenciada em outro momento, em outra atividade de pesquisa, e o trabalho atual não é senão um desdobramento dessa pesquisa, que aqui chamaremos de pesquisa originária. A hipnose é agora elucidada em razão da mudança terapêutica promovida por ela. Dispus da centralidade do sujeito na sua avaliação da psicoterapia com hipnose ou, ainda, como a mudança terapêutica foi possibilitada com a hipnoterapia, segundo o entendimento das voluntárias.

Este trabalho não tem por objetivo explorar a definição de hipnose, pois sei que existe uma infinidade delas (Chertok & Stengers, 1989). Contudo, estarei partindo da noção de que a hipnose consiste num estado de dissociação psíquica pelo qual os processos inconscientes ficam mais disponíveis, trazendo uma série de aprendizados e recursos que habitualmente se encontram além da intencionalidade do sujeito e podem ser utilizados para fins terapêuticos (Erickson & Rossi, 1980). Erickson acreditava que qualquer forma de psicoterapia não deveria estar circunscrita a um corpo de pensamento ou a uma teorização. A psicoterapia, para Erickson (o bom uso da hipnose leva isso muito a sério), deve estar comprometida numa relação humana, na qual paciente e terapeuta, por meio de uma rede complexa de interações, empenham-se em atingir uma meta comum – os

sentimentos e os pensamentos do paciente, e trabalham em função dessas referências, como o sujeito as entende no fluxo contínuo da liberdade para mudança (Zeig & Geray, 2000 apud Neubern, 2009). Erickson integrava as duas concepções centrais da hipnose: como estado psíquico e como relação de influência.

Erickson (1979; 2003) enaltecia o saber do sujeito, despertando-o por meio de uma comunicação indireta no transe hipnótico ou em estado de vigília, enaltecendo-o para que o sujeito fosse se reconciliando com o seu potencial. Levava a sério a crença de que os sujeitos são seres que se bastam a si mesmo, possuindo todos os recursos para a mudança. Então, a tarefa da terapia, para Erickson, consistia em ajudar o paciente a descobrir e evocar seus próprios potenciais para a mudança, até então não identificados. Sua hipnose, ao contrário da hipnose clássica, partia de dentro para fora, fazendo uso de sugestões indiretas, como histórias, anedotas e metáforas incompreensíveis para as análises explicativas, mas que se propunha, sobretudo, à concepção de sujeito em sua complexidade, de maneira a integrar nessa concepção “*a corporalidade, os processos emocionais e a produção de sentidos nos contextos cotidianos das pessoas*” (Neubern, 2012). Assim, as sugestões indiretas têm uma natureza muito mais complexa do que a tradicional sugestão direta. Ao ser apresentada a ela, percebo, de forma notável, que é uma função individual da pessoa. Moll (1980) declara que, pela sugestão indireta dada pelo terapeuta, o sujeito passa a se apropriar dela desencadeando uma série de outros processos mentais, de acordo com a subjetividade, característica de personalidade e o treinamento em hipnose que a pessoa possui.

Então, quando se narra um evento da infância, como aprender a andar de bicicleta, a pessoa preencherá essa sugestão com as pessoas que lhe ensinaram pedalar, se eram dias ensolarados ou nublados, se houve quedas, o tempo para tirar as rodinhas da bicicleta, a cor da bicicleta, os amigos que faziam parte da brincadeira etc. Uma história dessa natureza pode ser narrada, por exemplo, em situações de novas aprendizagens, quando o sujeito se encontra inseguro para internalizá-las e executá-las.

Outro recurso bastante eficaz na hipnose de Erickson é a conhecida *utilização*. Qualquer coisa, literalmente, que o paciente trazia era utilizado. Na utilização, os hipnoterapeutas se apropriam das crenças, dos comportamentos, das exigências e das características mais rígidas das pessoas, de modo a se tornarem degraus para o alcance de mudanças e resultados terapêuticos. O princípio naturalístico da técnica ericksoniana se

vale daquilo que a pessoa sabe fazer, o que ela possui naturalmente em seu arsenal de experiências, e, então, amplia essa tendência natural. Assim, um paciente de Erickson acreditava ser Jesus Cristo e, na ocasião de seu internamento, Erickson em nenhum momento contradisse a crença do sujeito de ser Cristo. Sabiamente colocou ao sujeito que tinha conhecimento de seus dotes de carpintaria e que o hospital estava carente de estantes para pôr os livros. O sujeito saiu do delírio e, prontamente, passou a confeccionar as estantes, atividade que foi altamente construtiva para ele e para o hospital (O'Hanlon, 1994).

Nesse último exemplo, pelo que podemos observar, Erickson não conduziu o sujeito ao transe. Erickson não aplicava hipnose em todas as suas terapias e com todos os seus pacientes. Por uma questão metodológica de sua forma de fazer psicoterapia, entendia que, para nem todos os sujeitos e em nem todos os momentos, a hipnose era adequada, o que mostra a sua postura bastante ética e apropriada à singularidade de cada sujeito.

Sendo um terapeuta fortemente influenciado pelo pragmatismo, que levava a fundo a crença de que as pessoas são absolutamente singulares, optamos por trazer esses exemplos do trabalho de Erickson, que indicam a maneira individualizada com que ele conduzia os tratamentos com seus sujeitos. Acreditava que teorias a respeito da personalidade humana são altamente perigosas por limitarem o pensamento do terapeuta, sobre a pessoa que acompanha, às regras e dificuldades circunscritas, ao invés de estimular o terapeuta enquanto senhor de seu pensamento, ou seja, enquanto sujeito capaz de liberar a capacidade reflexiva para perceber e utilizar as diferenças pessoais e interpessoais.

São muitas as técnicas de comunicação e influência terapêutica que Erickson deixou como herança para os praticantes de psicoterapia. Para fins didáticos e buscando sistematizar os métodos psicoterapêuticos de Erickson, um de seus discípulos, Zeig (2003), desenvolveu a noção do diamante ericksoniano¹⁰, cujos vértices contém o metamodelo ericksoniano.

¹⁰ O primeiro vértice fala do *objetivo* da terapia. O segundo vértice do diamante chama-se *embrulhar para presente*, ou seja, que forma terá a técnica para o sujeito – metáfora, sugestão indireta, prescrição de tarefas. No terceiro vértice *sob medida* é propriamente onde se adapta a técnica conforme a singularidade de cada sujeito. O quarto vértice chama-se *estabelecer o processo*, que se refere ao andamento da relação terapêutica, que comporta os três primeiros

Para Erickson, a questão da influência na psicoterapia, é um assunto, além de admitido, também desejado, ao contrário do que as tradições psicoterapêuticas de sua época defendiam, com o ideal de abstinência e neutralidade. O que vivenciei em minha formação de psicologia foi uma exposição intensa às teorias e evidências experimentais. Assim, os psicólogos, facilmente, tornam-se arqueólogos em busca do tesouro enterrado em algum lugar da psique (Zeig, 2003). Buscam-se as explicações, as causas e os porquês em detrimento do desenvolvimento de competências potenciais como a empatia e sensibilidade. Erickson ousou, dentro de um paradigma científico de fazer clínica psicológica, tão árida e austera, em convocar toda sua capacidade de se relacionar e de se comunicar dentro daquilo que fizesse sentido para o paciente.

Erickson se ocupava em promover mudanças. Suas intervenções levavam em conta a peculiaridade dos pensamentos, dos sentimentos e das atitudes dos sujeitos. Erickson fazia uso da sua figura para influenciar os sujeitos sem o pudor convencional dos profissionais da psicoterapia. Tornou-se um grande comunicólogo, pois usava vários canais distintos de comunicação, como tom de voz, postura corporal, gestos, toque.

É admirável que um homem tenha desenvolvido tamanha capacidade de se comunicar e influenciar pessoas, dirigindo-as às mudanças terapêuticas, quando a formação de um psicoterapeuta está muito mais orientada para a escuta, para a análise e para o entendimento. Acreditava que *“a alavanca que induz a mudança, é a comunicação personalizada de múltiplos níveis”*. (Zeig, 2003, p. 77).

Erickson encontraria, na atualidade, parceiros que o compreenderiam quanto ao pensar a influência. Para o etnopsiquiatra Tobie Nathan (2012), a psicoterapia trata da arte de manejar a influência. Para Roustang (1991), a influência é algo tão propriamente natural no mundo dos vivos que diz respeito à nossa condição pré-verbal e pré-reflexiva como mamíferos – a animalidade. Sob hipnose, acessam-se as inscrições das relações primeiras do corpo, a animalidade do humano de maneira ressaltada. Em nenhuma psicoterapia, existe a possibilidade de não influência, pois essa condição de seres vivos providos de animalidade é inerente a nós.

A animalidade do homem (ou isto que Hegel chamou de a alma que sente ou que poderia chamar simplesmente de o corpo impressionado pelas relações) possui uma existência

vértices e, sobretudo, as trocas sutis de influência mútua entre terapeuta e sujeito. Por último, temos a *utilização*.

própria, mesmo se ela está infinitamente unida a – e o mais frequentemente coberta por – outra parte do ser humano. Não há, portanto, nenhuma dificuldade em operar neste nível sem apelar à consciência. É quando se lamenta o pouco do inconsciente suscetível de conscientizar que se entre nas dificuldades inextricáveis. (Roustang, 1991, p. 87)

Fico contente que alguns pensadores influentes na psicologia estejam desenvolvendo o patrimônio do pensamento e da prática clínica de Erickson de modo a oportunizar um outro paradigma em psicoterapia, que marca a história do fazer psicoterapia de modo implicado na relação com os pacientes, sem as tradicionais pieguices contra a capacidade natural de influenciarmos e de também recebermos influências. Lembrando Mahoney (1998), estranho seria acreditar que os testemunhos de tantas vidas não transformassem a pessoa do terapeuta, recriando-o em suas lutas e triunfos na vida.

Este capítulo é uma resposta ao primeiro, no sentido de encontrar saídas alternativas para um modelo moderno de ciência psicológica. As propostas de soluções possíveis baseadas na epistemologia qualitativa, no pensamento complexo, no cuidado metodológico, no método construtivo-interpretativo, nas contribuições fenomenológicas e no dispositivo clínico da hipnose nos colocam em condições de conceber o sujeito em sua singularidade, integralidade e capacidade transformativa.

3. O EMPÍRICO NA PESQUISA: UM ESPAÇO DE MANIFESTAÇÃO DA SUBJETIVIDADE

*Eu não te falei teoria
Eu quis viver para mostrar
A minha maior alegria.
(autor desconhecido)*

Nesta etapa do trabalho, me proponho a trazer o caso à luz do método construtivo-interpretativo, pelo qual invocarei a condição de sujeito do meu pensamento no encontro com a subjetividade do outro. Ressalto que a escrita na primeira pessoa do plural também estará presente neste capítulo em razão da valiosa contribuição de meu grupo de colegas pesquisadores. No entanto, asseguro que haverá momentos durante a discussão do caso em que assumo, na primeira pessoa do singular, a condição de protagonista das interpretações. Por esse motivo, usarei as duas formas de escrita com consciência epistemológica, reconhecendo a minha singularidade, já que sou a autora da pesquisa que me oportunizou a possibilidade de apresentar todo o aspecto mais genuíno de minha subjetividade: o meu interesse na relação entre dois sujeitos (terapeuta e paciente) que se acrescentam e se lapidam, transformando-se mutuamente em pessoas que se comprometem com relações de influências mútuas, geradoras de sentidos subjetivos salutares.

