



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

**A TÉCNICA DA METÁFORA PARA A RESSIGNIFICAÇÃO
DA DOENÇA.**

POLYANNA GONÇALVES DE MACEDO SANTOS

BRASÍLIA / DF
NOVEMBRO / 2007

POLYANNA GONÇALVES DE MACEDO SANTOS

**A TÉCNICA DA METÁFORA PARA A
RESSIGNIFICAÇÃO DA DOENÇA**

Monografia apresentada ao
Centro Universitário de Brasília
como requisito básico para a
obtenção do grau de Psicólogo da
Faculdade de Ciências da Saúde.

Professor - Orientador:
Maurício Neubern.

Brasília/DF, Novembro de 2007.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof. Maurício da Silva Neubern, Dr. em Psicologia.

Prof. Francisco Ângelo Cechin, Dr. em Psicologia.

Prof^a. Valéria Mori, Mestre em Psicologia.

A Menção Final obtida foi:

BRASÍLIA / DF
NOVEMBRO / 2007

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, *Santos e Neuza*, meus mais valiosos tesouros, por sempre estarem presentes, muitas vezes me carregando no colo e outras me acompanhando com o olhar, porém nunca ausentes.

As minhas irmãs, *Daniela e Ana*, por me ensinar a cada dia que além de todo conhecimento é preciso ser apaixonada pelo que se faz.

Ao meu amado, *João Felipe*, minha inesgotável fonte de energia, por acreditar sempre no meu potencial e me fazer confiante quando o cansaço parece tomar conta e a insegurança torna-se mais presente.

Agradecimentos

Mestres

Ao meu querido orientador e mestre, **Maurício Neubern**, que durante o curso e ao longo da realização deste trabalho se fez como exemplo de profissionalismo e sabedoria. Por toda tranqüilidade transmitida, mesmo quando os dias estavam mais para roer as unhas ou arrancar os cabelos. Agradeço por toda confiança e dedicação, todo ensinamento e principalmente pelos sorrisos e tranqüilidade que fizeram com que a cada dia eu percebesse um sabor mais leve e agradável em realizar a monografia, ao invés de desespero e sufoco. Muito Obrigada.

Agradeço também a **profª Valéria Mori** e ao **profº Fernando Rey**, por toda disponibilidade e ajuda para a realização deste trabalho. Professores muito queridos e admirados por mim. Muito Obrigada.

Pessoais

Tenho certeza que todo o curso e principalmente a realização deste trabalho final não teria a mesma forma se não fossem por muitas pessoas que se fizeram presentes neste processo. Agradecer é apenas um pequeno reconhecimento da tamanha importância de vocês.

A toda a minha família, meus lindos **pais** e minhas queridas **irmãs**, meu **noivo**, minha linda **vovó Ana**, e em memória meus **avôs Jerônimo e Vicente** e minha **avó Amália**, a todos meus divertidos **tios e primos**. Em especial agradeço a minha linda prima **Dayla**, que se mostrou disponível em todos os momentos e com certeza sua ajuda foi fundamental. Ao meu amigo **Gabriel**, por ter me disponibilizado caminhos que sem sua parceria seriam bem mais complicados. Obrigada pelo carinho e amizade. A querida **Vivian**, por toda disponibilidade e ajuda, sem dúvida parte importante para a concretização deste trabalho.

Ao meu lindo jardim, **Lívia, Juliana e Fernanda**, por dividirem comigo as angústias, alegrias e sofrimentos de toda a minha vida acadêmica e pessoal. Por simplesmente serem minhas amigas.

A todos aqueles que fizeram com que minhas noites tivessem um estrelado diferente e mais bonito a cada dia. Pessoas que com certeza sempre estarão no meu coração e são muito amadas por mim. **Nathália, Thalita, Renata, Priscila, Daniel e Thiago**, a vocês um gigante beijo.

Não poderia deixar de agradecer a minha linda companheira de estágio, **Ana Regina** e ao meu querido **Maurício** por todas as risadas e assuntos compartilhados a respeito da monografia.

Agradeço a **Clínica Adoleser**, principalmente a Psicóloga Ternise, por toda confiança no meu trabalho e pelo conhecimento e aprendizagem disponibilizados. Este espaço tão harmonioso com certeza me encorajou a acreditar no meu potencial e a descobrir qualidades que antes estavam adormecidas.

A **todos** que direta ou indiretamente estiveram presentes durante este longo processo o meu mais sincero obrigada. Um beijo carinhoso a cada um de vocês.

E claro ao maior responsável por tudo isso, a **Deus** agradeço por mais uma vitória e por me mandar todos estes maravilhosos anjos que fizeram deste caminho mais suave e agradável.

Sumário

Resumo	vi
Introdução	7
1. A Doença Como Processo Subjetivo	10
1.1 – O Processo de Adoecimento	10
1.1.1 – Doença e subjetividade	11
1.1.2 – A doença como forma de expressão	16
1.1.3 – O processo de adoecimento e o social	20
1.2 – O Corpo Como Palco e Simbologia da Doença	24
2. A Técnica da Metáfora em Processo Terapêutico	28
2.1 – O Processo Terapêutico	28
2.1.1 – A relação terapêutica	29
2.1.2 – Subjetividade e psicoterapia	31
2.1.3 – A mudança	34
2.2 – A Técnica da Metáfora	38
3. A Técnica da Metáfora Para Novas Construções de Sentido da Doença	43
Conclusão	51
Referências Bibliográficas	54

Resumo

O presente trabalho tem como tema a técnica da metáfora para a ressignificação da doença. Com isto o objetivo que se pretende alcançar é a realização de uma análise teórica sobre a utilização da técnica da metáfora em contexto terapêutico para uma possível ressignificação da doença, podendo levar o sujeito adoecido a usufruir de bem estar e saúde, não considerando esta exclusivamente como ausência de doença. Com um novo significado o indivíduo possivelmente conviverá melhor com a sua enfermidade e conseqüentemente com os demais contextos que configuram seu atual momento. O termo doença aqui apresentado é utilizado de uma forma geral, não se prendendo a nenhuma enfermidade específica e nem mesmo a classificação como crônica ou aguda. O processo de adoecimento será articulado subjetivamente e não como uma relação linear de causa e efeito, onde o paciente é visto apenas como um corpo dessubjetivado. Para uma melhor compreensão deste assunto inicialmente será discutido a doença como um processo subjetivo, explorando toda a questão da subjetividade e seus componentes que são: as configurações subjetivas, os sentidos, emoções e significados. Aspectos correlacionados a esta questão, como o social, a possível expressão da doença e o corpo como constituinte de todo este processo também serão analisados. Já que a proposta é a utilização da técnica dentro do ambiente terapêutico, será abordado os importantes aspectos que permeiam o ambiente terapêutico para uma possível mudança, como a existência de uma relação segura e confiável entre terapeuta e cliente. Em seguida será explorada a descrição e a melhor forma de se utilizar a técnica da metáfora, considerando a singularidade de cada paciente. Com o objetivo de clarificar e exemplificar a proposta aqui apresentada o último capítulo é dedicado a uma reflexão de um estudo de caso, onde será explorado o assunto discutido ao longo do trabalho e principalmente será demonstrado de forma prática a possível utilização da metáfora para a ressignificação da doença. Foi possível perceber que a técnica da metáfora está bastante articulada com a complexa questão da subjetividade, sugerindo assim ser um bom recurso para a produção de novos sentidos perante a enfermidade, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Palavras chaves: Doença, subjetividade e metáfora.

Doença é algo muito discutido e analisado desde tempos bem remotos. Durante a era moderna, ela foi vista apenas como um aspecto objetivo, onde sua análise era feita por uma causalidade linear, sendo considerada em uma relação de causa e efeito. De acordo com González Rey (no prelo) apesar das grandes transformações ocorridas em importantes setores da medicina, ainda hoje, as ciências da saúde que estão profundamente apoiadas no modelo biomédico tradicional, não consideram a importância dos aspectos subjetivos sociais e culturais nos processos de saúde-doença. Neste sentido o trabalho aqui apresentado abordará a doença como um processo subjetivo, buscando resgatar esse aspecto tão importante para o processo de adoecimento.

Maruyama, Costa, Espírito Santo, Bellato e Pereira (2006) propõem as chamadas “doenças metáforas”, doenças que foram associadas a catástrofes, se diferenciando ao longo da história devido a sua carga moral que transportavam. Um forte exemplo é o câncer, que mesmo com a evolução médica referente a tratamentos, prevenções e diagnósticos, dentro da perspectiva cultural ainda é uma doença que, ao longo de sua história, tem sido associada à punição ou castigo. Fazendo assim com que, além dos sintomas e sinais inscritos no corpo, o paciente também carregue a carga moral associada à doença. Sendo que esta está bastante associada à produção de sentido de cada indivíduo, a forma como cada sujeito sentirá e viverá sua enfermidade.

De acordo com González Rey (2005), saúde física e mental estão muito relacionadas à capacidade do sujeito de produzir sentidos ante seus conflitos. Desta forma, uma saída para se buscar saúde é uma possível resignificação da doença. Trazer um novo sentido para alguém que encara sua doença com pessimismo, afetando todos os outros contextos da sua vida se torna então, uma possibilidade agradável dentro da psicoterapia. Um novo sentido para estes sujeitos pode ser fator primordial para uma melhora ou estabilidade de sua enfermidade, proporcionando qualidade de vida e bem estar.

De acordo com Zeig (2003, p. 80): “Para que o terapeuta faça uma comunicação transformadora a nível psicológico, ela precisa ser obtusa, indireta, metafórica, ilógica e pode consistir às vezes de tarefas estratégicas aparentemente irrelevantes”.

Neste sentido, parece eficaz a utilização da técnica da metáfora para a produção de novos sentidos e significados perante o adoecimento. Esta técnica é considerada como uma linguagem indireta que endereça seu conteúdo tanto ao consciente quanto ao inconsciente, produzindo transformações paralelas entre eles, o que facilita a produção de novos sentidos e significados (Neubern, 2004).

Herzlich (2005) sugere que a saúde e a doença são objetos privilegiados, por apresentarem características particulares e possuírem elementos que vão além da estabilidade, sendo passíveis de metaforizá-las. Neste sentido, sujeitos que utilizam a metáfora cotidianamente, como para explicar sua dor ou descrever sua doença possuem maior familiaridade com esta técnica, ocorrendo mais facilmente a associação e conseqüentemente a transformação. A metáfora será construída de acordo com cada sujeito, com os recursos trazidos por cada paciente para a psicoterapia.

Sendo assim, a metáfora poderá ser utilizada de um lado inverso ao que propõe as “doenças metáforas”, ao invés de estar relacionada a sentidos negativos, ela servirá para resgatar significados positivos e aspectos que trazem qualidade de vida para os sujeitos adoecidos.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo analisar a técnica da metáfora como uma forma de se chegar a uma ressignificação da doença, levando ao sujeito adoecido um novo sentido de vida e uma nova perspectiva de saúde. Sendo que esta pode e deve estar relacionada à sua qualidade de vida, e não necessariamente a ausência da doença.

