

# Psicoterapia, Dor & Complexidade: Construindo o Contexto Terapêutico<sup>1</sup>

Maurício da Silva Neubern<sup>2</sup>  
Universidade de Brasília

**RESUMO** - O presente trabalho possui o duplo objetivo de apresentar a concepção da dor como um processo complexo e subjetivo, como também de apontar a psicoterapia como um recurso capaz de redefinir a influência do contexto que perpassa a experiência de dor. Partindo-se de três estudos de caso de pacientes com dor crônica, destacou-se a complexidade da experiência dos sujeitos, perpassada por processos culturais, biológicos, sociais, pessoais e históricos, como ainda as formas pelas quais a psicoterapia proporcionou mudanças significativas na inserção dos sujeitos em seus respectivos contextos relacionais. Ressalta-se a importância do papel do terapeuta na desconstrução de narrativas inadequadas e na compreensão da dor enquanto um processo subjetivo ligado ao sujeito e ao seu mundo social.

**Palavras-chave:** psicoterapia; dor; complexidade; subjetividade; contexto.

## Psychotherapy, Pain and Complexity: Building the Therapeutic Context

**ABSTRACT** - The present study has the dual purpose of presenting the conception of pain as a complex and subjective process, but also referring to psychotherapy as a resource for redefining the influence of the context that surpasses the experience of pain. By analyzing three cases studies of patients with chronic pain, we observed the complexity of their experience pervaded by cultural, biological, social, personal and historical process, as well as the ways in which psychotherapy provided significant changes in the insertion of subjects in their respective relational contexts. It is highlighted the importance of the psychotherapist's role in the deconstruction of inadequate narratives and in the understanding of pain as a subjective process linked to the subject and his social world.

**Keywords:** psychotherapy; pain; complexity; subjectivity; context.

A dor de origem orgânica consiste em uma das grandes preocupações dos profissionais de saúde da atualidade, de maneira que os psicoterapeutas têm sido levados a desenvolver diferentes estratégias para lidar com suas variadas formas de expressão (Carvalho, 1999; Patterson, 2004). No entanto, mesmo tendo se constituído como um dos principais temas presentes na origem da psicoterapia (Carroy, 2000; Laurence & Perry, 1988; Neubern, 2009a), sua compreensão tem sido fragmentada, na maioria dos casos, em diferentes dimensões que impedem uma compreensão psicológica mais profunda da dor enquanto experiência do sujeito (Skevington, 1995). Parece existir uma lacuna nada desprezível entre as discussões que privilegiam uma compreensão fisiológica e as que se restringem a uma concepção cognitiva da dor (Levy & Walker, 2005), de maneira que permanecem inúmeras indagações sobre a dimensão emocional, as construções de sentido e significado e as trocas sociais mediadas pela cultura que perpassam a experiência dos sujeitos. Nesse sentido, os estudos que procuram contemplar a complexidade subjetiva na experiência de dor do sujeito têm sido relativamente raros

(Kornblit, 1996; Neubern, 2009b) e ganhado pouco espaço na literatura especializada.

Não seria errôneo considerar que boa parte dos estudos sobre dor e psicologia repete uma lógica reducionista típica dos paradigmas científicos da modernidade (Morin, 1991; Santos, 2000). Isolada enquanto um objeto de estudo, a dor é associada a uma separação entre mente e corpo como entidades diferentes e dicotômicas, sendo, na maioria das vezes, concebida como algo pertencente ao orgânico que pode ser influenciado pelo psíquico. Prevalece aqui um pensamento causalista em detrimento de uma ótica sistêmica, vivencial e recursiva mais ampla em que o que parece importar é aquilo que gera a dor, pois uma vez que tais causas sejam conhecidas, ela pode ser aliviada ou até mesmo eliminada. Tornando-se uma entidade independente do próprio sujeito, a dor parece ser encapsulada em um corpo impessoal que consiste num terreno à parte do mundo social e de suas tramas e se encontra distante de processos simbólicos e das influências da cultura. A dor se transforma, assim, num fantasma poderoso, paralisante e quase inacessível, a ser combatido apenas através de meios impessoais e objetivos vindos da medicina (Stengers, 1995), já que as ações do sujeito pouco podem contribuir para modificá-la. Ela é transferida a um outro, o médico especialista representante da ciência, enquanto o sujeito é colocado numa posição de obediência quanto a um *métier* a respeito do qual ele tem pouco a se pronunciar ou fazer, mesmo que os procedimentos desse *métier* interfiram diretamente sobre sua vida.

1 O presente artigo origina-se do projeto do autor financiado pelo Uni-  
Ceub (Brasília, DF) e intitulado "Hipnose, Subjetividade e Dor Crônica:  
Construindo o Contexto Terapêutico".

2 Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia Clínica,  
Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Campus Universitário  
Darcy Ribeiro. Brasília, DF. CEP 70910-900. Fone: (61) 3307.26.25  
R. 315. E-mail: mneubern@hotmail.com.

Dentre as implicações de semelhante quadro para a psicoterapia, pode-se destacar que existe uma ausência nada desprezível da compreensão clínica tanto da experiência da dor, como dos processos terapêuticos capazes de promover mudanças nessa experiência. Os estudos sobre essas questões têm sido centrados, sobretudo, em propostas de escalas para a avaliação de eficácia terapêutica ou da própria experiência do sujeito (Barber, 1996; Ebell, 2008; Jensen & Patterson, 2006; Nogueira, Lauretti & Costa, 2005) ou para a proposição de modelos teóricos e técnicos que atendam às exigências de eficiência e resultado, principalmente em torno da terapia cognitiva comportamental (Levy & Walker, 2005; Pimenta, 2001; Thorn & Kuhajda, 2006) e da hipnose (Barber, 1996; Patterson, 2004). Desse modo, a universalização de respostas e modelos típicos de tais estudos tornam o cenário subjetivo do sujeito um terreno incógnito ou pouco explorado, de maneira que as realidades subjetivas criadas a partir de uma experiência de dor passam a ser muito pouco conhecidas dos profissionais de saúde, inclusive psicoterapeutas. Ao mesmo tempo, a ênfase em entidades concretas e aparentemente desvinculadas das trocas subjetivas do cotidiano dos sujeitos, como a informação, a resposta e os modelos teóricos, dizem muito pouco de como é fabricado o contexto terapêutico (Gonzalez Rey, 2005; Keeney, 1994; Neubern, 2004). Isso porque a ausência de espaço para a singularidade dos sujeitos, para a diversidade de suas experiências, para a sutileza de processos simbólicos e comunicacionais presentes na relação entre as pessoas impede uma compreensão mais abrangente do que faz um contexto se tornar terapêutico e quais seriam as possibilidades e papéis da psicoterapia em tal processo.