3.1 Tereza e o encontro das verdades

Quando Tereza, recomendada por uma amiga professora universitária, chegou ao consultório daquele que seria um parceiro para a vida, bastante desorganizada psiquicamente (fala fragmentada, desconectada, ilógica, sem fluência, agressividade acentuada e confusão a respeito da figura do terapeuta, chegando a dizer que era incapaz de reconhecê-lo, caso o encontrasse em outros contextos), vivia o terceiro e recente divórcio.

Tereza fora traída pelo marido e, na época, pôde presenciar a traição. Ao longo da vida, sofrera alguns episódios de violência sexual por pessoas da família e outras bem próximas. Durante a infância, vivera situações de profundo sofrimento. Sua mãe suicidou-se e foi adotada por uma família de classe social alta, que se importava significativamente

com a imagem social. Relata uma relação de admiração e carinho para com o pai adotivo, apesar de considerá-lo omisso frente às agressões da mãe adotiva. Já em relação a essa, fala com algum ressentimento, pois ela exigiu de Tereza a postura de uma verdadeira dama da sociedade, projetando nela (segundo as palavras da voluntária) suas aspirações de mãe, ainda que essas não correspondessem, na maioria das vezes, às vontades verdadeiras de Tereza.

Com um percurso acadêmico, seguiu a carreira acadêmica durante um período de sua vida. Tereza é uma mulher interessada em conhecimento, boa leitora, possui uma bagagem cultural e intelectual importante. Já exercera também a docência universitária e expressa alegria por ter trabalhado com atividades de pesquisa. Ao ser questionada sobre a avaliação de seu processo terapêutico, ela introduz sua fala com o desenvolvimento de um conceito próprio, o qual o nomeia de *significância*, bastante próximo à noção de configuração subjetiva e sentido subjetivo (González Rey, 1999; 2011). Surpreendentemente, este capítulo pode lhes parecer, assim como soou para nós também em algumas passagens, um capítulo teórico-conceitual, mais do que propriamente um capítulo onde se encontram as discussões dos casos.

Tereza desenvolve uma tese: existe um signo, um símbolo, um significado, que, por sua vez, produz significância. Entre terapeuta e paciente, ela diz que há um abismo em que se encontram tais significâncias, ou seja, entre terapeuta/paciente existem diferentes sentidos acerca de experiências similares e, para Tereza, isso não foi considerado amplamente pelos teóricos das ciências psi. Essa expressão nos remete ao atrapalhado paradigma moderno de ciência frente ao universo da subjetividade (Chertok & Stengers, 1989; González Rey, 2012, Neubern, 2009). Curiosamente, ela afirma com propriedade que esse é o motivo para a dificuldade em provar a hipnose como ciência, fazendo do momento avaliativo de sua psicoterapia um momento de discussão epistemológica, e isso nos trouxe bastante empolgação. Temos uma pessoa na pesquisa que também é uma colega com espírito investigativo científico!

Vigilantes para não vacilar com relação ao espírito democrático desta pesquisa acerca do conhecimento, respeitando que Tereza se posicione como uma pesquisadora (já que essa é uma marca de sua subjetividade) e, lembrando de seu histórico de vida, seu percurso acadêmico e docente, tranquilamente podemos compreender sua avaliação bem aproximada de uma discussão epistemológica, pois temos notícias de que tal discussão

chegou décadas antes na antropologia e na sociologia, suas áreas de formação (González Rey, 1997; Koch, 1981).

À medida que o processo terapêutico avançava, o vínculo se fortalecia, muito em função do crédito que Tereza sentia de seu terapeuta em relação aos sentidos subjetivos que produzia. Ela conta que ele a respeitou quando, no primeiro encontro que tiveram, pediu para que ele não a julgasse, apenas a ouvisse sem interromper. Porém, sabe que ele não a julgou explicitamente, mas implicitamente acredita que sim. De toda forma, o terapeuta foi apelidado de espantalho, por parecer, num primeiro momento, apenas um objeto inerte.

Adotando uma postura bastante pacífica no início do tratamento, Tereza foi notando o caráter genuíno do interesse de seu terapeuta em relação às percepções de suas experiências de vida (Mahoney, 1998; Wolberg, 1967) - suas dores, prazeres, lições tiradas da vida, seu contato com o universo espiritual. Assim, Tereza pôde se entregar à confiança tão essencial a qualquer tratamento do humano, pois não queria e não precisava mais fazer o que fizera a vida inteira: “resguardar-se”, ou seja, “proteger-se” de um mundo ameaçador. Ela fala de “movimento de verdade, de confiabilidade com o terapeuta, a vontade pura do terapeuta de trabalhar com o paciente”.

Tal observação revela que a paciente foi percebendo, gradativa e naturalmente, a forma voluntária de vocação¹¹ e missão de vida de seu terapeuta em relação à sua prática psicoterápica, ao seu labor e à sua existência, o que a tranquilizava por um imenso senso de proteção suscitado na psicoterapia para o compartilhamento de confidências. Por outro lado, o terapeuta passou a exigir de Tereza mais cuidado com a sua saúde. Então, a orientava, exaustivamente, para que buscasse os médicos, pois seu corpo estava apresentando sinais preocupantes, como inchaço, dor e fadiga sem motivo aparente. Tereza sentiu-se irritada diante das exigências do terapeuta, justificando que não buscaria a medicina, porque não queria tomar remédio e ficar babando [sic], mas, por fim, decidiu procurar ajuda médica.

¹¹ No sentido geral, pode ser entendida na perspectiva de um trabalho não remunerado, mas, em nosso caso, não se trata somente disso e sim do verdadeiro sentido dotado da virtude de um trabalho exercido com volição, com intenção, com vontade, decididamente.

Passados alguns meses do início da terapia, Tereza teve dificuldades financeiras, o que inviabilizou a continuidade do tratamento remunerado. O terapeuta avaliou as suas condições e declarou que poderia acompanhá-la sem custos financeiros. Mais tarde, Tereza foi encaminhada para o projeto de pesquisa sobre dor crônica e subjetividade do Instituto de Psicologia e, mais adiante, os atendimentos precisaram ser realocados para encontros domiciliares devido ao seu quadro clínico de intensa dor e fraqueza. Tereza fez questão de preservar o formato da clínica-escola e, por isso, os alunos (eu entre eles) observavam o atendimento na ausência de espelhos. Mantive-me nos encontros com Tereza pela extrema aproximação de seu caso com o meu objeto de estudo. Foi nascendo, naturalmente, um contexto gostoso de amizade entre terapeuta, alunos e Tereza, quando as demandas terapêuticas se efetivavam através dos encontros que passaram a ser discussão de pesquisa. Tereza chega a concluir que isso tudo foi intervenção de seu terapeuta, pois ela sempre teve dificuldades em socializar, tanto nas relações corriqueiras como nas mais íntimas e profundas. Estava, então, consolidada uma rede de apoio.

A paciente sentiu coerência e verdade no interesse em ajudá-la do ser humano e profissional que lhe cuidava, insistindo na continuidade do tratamento, fazendo manobras que estavam ao seu alcance para que o processo psicoterápico vingasse e sendo ousado e inventivo em suas intervenções. Essa postura me lembra Erickson, aquele que não media esforços em sua capacidade de ser altamente criativo e generoso em suas intervenções (Erickson & Rossi, 1980, 2003; O'Hanlon 1994; Zeig, 2003)¹².

Ao ser questionado por Tereza se ela seria considerada *doida* [sic], o terapeuta lança mão da literatura psicopatológica existencialista, enfatizando que aquela seria apenas uma maneira, entre tantas outras, de entender seu caso. O terapeuta estava certo de que,

¹² Erickson, ao final da vida, mostrou seu ponto alto em criatividade e doação, como no caso de John. John era esquizofrênico e visando à emancipação do sujeito, Erickson sugeriu aos seus pais que abrissem uma conta bancária para que ele pudesse administrar. Um tempo depois, John não pôde mais dirigir devido ao avanço da doença, quando Erickson e sua esposa conseguiram para ele um apartamento que fosse próximo à sua casa. Depois, Erickson levou John a um canil para que ele escolhesse um cachorro. Enquanto filhote, tranquilamente, o cachorrinho pôde morar na casa de John, mas logo cresceu e Erickson, com sua esposa, ofereceram sua própria casa para o cão morar, mas ficava claro que quem cuidaria dele seria John. Ele devia ir duas vezes por dia para brincar com o cachorro e dar-lhe comida. Mais à frente, John visitava a família de Erickson como um amigo e Erickson fazia cartas para John com linguagem indireta, como se fosse o cachorro. Assim, Erickson trabalhou o sentido de responsabilidade, a construção de vínculos interpessoais e a habilidade para comunicação, tão costumeiramente deficientes em pacientes com esse quadro.

fatalmente, colocaria a perder a chance de pensar em termos da riqueza subjetiva que Tereza produzia e a saída para aquele sofrimento se se limitasse aos diagnósticos psiquiátricos (González Rey, 2011).

Outra ideia importante que traz Tereza é sobre a autoridade do paciente, ou seja, a de que se deve resistir e reivindicar outras interpretações quando as do terapeuta forem por demais forçosas frente às elaborações promovidas pelos recursos psíquicos de cada sujeito. Com propriedade, lembra que situações semelhantes geram formas de subjetivações diferentes nas pessoas, exatamente pela capacidade de conferir às experiências *significâncias* distintas, as quais ela nomeou de *impacto*, quer dizer, a mesma situação de vida pode ter uma significância de dor para uma pessoa, enquanto que para outra pode passar despercebida. Aqui consideramos o valor dado à singularidade do método construtivo-interpretativo, abertos aos sentidos subjetivos peculiares a cada sujeito, ou seja, como as experiências são subjetivadas individualmente.

Outra colocação extramente relevante para esta pesquisa é sobre a ideia de problema. Para a voluntária, o problema em si não é a questão a ser trabalhada em psicoterapia. Assim, ela pede licença para desmistificar o assunto, evocando as lembranças de sua adoção, usando-a como exemplo. Diz que o que causa transtornos, conflitos, sofrimento e adoecimento são as interpretações dos personagens em relação à adoção: os adotantes, a família do adotante e toda a rede social que envolve aqueles que adotam e o adotado. No caso, o sentido subjetivo produzido por Tereza era de que sua adoção foi sua salvação e toda a gratidão pelo ato de adoção estaria aquém do ato. Agora, na fase adulta, suas reflexões a levam a pensar que sua mãe a adotou também com a intenção de ser aceita pela família do marido, já que tinha dificuldades de fertilidade e precisava legitimar o casamento e a si mesma como mulher. Existe um universo de não-verdade muito presente quando Tereza narra sua vida e, por isso, ter encontrado um terapeuta que olhava para sua verdade subjetiva, que mostrava a verdade para com o seu trabalho, foi fator decisivo para a permanência na terapia, bem como as mudanças significativas que serão trabalhadas adiante.