Para alcançar o objetivo aqui proposto, será realizada inicialmente uma análise teórica, discutindo os diversos aspectos relacionados à compreensão da doença como processo

subjetivo e das questões referentes a utilização da técnica da metáfora em processo terapêutico. Por fim, para clarificar e expor de forma prática todo o assunto discutido será utilizado um estudo de caso.

Os capítulos deste trabalho foram articulados para que depois de toda a compreensão teórica dos assuntos abordados fosse possível, por meio da reflexão de um estudo de caso, a visualização prática da utilização da técnica e dos diversos aspectos discutidos.

O primeiro capítulo aborda uma compreensão da subjetividade e da doença como um processo subjetivo, descrevendo aspectos do social, da doença como forma de expressão e do corpo como constituinte de todo este processo. A doença não deve ser considerada apenas como uma entidade objetivada e sim deve-se considerar todos os aspectos subjetivos que a permeiam (Neubern, não publicado). Autores como Neubern (2004) e González Rey (2005) subsidiarão a compreensão dos aspectos presentes na complexa questão da subjetividade, como as configurações subjetivas, os sentidos subjetivos, emoções e significados.

O segundo capítulo descreverá a técnica da metáfora e a forma como esta deve ser utilizada para se chegar a um trabalho terapêutico eficaz. Desta forma, também serão abordados aspectos que permeiam o ambiente terapêutico e a relação estabelecida entre terapeuta e paciente, demonstrando que segurança e confiança são características que devem estar sempre presentes para que a mudança aconteça (Mahoney, 1998).

Por fim, no terceiro e último capítulo será discutido um estudo de caso com o objetivo de clarificar e demonstrar praticamente os aspectos abordados anteriormente. Possibilitando uma compreensão de como a técnica da metáfora pode ser um recurso para a ressignificação da doença. Assim como expõe Neubern (2004) de que a reconstrução de sentidos e significados consiste como um dos principais momentos da terapia.

CAPÍTULO 1

A Doença Como Processo Subjetivo

*“Todo mundo é como suas impressões digitais. Não existem duas iguais. Nunca vai haver outra pessoa igual a você”
(Milton H. Erickson).*

- O Processo de Adoecimento

Desde tempos bem remotos a doença¹ e todo sofrimento que a acompanha faz parte da vida do homem. E como era de se esperar, junto com ela, inúmeros estudos, pesquisas, teorias e conceitos foram formulados ao seu respeito.

Autores e pesquisadores das mais diversas opiniões e articulações trabalharam o termo em várias perspectivas. A idade Média, onde a medicina mantinha o pressuposto do paradigma aristotélico da unidade orgânica dos seres vivos, considerava a doença como a expressão de alterações globais do organismo em interação com o seu meio físico e social. Já com Descartes, no século XVII, foi vista como um distúrbio de um dos componentes da máquina humana passível de ser reparado pela intervenção de uma medicina que detivesse todo o conhecimento das leis de funcionamento dessa máquina (Queiroz, 1986).

Para Boorse (1977, citado em Almeida Filho & Jucá, 2002) está relacionada ao cumprimento deficiente de uma função biológica que se encontra comprometida, porque um dos componentes dessa função acha-se fora da normalidade estatisticamente definida. Esse conceito traz inúmeras críticas de outros autores interessados no assunto.

De acordo com Wulf, Pedersen e Rosemberg (1986, citado em Almeida Filho & Jucá, 2002), Boorse (1977, citado em Almeida Filho & Jucá, 2002) falha ao não considerar o fato de que a doença não diz respeito a meros organismos biológicos, mas afeta a seres

¹ Apesar do termo doença aqui proposto estar voltado para um sentido amplo, vale ressaltar a diferença entre doenças crônicas e agudas, sendo que as primeiras se caracterizam por serem de longa duração, afetando todos os aspectos da vida do paciente, e a segunda estando relacionada a uma interrupção apenas temporariamente a vida do cotidiano (Herzlich, 2004).

humanos. Dessa forma essa teoria deixa de considerar a subjetividade como um elemento importante no entendimento dos processos saúde-doença.

De acordo com Almeida Filho e Jucá (2002) a hipótese do conceito de doença portar componentes não-físicos, não-químicos e não-biológicos tem sido um dos principais temas da antropologia médica contemporânea. Essa idéia também está bastante articulada com a concepção de doença como um processo subjetivo.

O processo de doença e os aspectos psicológicos nele envolvidos não são conscientes para o sujeito concreto, principalmente pela ausência generalizada de uma cultura a atender às questões relacionadas com os aspectos emocionais e do modo de vida (González Rey, 2004, p. 10).

Apesar da tradição médica, a partir dos séculos XVIII e XIX, remeter a um estudo da doença com ênfase em relações de causa e efeito (Stengers, 1999), faz-se necessário ir além. A doença não pode ser considerada como apenas um emaranhado de sintomas que resulta de processos e disfunções do organismo. Existe um sujeito por trás dela, emoções e sentidos que corroboram para a relação existente entre o sujeito adoecido e sua enfermidade.

1.1.1 - Doença e subjetividade².

Primeiramente, antes de se falar de doença no âmbito da subjetividade, faz-se necessário esclarecer o conceito de subjetividade aqui adotado.

Para González Rey (2005), a subjetividade individual se caracteriza por uma natureza processual, em que representa as diversas formas de organização subjetiva dos sujeitos. Está presente a história única de cada indivíduo, constituída em suas relações pessoais, dentro de uma dada cultura.

² “A subjetividade seria a constituição psíquica dos indivíduos, constantemente integrada à sua ação social sem se dissolver nela e intimamente ligada à produção de significados e sentidos” (Rey, 1997, citado em Neubern, 2004, p. 224).

Assim se a subjetividade individual está constituída dentro de espaços sociais, na sua gênese estão os espaços constituídos de uma determinada subjetividade social³. O autor propõe com esse conceito uma ruptura com a idéia de muitos psicólogos, de que a subjetividade é um fenômeno apenas individual. Desta forma, a subjetividade deve ser apresentada como um sistema complexo produzido de forma simultânea no nível social e individual.

Compreender a doença como processo subjetivo requer resgatar conceitos que por algum tempo a ciência não esteve tão atenta, como a questão da singularidade. Não se pode pensar em subjetividade sem pensar em sujeito e principalmente que este possui forma diferenciada de ver e pensar sobre um determinado fato, conseqüentemente sobre sua enfermidade.

Pensando no que Neubern (não publicado) propõe com referência à dor como processo subjetivo, pode-se trazer a mesma organização desse processo para o que é proposto aqui em relação à doença. Estando assim o processo subjetivo da doença “organizado em termos de configurações, sentidos, emoções e significados que são construídos a partir das ações do sujeito em seus respectivos cenários sociais em que se insere” (p. 1).

Alves (1993) ao conceituar os modelos explicativos⁴ demonstra que estes podem ser considerados como poderosos instrumentos teóricos que permitem explorar diversas questões relacionadas à enfermidade, como aderência a tratamentos, escolha e avaliação de terapias.

Porém, esse conceito responde apenas parcialmente a questões da experiência da enfermidade, pois os teóricos desse modelo, na procura de uma lógica interna dos significados

³ “A categoria da subjetividade social é uma macrocategoria teórica orientada precisamente para uma nova representação social, suscetível de se enriquecer no estudo de todas as formas e processos concretos da vida social do homem” (González Rey, 2005).

⁴ Para Kleinman (1981, citado em Alves, 1993) o modelo explicativo da enfermidade pode ser definido como as noções que se tem sobre um episódio de doença e seu tratamento, sendo empregado por todos aqueles engajados em um processo clínico. Desta forma o modelo explicativo se caracteriza por ser um conjunto de proposições ou generalizações, explícitas ou tácitas, a respeito da enfermidade.

dados às enfermidades, não dão a devida atenção ao fato de que as pessoas atribuem diferentes interpretações para suas aflições.

A interpretação que uma pessoa elabora para uma determinada experiência de enfermidade resulta nos diferentes meios pelos quais ela adquire seus conhecimentos médicos, suas explicações para a doença e seu tratamento de um modo geral, sendo que estes se diferem de pessoa pra pessoa, por serem originados em situações biográficas específicas. Esse conhecimento é construído de e por experiências diferentes (Alves, 1993).

Pensar em uma rede de relações para a interpretação de uma enfermidade como propõe Alves (1993) remete ao que González Rey (1997, p. 280) define como configuração subjetiva:

Organização de um conjunto de estados dinâmicos que, em sua inter-relação, definem o sentido subjetivo das diferentes relações e atividades desenvolvidas pelo indivíduo em sua condição de sujeito psicológico.

Mais um fator que se entrelaça na compreensão de configuração subjetiva e o conhecimento médico proposto acima, é que ambos apresentam caráter dinâmico. De acordo com Alves (1993) o conhecimento médico do indivíduo existe em um fluxo contínuo, sendo passível de mudanças, compartilhando assim com a compreensão de configuração subjetiva proposto por González Rey (1997).

Dentro do conceito de configuração proposto, um aspecto de fundamental relevância e que fazendo parte da subjetividade e da configuração desta demonstra estar muito presente em um processo de adoecimento é o sentido⁵ subjetivo.

De acordo com González Rey (2005) saúde física e mental estão muito relacionadas à capacidade do sujeito de produzir sentidos ante seus conflitos. Um claro exemplo descrito pelo autor diz respeito ao divórcio, em que a pessoa que está passando por esta situação tanto

⁵ “Trata-se de um complexo emocional que integra, em termos configuracionais, varias emoções diferentes, mas possui uma qualidade dominante” (González Rey, 1997, citado em Neubern, 2004, p. 223).

pode produzir novos sentidos que a levam a uma reorganização de sua vida ou pode entrar num processo progressivo de desorganização, podendo levar a uma configuração patológica da personalidade.

O mesmo autor em seu artigo Os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas no câncer (no prelo) propõe a doença como sendo uma complexa organização de processos diferentes, que de forma integrada e em determinadas condições, produzem uma mudança qualitativa no funcionamento do organismo.

Os sentidos subjetivos perante o adoecimento “são produzidos como resultado das emoções e processos simbólicos que aparecem no posicionamento do sujeito frente à doença.” (González Rey, no prelo, P. 06). Vale ressaltar ainda que o autor considera que os sentidos subjetivos tem caráter patogênico pelo tipo de emoções que produzem e não pelo seu conteúdo, sendo ainda que esse processo não é regulado de forma racional pelo sujeito, apesar do posicionamento racional fazer parte do processo.

O mesmo autor propõe um estudo de caso que demonstra claramente a relação do sentido subjetivo e o posicionamento do paciente perante a doença. MG teve o diagnóstico de câncer durante o período gestacional de um de seus filhos. Para a paciente, a gravidez e os filhos constituíram um forte sentido subjetivo que marcou de forma singular a organização das configurações subjetivas da paciente frente à doença.

MG tem um discurso que demonstra seu medo de morrer, mas ao mesmo tempo tem um posicionamento de pensar que viverá até o último dia, pois não seria justo já que acabará de ter um bebê e este precisava de seus cuidados. De acordo com a paciente, talvez se não estivesse grávida teria outra visão da sua doença, podendo encará-la de outra forma.

O posicionamento de MG demonstra a pessoa como sujeito da doença, elaborando seus medos e dores, traçando caminhos para enfrentar a vida e sendo capaz de tomar posições perante os acontecimentos.