É correto destacar que, malgrado a grande demanda que requisita diariamente a intervenção do psicoterapeuta, existem poucas pesquisas de teor clínico que fogem da ênfase em modelos e respostas a inventários (Skevington, 1995). Lewadowski, Morris, Draucker e Risko (2007) destacam a importância de um conhecimento mais abrangente sobre as implicações da dor nas relações familiares e conjugais como também enfatizam a importância da intervenção terapêutica em tais situações; porém, argumentam a favor de estudos controlados como forma de validação dos dados encontrados. Em outra perspectiva, Vandenberghe e Ferro (2005), apesar de não qualificarem o papel da cultura enquanto sistema simbólico na experiência da dor, apresentam considerações de grande valia para o tema, destacando os processos emocionais, as implicações sociais e as perspectivas futuras dos sujeitos. Neubern (2009c) procura tecer a complexidade dos processos de dor, a partir de perspectivas da subjetividade e sua dialética com o sociocultural, mas pouco se refere à noção de contexto como um dos aspectos centrais do processo terapêutico, que parece se encontrar ainda incipiente em seu trabalho.

Sendo assim, o presente trabalho apresenta os resultados parciais de uma pesquisa institucional desenvolvida pelo autor, cujos objetivos foram os de destacar a dor como uma experiência complexa da subjetividade do sujeito (Gonzalez Rey, 2003; Morin, 2001) e apontar a psicoterapia como um recurso capaz de redefinir os contextos que perpassam a experiência de dor desse sujeito (Bateson, 1972/2000;

Keeney, 1994). Para tanto, serão destacadas três ilustrações clínicas de sujeitos que padeciam de alguma forma de dor crônica e buscaram auxílio psicoterápico na clínica escola da instituição onde ocorreu a pesquisa, por iniciativa própria ou por indicação profissional. A pesquisa, desenvolvida numa perspectiva qualitativa, abordou as ilustrações clínicas em torno de dois enfoques. Em um deles, buscou compreender como a experiência subjetiva da dor dos sujeitos, sobretudo quanto à sua produção de sentido<sup>3</sup> (Gonzalez Rey, 2007), foi perpassada por processos complexos que remetem a dimensões culturais, sociais, econômicas e políticas. No outro, investigou e discutiu alguns dos recursos mobilizados pela psicoterapia, os quais possibilitaram aos sujeitos não só modificações quanto a experiência de dor, mas também uma nova forma de se posicionarem em seus respectivos contextos.

## Método

### Participantes

Participaram deste estudo três mulheres de classe média que padeciam de algum tipo de dor crônica e que estavam sob acompanhamento médico. Elas procuraram ajuda muito motivadas a experimentar a hipnose, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Procedimento

Esse projeto, durante sua realização, foi cadastrado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, Ministério da Saúde), de maneira que foram tomadas as medidas éticas necessárias para proteger a integridade, a identidade dos participantes e o sigilo de suas informações.

Adotou-se uma metodologia qualitativa baseada em interpretações do processo terapêutico de estudos de caso (Andersen, 1988/1996; Gonzalez Rey, 2005; Neubern, 2009c). Havia uma série de registros que forneciam informações para a construção do processo interpretativo: as sessões eram observadas por dois observadores treinados, situados atrás do espelho unidirecional, gravadas e posteriormente discutidas com o autor, que atuou como psicoterapeuta nos casos. Este utilizava-se ainda de um diário de campo no qual tecia a articulação entre diferentes fontes e construía interpretações parciais sobre cada caso. Ao final de cada processo, chegava-se a uma interpretação mais ampla sobre os casos, tomando-se como referência tanto o processo de novas produções de sentido como a fabricação de novos posicionamentos dos sujeitos face a seus contextos sociais.

3 Sentido subjetivo refere-se a uma produção do sujeito que integra, de modo sistêmico, processos simbólicos e emocionais (Gonzalez Rey, 2007). Por envolver um processo dialético entre o sujeito e seus cenários sociais, o sentido subjetivo articula registros socioculturais diversos como gênero, etnia, classe social, religião, heranças familiares, trocas econômicas, dentre outros.

Todos os processos ocorreram na clínica escola onde o autor trabalhava. Cada participante compareceu a oito sessões semanais de psicoterapia ericksoniana<sup>4</sup> (Erickson & Rossi, 1979; Zeig, 2006), conduzidas pelo autor, de modo que cada sessão possuía a duração média de 1 h e 30 min.

## Resultados e Discussão

### Subjetividade, dor e complexidade

O cotidiano da prática clínica ligada a demandas de dor, a despeito de toda uma tradição dicotômica entre mente e corpo no pensamento ocidental, remete ao entrelaçamento de uma série de dimensões distintas cuja abordagem requer uma reflexão complexa. A dor não se restringe a uma questão puramente biológica, embora possa encontrar aí boa parte de sua causalidade: ela implica num processo subjetivo que é perpassado por registros sociais, culturais, psicológicos, econômicos, dentre outros, que concorrem, durante a ação social do sujeito, para a construção de sentidos, emoções e significados bastante particulares (Erickson, 1985; Neubern, 2009b). Em outras palavras, não é um corpo que sente e vive a dor, mas um sujeito para quem ela se torna uma realidade concreta e, por vezes, implacável, que é perpassada por problemas cotidianos como as relações conjugais, familiares e de trabalho, as questões de gênero, a experiência religiosa, o desemprego, as trocas sociais, a violência e o uso do dinheiro. Ao mesmo tempo, o sujeito não consiste em mero expectador dessa complexidade, uma vez que sua postura e forma de subjetivação dessas influências implicam um determinante central na fabricação da experiência de dor e seus sentidos subjetivos.