Tereza traz aos encontros a ideia que, em sua educação e criação, foi-lhe ensinado a falar sempre a verdade, doesse o que doesse, pois a verdade é sempre a melhor escolha que se pode fazer. Para ela, a criança cresce ouvindo e internalizando esse discurso e, quando opta pela verdade, é severamente punida. Acrescenta que não se tratava de

qualquer verdade, somente aquela conveniente para a boa imagem da família tradicional burguesa de uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. Tereza questiona com certa frequência a verdade que diz terem os seus familiares, exercendo sua condição de sujeito. Tornou-se uma especialista no assunto da verdade. Em sua fala, sentimos no corpo a força da verdade que defende. Saímos desses encontros convencidos de nossas verdades internas e dispostos a pagar o preço por delas e, por que não dizer, também constrangidos com algumas de nossas incoerências em relação ao autoengano, frequentemente feito por humanos. Também pude avaliar intimamente quais eram as minhas próprias verdades e contradições num mundo que clama por constantes e petulantes demonstrações de desempenho e felicidade.

Tereza fez, portanto, da verdade o lema da sua vida. No meio de sua desorganização psíquica, seu sofrimento acentuado, propôs-se o tratamento psicológico com toda a sua “verdade” a fim de não tornar seu sofrimento um calvário. Sentimos a irritação da paciente ao falar de pessoas que usam a vitimização. Quando menciona o sofrimento que vivera, Tereza trata de encaminhá-lo a um endereço, visando à mudança, prevenindo-se de fazer dos acontecimentos difíceis da vida um estilo queixoso de viver. Ao ouvi-la falar desse assunto, o que mais me impactou não foi o conteúdo do que dizia, mas a firmeza como se colocava. Não permitia que fizéssemos “corpo mole” com a pesquisa em nenhuma circunstância. Apontávamos a todo instante as nossas desculpas fajutas em relação às falhas evitáveis, o que não significa que Tereza faltava com a sua capacidade de acolhimento e de generosidade frente aos sofrimentos que também acometem pesquisadores e terapeutas. No curso do mestrado, dois de nossos colegas perderam pessoas queridas da família e ela foi figura fundamental na solidariedade aos colegas e amigos, inclusive suscitando toda a sua religiosidade para fazer orações à alma dos falecidos e conforto da família. Esses momentos foram fortificadores da coesão do grupo. Fomos convocados a fazer as orações e a prestar nossa solidariedade. Tereza nos dizia que ela não nos auxiliaria apenas em relação à nossa formação acadêmica ou profissional, mas deveríamos, sobretudo, engrandecermos o nosso espírito enquanto seres humanos.

É tão valioso para Tereza o sentido de franqueza, honestidade, sinceridade, lealdade e, portanto, de verdade, que ela pôde, pela primeira vez, estabelecer uma relação de profunda intimidade que perdurasse no tempo, criando, a partir da figura do terapeuta, um grupo de pertencimento, uma rede de apoio social e afetivo, da qual faço parte. O nosso

grupo de pesquisa em complexidade, hipnose e subjetividade, Tereza ocupa a posição de matriarca, conselheira e ordeira. Por vezes, surgiram conflitos, frutos da íntima convivência. No entanto, Tereza pôde aceitar os desentendimentos sem precisar romper a relação, como fazia em seu passado. Ela desenvolve a noção de controle nas relações que exorcizam a confiabilidade e geram papéis sociais inadequados, como no caso da mãe, que, com excesso de controle e necessidade de manipulação, não exercia o verdadeiro papel de mãe, mas atuava como fiscal:

O problema é o que você faz com o fato. E esse acontecer com o fato é dividido em duas partes. Uma das partes eu penso que é o interior do personagem que faz uso ou manipula o fato. E eu tou dizendo dentro da realidade que eu vivi: mãe, que tinha que ter uma vida certinha, formal, porque não podia sair do contexto, projetou na filha aquilo que ela não conseguiu ser, isso gera fracasso, fracasso de expectativa, fracasso de necessidade de monitoramento intenso. E aí vem a violência, porque “não faz isso, não faz isso”, fica em cima, abre portas, fica sondando, olhando o armário pra ver se tem alguma coisa. Faltou a confiabilidade. E a confiabilidade não é daqueles fatos da família, do contexto social que ela está inserida, faz com que ela tenha mais máscara do que ela já tem enquanto indivíduo. E essa mascaração cria um sofrimento maior pra família, porque eu vivi uma vida de dubiedade, porque assim: “não minta, fala a verdade custe o que custar. Quem fala a verdade não leva castigo”, mas aí eu apanhava de qualquer jeito. E eles faziam mentiras. Então, você começa a perceber que as pessoas não são, que é um dos problemas que eu tenho, as pessoas não são dignas de confiança, porque elas te exigem muito e elas te dão muito pouco e, quando você falha, elas te botam na fogueira, porque é mais fácil colocar a pessoa na fogueira do que elas olharem pra elas e falarem “deixa eu colocar as minhas falhas, os meus pecados na fogueira”.

Lembrando seus dotes como pesquisadora, Tereza faz uma crítica muito adequada às teorias psicológicas ao dizer que as tais significâncias que defende, que dizem respeito ao universo subjetivo de cada um, podem ser racionalizadas a partir do método, em que, segundo ela, Freud e muitos outros autores importantes falharam. Para Tereza, seria criar categorias através dos casos e, depois, interpretar cada caso com a qualidade e a autoridade do ser vivente, fazer, então, uma justaposição, comparar os casos e identificar os elementos em comum e os elementos particulares, enxergar o que é marginal e o que não é marginal e, a partir daí, buscar categorias e variáveis advindas da experiência da pessoa.

Bastante curiosa tal colocação, pois, se os leitores estão lembrados, esse é um dos objetivos específicos deste trabalho, pelo qual buscamos compreender, no objetivo geral, a vivência subjetiva a partir do cenário do sujeito singular, ou seja, sobre sua autoridade subjetivada em relação à sua própria experiência. Nos objetivos específicos, buscamos identificar e compreender os elementos de interseção entre os sujeitos para que, a partir dessa reflexão, possamos pensar numa clínica que propicie mudanças terapêuticas ou, numa ocasião futura, uma teoria que faça jus à clínica da qualidade que comporte categorias, por exemplo, através da generalização de González Rey (1999), a qual a voluntária nomeia de justaposição.

O leitor pode se perguntar o que há de novo nessas ideias se já não é isso que a psicanálise de Freud ou outras correntes da psicologia vêm fazendo a partir dos casos clínicos: identificar categorias psicopatológicas, generalizando para casos afins. Entendo o que diz Tereza, uma vez que as categorias que se criaram em psicologia não estão abertas e flexíveis para dar conta de uma outra realidade, para serem reformadas de acordo com a singularidade dos casos de cada sujeito. Dificilmente, um sujeito se enquadra perfeitamente numa categoria patológica, sempre há emoções, comportamentos, sensações, formas de compreender a vida, maneiras de se relacionar de uma maneira inédita e absolutamente personalizada. Por outro lado, temos o vício dessa ciência de nos mantermos fieis aos processos psicopatológicos, categorizando as dificuldades do humano como doenças e raramente encontramos teorias ou categorizações que comportem o aspecto sadio do sujeito (Neubern 2005).

Para Tereza, as categorias devem surgir do mundo da pessoa e fazer coro com as nossas aspirações por uma subjetividade definida ontologicamente. Os sentidos subjetivos gerados por cada sujeito devem ser levados às últimas consequências para essa senhora. Com intensa demonstração de vitalidade, podíamos sentir o seu vibrar ao discorrer sobre a experiência com psicoterapia, o que nos chamava a atenção, pois se encontrava num quadro clínico bastante comprometido, no qual sentia constantemente dores, extrema fadiga e inchaço por todo o corpo. Era preocupante a sua condição de saúde orgânica. Porém, a vitalidade comparece em tom de reivindicação:

Os psicólogos, com exceções, não perguntam qual sua opção, não dão opção, porque se o cara quer se matar, tudo bem, vai e se mata, no sentido de que ele aspira alguma coisa. E você pergunta: por quê? Pode ser fuga, medo da consequência dos seus atos. E ele não

precisa chegar em vias de fato, mas a morte é um conceito fundamental naquele momento e essa sensação de morte é que tem que ser trabalhada. A gente entra naquela questão de causas, se eu fosse falar com outra terapia, com profissionais normais [risos], desculpa o deboche, mas é assim mesmo, eu seria uma pessoa completamente sugada e estariam me sugando por um viés que não teria retroalimentação, porque eu chegaria e contaria o negócio de que fui adotada, foi um problema. Aí o psicólogo ia falar: “Ah, mas você tem que ver que os seus pais... [E eu fico imaginando...] foram maravilhosos porque te pegaram pra criar...” Nãããoo... eles tiveram até a boa intenção em me pegar, mas o que eles fizeram comigo? Até aonde me fizeram ser mais livre, mais independente, mais gente? Então, uma das coisas que eu quero deixar aqui como marca é: juízes, advogados, etc, homens da lei, cuidado! E psicólogos que trabalham com isso, cuidado com a questão de ser responsáveis pela vida do outro! Quando vocês aceitam que a pessoa tem que morar na casa do seu Joaquim com a dona Francisca, porque lá vai ter comida, vida social boa, boa escola, isso é mentiroso, a criança não quer isso, a criança quer se sentir amada e protegida.

Nesse trecho, Tereza critica as terapias em psicologia que buscam as causas ou que não mergulham na vivência singular de cada um (Erickson e Rossi, 1980; O’Hanlon, 1991; Zeig, 2003). De forma muito perspicaz, ela apresenta o seu senso crítico, posicionando-se como sujeito, exigindo de nós um outro tipo de compromisso e postura como pesquisadores e psicoterapeutas. Sentimo-nos, a todo o momento com essa senhora, despidos das frágeis amarras de uma psicologia científica, tendente a categorizar em patologias e sendo altamente prescritiva. Desse modo, sentimos a alegria de Tereza haver encontrado na hipnose uma maneira de sair da convencional busca das causas das patologias. Ela descobrira um espaço para seus processos subjetivos isentos de explicações e com profundo aspecto vivencial dentro de um universo protegido.

Ao ser indagada sobre como o seu processo de psicoterapia pôde contribuir para o alívio do sofrimento e com a mudança, podemos compreender os sentidos subjetivos do sujeito, de modo a qualificar a sua autoridade enquanto ser vivente da experiência. Tereza relata que seu psicoterapeuta jamais a julgou (explicitamente, ressalta, não querendo passar por ingênua) ou prescreveu a ela qualquer coisa. Ela detinha a autoridade do argumento, proposta por Demo (2002). Tereza pôde ser ouvida por ele, sem sentir-se julgada, quando sentiu a presença sensível do psicoterapeuta na atmosfera de influência mútua (Nathan, 2012; Roustang, 1991). Tereza sentia que seu terapeuta falava com ela e não dela. Afirma

que, quando a mensagem é endógena, ou seja, quando ela é vivenciada no interior, a mudança é maior, referindo que o que sentiu com a hipnose é que ela poderia estar em transe exercitando a sua capacidade de criação inconsciente.

Fazendo um paralelo com o tema da maternidade, quando sua filha lhe contou que estava grávida e não se sentia preparada, ela conta que recebeu a notícia com preocupação, pois sua filha era bastante jovem, mas procurou acalmá-la com alegria e exclamou: "Ah, que bom, graças a Deus, o sonho da minha vida era ser avó nova, porque esse negócio de avó velha já era!" E conclui:

Isso, trazendo pra terapia, é como você intercede na terapia, como o terapeuta chega na terapia. Se ele chega agredindo, ele tá quebrando o clima de amizade, de respeito, de confiabilidade. Então, chegar e interceder eu sei que é necessário, é importante, mas é fundamental que seja feito com respeito, com amor e dentro de um contexto que não é esse do mundo formal, mas um contexto onde as pessoas tendem a informar espíritos e almas.