É importante perceber que MG, se encontra em um momento de tensão entre os sentidos subjetivos do seu momento de vida, a gravidez e os filhos, e as emoções e desdobramentos simbólicos presentes neste primeiro momento da doença, o diagnóstico, como o medo, a angústia, insegurança e a vivência imediata da morte, esses desdobramentos podem se converter ou não em um sentido dominante nesse adoecimento.

O sentido subjetivo é compreendido pela presença de emoções e desdobramentos simbólicos, que se expressam em discordância com outras emoções e processos que possuem outra direção, sendo que em alguns casos, podem-se integrar em sentidos subjetivos também, opondo-se aqueles que em determinado momento são dominantes.

Assim acontece com MG, onde em determinados momentos, sente-se bem e segura, porém em outros o medo e a insegurança são predominantes em relação à criação de seus filhos e em conseguir combater a doença. Quando isso acontece procura sempre alguém de sua confiança e pede auxílio, considerando assim esse contato com os outros uma fonte de sentidos subjetivos nesses momentos, facilitando o resgate dos sentidos dominantes em sua configuração.

É perceptível nas expressões de MG que seu posicionamento forte e aberto é expressão do sentido subjetivo dominante na sua configuração da doença hoje.

Até aqui se percebe a importância da emoção dentro dos processos subjetivos e principalmente na constituição dos sentidos subjetivos. González Rey (2005) propõe que as emoções representam estados de ativação psíquicas e fisiológicas, que resultam de complexos registros do organismo perante o social, o psíquico e o fisiológico. Estão associadas a estados subjetivos e não aparecem apenas como momento de expressões do indivíduo diante de estados biológicos.

Neubern (2000) em concordância descreve as emoções como processos constituídos subjetivamente ao longo de uma história, estando presentes dimensões biológicas, individuais,

sociais e culturais. São, portanto, processos subjetivos que não se esgotam em si mesmos, como no caso da biologia e da medicina.

Se as emoções estão na relação complexa das configurações e principalmente na produção dos sentidos subjetivos, estas também se relacionam com a ordem ou desordem da vida do sujeito, levando assim à saúde ou à doença. “As emoções representam um momento da qualidade dos relacionamentos entre o indivíduo e seu meio, e estão comprometidas, simultaneamente, com os processos de auto-organização da subjetividade” (González Rey, 2005, p.84).

1.1.2 - A doença como forma de expressão.

Queiroz (1986) ao falar sobre a medicina ocidental moderna propõe que a crise desta se funda justamente em relação ao seu paradigma dominante, denominado por muitos autores como “mecanicista”. Esse paradigma não reconhece o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação tanto do objeto (o paciente no caso) como da forma de abordá-lo.

Com relação ao relacionamento médico/paciente, o desenvolvimento da medicina ocidental moderna foi caracterizada em um processo que o paciente perde a sua integridade e consciência social e cultural de si mesmo, tornando-se um objeto de manipulação.

A identidade do paciente começou a ser perdida a partir do século XVIII, surgindo como resultado da revolução industrial e do processo de urbanização. Queiroz (1986) denomina esse estágio como “medicina hospitalar”, em que o paciente começa a se tornar meramente um caso e a doença passa a ser diagnosticada tendo em vista exclusivamente a correlação objetiva de sintomas, sendo considerado irrelevante o registro de sentimentos e das sensações subjetivas do paciente frente a sua doença.

Um ótimo exemplo descrito por Martins (2003) é a forma de investigação da semiologia médica⁶ com relação à febre, sendo esta considerada como um fenômeno físico. A febre não porta necessariamente um sentido convencionado por um grupo social, vai mais além das significações que cada grupo constrói acerca desse fenômeno. A semiologia médica se funda sobre o princípio da existência de leis universais que então explicariam o aumento de temperatura no corpo, sendo a febre decifrada como algo que está inscrito na natureza e não sendo vista como um discurso ou até mesmo uma figura de linguagem.

O mesmo autor propõe que não se pode pensar na narrativa do paciente apenas como um caminho para que o médico chegue a seus conceitos objetivos, traduzindo-a em signos clínicos. Sendo assim, a subjetividade que emerge na narração do paciente acerca de seu sintoma está não somente na história, mas principalmente na forma como o paciente é afetado e faz o médico conhecer esses fatos e sintomas.

Sendo assim, é preciso uma enorme perspicácia do médico para se efetivar um diagnóstico, estando atento não apenas a aspectos objetivos da doença, mas sim conseguir perceber que por detrás de toda a narrativa pode ter um discurso de uma subjetividade que esbarra na enfermidade, possibilitando muitas vezes um melhor caminho para a solução do sofrimento presente.

Desta forma é possível fazer um paralelo ao que Neubern (Não publicado, p. 4) relata sobre o processo da dor.

Sintomas e sinais como a dor podem possuir diversas causas, o que exige do médico considerável perspicácia para efetivar um bom diagnóstico, ou seja, um diagnóstico que permita estabelecer relações entre as expressões dolorosas e o que esteja por trás delas.

⁶ Semiologia médica de acordo com Martins (2003) pode ser considerada sinônimo de sintomatologia. Considerada como uma parte da medicina que trata dos signos específicos das doenças.

Como expõe González Rey (2002) deve-se considerar o diálogo e a conversação como uma rica fonte de compreensão da subjetividade do indivíduo, não se esgotando apenas neles. Toda a qualidade da conversação se faz referente a uma relação entre os interlocutores, considerando que o paciente deve ter um papel ativo, motivado e interativo.

De acordo com o autor, a significação da comunicação, referente a uma relação em que o paciente não deve ser representado apenas com uma entidade objetiva, e sim com a sua singularidade, rompe com o esquema de estímulo-resposta, ou ainda de causa e efeito. A informação contida na linguagem terá sentido a partir dos indicadores presentes na relação e no momento da conversação, como por exemplo, o modo de se vestir, de se portar e os aspectos não verbais presentes no diálogo. Até por que a subjetividade está muito mais relacionada na forma que foi construída do que na própria significação da linguagem.

Sendo assim, a qualidade e a complexidade da informação que está sendo produzida pelo sujeito pode ser considerada como condição primordial para que se realize uma construção do conhecimento sobre a subjetividade. O que é mais importante conhecer não é apenas a linguagem e sim os aspectos que a permeiam.

Nesse sentido, Morin (1996-b, citado em Neubern, 2004) considera a linguagem como uma das formas de interação entre os distintos momentos de organização da subjetividade, mas não se esgotando apenas nela. A análise feita anteriormente para estar atento ao que tem por trás da doença, significa que esta tenha algo a dizer além de um funcionamento desconforme do organismo. Assim, fazendo uma ponte entre essas duas afirmações, a doença poderá ser considerada como uma forma de interação com os momentos de organização subjetiva, trazendo assim, um caráter expressivo da doença.

Se a doença expressará os diferentes momentos da organização do sujeito pode-se ir além e atribuir-lhe um componente de comunicação. Pode supor assim que a doença possa vir como uma comunicação do próprio sujeito, seja uma aceitação, seja um aviso de que algo esta

além de suas capacidades, tanto emocionais como físicas, seja um pedido de ajuda, não apenas para o alívio de seu sofrimento físico, mas algo além, muitas vezes um sofrimento subjetivo, que tenha seu foco em relações sociais e não somente nas relações e disfunções de seus órgãos.

Algumas vezes ainda a comunicação presente no adoecer pode estar voltada a um pedido, por exemplo, alguém que adocece e recebe muito carinho, poderá utilizar da doença como uma forma de dizer que quer mais carinho.

Como o que se propõe até aqui é uma doença compreendida além do emaranhado de sintomas, e que por detrás de toda a enfermidade pode se encontrar uma expressão ou ainda comunicação via corpo e adoecimento, é importante enfatizar, que essa linguagem indireta que a doença traz dependerá do processo de cada sujeito, da sua história e principalmente da sua relação com o processo de adoecimento, pois ela justamente expressará as formas de organizações subjetivas de cada indivíduo.

De acordo com González Rey (2004) a subjetividade estará sempre envolvida no processo de saúde e na organização que este assume. Pensar em subjetividade nos remete a conceitos como configuração subjetiva e sentido subjetivo. Sendo assim, a própria forma de configuração da doença e seu sentido subjetivo podem ser considerados como uma expressão de como é este adoecer e as conseqüências dele na vida do sujeito e conseqüentemente na melhora ou piora de sua doença.

Ficar atento ao corpo e seus sinais, como a doença, por exemplo, é uma forma de estar sempre atento a si mesmo e com isso se conhecendo sempre mais. Considerar a doença como uma forma de expressão e comunicação, é perceber que o corpo pode responder as ações e emoções de diferentes formas e principalmente estar avisando de que não somente algo no organismo está funcionando mal, mas também a própria vivência pode estar em desconformidade consigo mesmo.

1.1.3 - O processo de adoecimento e o social.

De acordo com Camargo Júnior (1992) dentro de uma organização social maior existem várias sub-culturas, sendo que estas emprestam aos seus constituintes uma visão de mundo, valores, sua ética e até mesmo o modo como percebem e cuidam de seus padecimentos. Sendo que muitas vezes a própria sociedade pode ser fonte de sofrimento, como propõe Freud (1930, citado em Camargo Júnior, 1992).

A relação existente entre a sociedade e doença é múltipla, podendo tanto a estrutura social ser causadora da doença, como até mesmo a definição de doença é cultural. É importante esclarecer que esta relação não se constitui de forma mecânica, em que o sofrimento social levaria imediatamente ao adoecimento (Camargo Júnior, 1992).

O mesmo autor propõe que diversos fatores, desde a forma como o indivíduo lida internamente com situações desagradáveis, até o seu perfil genético, modulam e interferem na resposta dada às tensões sociais, que muitas vezes são panos de fundo para diversos processos de adoecimento. Desta forma também deixa claro que sociedades diferentes tendem a oferecer chances diferentes para que seus integrantes se protejam dessas tensões, como por exemplo, mecanismos de seguridade social e liberdade de expressão.

Se proteger de tensões sociais como é proposto pelo autor acima, nos remete à importância da emocionalidade no processo de adoecimento, já que como propõe González Rey (2004, p. 86) “todo momento interativo do indivíduo gera um conjunto de emoções comprometidas com as configurações subjetivas de sua personalidade.”

Para Wolf (1952, citado em Rodrigues & Gasparini, 1992) os distúrbios causados pela relação do homem com seu meio físico e psicossocial podem gerar diversas emoções, até mesmo as mais desprazerosas, surgindo reações diversas. Sendo assim, a doença deve ser considerada como uma reação ativa do organismo e não apenas um efeito aos estímulos nocivos.

De acordo com o relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (1986, citado em Rodrigues & Gasparini, 1992), há uma multiplicação de manifestações de doenças tendo como consequência desequilíbrios psicossociais.

No saber contemporâneo, podemos afirmar que o homem é capaz de responder às ameaças simbólicas decorrentes da interação social e não apenas às ameaças concretas (biológicas, como os microorganismos e/ou físicas e químicas). Assim, situações como quebra de laços familiares e da estrutura social, privação de necessidades básicas, obstáculos à realização pessoal, separação, perda de emprego, viuvez, aposentadoria, entre outros, são tão potencialmente danosos à pessoa, quanto os fatores concretos acima citados (Rodrigues & Gasparini, 1992, p. 97).