O caso de Helena, advogada, 37 anos, é bastante significativo nessa linha de pensamento. As dores referentes a uma fibromialgia persistente, que a trouxeram para a psicoterapia, apresentavam uma descrição puramente sensorial logo no início de seu processo. Elas “puxavam e repuxavam”, ora “pareciam queimar”, ora pareciam “machucados logo abaixo da pele”. Entretanto, à medida que lhe foi oferecido um espaço de acolhimento, suas referências tomaram logo o rumo de suas relações com o marido. Tratava-se de um homem rude que, com frequência, a desqualificava, frente aos outros ou em particular, com adjetivos bastante pejorativos quanto a seus papéis de mãe e de esposa. Sua comida, suas atitudes quanto aos filhos, seus comentários sobre temas gerais, quando não eram recebidos de forma irônica, eram tratados com agressividade. Embora possuísse sua própria renda e fosse independente do marido nesse ponto, o dinheiro era um constante tema de conflitos, durante os quais Helena se via atacada por ser, para seu marido, ‘gastadeira’ em excesso, o

que ocasionava sofrimentos intensos no casal, seguidos de intensas dores por várias partes do corpo. Na concepção dela, tais conflitos se tornaram piores quando sua renda passou a se equiparar à do marido, o que o impedia de manter o controle na relação conjugal e com os próprios filhos.

Essas considerações são significativas porque abrem espaço para uma compreensão ampla em termos sociológicos e antropológicos, perpassando a relação conjugal em sua diversidade de produção de sentidos. De certa forma, é possível considerar o incômodo do marido como expressão das construções discursivas sobre gênero no Brasil (Louro, 2002), na qual existe a expectativa, velada ou não, da submissão da mulher ao homem, sendo este detentor do poder referente ao dinheiro e ao espaço público. No entanto, semelhantes construções, ainda marcadas por forte teor de modernidade (Santos, 2000), parecem entrar em conflito com outras produções discursivas nas quais as mulheres passam a assumir uma postura mais emancipatória e autônoma no que se refere à construção de seu papel profissional, sua entrada no espaço público e sua relação com o dinheiro.

O conflito desse casal, portanto, que desencadeia sérias crises de fibromialgia, parece ser em certa medida porta voz de um conflito mais amplo, envolvendo produções discursivas sobre o gênero masculino e o feminino no país. Por outro lado, Helena trazia também um relato curioso sobre suas sensações físicas durante os embates: ela sentia que as palavras ásperas do marido pareciam arranhar, cortar e penetrar sua pele, o que era seguido pelo repuxar e pela queimação de suas dores. As agressões verbais adquiriam uma materialidade concreta que não atacavam seu corpo em si, mas sua própria pessoa, levando-a a construir sua identidade perpassada por sentidos como “feridas”, “machucados”, “agressões” ou ainda como “vítima indefesa” das agressões do marido. Sendo de família católica fervorosa, entendia que a mulher era responsável pela manutenção do casamento, o que a colocava em um severo conflito quanto à situação devido ao fato de sua relação conjugal se tornar uma constante fonte de mal estar. Logo, a constante geração de emoções de agressividade, negativismo e menos valia contrastavam com as heranças familiares do casamento indissolúvel, levando-a à produção de sentidos conflituosos e aparentemente insolúveis, que coincidiam com crises dolorosas e intensas de fibromialgia.

As dores crônicas também podem ser profundamente influenciadas pelas mudanças repentinas que ocorrem nas redes sociais do sujeito, como no caso de Dona Clara, 50 anos, que também sofria de fibromialgia. Ela aceitou, sob sugestão de uma psicóloga, a ajuda psicoterápica por estar vivendo um luto persistente e intenso há mais de seis meses, devido à morte de uma irmã muito próxima, a quem ela chegou a considerar como uma “alma gêmea”. Tratava-se de uma confidente, alguém com quem acreditava se comunicar pelo pensamento, alguém com quem tinha uma relação exclusiva em termos de intimidade e cumplicidade. Semelhante perda a arrastou a um sofrimento avassalador e depressivo, levando-a a um mergulho profundo em sua própria experiência de maneira a se isolar das figuras significativas de sua família, trabalho e convívio social. Além da perda de sono, apetite e interesse pelas atividades habituais, Dona

4 Baseia-se na proposta terapêutica de Milton Erickson (1901-1980). Por acreditar que cada sujeito fosse único, Erickson não desenvolveu uma teoria sobre a psique. Para ele, era importante que o terapeuta reconhecesse e se adaptasse à singularidade de cada sujeito, utilizando suas características a favor da terapia. Sua proposta possui forte teor pragmático, sobretudo na busca de soluções, uso intenso de hipnose, linguagem metafórica e prescrição de tarefas (Neubern, 2009a).

Clara passava muitas horas em sofrimento rememorando a morte repentina da irmã sem qualquer vislumbre de poder sair daquele estado ou qualquer perspectiva futura. Sua vivência corporal, além de desvitalizada e pesada, era ainda perpassada por dores cada vez mais intensas, que pareciam lhe confirmar, a cada crise, a situação de paralisia em que sua vida se encontrava.

Porém, um dos sentidos centrais do conflito vivido por ela estava ligado ao contraste entre seu sofrimento de perda e os papéis que se construíram em seus diferentes momentos de inserção social. Ela havia sido depositária de um legado familiar (Gaulejac, 1999) de mulheres fortes, esteios e conselheiras cuja força e sabedoria deveriam orientar as pessoas da família. Assim, ao mesmo tempo em que, em sua família e no trabalho, ela era considerada a pessoa forte, que sabia dar conselhos e não fraquejava jamais, a morte de sua irmã a colocava na completa impossibilidade de atender às demandas ligadas a tais papéis, que anteriormente poderia atender sem maiores obstáculos. Para ela, como para seus vínculos mais próximos, era muito difícil aceitar essa nova faceta de sua subjetividade, marcada pelo choro, pela impotência, pela falta de resposta e de ação diante de um desafio: enfim, era difícil para eles acolherem a sua própria fragilidade. Nessa perspectiva, seus familiares e amigos mostravam-se profundamente desconcertados e incomodados com seu choro, o que os levava a pedir que o interrompesse, mas sem perceberem que, com isso, a distância com a cliente apenas aumentava e Dona Clara se sentia cada vez mais mergulhada em sua solidão, numa espécie de “vácuo”, como ela mesma dizia. Não é sem razões que no primeiro encontro de psicoterapia, além do semblante pesado e marcado pelo choro, os músculos de seu corpo estavam enrijecidos, principalmente dos braços, ombros e rosto, e seus movimentos, bastante retraídos.