Senti, no instante desse comentário, a informalidade da clínica de Erickson, que propiciava uma atmosfera de intimidade na clínica psicoterápica (Haley, 1991). A postura terna do terapeuta para com suas aflições foi extremante terapêutica numa situação em que ela sentia o mundo como ameaçador e não digno de confiança, acolhendo suas angústias de uma forma maternal, preocupada, mas esperançosa (não por nada ela faz a analogia mãe-terapeuta). E o terapeuta acolheu, além das aflições, mais uma necessidade intrínseca de Tereza, que trata da religiosidade, sem sair de seu papel de terapeuta, sem pretensões de exercer um papel que seria de um sacerdote, mas acolhendo a vivência espiritual de Tereza (Neubern, 2013), afinal não deveria ter assunto proibido ou reservas na terapia quando o tema nascesse do sujeito e pelo sujeito, num campo de confiabilidade e profunda intimidade:

Uma coisa que a gente trabalhou bastante (sobre religiosidade). Eu viveria muito bem se não precisasse de dinheiro e fosse a história das trocas. Seria ideal pra mim, porque a minha necessidade é uma necessidade interior de religiosidade, de missão, de objetivo e finalidade, nessa vida de Deus. E isso não está nas coisas materiais. Trabalhar isso, ter oportunidade de trabalhar isso na psicologia, esse lado de coisas abstratas. O pessoal chama de ciência física, de ciência oculta. Eu chamaria de oculta ou abstrata, ou seja, existe, mas você não consegue perceber, a não ser que você tenha intimidade.

(...) da mesma forma que a hipnose tem que ser pensada como ciência, com método próprio, com objetivo próprio, finalidade própria, e ela é uma ciência, obscura, mas é ciência. Pra mim, é ciência. E só não é ciência porque as pessoas têm dificuldade, não é de entender o concreto e não é de entender o abstrato, é que elas querem a bula pronta... É fácil dizer que a gente tá aqui, mas são quatro anos de trabalho, é toda uma burocracia aqui, é toda uma guerra institucional de valores, é todo um posicionamento de aceitação e mais: tem que mostrar resposta. Por que você não curou? A sua proposta não é científica.

Causou-me surpresa o tamanho da coincidência entre a sua elaboração frente ao que viveu no processo psicoterapêutico com hipnose e a discussão epistemológica que trazemos nessa transição de paradigmas no mundo científico. Tereza entende a ausência de dispositivos metodológicos e epistemológicos para se compreender a hipnose como uma prática terapêutica científica e ainda exerce todo o seu papel de cidadã e sujeito, quando denuncia, sem constrangimentos, os atrasos que uma burocracia desmedida pode causar em nome de valores institucionais e políticos preocupados muito mais com o que é científico, fora de um pensamento complexo que comporte o sujeito, do que o que traz bem-estar e libertação para os sujeitos (Chertok & Stengers, 1989).

Ao falar de seus problemas de refluxo e de dor crônica, ela os percebe como em processo de cura pela hipnose e descreve sem explicar:

Você pode perguntar: "o que causou essa cura?". Não sei, porque a hipnose não me permite isso. Quando você entra em estado hipnótico, tem um momento que você tá bêbada, mas você tá sabendo que você tá na sua casa ou você tá aqui. Mas é uma coisa que é levemente distorcida. Chega num momento que você não sente mais seus pés, não sente as mãos, não sente mais corpo e você não sabe mais o que diz, porque o seu falar não responde. E eu vou dizer mais uma coisa que aconteceu na hipnose: a questão da entrada nos níveis de aprofundamento da hipnose. Eu vou e você vai dizer: "Tereza, você é louca". Não, eu não sou louca. O que acontece é que existe uma transposição, não sei, tem um termo, mas eu não lembro. Tem transposição da mente, como se eu tivesse não só vendo isso aqui. Amplia-se a visão e essa visão me leva a ver minha casa, minha cidade, meus filhos, a ver tudo que tá acontecendo aqui, mas, quando acontece isso, e eu acho importante dar essas questões, porque isso é processo hipnótico, na verdade eu tou passando pra você se curou. Acho que é importante falar de cura, mas, antes de tudo, o processo hipnótico é uma coisa que me pertence e eu quero falar disso porque me pertence! E quando você entra no processo hipnótico é como se você tivesse um segundo sentido. Você não sente o corpo, mas você está no ar, viajando, vendo coisas. E o nível de

sensibilidade é muito maior, amplia-se, como se você ligasse um som a 50 hertz e fosse a 5 mil hertz. Então, às vezes acontece de sons, uma pessoa fala, fica quieto e se fica quieto (solta um grito), então é perigosa a comparação que eu vou fazer, mas eu vou fazer. Sabe aquele filme do carinha que tocava o Mozart? Eu gosto muito dele. A sogra dele falava e ele (solfejo), e saía a musica. É mais ou menos por aí. Mas isso, quando você está em estado alterado, não significa que você tá louco.

Nesse trecho do encontro, podemos perceber a impossibilidade de falar em termos de causas lineares ou explicativas sobre alterações na mente que levam a um grau de sensibilidade que permite um processo de cura em hipnose. Porém, isso não é uma característica da hipnose somente. Na concepção da subjetividade, não podemos ser taxativos: pai severo criará um adulto com medo da castração ou, ainda, acreditar que descobrindo as causas inconscientes para os transtornos psíquicos, atinge-se a cura. O diferencial da hipnose, no nosso modo de entender, é que ela assume que nem tudo é passível de explicação, ou seja, que nem tudo cabe nos moldes tradicionais de fazer ciência (Chertok & Stengers, 1989). Tereza dá seu testemunho quanto a isso, afirmando que ter tomado consciência de seus dramas não lhe trouxe cura, apesar de ter sido esclarecedor. Algum conforto e posicionamento de humildade são necessários frente às coisas que não podemos explicar, mas somente sentir e constatar. Quando Tereza diz que é importante falar da hipnose porque a técnica a pertence significa dizer em termos vivenciais, no interior do organismo, por meio das sensações e reações corporais, das constantes intuições que ocorrem, da emoção que brota, das imagens que surgem inexplicavelmente. Assim, Tereza nos conta que conseguiu ir se distanciando de seu passado, no qual a produção de sentidos subjetivos estava gravemente adoecida.

Claramente, percebemos analgesia no transe hipnótico de Tereza, enquanto que, num outro sentido, o da sensibilidade e da intuição, aos quais ela faz referência, exarcebam-se. Sem perder a consciência de onde está e a razão de estar, o inconsciente se torna mais acessível, comparecendo sem maiores entraves e colocando-se com todo o seu potencial curativo. Aqui temos uma diferença conceitual importante sobre o inconsciente tradicional da psicanálise e o inconsciente como Erickson o concebia (Neubern, 2009). O inconsciente da psicanálise, principalmente a psicanálise freudiana, é depositário dos nossos aspectos mais sombrios, como agressividade e certa perversão. Sendo assim, o inconsciente precisa ser recalcado, porque, sendo tirânico, seria extremamente destruidor que o invocássemos. Para Erickson, ao revés, o inconsciente é o representante da saúde

psíquica do sujeito, seriam os recursos que a pessoa tem e não sabe que tem, ou seja, o seu potencial para a cura. Além disso, o terapeuta há que ser habilidoso e com boa dose de humanismo¹³, que saiba conversar com o inconsciente em sua linguagem metafórica, indireta e não-linear.

Outro registro importante e bastante colaborativo para o desencadeamento desta pesquisa é quando Tereza traz a dimensão da singularidade, a importância de se levá-la às últimas consequências:

As pessoas, os psicólogos tendem, não são todos, claro, mas a maioria tende a generalizar, banalizar. Para eles, é tudo igual, só mudou o momento. Mentira, cada história é uma história. É como se aqui tivessem árvores, mas essas árvores não seriam um jardim se não tivessem cada uma dessas árvores. Não seria um bosque. Pra ser o bosque, é preciso ser formado por um número de árvores. Diferentes entre si, sim, diferentes, mas o que caracteriza o bosque é o conjunto de muitas árvores. Você está inserido no bosque, por isso que os fatos são insubstituíveis, os impactos são intransferíveis, são correlatos e são cada vez mais perigosos, porque cada vez eles passam a ser bola de neve, ampliam-se...

Eu fico me perguntando, depois de tantas provocações feitas a partir desses encontros com essa senhora, depois de muito refletir e sentir o impacto dessas palavras, quantas vezes não estamos mais atentos às teorias, fazendo com que os sujeitos se enquadrem nas nossas teorias ditas perfeitas? Quantas vezes perdemos o sujeito de vista em nome de um bom arcabouço teórico? Quantas riquezas desses depoimentos podem ir ralo abaixo se não estivermos com olhos bem abertos, ouvidos interessados, coração implicado? A condição de sujeito de Tereza acionou a minha condição de sujeito também.

Por fim, encerraremos a profícua discussão proveniente dos encontros com Tereza. Esses encontros, para nós, pesquisadores e pessoas, sensibilizaram-nos com histórias de vida que se configuram subjetivamente de forma tão única, tão artesanal e

¹³ Apesar de não estar formalmente situado entre os autores que marcaram o movimento do humanismo, Erickson tinha postura clínica humanista, pois privilegiava a relação ou o encontro entre sujeito e terapeuta e acreditou, até o limite que pôde, na potencialidade humana inata (Neubern, 2009).

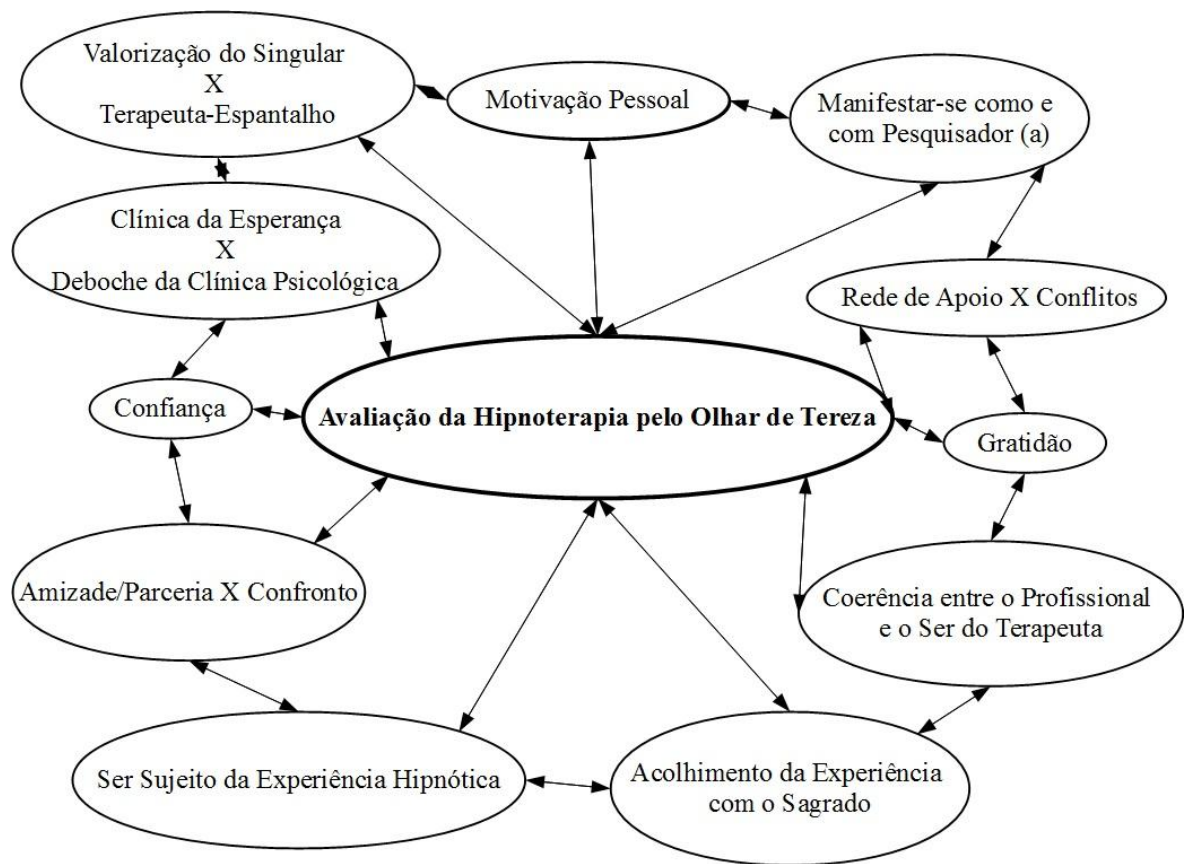
própria a cada sujeito. O que ela nos traz para finalizar sua configuração subjetiva sobre a sua avaliação da experiência com seu terapeuta em hipnoterapia:

Eu que agradeço a oportunidade de ter te conhecido. Outro psicólogo teria dito: “Tereza não dou conta de você, tchau, benção”. Então, muito obrigada. Estou muito contente em ter pessoas como vocês, que tão pensando diferente, que tão se permitindo perverter-se, no bom sentido. Sair do esqueminha das coisinhas normais da vida, até pra dizer: “tá, eu fui pra um caminho que não era o verdadeiro”, mas vocês ousaram.

Interessante notar que, além do terapeuta, a quem ela tem profunda gratidão, admiração e respeito, esses sentimentos são estendidos ao grupo de pesquisa, pois ela mostrou ao longo de nossos encontros a felicidade em saber que seu terapeuta, que é também pesquisador e professor universitário, não está sozinho. Possui alunos que fazem a corrente ser mais forte, que dará continuidade ao trabalho ao qual se propôs. Outro aspecto que está explícito na expressão da subjetividade de Tereza, na forma como olha o terapeuta, como movimenta os braços dirigindo-se a ele ao falar da gratidão é o aspecto da esperança na clínica psicológica, pois seu sentimento era o de que seu terapeuta não desistira dela, tornou-se um parceiro no real sentido da palavra.

Esse é um ponto fundamental entre nós terapeutas e os nossos sujeitos. Não raro, assistimos a desistências por motivos banais de seus terapeutas para com aqueles que se dispõem ao processo psicoterápico. É bem verdade que o contrário também acontece, quando os sujeitos desistem de seu processo psicoterápico. Todavia, esse não é assunto para esta discussão, apesar de ser relevante reconhecer que tipo de condição propicia um movimento de abandono da terapia. Na terapia de Tereza esse foi um ponto chave, considerando os abandonos que sofrera (conforme os sentidos subjetivos produzidos) da mãe biológica, pela mãe adotiva, pelas separações conjugais. Podemos, tranquilamente, estender a outros sujeitos, que também se perceberam abandonados por relações afetivas importantes, que o aspecto da parceria e da não desistência deles é uma abordagem diferencial e que marca a qualidade da relação terapêutica.

Figura 1 - SÍNTESE DA CONFIGURAÇÃO SUBJETIVA - TEREZA - Sentido
Subjetivo: encontro das verdades



3.2 O renascimento de Carla

O nome Carla foi escolhido pela entrevistada no instante em que lhe falei que iria batizar os nossos voluntários da pesquisa com um nome que eu sentisse que fosse "a cara" deles. Então, ela prontamente pediu para ser chamada de Carla neste trabalho. É justo comentar que Carla trocou de roupa, fez maquiagem e arrumou os cabelos para receber a mim e a minha colega, nos mostrando a importância e a solenidade daquele momento.

Carla chegou ao consultório do terapeuta após um divórcio acompanhado de traição. Sentia fortes dores pelo corpo inteiro e recebera, naquela ocasião, o diagnóstico de lúpus. Formada em administração, abdicara da carreira de servidora pública para cuidar dos três filhos. Ao longo da vida, recebeu muitas ofensas de seus familiares, que a xingavam com termos racistas, apesar de toda a família ser afrodescendente. Não se lembra de momentos de afago no seio familiar. Sofreu maus-tratos de seus familiares, chegando a acontecer abusos sexuais por parte dos irmãos mais velhos.

Depois de percorrer diversos psicólogos e psiquiatras, Carla sentia-se desenganada por todos até que sua irmã a convenceu a procurar a hipnose com o profissional em questão. Carla relata que esperava ser recebida por um terapeuta mais velho e vestido mais formalmente e diz ter se decepcionado quando viu um terapeuta jovem e vestido de forma despojada. Naquele instante, pensou que seria mais uma terapia fracassada em sua vida.

Não é raro ouvirmos das pessoas que desistiram dos tratamentos dos mais variados tipos que vão esperar a morte. Tal situação, nos tratamentos psicológicos, é bastante frequente. Constantemente, assistimos à descrença das pessoas em relação à psicoterapia com psicólogos. Sem entrar no mérito se esse fato é decorrente de mitos e preconceitos ou se corresponde a uma reação da população frente a um serviço questionável em sua qualidade, o que ocorreu com Carla é que ela disse estar totalmente desenganada de psicólogos e psiquiatras, que já tinha passado por uma porção deles e não havia melhora. Alguns desses profissionais agiram com bastante negligência, falta de ética e mesmo agressividade. Disse que procurar a hipnose foi sua "*última cartada*" e, se não fosse sua irmã ter recomendado e insistido para que buscasse a hipnoterapia, ela não teria se esforçado para começar mais um tratamento. Naquela época, conta que preferia "*morrer quietinha*" e ficava sempre na expectativa de que o dia acabasse. Até que se deu conta de

que o dia iria, inevitavelmente, acabar, mas logo viria outro e, então, percebera que torcia para que a vida acabasse.

Carla sofria de uma grave depressão, foi diagnosticada com lúpus e sentia dores inenarráveis pelo corpo, segundo sua descrição. A dor possuía o corpo inteiro, mesmo na língua sentia fortes dores, dificultando a alimentação. Pentear os cabelos era um ato terrivelmente dolorido, pois o seu couro cabeludo parecia estar com feridas expostas. Para completar, Carla acabara de se separar de um casamento de 30 anos, com sucessivas traições. Assim, chegou à hipnoterapia. Sobre esse período de sua vida, Carla nos conta:

Acho que, até encontrar com o meu terapeuta, eu vim carregando toda essa tralha, toda essa coisa pesada: dores, mágoa, decepções. Até que eu não aguentava mais, eu não tinha mais cabeça, mais vontade de viver... Eu cheguei lá louca. Não acreditava nem um pouquinho nele e em mais ninguém. Até que eu cheguei lá em meu terapeuta.

No primeiro transe que vivenciou, Carla conta que viu a imagem de um homem vestido todo de branco e ela o percebeu como um enfermeiro espiritual. Ele se dirigia a Carla, chegando por trás dela, que o via colocando um líquido branco em sua cabeça, ao passo que, com uma bucha, sugava um líquido viscoso e negro da cabeça, dando uma enorme sensação de alívio, segundo ela. O terapeuta se utilizou da figura desse enfermeiro espiritual intervindo terapeuticamente, estimulando o enfermeiro a fazer seu trabalho. Aqui, podemos notar um forte sentido de descarga, de abandono das *tralhas*, das *coisas pesadas*. Essa chance que Carla teve para livrar-se de um peso que ia além da sua capacidade de suportar recarregou o seu estoque de esperança, de possibilidade de acreditar novamente, a partir do encontro com um terapeuta esperançoso, por sua habilidade terapêutica com hipnose e por apostar alto em Carla.

A hipnose de Erickson não está preocupada em promover insights ou momentos de epifania. O que nos ensinou Erickson é que a terapia deve trabalhar a favor da pessoa ajudando-a a desvencilhar-se de referências antigas e possibilitando a vivência de novas posturas, significados e ações, pelos quais o sujeito assume a direção da trama de sua vida (Neubern, 2013). Sentimos, a colega de mestrado que me acompanhou nesse encontro e eu, o poder de uma terapia que recupera a leveza e o bem-estar de alguém. Fomos invadidas por uma calma alegria e um grande sentimento de renovação, além do que nos sentimos honradas de estar no caminho de procurar contemplar o sujeito em sua complexidade por meio de um recurso eficaz, quando feito com responsabilidade.

Aí foi quando eu cheguei lá, era um tratamento novo, eu nunca tinha passado por esse tratamento como ele faz, a hipnose. Foi uma coisa assim, que, desde o primeiro dia, eu já comecei assim, sabe, parece que deu um up, eu comecei pouquinho no primeiro dia, mas eu já senti a melhora. Tanto que eu já chegava em casa e vinha aquela angústia, aquela coisa, mas aí eu parava e fechava os olhos e ficava assim, parecendo que eu tava ouvindo ele (falando do terapeuta com as mãos se movimentando junto aos ouvidos, numa posição quase fetal, de encolhimento). O meu terapeuta é um doce e ele vai falando de uma maneira que parece que cada palavra dele é um comando, é uma coisa assim tão, sabe, cada coisa que ele vai falando é um comando e você vai, você vai e depois você chega lá. Então, eu chegava em casa e, quando vinha aquela angústia logo no começo, aquele desespero, aquela coisa, eu parava e ficava assim, ouvindo o papo que eu tinha com ele, e isso me dava mais uma força para me virar. Foi aí que eu fui melhorando, fui melhorando e descobrindo a alegria de viver. Fui ver o quanto a vida é linda.

Logo de início, após a primeira sessão com hipnose, Carla pôde usufruir de um alívio significativo e rápido, a ponto de conseguir retomar suas esperanças. É interessante notar que, na hipnose, talvez mais facilmente que nas outras técnicas, pela abertura do inconsciente e da sugestionabilidade, a voluntária pôde continuar ouvindo a voz do terapeuta, rememorando a conversa hipnótica com ele e, a partir dali, sentiu a melhora progressiva e voltou a sentir alegria e a ver beleza na vida (Erickson & Rossi, 2003). Pessoas que vivem situação desesperadora de dor e outro sofrimento que abala a organização psíquica, um dos elementos que marcam a entrada definitiva em psicoterapia é o quanto o tratamento pode agir com urgência e assertividade.

Se eu não tivesse logo do começo começado a sentir uma melhora, eu também não teria voltado mais. A coisa foi isso aí, foi que foi diferente de tudo que eu já tinha passado, e olha que eu conheço psiquiatra de Brasília e psicólogos, eu passei por vários. Então, eu ia, passava um mês, passava dois, passava três e nada, nada, nada, aquela mesma coisa, deixava e ia procurar outro. Então, com essa última terapia com hipnose, se eu tivesse passado meses sem sentir nada, eu também teria deixado. Então, foi essa diferença. Foi com ele que eu comecei a sentir que tinha algo diferente, porque se tivesse sido como os outros que eu fui, eu teria saído fora. Como passei por muitos, não via resultado, aí você fica pulando de galho em galho, vai aqui, vai ali, mas lá não. Então, foi isso, eu comecei a sentir alguma coisa ali, alguma coisa mudou e tava mudando para melhor, então foi onde eu segurei. Pra ficar três meses, eu acho que fiquei mais de um ano... Um bom tempo fiquei lá, mas valeu a pena. Graças a Deus, graças ao meu terapeuta.