Nesse sentido, González Rey (1997) descreve que a qualidade dos sistemas de relações constituídos, a assimilação das diferenças individuais, a estimulação ao crescimento daqueles que os constitui, o diáfano no confronto das diferenças, são alguns dos fatores que participam decisivamente na constituição de formas de subjetividade social que servem de base à promoção da saúde.

Saúde e bem estar estão muito correlacionados, sendo assim a promoção de saúde está muito ligada a uma educação de um modo de vida onde as atividades desempenhadas estejam comprometidas com o seu desenvolvimento e bem estar.

Toda instituição, ou melhor, todas as formas de constituição da subjetividade social podem cooperar com a promoção e prevenção da saúde, da intenção explícita que as anima até as características de seu funcionamento real, que muitas vezes estão ocultos ao discurso pelo qual se definem.

Uma criança, por exemplo, quando na escola ou até mesmo na família está livre de medo, ansiedade e insegurança, estas instituições estão promovendo saúde. A saúde pode ser

considerada assim, como um processo histórico que se garante na continuidade da vida do sujeito.

Dentro do sistema de cuidado profissional é possível contribuir para que o doente tenha o sentido positivo da experiência da doença, introduzindo o indivíduo na decisão sobre a terapêutica que será empregada. Já que dentro desse sistema, os profissionais corporificam o doente, focalizando a sua atuação no corpo e não no ser humano. A ênfase na doença física destitui a pessoa de tudo que a identifique como um ser social, a sua subjetividade (Maruyama, Costa, Espírito Santo, Bellato & Pereira, 2006).

Alves (1993) propõe que a enfermidade, não se compreende apenas por um estado de sofrimento, mas também uma realidade social. Para este autor, a doença deve ser vista não como o modelo biomédico⁷, mas sim como um desvio social e deve ser analisado pelo sistema leigo de referência, conceito de Freidson (1988, citado em Alves, 1993) onde propõe que a doença deve ser compreendida pelo corpo de conhecimentos, crenças e ações, através do qual ela é definida pelos inúmeros grupos sociais. Considerando o doente como um ser que responde “passivamente” à configuração estrutural de uma dada rede de referência leiga. Sendo que os atores sociais são criados e usados pela sua cultura.

Em contrapartida, a subjetividade propõe que o indivíduo deve ser caracterizado, mesmo perante seu adoecimento, como um sujeito ativo, ou seja, um sujeito concreto⁸, e considerando que a sua relação com o meio social se desenvolve em uma troca complexa entre um e outro, não se esgotando apenas em um deles (González Rey, 2005).

Compartilhando com a idéia aqui apresentada, Camargo Júnior (1992) propõe que a doença irá depender tanto de quem a tem, quanto de quem a diagnostica, ou ainda de onde se

⁷ “O modelo biomédico concebe a doença como uma propriedade física do comportamento, isto é, como resultado de fatores eminentemente morfo-fisiológicos” (Alves, 1993).

⁸ A categoria de sujeito implica necessariamente a de participação. O sujeito pode ser considerado como a expressão da reflexividade da consciência crítica. Um sujeito de posicionamento, representando um momento de subjetivação dentro dos espaços sociais em que atua (González Rey, 2005).

diagnostica. Percebendo assim, que a doença não pode ser considerada como algo pré-determinado pela sociedade e sim, como uma relação entre indivíduo e sociedade.

Outro aspecto muito interessante referente ao social e o adoecimento proposto pelos autores Maruyama, Costa, Espírito Santo, Bellato e Pereira (2006) são as chamadas “doenças-metáforas”, doenças que foram associadas a catástrofes, se diferenciando ao longo da história devido a sua carga moral que transportavam.

Um exemplo descrito pelos autores acima é a questão da peste bubônica na Alta Idade Média que carregavam a metáfora do castigo divino às populações que teriam se insurgido contra a igreja, renegando o Divino. Sontag (1984), com uma visão mais voltada à modernidade, sugere a questão do câncer e da AIDS carregando um caráter metafórico ligado à moralidade.

Esta carga moral presente no adoecer, tão relacionado ao social, ou melhor, a subjetividade social, está bastante articulada à produção de sentido do indivíduo perante o seu adoecimento. Sendo assim, toda sua complexa rede subjetiva estará comprometida com tal construção social, já que os sentidos subjetivos fazem parte das configurações subjetivas do sujeito.

Maruyama, Costa, Espírito Santo, Bellato & Pereira (2006) propõem que se o câncer dentro da perspectiva cultural, ao longo de sua história, vem sendo associado à punição, castigo, as pessoas que vivenciam esse processo de adoecimento carregam além dos sintomas e sinais a carga moral associado à doença.

Sendo assim percebe-se a grande importância que os indivíduos de um modo geral têm dentro desta carga moral presente em diversas doenças, já que existe uma relação não linear e dinâmica entre o sujeito o meio em que vive, sendo um modificado pelo outro simultaneamente.

A moralidade está muito relacionada a uma imagem normativa. Normas que devo seguir dentro do ambiente em que me encontro, me dizendo o que devo ou não fazer, o que é ou não permitido. Trazendo, por conseguinte, uma inteira relação com a emoção, já que essas normas estarão de certa forma arraigadas no sujeito, muitas vezes não são percebida, porém sentidas.

1.2 - O Corpo Como Palco e Simbologia da Doença

De acordo com a sociologia do corpo⁹, este é moldado pelo contexto social e cultural do indivíduo, sendo o vetor semântico pelo qual a evidência da relação que se estabelece com o mundo é construída.

É a partir do corpo que nascem e se propagam às significações que fundamentam a existência individual e coletiva, sendo considerado como o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo onde a existência humana toma forma através da fisionomia singular do sujeito. “Antes de qualquer coisa, a existência é corporal.” (Le Breton, 2006, p. 7).

A doença na grande maioria das vezes é concebida em uma amplitude corporal, já que muitas delas levam marcações visíveis e incuráveis. Porém, este corpo tem sido considerado dentro da perspectiva da ciência moderna uma entidade impessoal, sem história, mecânica e dessubjetivada (Neubern, não publicado).

No âmbito científico da compreensão da doença, este corpo é isolado do intercâmbio social e cultural, ignorando as trocas simbólicas e emocionais que nele se expressam (González Rey, 2005).

Pensar a doença como um processo subjetivo, nos remete a admitir também a aquisição da subjetividade com relação ao corpo, já que este possui aspectos emocionais e conseqüentemente campo de formação de sentido.

⁹ “A sociologia do corpo constitui um capítulo da sociologia especialmente dedicado à compreensão da corporeidade humana como fenômeno social e cultural, motivo simbólico” (Le Breton, 2006, p. 7).

Este corpo é constituído de um sujeito psicológico concreto e é indissociável da vivência de suas emoções, de suas relações sociais, de sua inserção na cultura e de sua maneira de construir sentidos sobre si e o mundo (Neubern, não publicado, p. 5).

De acordo com Capisano (1992) a imagem que formamos do nosso corpo se estrutura tanto com o contato do indivíduo consigo mesmo, como com o contato com o meio social, onde ainda emoções e ações se interligam com a imagem do corpo.

Le Breton (2006) compartilha com essa idéia quando propõe que os sentimentos que são vivenciados pelos sujeitos e a maneira como repercutem e são expressos fisicamente na vida de cada um, estão de certa forma enraizados em normas coletivas específicas.

O corpo adoecido trará novos sentidos e significados para o sujeito, sendo que estes podem estar muito arraigados na percepção da sociedade diante da deformação ou anormalidade do corpo.

Uma pessoa que seja portadora de Vitiligo, doença comumente estigmatizada e por isso possivelmente será vista como diferente ou anormal, produzirá diversos sentidos perante a sua vivência social em relação a doença. Se ela se torna constantemente alvo de preconceito e muitas vezes possíveis chacotas, esse indivíduo muito provavelmente produzirá um sentido negativo perante o seu adoecimento, podendo ocasionar baixa auto-estima, já que seu corpo não é socialmente aceitável, seu relacionamento afetivo e social poderá ser prejudicado já que por se sentir rejeitado tende a se excluir cada vez mais do contato social.

Martins, França e Kimura (1996) na pesquisa sobre a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas relatam que embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições que são impostas pelo tratamento, possivelmente levará a uma drástica alteração do modo de vida. Considerando o estilo de vida muito marcado pelo fator da subjetividade, envolvendo componentes essenciais da condição humana como, físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais.

O resultado da pesquisa demonstrou que para os portadores de doenças crônicas, esta interfere de forma mais significativa na capacidade física, no trabalho, estudo, atividades do lar e na auto-estima. Demonstrando assim que realmente o corpo adoecido pode interferir significativamente nas emoções e conseqüentemente na produção de sentido dos sujeitos adoecidos.

A relação que a sociedade ocidental tem em referência ao corpo deficiente é até mesmo um tanto contraditória, já que diz aceitar esse “diferente”, ou melhor, esse “deficiente”¹⁰ afirmando que sua dignidade e valor pessoal não são enfraquecidos por causa de sua forma física ou suas disposições sensoriais. Ao mesmo tempo este corpo é objetivamente marginalizado, mantido fora de uma vida social, não se fazendo presente alternativas de infra-estruturas urbanas que facilitem sua locomoção ou até mesmo programas para a inserção social, já que muitas vezes é mantido mais ou menos fora do mercado de trabalho (Le Breton, 2006).

Todos esses aspectos presentes na sociedade perante um “deficiente” ou um doente trazem inúmeras construções de sentidos para o sujeito diante de sua enfermidade, já que socialmente seu corpo é visto muitas vezes com expressões de horror ou espanto.

Desta forma, a sociedade também pode ser considerada um dos vetores para uma produção de sentido, via corpo, que pode levar a uma organização ou desorganização subjetiva da vida do indivíduo, tendo assim uma relação direta com a saúde ou a doença. Porém não se deve cair no erro de julgar a sociedade como única e exclusivamente culpada por toda a organização do sujeito, já que a subjetividade se baseia em uma relação complexa entre o individual e social, não se esgotando em apenas um deles.

Assim como a configuração subjetiva o esquema do corpo também é dinâmico, em um contínuo movimento de auto-contrução e auto-destruição (Capisano, 1992). O corpo é

¹⁰ É importante ressaltar que de acordo com Le Breton (2006) nas sociedades ocidentais essa “deficiência” se torna um estigma. Falando de “deficiente” como sua essência e não como o homem tendo uma deficiência.

constituente da organização subjetiva do sujeito, muito relacionado com a sua emocionalidade, tão presente no contexto da subjetividade e na produção de novos sentidos subjetivos.

Aspectos de comportamentos obsessivos, como roer as unhas e arrancar os fios de cabelos, são exemplos de como a emocionalidade afeta no corpo, e como seu processo é dinâmico, pois em determinados momentos estes comportamentos se tornam mais presentes e em maior intensidade. Alguém que se encontra em muito estresse pode ter esses comportamentos intensificados e quando se encontra em configurações que remetam a tranqüilidade e estabilidade emocional podem ser diminuídos ou até mesmo eliminados.