Assim, é possível compreender a dor, em certa medida, como uma construção em que os vínculos e relações sociais podem possuir um papel central. No entanto, a dimensão religiosa ou, no dizer de alguns autores (Morin, 1991; Neubern, 2004), noológica, pode também ser de grande importância na produção subjetiva da dor, como foi o caso de Dona Márcia, 57 anos, que havia buscado a terapia devido a dores intensas de uma artrose e outras nas costas, cujas causas não foram identificadas. Sendo muito católica, essa paciente sobreviveu a um câncer no pulmão e havia se proposto a concretizar projetos de vida de muita importância para si, como um novo casamento e a formatura em seu curso superior. Tais projetos, que consistiam para ela na busca de um sentido maior para sua vida, contrastavam com a dificuldade de origem familiar em que se via envolvida, pois muitas pessoas de sua família dependiam de seu apoio emocional e financeiro. Porém, o que parecia agravar ainda mais sua situação era a forma como lidava com a figura de seu pai, já falecido, pois este havia lhe dito ao leito de morte que nem ele nem sua esposa estariam vivos no dia de sua formatura. Logo, à medida que a data da formatura se aproximava, suas dores aumentavam intensamente e Dona Márcia sofria por não conseguir levar adiante seus projetos, já que mal conseguia se colocar de pé e caminhar. Como sua mãe estava em idade avançada, a proximidade da formatura configurava-se, em termos de sentido, com a morte da sua mãe, o que intensificava em muito os conflitos já mencionados.

Em tal situação é possível compreender que os sentidos constituídos da dor de Dona Márcia não estão configurados apenas com a rede social das pessoas da família e comunidade, mas também com pessoas já falecidas ou pertencentes ao mundo espiritual (noológico). De fato, seu movimento de autonomia quanto à sua rede, isto é, de mudar de cidade para se casar, afastando-se fisicamente de sua família, configurava-se em sentimentos de culpa e desobediência, já que, em sua família, ela ocupava o lugar da pessoa cuja missão era cuidar dos outros. Entretanto, já que se mostrava disposta a seguir adiante com seus projetos, aparecia ainda um outro elemento complicador vindo do além: a lembrança de seu pai. Era para ele que ela havia prometido cuidar da família e era ele mesmo quem havia feito a funesta profecia ligada à sua formatura. Dona Márcia se sentia profundamente desolada de maneira a não conseguir vislumbrar a menor possibilidade de futuro para seus planos, nem para a melhora de sua dor. Nesse cenário subjetivo, cinzento e desesperançoso, marcado pela profunda frustração diante da vida, pelo peso do legado familiar e pela ameaça de morte da mãe, sua situação ainda se mostrava mais complicada, já que não obedecia às ordens médicas de repouso, em suas tentativas desesperadas de levar adiante seus projetos.

### Construindo o contexto terapêutico

A noção de contexto aqui proposta consiste em um dos principais pontos para uma compreensão complexa da psicoterapia (Bateson, 1972/2000; Erickson & Rossi, 1979; Keeney, 1994; Neubern, 2004), principalmente nos casos nos quais a demanda é perpassada por dores orgânicas. O contexto remete ao conjunto de processos e registros simbólicos que atravessam e perpassam as relações entre as pessoas, como também sua própria subjetividade, e podem se ligar a suas respectivas histórias, mas também a suas inserções sociais, geográficas, institucionais, familiares, étnicas, culturais e políticas. Ao mesmo tempo em que se insere e envolve as relações terapêuticas, ele também as antecede, mas pode ser influenciado pelos sujeitos que dele tomam parte que, em certa medida, também o fabricam por meio de suas ações. Desse modo, pode-se assim considerar que a psicoterapia pode se tornar uma de oficina de contextos, isto é, um momento relacional que pode influenciar e reconstruir importantes momentos dos sistemas de dimensões que se entrecruzam nas relações entre os sujeitos.

Tomando-se, inicialmente, o caso de Helena, essa reconstrução começou a se firmar a partir do momento em que o terapeuta lhe propôs que entrasse em transe e fosse para um lugar muito agradável, onde ela pudesse sentir seu corpo repousando e se sentir muito confortável e à vontade. Como ela relatou se ver em um belo jardim, algo pelo qual possuía muito interesse, o terapeuta comentou que ficou curioso em saber como eram as cercas desse jardim, ao que ela respondeu serem espécies de cercas vivas, muito floridas. O terapeuta lhe acrescentou que as cercas vivas floridas costumam ter grandes espinhos, mas que isso não lhe importava agora, pois ela poderia se soltar e aproveitar bem aquele momento, e perceber que, enquanto relaxava, as vozes das demais pessoas iam ficando longe, bem longe.

Ela poderia, ainda, deixar que alguém entrasse nesse seu jardim, mas apenas alguém que ela quisesse – o que ocorreu com seu cão labrador que veio lamber-lhe a mão e deitar-se a seus pés. Helena descreveu sentir-se muito bem com a experiência e, como ainda sentisse algumas dores, o terapeuta lhe disse, numa sugestão pós-hipnótica, que essa experiência a acompanharia em casa e logo que ela fosse lidar com seu jardim, as sensações agradáveis do transe viriam à tona e levariam boa parte de suas dores naquele dia. O processo ocorreu exatamente como prescrito. Porém, na sessão seguinte, Helena relatava sentir-se invadida pelo marido que, durante a noite, puxava suas roupas e começava a manter relações sexuais sem mesmo considerar suas necessidades de toque e carícias. Disse sentir-se como uma comida *fast-food* e o terapeuta começou a fazer algumas metáforas sobre os hábitos de quem costuma frequentar o *McDonald's*. Ao final, ele lhe prescreveu que comprasse um hambúrguer de borracha e o guardasse na cabeceira da cama, pois ela saberia o que fazer com o mesmo no momento correto. Assim, ela passou a exigir do marido uma postura distinta no momento das relações sexuais, inclusive negando-se a mantê-las nos dias em que não sentia desejo para tanto.