Na terapia com hipnose, Carla pôde valorar as conquistas de sua vida, como fala dos filhos, bem como reconhecer nas passagens mais simples da vida, como o amanhecer do dia, o sorriso de uma criança, a habilidade das mãos humanas, a dimensão poética do viver, num quê de ineditismo, como se fosse realmente a primeira vez que ela se deparasse com tanta beleza, com tanta alegria. O renascimento é o assunto central de nosso encontro com Carla. Durante os seus transes, eram comuns as metáforas que incluíam a dimensão da natureza, como plantas, flores, jardins, florestas, rios e cachoeiras, que iam através da sugestão hipnótica ancorando no seu próprio corpo (Neubern, 2010).

Então, acho que alguma coisa de bom eu fiz. Fiz muito, claro, inclusive essas duas perto da minha vida. Mas eu vi isso depois, depois desse tratamento que eu fiz com hipnose... Sonhar é bom demais, planejar é bom demais, viver é bom demais, amanhecer o dia, você ver o dia, agradecer a Deus, agradecer por você ver, ouvir, falar, pelas tuas mãos, quantas coisas que você pode fazer com suas mãos, pelo sorriso de uma criança! Meu Deus, parece que, depois que eu passei por esse tratamento, foi que eu fui ver tudo isso, é como se eu tivesse nascendo. Eu nasci de novo! Eu percebi coisas que eu nunca tinha percebido, sabe? Perceber, sentir, gostar, dançar, sabe? Uma coisa assim! Nossa, quanta coisa boa na vida agora!

Também incluímos o pedido de ajuda, ora implícito e velado ora escancarado. Podemos dizer que a motivação pessoal de Carla para se engajar num tratamento com hipnose se relacionava com o pedido desesperado de ajuda, numa última tentativa de sair de sua situação de inapetência frente à vida. Já que havia tentado muitas psicoterapias e tratamentos psiquiátricos convencionais e não tinha obtido mudança alguma, Carla apostou na recomendação de sua irmã, que é sua grande companheira desde a mais tenra infância. Sem contar com o fato de que um tratamento psicoterápico que faz uso de hipnose já remete a um cuidado não tradicional, no mínimo, inusitado. O terapeuta ganha ares míticos de um ser angelical, não no sentido pueril que possa parecer, mas alguém que pôde conduzi-la para fora da solitária que vivia e apresentar-lhe a luz, contemplando-a conjuntamente. A condução é uma espécie de acompanhamento, pois Carla caminhou com suas próprias pernas, mas foi certo que seu terapeuta estivesse ao lado durante a caminhada (Erickson & Rossi, 2003).

E foi nesse indo que eu fui sentindo, que eu fui. E apesar do desespero, do misto de dor, loucura, só coisas ruins, eu acho que eu tava também pedindo socorro (...). Acho que a Carla já veio para passar por essa etapa de sofrimento, disso e daquilo, mas aí quando

Deus fala: vou botar um anjo no seu caminho. Aí, ele botou, você só não vê as asas do meu terapeuta, parece estar escondida [risos]. Pra mim, teve muito sentido. Teve um outro sentido. Eu saí não foi do cinza não, saí do negro, da escuridão, pra luz. Tomara que vocês brilhem muito [falando para minha colega e eu], façam muitas pessoas felizes, assim como eu tive, graças a Deus, a oportunidade de encontrar o meu terapeuta na minha vida, de ter me dado vida, vontade de viver, de lutar, de sorrir, abraçar, beijar, fazer tudo que eu não fazia quanto tempo na minha vida [sorrindo].

Os próximos depoimentos falam sobre aquilo que cabe ao terapeuta: a necessidade de dominar a técnica hipnótica, o estar inteiro e presente na relação, numa verdadeira implicação com a mudança do outro, com o alívio do sofrimento. Carla menciona o diferencial que a hipnoterapia teve em relação às demais que experimentou, ainda que saibamos da inexistência de uma psicoterapia superior às demais.

O meu terapeuta, acho que é a pessoa mais indicada assim, para passar [falando da indução ao transe]. Não é só a palavra doce, é a competência dele, é a vontade dele de ajudar. Então, é tudo isso que fez ele quem ele é. Então, é uma pessoa que eu sou grata a Deus e a ele. E eu vou continuar pedindo por ele. Então, todo dia ele tá lá no meu Ave Maria, no meu Jesus Cristo.

O jeito de falar, o jeito de conduzir, o tom de voz... [pausa]. Talvez a competência dele... não estou desfavorecendo ninguém ou outras pessoas, não estou, porque, se eu não me dei bem com outros profissionais, provavelmente outras pessoas se deram bem com eles. Mas quem eu tenho de referência na minha vida é ele. Foi ele que chegou e me levantou, me tirou do buraco. Então, agora dizer assim, que tem diferença, tem. No modo de falar, no jeito de colocar as palavras, colocar a situação, mostrar a situação, sabe, é diferente, é diferente. Ali eu vi que tinha uma luz para mim. A maioria deles é só: "O que é que você tem?... não sei o quê, aí você toma..." Te prescreve medicação. Então, em comparação com outros terapeutas, então é a maneira de falar, é a maneira de colocar, é uma visão diferente, uma colocação diferente. Parece que ele quer aprender com a gente.

Um relato em que a paz comparece com toda a sua potência de plenitude para Carla que, até então, vivia sob o sentimento do ódio por si mesma. As fortes dores por todo o corpo, impossibilidade de se admirar frente ao espelho, de sentir prazer com o próprio corpo. Em outras palavras, havia uma desorganização psíquica acentuada, sua autoimagem estava adoecida e foi se direcionando para uma configuração subjetiva em que se produziam sentidos saudáveis, como o sentimento de paz (Neubern, 2010). Segundo a

avaliação dessa senhora, a hipnoterapia e seu terapeuta lhe fizeram recuperar a sua força de viver e a alegria perante a vida, um sentimento de paz após longos anos de sofrimento intenso nas suas mais variadas representações, física, psíquica, relacional. Renascida, sua condição de sujeito comparece, possibilitando a Carla se posicionar frente às dificuldades da vida com a sua força interior despertada.

Mas eu senti mais paz primeiro, sabe? Aí eu não sei se foi essa paz, essa tranquilidade, esse gostar de mim, esse ver a vida, ver esse colorido da vida que foi refletindo no meu organismo, eu creio que foi isso. Um anjo [falando da irmã que lhe indicou o tratamento] arrumou um outro anjo para cuidar de mim. A Carla que eu odiava agora é a Carla que eu mais amo. O que ficou para mim é que a gente nunca pode perder a esperança, que uma hora você vai encontrar luz, que você vai sorrir. Essa força que eu adquiri, ou foi essa força que o Maurício mostrou que estava lá dentro de mim.

Uma cura sentimental é o que ela relata nas linhas que se seguem com as palavras, com os gestos, com o tom da voz que pareciam entrar por nossos poros. Sendo Carla uma pessoa de uma afetividade que salta aos olhos, a hipnose se dispõe a trabalhar com esse potencial, aquilo que já existe, mas que, por algum motivo, está adormecido ou esquecido do sujeito.

Sentimento é a base de tudo. O que você sente todo o seu corpo [toca várias partes do corpo] responde àquele sentimento. Então, o ódio te destrói e você se levanta através do amor [arruma a posição para uma postura mais ereta], esse amor que eu não conseguia enxergar mais. Esse resgate que tive lá com ele de um amor profundo [mergulha a mão em direção do peito para o abdome]. Então, comecei a sentir coisas boas, perceber coisas boas, coisas que eu não tava mais sentindo, não estava mais percebendo, comecei e não quero parar nunca mais de sentir esses sentimentos bons.

Um verdadeiro sentido de renascimento. A sensação que tenho é como se Carla vivesse escondida na escuridão empoeirada de um calabouço e, progressivamente, pôde subir aos degraus mais altos do castelo até que pôde chegar à varanda ou ao quintal e se encantar com a claridade. Tudo passa a ter um significado de novidade, num misto de espanto e alegria. Novas percepções, novos sentimentos, novos conhecimentos. O corpo doente e doído vai, gradualmente, cedendo espaço para um corpo erógeno.

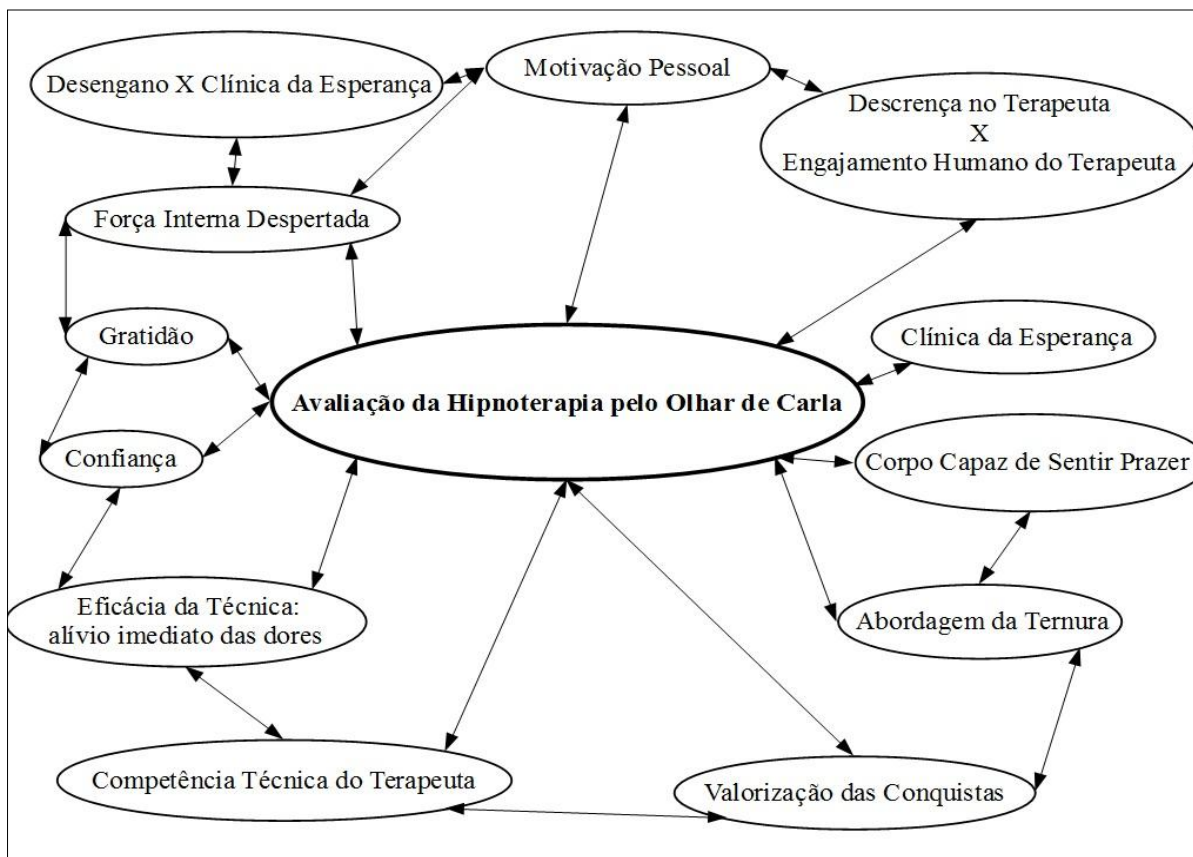
Sabe uma coisa que parece que é você nascer de novo? Tem hora que eu me pego sentindo coisas que parece que eu nunca senti. Eu me peguei depois de tudo isso percebendo coisas que eu não percebia, então é como se eu tivesse realmente nascido de