Desde tratamentos até mesmo a aparência física podem ser considerados como fatores com determinações sociais. Muraro (1984, citado em Capisano, 1992) ao estudar a imagem do corpo percebida por mulheres de diferentes classes, mostra que a mulher de recursos aceita o seu corpo quando bonito, rejeitando-o quando feio, já a mulher do campo sente interesse pelo seu corpo quando esta gorda, forte e apta para o trabalho de produção.

É preciso esclarecer que apesar da expressão corporal ser socialmente modulável, ela é vivida de acordo com o estilo particular de cada sujeito. Até porque tanto a subjetividade social é constituída pela individual como o inverso. Mais uma vez fica claro que o corpo faz parte de toda organização subjetiva, não podendo ser esquecido quando se tratando dos aspectos da doença, já que por meio dele também se obtém informações valiosas de onde se encontra o sentido subjetivo dominante.

Conseqüentemente conhecendo afundo a subjetividade, e não excluindo o corpo nesse processo, pode-se ter uma melhor percepção de por onde caminhar com a terapia quando o desejo é fazer com que a doença tenha um peso mais leve e o sentido esteja levado para configurações subjetivas organizadas, em um caminho que proporcione a saúde e o bem estar.

CAPÍTULO 2

A Técnica da Metáfora em Processo Terapêutico

*“Nada posso lhe oferecer que não exista em você mesmo. Não posso abrir-lhe outro mundo além daquele que há em sua própria alma. Nada posso lhe dar, a não ser a oportunidade, o impulso, a chave. Eu o ajudarei a tornar visível o seu próprio mundo, e isso é tudo”
(Hermann Hesse).*

2.1 - O Processo Terapêutico

O ambiente terapêutico pode ser apresentado fisicamente de inúmeras formas. Terapeutas de abordagens distintas o caracterizarão também distintamente, uns utilizarão divãs, outros preferiram poltronas ou muitas almofadas. O ambiente pode ser colorido ou de apenas uma cor, seja ela mais para um tom de escuro ou claro.

Na verdade todas estas características são apenas uma forma de organizar o seu espaço de trabalho. O que realmente deverá estar presente independente da estrutura física serão justamente os aspectos que permeiam o processo terapêutico, como a formação de um vínculo, a técnica que o terapeuta utilizará com seu paciente e a forma como está será aplicada e conduzida.

Neste sentido autores como Neubern (2004), Zeig e Robles (2005) propõem que a técnica dependerá de cada paciente, dos recursos trazidos por ele para a terapia, resgatando a subjetividade e a compreensão do indivíduo como um ser único. O terapeuta não deixará escapar a participação do paciente e a terapia será regada por uma relação onde estes dois interlocutores participarão ativamente do processo.

A relação que existirá entre terapeuta e cliente é o ponto chave para que a mudança aconteça. Já que na verdade a terapia é procurada na maioria das vezes com o objetivo de buscar alívio para um sofrimento. Sendo assim, como este ambiente será um espaço onde o

paciente abordará suas questões mais particulares e íntimas o relacionamento que emergirá para se chegar ao processo de mudança desejado deverá ser seguro e afetivo, proporcionando uma base confiável (Mahoney, 1998).

2.1.1 - A Relação terapêutica.

Inicialmente é importante perceber que a psicoterapia se caracteriza como um processo de relacionamento humano, cumprindo com todos os requisitos presentes em qualquer relacionamento, como amor e amizade. Sendo assim, o ambiente terapêutico requer respeito, segurança, empatia, confiança e desejos. Sem esses aspectos as ações técnicas empreendidas terão poucas possibilidades de realizações satisfatórias (González Rey, 2004).

Diversos terapeutas concordam que o desenvolvimento psicológico envolve mudanças no self e que para facilitar estas mudanças é preciso um relacionamento humano seguro e afetivo, daí a importância de um vínculo terapêutico. Sendo considerada a psicoterapia mais favorável àquela que encoraja o indivíduo a um auto-exame (Mahoney, 1998).

Difícilmente novas experiências surgiriam em contextos onde o indivíduo sente-se ansioso, vulnerável ou deprimido, porém com um relacionamento humano afetivo pode-se proporcionar uma base segura, o que se pretende alcançar em um relacionamento terapêutico.

De acordo com Erickson e Rossi (1979, citado em Rigon Neto, 2005), é por meio do *rapport* que se estabelece este vínculo entre terapeuta e cliente, essa condição em que a confiança é instaurada, barreiras são transpostas e o caminho para a mudança se torna mais fácil.

Considera-se o *rapport* como um processo de comunicação que indica um estado de responsividade mais ativo entre paciente e terapeuta, sendo que estes se encontram mais dispostos para a relação e conseqüentemente mais sujeitos às influências. Por o *rapport* ter essa característica de um estado de responsividade tão intenso, uma série de elementos não-

verbais de comunicação se faz presente. Percebendo que o comportamento e a postura dos envolvidos se alteram, demonstram maior receptividade e uma série de micro movimentos sutis permeia o tempo todo o processo.

Dentro da clínica, a função do *rapport* se relaciona ao acolhimento do sujeito, perceber suas formas de funcionamento e relações, suas construções de sentido, pensamentos dominantes, entre outros. Pode-se dizer assim que o *rapport* também está ligado ao diagnóstico do sujeito, já que para isto devemos estar atento à organização subjetiva do indivíduo e que esta se caracteriza bastante com os aspectos acima mencionados.

Essa comunicação presente no *rapport* fornece informações valiosas acerca, não só do cliente, mas do terapeuta e de como a relação está se desenvolvendo. Estar atento a essas informações é importante para perceber a condução do processo, em como acessar o paciente, e movimentá-lo no sentido de mudança.

Nesse aspecto Keeney (1997) propõe a questão da estética, conceito muito relacionado à visão que o terapeuta tem da sua relação com o paciente, percebendo esse envolvimento como um olhar de fora, melhor analisando por onde a terapia deverá caminhar. Fazendo assim um paralelo ao que Freud propôs sobre a transferência e a contratransferência, a percepção do terapeuta do seu movimento e do movimento do paciente perante a relação estabelecida, estando atento não só ao paciente mais também ao terapeuta.

Indivíduos que vivenciam tensões ou problemas orgânicos, que mesmo não estando presente uma sintomatologia significativa, mas estando presentes fatores psicológicos, a mudança pode ser vista como um fator fundamental e conseqüentemente o trabalho do psicólogo ganhará um enorme peso. Doenças como hipertensão e infarto, onde o psíquico se faz presente tanto na etiologia como na resposta do sujeito ao surgimento da doença e ao tratamento deste, são exemplos que demonstram a importância da psicoterapia frente a essas questões (González Rey, 2004).

2.1.2 - Subjetividade e psicoterapia.

Faz-se presente no processo de adoecimento o que Rossi (1997) exemplifica e denomina como o poder do otimismo, mostrando que muitas vezes a fé poderá ser fator fundamental para a cura ou alívio da doença. O autor demonstra esse aspecto ao falar do efeito placebo¹¹ em seu livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*. Para ser usada uma analogia simbólica é preciso que o paciente se entregue à auto-sugestão otimista, sendo que esta deve ser sempre mantida para se concretizar o alívio ou a própria cura.

Essa posição de Rossi (1997) pode ser análoga à tamanha importância que Erickson (citado em Zeig & Robles, 2005) dá ao fator motivação, propondo que esse aspecto deva estar sempre presente e que nenhum ser humano tem completo conhecimento de sua capacidade.

Zeig e Robles (2005) propõem que quando o terapeuta estiver certo de que as pessoas têm expectativas positivas é importante fazer surgir a motivação. Dentro do trabalho psicoterápico é de extrema importância a utilização dos próprios recursos do paciente, fazendo surgir aqueles que estejam adormecidos.

Dentro desse aspecto, pode-se observar o conceito de utilização, ponto central na terapia Ericksoniana, em que descreve que devem utilizar tudo o que o paciente trazer, desde formas de se vestir, orientação religiosa e até mesmo a própria resistência.

No processo de doença não poderia ser diferente, é preciso trazer para o ambiente terapêutico os recursos próprios do cliente, sua linguagem, seus gestos, suas expressões referentes à enfermidade. Compreendendo de certa forma a própria imagem que o sujeito tem inicialmente de si mesmo e de sua doença. Essa afirmação está bastante articulada ao que Erickson (1965, citado em Neubern, não publicado) conceitua como *body image*, sendo justamente essa compreensão que o sujeito tem do próprio corpo e de si mesmo.

¹¹ “Placebo são substâncias inativas que, no entanto, agem farmacologicamente movidas pelas expectativas do paciente” (Queiroz, 1986).

Pode-se perceber por meio da fala, da estrutura de linguagem e pela forma que se sentam ou se orientam se o indivíduo é mais sinestésico, mais visual ou mais auditivo e a partir daí utilizar esses próprios artifícios como recursos (Zeig & Robles, 2005).

Neubern (não publicado) propõe um claro exemplo a respeito desse aspecto, pessoas que ao apresentarem sua vivência de uma dor predominam a utilização do sentido sinestésico, qualificando geralmente a dor como algo que corta, penetra e fura.

A Observação do olhar e a postura são um dos aspectos considerados bastante importantes para definir a melhor estratégia a ser usada com cada cliente (Erickson, citado em Carvalho, 1999).

Se a solução existe dentro do paciente, uma missão muito importante do psicólogo é ajudá-lo a encontrar suas histórias construtivas. Se o paciente que vem à terapia está ampliando o negativo e diminuindo o positivo, a função do terapeuta se inverte a esse processo, já que o paciente vem muito provavelmente por um sofrimento. Sendo assim, terapia de um modo geral deve estar mais focada em soluções do que orientadas para os problemas, ampliando o positivo e reduzindo o negativo (Zeig & Robles, 2005).

Erickson (citado em Carvalho, 1999) relata a importância da diversidade e da flexibilidade do terapeuta diante de cada paciente. Cada pessoa é única e o relacionamento e comunicação entre terapeuta/paciente é fundamental para a possibilidade de um processo terapêutico satisfatório e eficaz. Esse vínculo terapêutico será o ponto de partida para que o trabalho aconteça.

Como expõe Neubern (não publicado) a respeito do processo da dor, pode-se perceber também que dentro do aspecto do adoecimento, o trabalho terapêutico deverá se centrar na compreensão dos processos complexos de subjetivação.

Desta forma a subjetividade deve estar sempre presente no contexto terapêutico, já que para perceber qual o melhor caminho a se seguir com determinado paciente dependerá

exclusivamente do próprio paciente, ou melhor, da subjetividade deste. Para essa escolha é preciso considerar todo o seu discurso sobre a doença, pois este também servirá como ponte para a utilização de seus recursos.

O discurso pode ser um meio de se perceber os aspectos que compõem a organização subjetiva do paciente no momento. Desta forma, é preciso estar atento ao seu arranjo configuracional perante a doença. Como se sente? Qual seu posicionamento frente ao adoecimento? Como se percebe? Como vítima? Como uma pessoa ativa ou passiva? O que se destaca em seu arranjo? Seu pessimismo ou positivismo? Estes são alguns dos questionamentos que podem ser feitos para se organizar o arranjo configuracional presente no paciente.