O que tais descrições sugerem é que as intervenções psicoterápicas atuaram em sentidos centrais ligados a suas experiências de dor, a começar pela dimensão relacional de seu casamento. Ao ser sugerido um espaço exclusivo para a paciente, um lugar apenas dela, onde pudesse se sentir confortável e protegida, Helena transpôs de algum modo tal sugestão para a construção de um espaço individual que até então se via frequentemente invadido por seu esposo. Não é sem razões que o terapeuta falava de uma cerca, de espinhos e, principalmente, de que o acesso a esse jardim só ocorreria com sua autorização, ou seja, que caberia a ela, Helena, permitir ou negar o acesso dos outros a seus momentos de intimidade. A metáfora do *fast-food*, como a prescrição do hambúrguer, vieram ao encontro dessa mesma necessidade que já se desenhava em sua subjetividade, uma necessidade de se preservar das exigências externas para atender a suas próprias necessidades. Assim, a partir de tais desencadeadores, Helena passou a criar um espaço maior de negociação com o marido, a se posicionar com mais firmeza diante de seus ataques, a se sentir mais livre quanto a seu dinheiro e até mesmo a cogitar a possibilidade do divórcio, o que antes parecia ser uma ideia inconcebível. Não seria exagero afirmar que tais mudanças vêm ao encontro de muitas aspirações dos discursos sobre o feminino em nossa sociedade (Louro, 2002).

Já o caso de Dona Clara passou por um percurso distinto, a começar pela liberdade que a psicoterapia lhe conferiu quanto a seu choro. Na situação de transe hipnótico, seu choro de saudades foi acolhido com naturalidade, e o terapeuta lhe propôs várias vivências que retomavam a diferentes momentos de sua vida, nos quais sua irmã e seus familiares apareciam de diferentes modos. Ela pôde rememorar momentos de sua infância, quando sua irmã a protegia, de sua mocidade, quando elas se tornavam cúmplices, do casamento, da chegada dos filhos, dentre outros. Tendo ela relatado se sentir muito bem e aliviada, o terapeuta lhe propôs uma tarefa em que ela deveria colocar a foto da irmã em meio aos santos de seu altar pessoal e lhe dizer, como se fizesse uma oração,

tudo o que sentia por ela. Desse modo, sempre que quisesse chorar, ela poderia ir a seu altar e soltar todas as lágrimas de maneira que ninguém na família deveria interrompê-la ou perguntar-lhe o que estava fazendo. Além de iniciar a saída de um processo depressivo, tais intervenções lhe proporcionaram uma melhora sensível de suas dores, o que chamou bastante a atenção de seus familiares.

Nesse processo, a situação de transe procurou resgatar outros momentos de sua história distintos da experiência atual e cinzenta de sofrimento. Buscou-se, com isso, permitir seu acesso a tais momentos de maneira a se apoderar deles e romper com processos constantes de produção negativa de sentidos que não reconheciam a legitimidade de outras vivências da própria paciente que, desde muito tempo, já estavam incrustadas em sua história (Erickson & Rossi, 1979). Tratava-se de uma forma de ajudá-la a recontar e visualizar sua história de modo a reconhecer seu sofrimento atual, como algo nada pequeno, mas também reconhecer e qualificar suas experiências anteriores que também eram processos vivos de sua própria subjetividade. Já a prescrição de tarefas lhe trazia a possibilidade de reconhecimento de seu choro diante dos outros, dessa vez chancelada pela dimensão do sagrado, algo partilhado pela família, como também pela própria autoridade do terapeuta, pois todos foram avisados de que esse ritual era parte integrante de sua psicoterapia. Vale destacar que Dona Clara passou a reconhecer a importância de seu choro e de sua própria fragilidade, o que antes não era aceito por ela, nem por sua família. Agora ela afirmava que o choro lhe proporcionava um grande alívio, pois “a dor era tão grande que só as palavras não eram suficientes para aliviá-la”. Tais processos foram de considerável importância e lhe permitiram mudanças bastante significativas. Ela retomou um sono de qualidade, passando também a sentir de novo o gosto da comida e a frequentar os eventos familiares, algo antes impossível para ela. De outra parte, ela passou a sair de seu próprio sofrimento e a perceber o que acontecia com as outras pessoas, o que há muito tempo não sentia condições de fazer: ouvir seus choros, seus pedidos e problemas, como também suas constantes solicitações de que ela voltasse a ocupar a posição de esteio, de conselheira e sábia da família. Tais formas de interação, antes encaradas com sentidos de impossibilidade e fraqueza, agora se mostravam como algo interessante para ela, mesmo que ainda não se visse com forças para tanto. Gradativamente ela pôde, por meio desse novo contexto, reassumir seus papéis frente a seus diferentes cenários sociais.

Já a abordagem desenvolvida junto ao problema de Dona Márcia passou pela alternativa de diálogo com a dimensão nológica trazida por ela. Na sessão inicial de transe, ela chorou bastante dizendo que suas dores se pareciam com um pacote, onde estavam as pessoas que dependiam de seus cuidados e que, de certa forma, acabavam se opondo a seus novos projetos. Sendo devota de Nossa Senhora, o terapeuta pediu que ela se visse diante de seu altar e que ali se preparasse para receber os benefícios que os fiéis recebem. Diante do altar, ela poderia também ir deixando os pacotes, gradativamente, porque ali eles ficariam sob a proteção da Santa. Após relatar alívio, Dona Márcia se pôs a chorar de novo relatando que via seu pai e se lembrava da terrível profecia feita por ele pouco antes de sua morte. Então, o terapeuta lhe pediu que olhasse

para seu pai, perguntando-lhe se poderia ver seu rosto, seu cabelo, seu semblante e a forma como estava vestido. Com a resposta positiva da paciente, o terapeuta perguntou-lhe se seria possível a ela se aproximar da figura de seu pai e ela relatou que ele a havia abraçado, dado-lhe um beijo na cabeça e lhe pedido que esquecesse o que ele havia dito, já que ele não possuía o poder de prever o dia da morte de qualquer pessoa. Nesse momento, Dona Márcia apresentou um choro muito intenso que, segundo ela, era de alívio, como se um grande peso fosse tirado de suas costas.