novo, me conhecido [arregalando os olhos, como se estivesse surpresa]. Eu vim depois desse tratamento me conhecendo, me sentindo, me percebendo. Eu não podia fazer isso, ó [aperta próprio braço], meu corpo, tudo doía, tudo que você pegava assim doía, doía tudo. Hoje em dia, eu danço a noite inteira com um saltão desse tamanho. Esse corpo dança, esse corpo rebola, esse corpo samba, esse corpo faz coisas maravilhosas, coisa que não fazia, eu só era quietinha, encolhidinha, com dor, só sentindo dor. Hoje eu gosto de olhar para o meu corpo. Menina, eu não me olhava no espelho. Eu tinha um medo tão grande, eu não conseguia olhar dentro dos meus olhos. Era uma coisa, uma angústia, uma coisa tão ruim que eu sentia. Eu me lavava, assim, sabe [leva a cabeça para o alto], sem olhar para o meu corpo, porque tudo era feio, tudo era desajeitado. Hoje eu não tiro o salto, porque sou baixinha, não tão baixinha, mas salto dá uma elegância, deixa a bunda mais avantajada, deixa tudo mais, então salto eu também uso.

E para uma alegre surpresa deste trabalho, Carla se manifesta com um testemunho, como ela mesma diz, que vai ao encontro da nossa proposta de pesquisa, que é ouvir o sujeito, pensar a partir da vivência subjetiva do sujeito compartilhada conosco, pesquisadores. Isso nos fala da oportunidade que o sujeito nos pede para ser escutado no universo científico que tantas vezes cliva outras formas de conhecimentos que poderiam reforçar o campo do conhecimento científico, ao invés de se manterem na luta pelo ápice da hierarquia do saber (Nathan, 2012). Nós também ficamos felizes ao sermos tocadas pelo testemunho da senhora.

Fico feliz de ter contribuído com esse estudo, de poder falar um pouco, falar um pouco da gente. Eu tou quase igual pastor querendo dar um testemunho.

Figura 2: SÍNTESE DA CONFIGURAÇÃO SUBJETIVA - Sentido Subjetivo: renascimento



3.3 Generalização: elementos de interseção na clínica psicoterápica com hipnose

Após a leitura das manifestações das subjetividades de Tereza e de Carla e das ilustrações das configurações subjetivas construídas para cada caso, tomando como tema a avaliação do tratamento com hipnoterapia, estabelecerei as relações entre as duas configurações, que nos levem à reflexão sobre a relação terapêutica bem como sobre o trabalho terapêutico.

De início, podemos destacar alguns aspectos fundamentais e explícitos que perpassaram os casos e que foram definitivos para a mudança terapêutica: a disposição de cada sujeito para com o tratamento; a disponibilidade afetiva e a competência técnica do terapeuta; a confiança no terapeuta e o clima de esperança da terapia. Esses aspectos

observados coincidem com as conclusões de outras pesquisas (Mahoney, 1998, Wolberg, 1967) a respeito de uma clínica psicológica que devolve aos pacientes a esperança no alívio e na transformação do sofrimento calcada numa postura interessada do terapeuta com o sujeito. A terapia ericksoniana é orientada para aquilo que o sujeito sabe fazer, suas potencialidades, subvertendo a tendência do campo psi em supervalorizar o patológico em detrimento dos recursos e das virtudes dos sujeitos.

A eficácia da técnica também é lembrada pelas voluntárias da pesquisa. Enquanto Tereza fala em pertencimento da técnica hipnótica, entrando em um novo sentido, segundo ela, no qual sua sensibilidade amplia-se, Carla sente o alívio imediato de suas dores ao vivenciar o transe hipnótico. Podemos dizer que, em sujeitos que vivem uma situação de sofrimento importante, como é o caso das dores crônicas espalhadas por todo o corpo, o imediatismo da eficácia da técnica é um fator de entrada e sustentação na terapia com maior engajamento do paciente.

Outro ponto notadamente relevante é o espaço que a hipnose cria para o tratamento psicoterapêutico em relação à experiência com o sagrado, nos oferecendo uma forma de dialogar com tais experiências, utilizando-as em favor da terapia. Tanto Tereza quanto Carla têm relações muito fortes com a dimensão espiritual. Sabemos que uma terapia que acolhe essas demandas facilmente se diferencia das demais, pois são conhecidas as inabilidades e os pudores dos psicólogos com esse tema (Neubern, 2013). Para as pessoas que possuem uma relação com a espiritualidade através de uma fé viva, a questão religiosa torna-se central e de função estruturante para a saúde psíquica, geradora de sentidos subjetivos importantes. Neste ponto, podemos generalizar e dizer que o elemento que faz uma terapia e uma relação terapêutica promoverem futuras transformações decorrentes do comprometimento do par terapêutico é a capacidade que tem o terapeuta, com sua técnica, de abraçar os sentidos subjetivos que constituem o sujeito, mas que, por algum motivo, estão à margem dos seus contextos sociais e de suas relações interpessoais e que, mesmo diante de contextos desfavoráveis, resistem e se apresentam insistentemente.

O que podemos dizer, a partir dos casos envolvidos neste trabalho, é que a confiança no terapeuta e o engajamento do paciente e do terapeuta para com a proposta da psicoterapia são conquistas imprescindíveis para uma clínica psicoterápica avaliada em sua eficácia. Precisamos, contudo, considerar a capacidade do terapeuta de ser criativo na

técnica, com responsabilidade por seu domínio, convergindo para intervenções criativas às demandas subjetivas dos sujeitos e exercendo o seu estilo próprio de se relacionar com o paciente num terreno sedimentado pela capacidade para o acolhimento, pela sensibilidade e pela esperança em si e no seu método de trabalho (Erickson & Rossi, 1980, 2003; Neubern, 2002, 2009, 2012; Robles, 2005; Zeig, 1985). Assim, temos um campo nesta pesquisa que tem por destino cuidar da qualidade da relação entre terapeuta e sujeito, que desafia o psicoterapeuta a atuar com criatividade e disponibilidade afetiva e técnica em nome dos sentidos subjetivos dos sujeitos, que devem estar fortemente comprometidos com seu processo psicoterápico.

Também pude identificar que o posicionamento do terapeuta de não desistência em relação ao sujeito é fator decisivo para a avaliação positiva da terapia e do terapeuta enquanto sujeito que se desafia na parceria com casos em que os pacientes estão completamente desenganados do trabalho psicoterápico. Igualmente importante é a disposição do terapeuta para aprender com as singularidades dos casos, não se restringindo às teorias de sua escola psicológica e não tornando o seu saber psicológico um campo exclusivo do conhecimento do sujeito. Ao contrário, as terapias com hipnose de nossas voluntárias contaram com o “querer saber” implicado do terapeuta em relação às suas maneiras de gerar sentido acerca de suas realidades. As voluntárias concordaram que talvez outro terapeuta tivesse desistido delas ou, então, seriam prescritivos, excessivamente didáticos, a fim de trazer para a clínica explicações lineares e causais, ou tenderiam a enquadrá-las numa categoria psiquiátrica.

A postura do terapeuta de transitar na esfera da informalidade na clínica psicoterápica, marca proeminente de Milton Erickson, guarda relação com as avaliações de alta qualidade feitas por nossas voluntárias. Uma terapia não convencional que prescreve tarefas (aparentemente) estranhas, divertidas e engraçadas, que cria um contexto informal, despojado e livre dos excessos do ideal de neutralidade, que se vale da influência mútua na clínica psicoterápica, deixa os sujeitos e o terapeuta à vontade para manifestarem suas subjetividades com espontaneidade, criando um verdadeiro e legítimo espaço para a intimidade do encontro da dupla terapêutica. Isso nos remete, necessariamente, à amizade que requer o exercício de uma boa psicoterapia.

4. O PROCESSO ORGÂNICO DE CONCLUIR A PESQUISA

Percorrido o caminho da pesquisa, da construção da informação que privilegia o sujeito e sua relação com o terapeuta, estou convencida de que este momento do texto trata de considerações finais inconclusas num tempo que se eterniza. Apesar disso, posso falar de conclusões no frágil e efêmero momento em que finalizo o meu trabalho com grande sensação de dever cumprido e também de um forte sentimento de saudade. Esta dissertação cumpriu o seu ofício ao reforçar o novo paradigma de ciência que se aventura na complexidade do conhecimento, para que a subjetividade, com seus encantamentos, possa (re)tornar (a)o solo científico, outrora tão árido, um terreno exuberante.

É comum nos depararmos com clínicas de psicologia especializadas em avaliação e diagnóstico, uma atividade altamente rentável. Isso me faz refletir sobre como algo que parte dos homens de ciência e contribui muitas vezes para a mortificação do sujeito pode ser tão enaltecido e valorizado por nossa sociedade. Surpreendeu-me o ineditismo desta pesquisa, que se interessou por uma avaliação às avessas: o sujeito avaliando o seu tratamento psicoterápico e o seu terapeuta. A diferença é que muito dificilmente o sujeito será um tirânico, na tentativa de conter e amordaçar os pesquisadores. Foi o que nos mostraram as voluntárias da pesquisa.

Atualmente, a discussão e as manifestações tão em pauta sobre a nossa dita democracia que, progressivamente e num efeito multiplicador, mostra-se em seu cinismo, levam-me a estabelecer relações com o tema desta pesquisa. Quanta dificuldade temos em exercer o nosso dever e o nosso direito de ser sujeitos-cidadãos que têm por ideologia a democracia. O que está acontecendo no país, no mundo e na ciência, já que uma parte desta última, que faz a história no estudo do conhecimento, insiste em prestigiar o humano em sua condição fundamental: de sujeito-cidadão capaz de alterar e transformar a sua própria realidade? Existem pesquisadores que se esforçam por fazer justiça ao sujeito e isso faz de meu coração um lar para a alegria e a esperança em estarmos inaugurando, com nossos parceiros, um capítulo na história do país e na história da ciência.

Obviamente, também me deparei com muitas lacunas que servem de sugestões para futuras pesquisas. Fomos prejudicados pela maior greve das universidades deste país, durante a qual a nossa paralisou por noventa dias e ainda estávamos pouco instrumentalizados para fazer uma pesquisa que contemplasse o sujeito mais plenamente,

como a etnopsiquiatria de Tobie Nathan e Natalie Zadjé (2012) e as equipes reflexivas de Tom Andersen (2002) ou, ainda, usando o nosso legítimo método construtivo-interpretativo, que pode ter alcances poderosos em pesquisas de maior escala.