Por meio desses aspectos que constituem a organização do paciente se percebe o sentido subjetivo frente a sua doença, aspecto fundamental para um trabalho eficaz, clarificando por onde a terapia deve caminhar. Como as configurações subjetivas não são processos estanques, trabalhando-se com esses arranjos conseqüentemente buscará novos sentidos e configurações narrativas.

Neste sentido Neubern (2004) expõe a subjetividade como eixo central da terapia, não se prendendo a uma única estrutura para todos os pacientes. Justificando desta forma a importância que a terapia será realizada não apenas pelo terapeuta, mas em uma relação entre terapeuta e paciente, já que será por meio dos próprios recursos do paciente que acontecerá a terapia.

Grandesso (2000) propõe que o terapeuta terá uma abertura para ouvir diferentemente, pois esta será caracterizada em uma escuta com uma postura de não-saber. Em concordância McNamee e Gergen (1998) acrescentam que as atitudes do terapeuta expressam a necessidade de saber mais daquilo que está sendo dito, e não transmitir opiniões e soluções pré-concebidas sobre o cliente, o problema ou o que deve ou não ser mudado.

Esses argumentos se fazem em consonância com a discussão proposta por Neubern (2004) sobre a universalização presente em diversas teorias da psicologia. Onde o geral implica em um a priori, que muitas vezes, não condiz ou faz sentido com os processos configuracionais de cada sujeito em suas vidas cotidianas. Por mais que uma idéia seja geral para muitos sujeitos, ela possuirá sentidos e configurações distintas para cada um, devido à singularidade e à individualidade de cada processo subjetivo.

Muitas vezes a úlcera é vista como sendo uma consequência de um elevado estresse ou uma grande irritação sem considerar os aspectos configuracionais que cada paciente carrega consigo. Considerar uma doença como consequência de apenas uma característica, como o estresse ou a irritabilidade, faz com que a questão da subjetividade seja esquecida. A doença desencadeará não apenas por uma ou outra característica a priori, e sim por toda uma complexa relação das mais diversas configurações presentes na vida do indivíduo.

Nesse sentido, não somente no que tange a concepção da doença, mas também na forma como o indivíduo a percebe e se relaciona com ela devem estar em foco os aspectos que compõem sua subjetividade. Será por meio de toda a configuração e os sentidos desenvolvidos frente ao adoecimento que se saberá para que caminho conduzir o paciente, que mudanças deverão ser desencadeadas.

2.1.3 - A mudança.

É perceptível que mudanças não costumam ser caracterizadas como rápidas ou fáceis. Processos centrais¹² podem ser muito mais demorados do que os aspectos periféricos da pessoa (Mahoney, 1998).

A resistência presente nos pacientes é algo muito visto nos consultórios. Além de natural, é saudável para o indivíduo resistir a uma mudança rápida e para muito longe de seu

¹² Processos centrais é um conceito proposto por Mahoney (1998), onde são considerados como os processos que estão envolvidos na experiência pessoal de realidade (ordem), self (identidade), valor (valência) e poder (controle).

sentido familiar de identidade. Para trazer benefícios e conseqüências positivas é importante que as resistências sejam trabalhadas e respeitadas dentro do ambiente terapêutico.

Toda psicoterapia, independente da abordagem exercida, está muito ligada ao fator da comunicação e do diálogo. Vale ressaltar que essa comunicação não requer apenas com o fator de verbalizações, mas também se caracteriza nos aspectos não-verbais presentes na fala, na sua velocidade, na entonação, na dificuldade de entonação, dentre outros. A boca pode muitas vezes não verbalizar o que realmente está se sentindo, mas o corpo de certa forma deixará escapar o que se passa.

Para McNamee e Gergen (1998) a conversação terapêutica refere-se a um esforço em que se inscreve uma busca mútua de entendimento e exploração através do diálogo de problemas. Dentro desse processo o terapeuta juntamente com o cliente co-desenvolvem novos sentidos, novas realidades e claro, novas narrativas. Sendo considerada assim a mudança da história e da auto-narrativa uma conseqüência inerente do diálogo.

De acordo com Grandesso (2000) a mudança terapêutica é considerada como uma conseqüência natural das conversações dialógicas, em que terapeuta e cliente co-constroem narrativas novas, que consistam com as experiências vividas e com as narrativas anteriores.

Neubern e Zeig diferentemente de Grandesso (2000) propõem que a mudança não acontece apenas como uma conseqüência natural das conversações dialógicas estabelecidas. Estes autores consideram que para ocorrer a mudança é preciso ainda que o terapeuta estipule metas a serem alcançadas, sendo que estas devem ser pensadas e estabelecidas de acordo com cada cliente.

As narrativas que estão organizadas em torno de problemas, como os aspectos do adoecimento, organizam-se a partir de nexos de causalidade linear, onde os acontecimentos passados, podendo ser o momento do diagnóstico de um câncer, por exemplo, afetam

determinantemente a experiência presente e diminuem as possibilidades futuras, pois de certa forma definem o significado atribuído aos acontecimentos (Grandesso, 2000).

Sendo assim, qualquer evento presente estará marcado com um significado que ecoa o “dito” dos eventos passados, não abrindo novas portas para experiências e conseqüentemente para novas significações, restringindo o infinito mundo de novas vivências.

A conversação terapêutica deriva a possibilidade de favorecer a mudança de acordo com suas duas características, a de desconstrutiva e construtiva. No caráter da desconstrução irá transformar em visível, aspectos (sentimentos, crenças, pensamentos e contextos) que por estarem tão próximos e tão imersos nas experiências dos indivíduos, se tornam quase invisíveis, fazendo surgir novidade no habitual. Já no caráter construtivo favorecerá narrativas emergentes que de acordo com Derrida (1995, citado em Grandesso, 2000) já estavam presentes como rastros nos discursos dos sujeitos, e que de certa forma apenas esperavam para serem incluídas.

Dentro desse aspecto os cognitivistas argumentam que “mudanças na maneira de pensar produzirão mudanças tanto sobre o comportamento quanto sobre as emoções” (Mahoney, 1998 p. 33).

Sendo assim, as mudanças acontecerão em um sentido mais amplo e complexo, o da subjetividade. Pois mudando as emoções, mudam-se também o sentido subjetivo da organização e conseqüentemente o olhar perante os acontecimentos, alterando também seus comportamentos.

As mudanças consistem ainda em modificações de relevo, mesmo que pequenas, mas que de certa forma modificarão a organização como um todo (Neubern, 2004). Dentro desse aspecto da subjetividade os processos de mudança ocorrem em meio a múltiplos arranjos configuracionais.

De acordo com Grandesso (2000) as técnicas usadas em psicoterapia não devem servir para intervir na direção de propósitos predeterminados, mas sim, para fazer surgirem novos contextos que sejam propícios para a mudança. É imprescindível a observação do terapeuta quanto ao uso da técnica, percebendo se está adequada ou não para determinado sujeito.

Sem anular a importância e participação do terapeuta no uso da técnica, já que é geralmente ele quem a propõe, as circunstâncias dos próprios clientes são fatores indispensáveis, já que são eles que as validam como bons recursos ou não.

A terapia deve favorecer uma mudança de postura de vida. As mudanças terapêuticas dentro do contexto da narrativa devem ser consideradas além desta, favorecendo uma postura aberta para deixar transformar-se, deixar tocar-se pela alteridade e pelos contextos (Grandesso, 2000).

Um sujeito que depois de um acidente perde um de seus membros inferiores, sendo obrigado a se locomover com a ajuda de uma cadeira de rodas, produzirá novos sentidos depois do acidente. Inúmeros fatores como, difícil locomoção, possível afastamento do mercado de trabalho e muitas vezes ser tido como alvo de preconceito pode ser significativo e acarretar em diversos aspectos como baixa auto-estima, sentimento de ineficácia e menos valia, prejudicando de certa forma a sua saúde e sua qualidade de vida.

Esse sentido dominante presente em sua configuração subjetiva e que está banhado por um discurso organizado em torno apenas dos seus problemas frente ao acontecimento e frente a sua limitação física estará sendo determinante para suas emoções atuais, remetendo aos aspectos do sofrimento e esquecendo o que se tem de bom.

Dentro da terapia por meio da conversação e sendo utilizada a técnica que melhor se adequar ao paciente, seja uma metáfora, uma hipnose ou apenas a escuta, e sendo trabalhado utilizando seus próprios recursos e alternativas, o paciente buscará verificar ainda aqueles aspectos que por causa do acidente foram deixados de lado e esquecidos. Mudando os

sentimentos presentes e fazendo surgir novas expectativas, conseqüentemente alterará o comportamento e o seu sentido subjetivo perante o evento atual. Fazendo o indivíduo voltar a usufruir de uma boa qualidade de vida e a encarar a doença não como um fardo incontrolável, mas como algo que está presente e pode ser aceito de uma melhor forma.

Desta forma percebe-se que o problema físico e a doença não poderão ser efetivamente eliminados, mas o sentido produzido referente a eles pode e deve ser alterado. Facilitando assim uma melhor vivência com seu problema, refletindo na saúde, na melhora ou na estabilidade da doença.

2.2 - A Técnica da Metáfora

Zeig e Robles (2005) propõem cinco princípios sobre a Terapia feita sob medida, sendo eles: Ter uma meta; encontrar a melhor forma de embrulhar as sugestões para presente; fazer a meta sob medida, já que sua concepção é que cada cliente é único e possui recursos diferentes uns dos outros; estabelecer um processo e por fim a Utilização.¹³

Para se saber qual a melhor forma de embrulhar para presente é justamente conhecendo o paciente, estando atento às suas características, sua personalidade, sua fala, estando atento a todos os seus recursos. Até mesmo aqueles que já se tornaram padrões, dificultando a visibilidade. A estes é preciso maior atenção já que se tem a tendência a não perceber o que é padrão e sim o que esta fora dele. É importante também se atentar para o que está faltando, o que o paciente não apresenta. Enfim, conhecer a fundo todas as suas características presentes e também aquelas que lhe falta.

Existem diversas formas de se embrulhar o presente, como por exemplo: a metáfora, uma história, hipnose, a prescrição de um sintoma, um símbolo, uma intervenção não-verbal, a ilusão de alternativas, dentre outros.

¹³ Utilização é um conceito de Erickson onde propõe que tudo que o cliente trouxer deve ser usado, de sua forma de vestir, sua orientação religiosa e ate mesmo sua resistência (Zeig & Robles, 2005).

A metáfora é caracterizada quando a significação natural de uma determinada palavra ou frase pode ser substituída por outra, que tenha uma relação de semelhança subentendida. O Novo dicionário da Língua Portuguesa (1975/1986) propõe dois exemplos bem interessantes que são: A primavera da vida e a luz da inteligência. Onde primavera e luz podem ser substituídas por outras palavras, como beleza e sabedoria respectivamente. Apresentando assim uma semelhança não explícita entre elas.

A técnica da metáfora é simplesmente contar-lhe uma história, sendo esta baseada em todos aqueles recursos já adquiridos e percebidos. De acordo com Neubern (2004), sua utilização pode ser considerada um exemplo importante de linguagem indireta. “A metáfora parece oferecer um contexto lúdico distinto (uma analogia, um ‘faz de conta’) onde o sujeito pode experimentar e avaliar visões e soluções novas” (p. 129).