Esse caso, que culminou com uma melhora bastante significativa de suas dores físicas, apresentou características importantes na construção de seu contexto terapêutico. A princípio, a inclusão da dimensão noológica e sagrada trouxe uma perspectiva alternativa de grande importância para a cliente: como não lhe seria possível deixar as pessoas de sua família facilmente sob cuidados humanos, isso poderia se tornar possível caso elas ficassem sob a proteção de um ser divino, no caso, Nossa Senhora. O fato de o terapeuta usar a palavra “pacotes”, isto é, colocar no plural o significado trazido por ela, possivelmente tornou a situação mais fácil, já que ela poderia se liberar deles diante do altar e de forma gradativa. Por outro lado, a visualização de seu pai permitiu uma mudança importante na relação que possuía com ele, saindo de uma produção de sentido impeditiva e negativa quanto a seus planos para a retomada do afeto que sempre caracterizou suas relações com o mesmo. Desse modo, é curioso notar que as sugestões do terapeuta foram, aos poucos, promovendo uma aproximação entre ambos, mas, a partir de um determinado momento, a própria paciente já relata um contato mais íntimo com seu pai e uma fala reconciliatória vinda dele. Os novos sentidos que se produziam em sua experiência permitiram-lhe se colocar de outra forma quanto à sua família, resgatando o afeto pelo pai e mantendo seu papel de cuidadora, e manter seus projetos pessoais de vida.

Em suma, tais casos sugerem que o contexto pode proporcionar ferramentas importantes para a modificação da experiência de dor do sujeito, o que não deve significar cura no sentido de eliminar suas possíveis causas orgânicas (Carvalho, 1999; Erickson, 1985). Eles apontam que a influência da relação pode ser significativa na modificação de certos pontos do contexto de modo a promover a construção de novos processos de geração de sentidos na subjetividade do sujeito, bem como de sua forma de se relacionar com os outros. Esses casos mostram, portanto, que além da causalidade orgânica, a dor de uma pessoa é, sobretudo, um processo subjetivo marcado pela complexidade do contexto, pela história do sujeito e por suas relações. Por essas razões, consiste numa experiência plástica que pode ser influenciada de outras formas de acordo com as modificações que permitem que o contexto seja considerado terapêutico.

### Considerações Finais

Ao longo deste trabalho, buscou-se destacar alguns aspectos referentes à construção de um contexto terapêutico para a dor. Destacou-se a psicoterapia como uma espécie de oficina de restauração de contexto que possui a capacidade de reconstruir, em certa medida, as experiências dos sujeitos (Bateson,

1972/2000; Keeney, 1994). Nesse sentido, há uma questão de fundamental importância que são as narrativas com as quais os sujeitos chegaram ao serviço, isto é, uma compreensão da dor como um processo de ordem biológica e médica. Embora acreditassem que a dor possuísse uma relação com o emocional, havia uma predominância de concepções em termos de causalidade orgânica, de modo que o trabalho psicológico só passou a ganhar mais importância devido à persistência dos processos de dor das quais padeciam, que pareciam responder pouco aos tratamentos médicos. É curioso destacar que, nos processos aqui discutidos, a hipnose surgiu como um atrativo interessante, possivelmente devido ao pouco conhecimento das clientes sobre o assunto, que ainda a enxergavam sob um véu de mistério e sensacionalismo.

Sendo assim, um dos primeiros pontos da construção do contexto terapêutico foi a desconstrução da narrativa segundo a qual a dor é uma entidade desvinculada da vida cotidiana das pessoas, como algo que simplesmente se impõe ao corpo e pouco se pode esperar. Desse modo, o psicoterapeuta deve promover de início dois enquadres distintos, mas complementares, sobre a experiência da dor, entendendo-se aqui “enquadre” como o conjunto de expressões, falas e atitudes do terapeuta que proporcionam um contexto simbólico específico (Bateson, 1972/2000; Erickson & Rossi, 1979). Em outras palavras, quando o terapeuta se utiliza de metáforas, analogias e narrativas, ele estabelece relações (pautas) não só entre os elementos narrativos envolvidos (como a dor, as pessoas, os medicamentos, a hipnose, a doença etc.), mas também com seus interlocutores. A produção dessas pautas envolve também um jogo corporal e não verbal em que o terapeuta dramatiza um papel de maneira a influenciá-lo junto ao cliente de acordo com certas finalidades. Ao mesmo tempo, à medida que as pautas estão inseridas numa relação estreita de vínculo e comunicação, elas oferecem rumos, direcionamentos e perspectivas para as construções dos sujeitos que, de forma consciente e inconsciente, produzem sentidos dentro das referências propostas por esses enquadres (Boscolo & Bertrando, 1996; Keeney, 1994; Zeig, 2006).

Logo, é importante que o psicoterapeuta não se coloque na posição de promessa de cura, já que as questões referentes à causalidade são de ordem médica e o acompanhamento de um profissional médico deve ser uma condição para a própria integridade do sujeito. Embora haja diversos casos registrados na literatura sobre possíveis curas associadas à sugestão hipnótica (Laurence & Perry, 1988; Rossi & Cheek, 1988), é temeroso que o psicoterapeuta a eleja como método principal, já que os mecanismos de tais processos são ainda muito pouco conhecidos e, mesmo que fossem melhor conhecidos, não deveriam dispensar o conhecimento médico já existente. Por outro lado, é importante que o psicoterapeuta busque situar a dor como um processo associado à vida das pessoas de maneira que, independentemente de sua causalidade, ela seja acessível à influência do próprio sujeito. Assim, se a dor sai da posição de uma entidade transcendente e isolada para a de um processo ligado ao sujeito como ator em seu mundo social, ela passa a ser simbolizada de forma mais plástica pelos atores do contexto que poderão perceber e valorizar os momentos e situações em que conseguem influenciá-la de forma efetiva.

A psicoterapia de Dona Márcia foi bem ilustrativa quanto a tais pontos já que, desde o início, o psicoterapeuta lhe propôs o trabalho hipnótico, mas delegou-lhe a responsabilidade de seguir as prescrições médicas. Ela já possuía o conhecimento do que deveria fazer e tanto seus familiares como seus médicos a pressionavam para que cumprisse as prescrições de repouso e medicação, mas a cliente ainda se encontrava muito ligada a suas atividades e não percebia melhoras no tratamento médico. Porém, no estabelecimento do contrato terapêutico formal<sup>5</sup>, o psicoterapeuta lhe propôs, numa legítima sugestão ericksoniana, que ela “tomasse as medidas necessárias que ela já sabia bem quais eram” e que o trabalho hipnótico faria a sua parte. Dona Márcia saiu muito impressionada da primeira sessão, já que conseguiu passar por duas experiências que há muito não lhe era possível passar: algumas horas sem dor e uma boa noite de sono. Na mesma semana, passou a reduzir consideravelmente sua carga de trabalho e a ficar boa parte do tempo em repouso em sua cama. É possível que tal concretude de experiência, marcada por uma analgesia nítida e produtora de alívio, associada a outros elementos do contexto, tenha lhe proporcionado a abertura de novas possibilidades de sentido diante de sua situação e inserido perspectivas de esperança e futuro quanto a seus projetos.