O meu desejo era o de que os sujeitos pudessem avaliar o nosso texto antes de sua publicação, de modo que eles ficassem à vontade para alterá-lo. E meu desejo também o de construir um espaço de reflexão entre sujeito e pesquisadores, visando a uma escrita que melhor os representasse. Sem tempo hábil para tais empreendimentos, fica registrada aqui a promessa de transformar os casos ora expostos em novos textos, na forma de artigos, nos quais se possa oportunizar esse momento tão precioso entre sujeitos e pesquisadores. É também uma boa sugestão para futuras pesquisas que se escutem as avaliações também dos psicoterapeutas, como um momento da pesquisa somada à avaliação dos pacientes, para, assim, tornar a avaliação das psicoterapias um momento absoluto de democracia entre os saberes.

Aos pesquisadores, fica a missão de fazer das teorias trampolins para a atuação pública, incentivando a voz do sujeito a circular publicamente, exigindo das autoridades competentes políticas públicas que acolham esse sujeito que tanto está presente no texto da Política Nacional de Humanização do SUS (2004). Nada mais nos é pedido, senão o mínimo: naturalmente exercer o nosso dever, *a priori*, de cidadãos. Posteriormente, a escolha por sermos pesquisadores implica em conhecermos o ofício e a missão quando assumirmos o espírito democrático na ciência. Afinal, infelizmente ou felizmente, sabemos de nosso poder de chancela ou outorga quando nos posicionamos na esfera pública.

Vivenciei, junto às voluntárias, sua satisfação de terem sido privilegiadas com uma hipnoterapia que levava a fundo o universo subjetivo tão peculiar a cada uma e que oportunizava a elas o instante da avaliação de seu processo terapêutico com hipnose. Porém, certamente sou eu também agraciada por ser testemunha da condição de sujeito que as pacientes puderam ocupar no espaço da psicoterapia e na avaliação dela e, ainda, por ser a autora de um trabalho inaugural no Brasil, que merece desdobramentos. Ainda que a noção de uma clínica psicoterápica de qualidade esteja dando os seus primeiros passos e reconhecendo o ir e vir dessa categoria em expansão, fiquei feliz em aquecer o debate. A propósito, como será que os pacientes avaliam a atuação dos pesquisadores e dos psicoterapeutas?

REFERÊNCIAS¹⁴

- Andersen, T. (2002). *Processos reflexivos*. Rio de Janeiro: Instituto NOOS.
- Bachelard, G. (1978). *O novo espírito científico*. São Paulo: Abril Cultural.
- Barber, J. (2000). *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión: una guía clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Biblioteca de Psicología).
- Bastos, A. V. B., & Gondim, S. M. G. (Orgs.). (2010). *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Bienswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris: Éditions de Minuit.
- Csordas, T. (2008). *Corpo, significado, cura*. Porto Alegre: UFRGS.
- Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: a review. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 968-984.
- Demo, P. (2000). *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas.
- Demo, P. (2002, dezembro). Cuidado metodológico: signo crucial da qualidade. *Sociedade e Estado*, 17(2), 349-373.
- Dick, B. M., & Wooff, K. (1986). An evaluation of a time-limited programme of dynamic group psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, v. 148, 159-164.
- Diniz Neto, O. & Féres-Carneiro, T. (2005). Eficácia psicoterapêutica: terapia de família e o efeito “dodô”. *Estudos de Psicologia*, Natal, 10(3), 355-361.
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. (1980). *The collect papers of Milton H. Erickson, MD* (4 vols.). New York: Irvington.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (2003). *O homem de fevereiro: expandindo a consciência e identidade em hipnoterapia*. Campinas: Livro Pleno.
- Falcone, E. M. O. (2004). Relações interpessoais e habilidades de interação. In: F. P. N. Sobrinho, & I. Nassaralla (Orgs.), *Pedagogia institucional: fatores humanos nas organizações* (pp. 68-81). Rio de Janeiro: Zit Gráfica e Editora
- Ferreira, M. V. C. (2012). *Hipnose na prática clínica*. Rio de Janeiro: Atheneu.

¹⁴ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Foucault, M. (2004). *Ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2012). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Frayse-Pereira, J. (1994). *O que é loucura?* São Paulo: Brasiliense.
- Gallian, D. M. C. A. (2008). (Re)Humanização da Medicina. *Psiquiatria na Prática Médica*, n. 2. 2000. Acessado em 28/3/20113 de <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>.
- González Rey, F. (1999). *La investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos*. São Paulo: Educ.
- González Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- González Rey, F. (2012). Sentidos subjetivos, linguagem e sujeito: implicações de uma perspectiva pós-racionalista em psicoterapia. In *O campo das psicoterapias: reflexões atuais*. Curitiba: Juruá.
- Greenfield, S. M. (1987). Romarias, terapias e a ligação entre as curas e a imaginação. In Cavalcante, A. M. (Org.) *Fé, saúde, poder: taumaturgos, profetas e curandeiros*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short-and long-term psychotherapy [Eletronic version]. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 301-312. Retrieved April, 2, 2013, from <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01650327/138/3>.
- Illouz, E. (2011). *O amor nos tempos do capitalismo*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Jensen, M. (2009). Hypnosis for chronic pain management: a new hope. In *Pain*, 2009, 146(3), 235-237. Retrieved from http://www.joleneshieldshypnotherapy.com/Hypnosis_for_Chronic_Pain_Management.pdf
- Jung, S., Nunes, M. L., & Eizirik, C. (2007). Assessment of psychoanalytic psychotherapy outcomes. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(2), 184-196.
- Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989, February). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 138-147. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&uid=1989-26789-001>.

- Koch, S. (1981). A Natureza e os Limites do Conhecimento Psicológico. Lições de um Século de ciência. *American Psychologist*, vol. 36, março, 257-269. Acessado em 5/5/2013.
- Kolden, G. G., Chisholm-Stockard, S. M., Straumann, T. J., Tierney, S. C., Mullen, E. A., & Schneider, K. L. (2006, April). Universal session-level change processes in an early session of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), pp. 327-336. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2006-05351-013>
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), pp. 314-324. Retrieved from <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CE4QFjAA&url=http%3A%2F%2Ffaculty.coe.uh.edu%2Farbona%2Fcourses%2Fepsy8334%2FReadings%2FLevitt%252006%2520Qualitative.pdf&ei=FvTBUY184sbRAeX1gYgM&usg=AFQjCNHDYpk-N5K7HkoHpCSomFiySLltw&sig2=A3yaJfQPyqhj7SbomOr6OA>.
- Lyotard, J. F. (2011). *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Machado, P. P., Klein, J. M., & Farate, C. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos de tratamento com toxicodependências. *Psicologia: teoria, investigação e prática*. 2005, janeiro, 19-29. Acessado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3023>.
- Martins, F., & Zanello, V. (2012). Psicoterapias: valoração e avaliação. In *O campo das psicoterapias: reflexões atuais*. Curitiba: Juruá.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Merleau-Ponty, M. (2006). *A estrutura do comportamento*. São Paulo: Martins Fontes.
- Moll, A. (1980) *Hypnotism*. London: Walter Scott.
- Morin, E. (1995). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E. (1996). A noção de sujeito. In Schinitman, D. F. (1996). *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*, (pp. 45–58). Porto Alegre: Artmed.
- Morin, E. (2010). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand.
- Nathan, T., & Zadjé, N. (2012). *Psychothérapie démocratique*, Paris: Éditions Odile Jacob.
- Neubern, M. S. (1999). *Fragmentos para uma compreensão complexa da terapia familiar: diálogos epistemológicos sobre as emoções e a subjetividade no sistema terapêutico*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília – UnB: Brasília.

- Neubern, M. S. (2001). O reconhecimento das emoções no cenário da psicologia: implicações epistemológicas e reflexões críticas. *Psicologia Ciência e Profissão*, junho, 21(2), 72-73.
- Neubern, M. S. (2002). Erickson e o cavalo de Troia: a terapia não convencional no cenário da crise dos paradigmas em psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, setembro, 15(2), 363-372. Acessado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722002000200013>.
- Neubern, M. S. (2004). *Complexidade e psicologia clínica*. Brasília: Editora Plano.
- Neubern, M. S. (2005a). A dimensão regulatória da psicologia clínica: o impacto da racionalidade dominante nas relações terapêuticas. *Estudos Psicologia (Natal)*, junho v. 10, 73-81.
- Neubern, M. S. (2005b). Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia. In González Rey (2005c). *A subjetividade como noção fundamental do novo paradigma: breve ensaio* (pp. 53-80). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Neubern, M. S. (2009). *Psicologia, hipnose e subjetividade: revisitando a história*. Belo Horizonte: Diamante.
- Neubern, M. S. (2010). Hipnose, singularidade e dificuldades de amamentação: um estudo clínico. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 15(2), 305-313.
- Neubern, M. S. (2013). *Psicoterapia e espiritualidade*. Belo Horizonte: Diamante.
- Nietzel, M. T., Russel, R. L., Hemmings, K. A., & Gretter, M. L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychologist*, 55(2), 156-161.
- Nogueira, C. H., Lauretti, G. R., & Costa, R. M. N. (2005). Avaliação duplamente encoberta da hipnose em fibromialgia. *São Paulo Medical Journal*. (online) v. 123, 14.
- O'Hanlon, W. H. (1994). *Raízes profundas. Fundamentos da terapia e da hipnose de Milton Erickson*. Campinas: Editorial Psy II.
- Peluso, E. T. P., Baruzzi, M., & Blay, S. L. (2001). A Experiência de Usuários do Serviço Público em Psicoterapia. *Revista Saúde Pública*, 35(4), 341-348.
- Persons, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46(2), 99-106.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009, july- september). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia Em Estudo*, Maringá, 14(3), 439-445.
- Política Nacional de Humanização (2004). Humaniza SUS. *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Brasília.

- Ponciano, J. R. (1985). *Gestalt-terapia: refazendo o caminho*. São Paulo: Summus.
- Robles, T. (2005). *Terapia feita sob medida: um seminário ericksoniano com Jeffrey K. Zeig, PhD*. Belo Horizonte: Diamante.
- Rossi, E. L. (1994). *A psicobiologia da cura mente-corpo: novos conceitos de hipnose terapêutica*. Campinas: Editorial Psy II.
- Sartre, J-P. (2010). *Esboço para uma teoria das emoções*. Porto Alegre: L&PM Pocket Plus.
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1987). O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542.
- Smit, Y., Huibers, M. J. H., Ioannidis, J. P. A., Van Dick, R., Van Tilburg, W., & Arntz, A. (2012). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy – A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, v. 32(2), 81(12).
- Stengers, I. (1999). Le médecin et le charlatan. In Nathan, T., & Stengers, I. *Médecins et Sociers*. Paris: Synthélabo, 115-161.
- Stengers, I. (2002). *A invenção da ciência moderna*. São Paulo: Editora 34 (Coleção Trans).
- Sugarman, L. I. (1996). Hypnosis in a primary care practice: Developing skills for the new morbidities. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 17(5), 300-306.
- Vasconcelos Lopes, L. G. (2008). *Saúde, poder e cura: Concepções sobre hipnose e a saúde coletiva*. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.
- Vianna, P. T. G. (2001). Monitor de profundidade da hipnose: a eletroencefalografia bispectral. *Revista Brasileira Anestesiologia*, v. 51(5), 418-425.
- Wolberg, L. R. (1967). *The technique of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Wright, B. R., & Drummond, P. D. (2000). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns: Journal of the Society for Burn Injuries*, (2000, may), 26(3), 275-282.
- Zeig, J. K. (2003). *Vivenciando Erickson: uma apresentação da pessoa humana e do trabalho de Milton Erickson*. Campinas: Livro Pleno.