Milton Erickson foi o pioneiro da utilização de técnicas indiretas, para ele a comunicação acontece em vários níveis, incluindo o comportamento verbal, não-verbal e as implicações de cada um. As comunicações indiretas podem ser consideradas como implicações e não conteúdos expostos, as respostas acontecem, pelo método indireto sem que o sujeito tenha completa consciência disto (Zeig, 1985, citado em Zeig, 2003).

Mahoney (1998) propõe dois exemplos de utilização de metáfora, o primeiro como sendo a metáfora de jornada ou da peregrinação, pois ela consegue ecoar as experiências relatadas por muitos clientes em psicoterapia. Em uma jornada podemos perceber questões acerca de caminhos, tipos e habilidades de movimento, obstáculos, desafios, dentre outros. A segunda metáfora é a de transformação ou também chamada de metamorfose, estando relacionada sobre a mudança terapêutica, sendo que esta é frequentemente simbolizada pela metamorfose de uma lagarta numa borboleta.

É importante perceber que diversas metáforas podem servir diferentemente a diversos indivíduos. Desta forma não se pode considerar se a metáfora é a melhor, mas quais famílias

de metáforas são mais úteis para quem e para quais propósitos. Não perdendo nem mesmo na construção ou escolha da metáfora a complexa subjetividade do cliente.

Zeig (2003) considera que a comunicação para ser considerada como transformadora em nível psicológico ela deve ser obtusa, indireta, metafórica, ilógica e pode consistir às vezes de tarefas estratégicas aparentemente sem sentido.

Herzlich (2005) propõem que a saúde e a doença são objetos privilegiados, por apresentarem características particulares e possuírem elementos que vão além da estabilidade, sendo passíveis de metaforizá-las ou de engendrá-las.

Este aspecto é visível quando pede que alguém descreva o que sente e como é a sua doença. Muitas vezes a resposta é algo como: “A minha gastrite arde como um fogo” ou ainda “Minha dor é como se estivessem me enfiando um facão a sangue frio”.

Pessoas que demonstram características de fala utilizando-se de metáforas para descrever suas doenças é um forte sinal de que o terapeuta tem aí um ótimo recurso vindo do próprio paciente para dar um novo sentido a sua enfermidade. Para estes a técnica da metáfora parece ser a mais adequada, pois a comunicação será bastante facilitada, a informação indireta chegará ao paciente com maior eficácia, já que este demonstra uma familiaridade com a metáfora ao utilizá-la na sua descrição.

Não necessariamente deve-se usar aquilo que o cliente trouxe metaforizado sobre sua doença, mas leva-se para a metáfora aspectos que facilitarão novas associações para o paciente e conseqüentemente novos sentidos perante o seu adoecimento. Sendo que o assunto trazido pela metáfora provavelmente será encontrado na própria fala do paciente, talvez coisas que ele deixou de fazer devido à doença ou ainda sentimentos negativos que podem e devem ser alterados.

Percebe-se esse aspecto quando Zeig (2003) descreve o modelo de tratamento da teoria Ericksoniana ao expor que os recursos devem ser desenvolvidos utilizando os próprios

valores do paciente. Por exemplo, um paciente portador de AIDS, demonstra ter tido uma queda na sua qualidade de vida, devido às limitações impostas pela doença, demonstrando um sentido negativo perante a sua enfermidade. A técnica da metáfora poderá ser utilizada nesse caso para levar referência a valores e aspectos que antes eram significativos para usufruir de uma boa qualidade de vida, trazendo novos sentidos para o seu momento atual, percebendo que apesar das limitações os seus desejos podem ser administrados e realizados.

Prescrições diretas são dirigidas apenas ao consciente, considerando somente um momento da subjetividade. Já as sugestões indiretas, como as metáforas, são endereçadas tanto ao consciente como ao inconsciente de diferentes formas, ou seja, distintos momentos de um sistema mais amplo, que é a subjetividade do paciente (Neubern, 2004).

Zeig e Robles (2005) propõem a comunicação como uma forma de oferecer uma informação ao paciente e ao mesmo tempo transmitir um modo de como ela deve ser usada. Assim é a metáfora, por meio de uma história, escolhida para cada paciente específico e sendo construída através dos valores dele, transmitirá uma informação e conseqüentemente um novo sentido.

Se a mudança de uma terapia narrativa de acordo com Grandesso (2000) decorre do duplo lugar em que o paciente se encontra ao relatar sua história, sendo narrador e ao mesmo tempo protagonista, ou seja, estando dentro e distanciado de sua própria história, criará assim a possibilidade de novas compreensões e significados.

A dissociação é algo muito presente na técnica da metáfora. Neubern (2004, p. 217) a caracteriza como sendo:

Um dos momentos que delimitariam o transe, em que o sujeito apresenta ao mesmo tempo um funcionamento consciente e outro inconsciente. A dissociação remete também à situação do *double* (duplo) e que o sujeito está em um estado no qual ele pode se enxergar em uma cena, como dissociar mente de corpo.

Pode-se verificar o processo de dissociação ao que Neubern (não publicado) discute sobre a dor, buscando alternativas para chegar ao alívio que de certa forma se estivessem em estados habituais estariam longe do alcance consciente do sujeito. Na experiência dolorosa, a pessoa que a sente muitas vezes utiliza-se de recursos para se proteger da dor, como por exemplo, tentar se distrair com outras coisas, pois assim não a sentirá, outras relatam ter experiências como ausências que em geral parecem estar fora de seu controle deliberado e se impõe a elas (Erickson, 1965, citado em Neubern, não publicado).

Sendo assim, levando o paciente que sofre por uma determinada doença a olhar todos estes aspectos presentes em seu momento atual de uma forma distanciada e ao mesmo tempo vivenciando este momento, ou ainda percebendo que determinadas coisas ou atitudes fazem com que seu processo seja amenizado parece ser bastante eficaz para uma possível ressignificação da doença.

O sujeito que sofre devido ao seu processo de adoecimento, muito provavelmente deixou para trás coisas que antes eram agradáveis e que devido ao seu novo sentido, após o diagnóstico, não são mais motivados. Esses aspectos podem ser bastante úteis para o terapeuta, pois serão eles que, por meio da metáfora, farão uma nova significação sobre seu estado atual, e possivelmente uma nova configuração subjetiva surgirá, trazendo uma organização do cenário para proporcionar um longo processo de saúde.

A metáfora servirá assim como ponte para que o próprio sujeito tome novos caminhos e efetive um trabalho em direção a sua melhora. Assim como expõe Neubern (2004) que as histórias por si só não curam, mas se tornam caminhos que permitem aos pacientes o encontro de soluções próprias para a sua demanda.

CAPÍTULO 3

A Técnica da Metáfora Para Novas Construções de Sentido da Doença.

*“As histórias e contos são os remédios da alma que atuam como ervas naturais para a cura e a autodescoberta... Precisamos delas para ajudar a trazer sorrisos para nossas vidas quando nossas vidas estão cheias de lágrimas”
(Joyce Mills).*

Para fins de clarificar toda a proposta aqui apresentada e demonstrar um exemplo de como a técnica da metáfora pode ser um meio de levar o indivíduo a ressignificar sua doença, este capítulo terá como base um estudo de caso¹⁴ que levará a abordar os vários aspectos discutidos.

Arnaldo é servidor público e tem 55 anos. Dois meses antes de ir para a terapia havia recebido o diagnóstico de câncer nos rins, o que lhe ocasionava muitas dores. Muito resistente à terapia resolveu procurá-la apenas pela insistência da família e do médico. Logo de início em sua conversa com a terapeuta diz não acreditar em seu trabalho e que nem mesmo sabia por que e o que estava fazendo lá. Disse ainda que somente a havia procurado porque sua esposa relatava não o agüentar mais, que estava insuportável.

Afirmava que estava muito abalado com o diagnóstico e que as dores vindas com a doença era algo insuportável de agüentar. Não demonstrava muita esperança, já que relatava perceber que as coisas não estavam favoráveis, não sabendo por quanto tempo ainda iria durar.

Distanciou-se do trabalho, e não atende mais os telefones dos seus colegas de lá. Diz que seu tempo já acabou e que não tem mais nada pra fazer com relação a esse meio. Percebe que sempre quando as pessoas sabem da sua doença elas se afastam. Para Arnaldo ninguém

¹⁴ O caso que será discutido foi apresentado pelo profº Maurício Neubern, em uma de suas aulas de Teorias e Técnicas Psicoterápicas II, 1º semestre de 2007. Este caso foi adaptado pelo professor para que não fosse possível reconhecer o paciente, assim como seu nome também é fictício. Estes cuidados foram tomados para preservar o sigilo profissional.

quer andar com alguém que vai morrer. Queixa-se de que seus amigos não mais o chamam para pescar, mas nem mesmo sabe se ainda tem vontade.

De acordo com o paciente o médico costuma dizer que a situação não é bem assim, que tem tratamento, que está no começo, mas infelizmente Arnaldo diz claramente não acreditar nisso. Pois ele não quer ser envolvido por uma esperança que a vida pode destruir a qualquer momento.

Depois de todo esse discurso, ainda parece incomodado com o fato de a terapeuta ser jovem demais para cuidar do seu problema, por parecer ter a idade de sua filha acredita que dificultaria as coisas e que nem mesmo sabe se ela poderá entendê-lo, já que a esposa não o entende, o médico não o entende. Ninguém o entende.

Dentro desses aspectos até aqui apresentados sobre o momento atual do paciente, pode-se perceber a sua configuração subjetiva perante o adoecimento. Já que esta é uma forma de integrar, de forma sistêmica e dinâmica, os diferentes processos subjetivos presentes como, por exemplo, os sentidos, motivos e necessidades (González Rey, 2002).

Nesse caso então, percebe-se que Arnaldo está banhado em um discurso negativo de sua doença e conseqüentemente de sua vida, já que considera a morte como um fato que pode surgir a qualquer momento e que em decorrência disso não vê mais sentido em fazer nada e nem mesmo acreditar nas pessoas, pois pode se iludir com esperanças errôneas e a vida poderá lhe pregar uma surpresa a qualquer momento. Sendo assim, Arnaldo demonstra se colocar em um papel de vítima, se isola socialmente, deixa pra trás coisas que antes eram agradáveis e divertidas, mas que hoje não tem tanta importância.

De fato Arnaldo demonstra uma desordem em sua organização, já que existem coisas que gosta, mas que pelo fato da doença já não gosta mais, diz que o médico tenta lhe acalmar falando que tem tratamento, mas não pode acreditar, já que sente que seu fim está próximo.

Para Arnaldo, o diagnóstico pode ser considerado um elemento sensível ao seu funcionamento geral e de acordo com González Rey (2004, p. 11):

Qualquer elemento sensível ao funcionamento geral do sistema pode ser, em um momento concreto do seu funcionamento, responsável pelo desenvolvimento de uma dinâmica que fuja da capacidade generativa aberta desse sistema e conduza à aparição de eventos patológicos que vão contra o desenvolvimento auto-regulado do sistema.