Outro ponto importante na construção do contexto é o regate do sujeito em sua condição humana. Conforme já levantado anteriormente, o corpo não é um espaço à parte desvinculado da vida do sujeito, mas um momento fundamental da construção de sua subjetividade, um espaço identitário onde ele reconhece a si mesmo e ao outro (Gergen, 1996; Gonzalez Rey, 2003). Dito de outro modo, o que interessou para os trabalhos aqui discutidos não foi uma anamnese da dor, mas um espaço de acolhimento do sujeito que padecia dessa dor em suas formas de produção de sentido e de relação social, o que implicou em duas questões intrinsecamente ligadas. A princípio, o interesse não incidiu sobre uma descrição técnica e objetiva da dor, mas uma descrição do sujeito sobre sua experiência de dor, juntamente com suas formas de nomeá-las e suas metáforas, como também com as realidades criadas para si a partir dessa experiência (Carvalho, 1999). Os impedimentos, as limitações, a quebra da esperança, as dificuldades de comunicação e relacionamento com os demais eram perpassadas por sentidos e emoções bastante singulares que precisavam ser qualificados no processo, já que faziam parte das configurações de dor dos sujeitos. Em segundo lugar, havia a necessidade de acolhimento desses sujeitos, ou seja, a construção de uma relação na qual eles se sentissem compreendidos e reconhecidos em suas formas de viver e expressar essa dor (Andersen, 1988/1996; Anderson, 1997; Hycner, 1988/1995). Foi importante para as clientes que o psicoterapeuta demonstrasse interesse em suas histórias, em suas formas de vida, em como estavam suas situações em casa ou no trabalho e o que esperavam do futuro.

5 Parte-se aqui da ideia de que um contrato terapêutico é composto por uma parte explícita que se refere a condições objetivas (como pagamento, quando é o caso, horários, reposições, férias etc.) e uma dimensão subjetiva que remete ao engajamento emocional de psicoterapeuta e cliente, à construção do vínculo e ao cumprimento dos papéis que cabem a ambos.

O caso de Dona Clara foi de considerável importância nesse ponto, principalmente devido às dificuldades que ela encontrava em seu meio social para expressar seu sofrimento através das lágrimas e reconhecer sua fragilidade diante da perda. O contexto criado com ela foi apenas um espaço relacional no qual ela se sentisse à vontade para chorar, como também para contar e recontar suas histórias de maneira a promover reconstruções significativas em seus processos narrativos. Dessa forma, o choro, antes considerado um sinal de fraqueza, passou a significar um recurso terapêutico de grande valor e o constrangimento que sofria por chorar diante dos outros deu lugar ao reconhecimento social de sua dor. É curioso notar que ela mesma passou a prescrever as lágrimas como um recurso terapêutico a seus familiares que ainda sofriam com a morte de sua irmã.

Já o terceiro ponto refere-se à necessidade de que o contexto seja voltado para possibilidades de maneira a engajar o psicoterapeuta e o cliente na construção de mudanças para a experiência de dor em sua diversidade de sentidos. Tal reflexão é importante, pois, embora haja o destaque de influências e metanarrativas históricas, biológicas, sociológicas e antropológicas, o problema da dor não deve ser concebido dentro de uma lógica fechada, determinista e insolúvel. É necessário que haja espaço para que a experiência seja reconfigurada de tal modo que o sujeito consiga sentir o alívio físico, como também construa sentidos que lhe proporcionem perspectivas possíveis para sua situação. Nesse sentido, ao se buscar compreender o sujeito em sua humanidade, como já levantado, concebe-se também o seu papel de ator, o qual lhe confere determinado poder de promover mudanças, dentro de certos limites, diante de sua própria experiência. Mesmo a considerável força de determinação da cultura, das trocas sociais e da biologia pode, em certa medida, ser artesanalmente recriada pelo sujeito nas suas diferentes formas de subjetivar tais influências, como nos casos oncológicos onde há intensas dores crônicas (Erickson, 1959). Para tanto, porém, é importante que o contexto se torne um *com-texto*, isto é, um processo de reconstrução conjunta em que o cliente e o psicoterapeuta busquem novas possibilidades de restauração das histórias e experiências de dor que afligem o sujeito (Anderson, 1997; Boscolo & Bertrando, 1996; White & Epston, 1993). Isso porque narrativas de patologização, *déficit* e causalidade costumam ampliar sentidos de impotência e paralisação dos sujeitos que, comumente, se sentem acusados e culpabilizados pelas situações em que se encontram.

É assim que, embora Helena pudesse receber, em sua subjetividade, influências típicas dos conflitos de gênero da sociedade brasileira, como ainda de suas heranças familiares, a construção de pequenas soluções lhe permitiu situar-se de um modo mais confortável em sua relação conjugal. A partir do momento em que percebeu que possuía seu próprio espaço no contexto terapêutico (como possivelmente no caso da indução hipnótica descrita), trouxe o tema *fast-food* e se mostrou interessada, descontraída e com humor com as explanações do psicoterapeuta sobre os hábitos alimentares do *McDonald's*. É neste justo ponto que Helena começou a perceber a possibilidade de se movimentar em sua forma de relação, saindo de uma posição

de subjugação e paralisia para uma de possibilidades de negociação, podendo todas as iniciativas de imposição de seu marido. A ideia do divórcio, nesse caso, saiu de um sentido de proibição para um sentido terapêutico, já que a insegurança por ela provocada tornou-se capaz de gerar formas de negociação. É curioso notar como esse movimento de mudança se compôs tanto de um alívio considerável de suas dores, quanto de uma nova forma de reconhecimento de si e do outro.

Em suma, tais considerações levam a propor que os estudos referentes à dor e às suas relações com a psicoterapia não podem se restringir apenas à mensuração de eficácia, centrando-se na avaliação de respostas isoladas. É necessário que se vá além, buscando-se compreender que a dor está inserida em processos singulares e complexos que a influenciam e lhe proporcionam caráter de realidade para os sujeitos que as vivenciam. Mais que isso, é importante considerar que tais contextos são plásticos até certo ponto, ou seja, são passíveis de influências transformadoras capazes de trazer mudanças significativas na subjetividade de pessoas e de grupos em processos nos quais a psicoterapia pode ocupar um lugar central. Nesse sentido, dois pontos centrais devem ser destacados. Primeiramente, o contexto não deve ser reduzido ao ambiente físico nem a algo externo aos sujeitos, uma vez que os sujeitos possuem participação fundamental em sua fabricação ao mesmo tempo em que este lhes atravessa e envolve, possuindo também uma influência central na construção de seus processos subjetivos (Gonzalez Rey, 2007; Morin, 2001). Assim, se a dor não é um mero reflexo ambiental, nem o sinal clínico de um corpo inerte, é importante que as pesquisas possam desenvolver aportes teóricos e metodológicos capazes de abordá-la em sua complexidade, como em sua condição humana, isto é, subjetiva.

Esse é, exatamente, o segundo ponto no qual a condição humana é resgatada como eixo de compreensão sobre a experiência do sujeito. Para tanto, é necessário que os estudos sobre a dor sejam aprofundados no tocante ao que quer dizer a ideia de que dor é um processo subjetivo, antes de ser orgânico, pois é na subjetividade do sujeito que se encontram os impactos orgânicos, os símbolos culturais, as trocas sociais e as influências históricas (Merleau-Ponty, 1949). É ali, e não no corpo impessoal, que o sujeito sofre, gera emoções e desenvolve formas de relação com os personagens de seus cenários sociais, como também é ali que se torna possível cogitar e percorrer os possíveis caminhos de mudança. Não se trata aqui de evocar a duvidosa perspectiva de somatório do bio-psico-social, tão destacado nos discursos de instituições e profissionais de saúde, mas de compreender a subjetividade como categoria complexa de integração de influências distintas e produção de processos (Gonzalez Rey, 2007; Morin, 1991, 2001). Não basta um desenvolvimento instrumental e técnico para esse tipo de avanço. É preciso uma reformulação epistemológica, uma transformação na forma do pensar que leve a questionar pressupostos que já são dados como certos, como no caso da lógica causalista em que a dor é tida como um processo orgânico.

## Referências

- Andersen, T. (1996). *Processos reflexivos* (R. Bergallo, Trad.). Rio de Janeiro: Noos. (Trabalho original publicado em 1988).
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities*. New York: Basic Books.
- Barber, J. (1996). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain*. New York: Norton.
- Bateson, G. (2000). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press. (Trabalho original publicado em 1972)
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Systemic therapy with individuals*. London: Karnac Books.
- Carroy, J. (2000). L'invention du mot psychothérapie et ses enjeux. *Psychologie Clinique*, 9, 11-30.
- Carvalho, M. (1999). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.
- Ebell, H. (2008). The therapist as a travelling companion to the chronically ill: Hypnosis and cancer related symptoms. *Contemporary Hypnosis*, 25, 46-56.
- Erickson, M. (1959). Hypnosis in painful terminal illness. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 117-121.
- Erickson, M. (1985). An introduction to the study and application of hypnosis in pain control. Em E. Rossi (Org), *Healing in hypnosis* (pp. 217-278). New York: Irvington.
- Erickson, M., & Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Gaulejac, V. (1999). *Histoire en heritage. Roman familial et trajectoire social*. Paris: Desclée de Browner.
- Gergen, K. (1996). *Realidad y relaciones*. Barcelona: Paidós.
- Gonzalez Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomsom.
- Gonzalez Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade*. São Paulo: Thomsom.
- Gonzalez Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade*. São Paulo: Thomsom.
- Hycner, R. (1995). *De pessoa a pessoa. Psicoterapia dialógica* (E. Gomes, Trad). São Paulo: Summus. (Trabalho original publicado em 1988)
- Jensen, M., & Patterson, D. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 95-124.
- Keeney, B. (1994). *Estetica del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kornblit, A. (1996). *Somatica familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Laurence, J. R., & Perry, C. (1988). *Hypnosis, will and memory*. New York: Guilford Press.
- Levy, R., & Walker, L. (2005). Cognitive behavioral therapy for recurrent abdominal pain. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 137-149.
- Lewadowski, W., R. Morris, Draucker, C., & Risko, J. (2007). Chronic pain and the family: Theory driven treatment approaches. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 1019-1044.
- Louro, G. (2002). *Gênero, sexualidade e educação: uma abordagem pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.
- Merleau-Ponty, M. (1949). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Morin, E. (1991). *La Méthode IV. Les idées*. Paris: Seuil.
- Morin, E. (2001). *La methode V. L'humanité de l'humanité. L'identité humaine*. Paris: Seuil.



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

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

Neubern, M. (2009b). Hipnose, dor e subjetividade: considerações teóricas e clínicas. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 14, 303-30.

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

Nogueira, C., Lauretti, G., & Costa, R. (2005). Avaliação duplamente encoberta da hipnose em fibromialgia. *São Paulo Medical Journal*, 14 (supl 1), 123.

Patterson, D. (2004). Treating pain with hypnosis. *American Psychological Society*, 13, 252-255.

Pimenta, C. A. (2001). Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 288-294.

Rossi, E., & Cheek, D. (1988). *Mind-body therapy. Methods of ideodynamic healing in hypnosis*. New York: Norton.

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

Skevington, S. (1995). *Psychology of pain*. Chichester: John Wiley & Sons.

Stengers, I. (1995). *L'Invention des sciences modernes*. Paris: Flammarion.

Thorn, B., & Kuhajda, M. (2006). Group cognitive therapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1355-1366.

Vandenberghe, L., & Ferro, C. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7, 137-151.

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapêuticos*. Barcelona: Paidós.

Zeig, J. (2006). The virtues of our faults: A key concept of ericksonian therapy. Em J. Zeig (Org.), *Confluence: The selected papers of Jeffrey K. Zeig* (pp. 71-94). Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.

Recebido em 16.01.09

Primeira decisão editorial em 26.11.09

Versão final em 17.12.09

Aceito em 25.01.10 ■