No momento do diagnóstico surgem emoções como medo, insegurança, angústia e uma vivência imediata da morte, podendo se converter ou não em um sentido dominante na experiência do adoecer do sujeito. Sabe-se que será justamente a partir dessas emoções que os sentidos subjetivos surgirão (González Rey, no prelo). Com isso, aparentemente o sentido subjetivo dominante de Arnaldo está muito marcado com esses aspectos presente no primeiro momento do diagnóstico, o levando a uma experiência negativa de sua doença.

De acordo com Neubern (2004) as configurações são como noções que dialogam com os momentos atuais do sujeito, sendo passíveis de modificações e novos arranjos. Para Arnaldo é muito saudável que a estrutura de sua configuração frente ao seu adoecimento seja modificada, trazendo novos sentidos e uma possível organização, pois saúde e doença é algo muito relacionado com ordem ou desordem da configuração subjetiva presente.

É importante perceber que toda essa organização nesse momento da vida de Arnaldo se dá com referência a uma relação que foi construída entre os aspectos sociais em que está inserido e suas próprias características, a complexa questão da subjetividade. O sentido que dá à sua doença é fator de uma série de relacionamentos que possui com o mundo e consigo mesmo, sendo que estes dois se interagem constantemente e simultaneamente, porém não se esgotam entre si.

Vale lembrar que de acordo com a teoria da subjetividade apresentada por González Rey (2005), esses aspectos que configuram a vida de Arnaldo são característicos para ele,

para o seu momento e de acordo com a sua vida, não podendo generalizar para os demais sujeitos que possuem a mesma doença. Cada sujeito é único e conseqüentemente sua organização e sentidos também serão.

Esse sentido negativo que Arnaldo carrega com referência ao câncer pode também, de certa forma, estar relacionado com o que Maryama, Costa, Espírito Santo, Bellato e Pereira (2006) discutem sobre a carga moral que esta doença carrega. O câncer era considerado como uma doença que possuía um poder maligno, sendo exclusivo do mundo moderno e estando relacionada com comportamentos de desordem, a destruição do corpo e da sociedade.

Voltando a descrição do caso, a terapeuta não se abala com a insegurança dele referente à terapia e segue diretamente para como o paciente sente a sua dor ao invés de tentar se defender dizendo que será uma boa terapeuta e que apesar da sua idade fará um excelente trabalho.

Neste momento a terapeuta tem a oportunidade de olhar por fora o relacionamento que está acontecendo e procurando o melhor caminho para conduzir a terapia. Não seria saudável entrar no jogo de resistência que o paciente traz, então com isso, ela vai adiante e conduz como melhor parece ser para este paciente. Se justificar dizendo ser uma boa profissional seria entrar neste momento de insegurança de Arnaldo, é preciso demonstrar ser boa no que faz, porém não entrar em discussões que apenas tomariam tempo e desgaste da relação, pois o paciente aparentemente traz uma opinião quase cristalizada a respeito desse assunto, então é preciso demonstrá-lo a competência e não tentar convencê-lo disso por meio da fala.

Arnaldo descreve a sua dor como algo complicado e horrível, metaforiza dizendo que é como se estivessem enfiando um ferro nos rins a frio. Primeiro a dor se concentra no rim, começando bem agudo e depois vai se espalhando por todo ele. Sua redução é lenta, bem aos poucos. No momento em que a sente se percebe imobilizado, não conseguindo fazer nada, apenas ficar deitado na cama.

O paciente relata um caso bastante curioso, dizendo que certo dia, estava deitado na poltrona, apenas curtindo a sua dor, que por sinal estava muito forte. Pois logo quando viu que o carro do vizinho estava pegando fogo junto ao seu se levantou correndo e foi tirar seu carro. Assim que o vizinho tomou as devidas providências, voltou a curtir sua dor deitado na poltrona.

O fato de Arnaldo se distrair com o carro pegando fogo e com isso se esquecer da dor leva a lembrar o que foi discutido anteriormente a respeito do fator da dissociação, conceito apresentado por Neubern (não publicado), onde se refere que algumas alternativas podem servir como meios de alívios da dor, e que estas se estivessem em estados habituais estariam longe do alcance consciente do sujeito.

Para o trabalho terapêutico é fundamental que se esteja atento a todo o relato do sujeito, pois este será uma boa forma para se saber por onde caminhar. É importante perceber que Arnaldo descreve a sua dor utilizando uma metáfora, comparando-a como se estivessem enfiando um ferro nos rins a frio. Este já demonstra ser um ótimo recurso que o paciente traz para a terapia. Percebe-se que Arnaldo tem familiaridade com a metáfora, sendo assim, usando esta técnica com ele pode ser uma forma mais rápida e prática de se chegar à mudança, pois conseqüentemente terá maior facilidade em perceber o que a comunicação indireta está querendo dizer e assim construir novos recursos e significados para o momento presente.

Vale à pena lembrar o que Neubern (2004) sugere com relação à sugestão indireta, onde esta é endereçada tanto ao consciente quanto ao inconsciente, facilitando uma melhor associação do sujeito e conseqüentemente o surgimento de novos sentidos e significados. A linguagem metafórica produzirá transformações tanto a nível consciente quanto inconsciente paralelamente e não como algumas teorias ainda abordam, de que para ocorrer a transformação é preciso que o conteúdo inconsciente torne-se consciente. Zeig (2003)

completa esta afirmação ao dizer que a comunicação transformadora em nível psicológico precisa ser obtusa, indireta e metafórica.

Perceber o que Arnaldo traz para a terapia é uma forma de resgatar a importância que diversos autores como Neubern (2004), Zeig e Robles (2005) discutem a respeito de que os recursos mais eficazes para a terapia se encontram no próprio paciente, fazendo com que a terapia tenha como uma de suas finalidades fazer surgir recursos. Esta afirmação remete à questão que González Rey (2005) expõe sobre o sujeito concreto, em que o paciente deve ser visto como um sujeito ativo e participativo. Demonstrando que a terapia é uma relação e que o paciente deve ser parte integrante desta.

A terapeuta de Arnaldo aproveitou esse recurso da metáfora trazido por ele e introduziu a técnica da metáfora em meio a um transe hipnótico. Inicialmente ela valoriza a fala do paciente, demonstrando a importância do seu discurso e que realmente ele havia percebido diversas coisas e que outras ele poderia saber com seu inconsciente. Valoriza os sentimentos de Arnaldo e demonstra compreender sua fala e suas descrições, passando atenção e interesse para ajudá-lo.

Considera-se esse momento como o *rapport*, trazendo maior segurança e confiança para o ambiente terapêutico, facilitando a aceitação de novas sugestões e conseqüentemente fazendo surgir novas construções de sentido. Todo esse vínculo que começa a se construir será ponte para que o trabalho tenha bons resultados (Rigon Neto, 2005).

Para introduzir a metáfora, a terapeuta se preocupou que seu conteúdo fosse justamente o que Arnaldo trazia com relação a sua queixa. Demonstrando que o conteúdo que estará presente na metáfora é algo que o próprio paciente deixe escapar durante a terapia. A metáfora utilizada foi:

... E enquanto você deixa essa dor seguindo o seu rumo, você pode se projetar para outro lugar... Um rio tranquilo, aonde a água vai correndo e seguindo o seu rumo... E

esse rio, você não conhece ainda,... Não sabe o que encontrará depois da próxima curva, se existem pedras, se há perigos,... Mas é curioso como aquelas pessoas ali no outro barco ainda conseguem se divertir,... E aproveitar esse rio que flui com tranquilidade,... E pescar e senti-lo. E a sensação da pesca é boa... Podemos ficar ali, encostados num canto, respirando,... E relaxando como se nada estivesse acontecendo,... Atento apenas à vara, se o peixe resolve ou não beliscar,... E respirando com a boa sensação de que só existe a vara e podemos nos esquecer da vida...

A pesca, que se faz presente é justamente um assunto que ele demonstrou sentir falta, pois relata inicialmente que seus amigos de pescaria já não o convidam mais. Aqui fica claro o que está presente no modelo de tratamento de Milton Erickson, em que após identificar os recursos latentes do paciente, faz-se um diagnóstico dos seus valores, sabendo assim aquilo que gosta e o que não gosta, e com isso desenvolve tais recursos utilizando os valores que aparecerem, vinculando o recurso desenvolvido ao problema, podendo ser de forma direta ou indireta (Zeig, 2003).

Para Arnaldo o recurso apresentado foi a utilização da metáfora quando descreve sua dor, um dos valores que ele apresentou e o que foi utilizado pela terapeuta para desenvolver o recurso foi a pesca e finalmente foi possível fazer uma vinculação de forma indireta ao problema atual, o impacto causado pelo diagnóstico do câncer e como conviver com ele.

Essa forma como foi utilizada a técnica sugere a Arnaldo que a vida pode ser “curtida”, como se estivesse em uma pescaria, como algo tranquilo, mesmo se no momento não tiver total conhecimento sobre o fator primordial de sua vida, no caso o câncer. A vida pode ser apreciada e regada com bastante diversão e bons momentos. Demonstra ainda que diversas pessoas, assim como Arnaldo, se encontram na mesma situação, sem saber o que vai encontrar na próxima curva, ou nos próximos dias, mas mesmo assim, podem ver e vivenciar

a vida com um peso mais leve e se permitir diversão e tranquilidade deixando o rio correr como deve ser.

É interessante perceber que a terapeuta trouxe junto para o conteúdo da metáfora algo que o próprio Arnaldo utiliza, o “curtir”, pois Arnaldo relata ter ficado em sua poltrona curtindo a sua dor. Claro que agora a terapeuta utiliza essa fala para um aspecto inverso, onde ele pode curtir a sua vida e não a sua dor, voltar a fazer o que antes lhe dava prazer e assim ir curtindo a vida, mesmo sem saber o que vai acontecer.

Essa forma indireta de levar a proposta ao cliente facilita a mudança e conseqüentemente novas construções de sentido perante o adoecimento, gerando uma melhor qualidade de vida, aproveitando tudo aquilo foi deixado para trás e que pode e deve ser resgatado.

Toda a terapia de Arnaldo estava voltada para a conversação, porém a compreensão do sujeito não se esgota somente pela linguagem, fatores não verbais e indicadores são fundamentais para que se esteja atento a subjetividade do cliente e conseqüentemente qual a melhor forma de seguir com a terapia.

Não somente a metáfora tem essa característica de facilitar uma ressignificação, seja do processo de adoecimento ou de qualquer acontecimento da vida que esteja trazendo sofrimento. Técnicas como hipnose, prescrição de tarefas dentre outras podem ter valor significativo para esse mesmo fim. Essas técnicas podem ser mais bem aprofundadas com autores como Zeig (2005 e 2003), Neubern (2004) e Milton Erickson (1952, citado em Neubern, 2004). Essa importância dada a ressignificação corrobora com o que Neubern (2004) propõe, considerando que a reconstrução de sentidos e significados consiste como um dos principais momentos da terapia.

Conclusão

O objetivo deste trabalho foi analisar a utilização da técnica da metáfora para uma possível ressignificação da doença, levando o indivíduo a conviver e sentir sua enfermidade da melhor forma possível, proporcionando saúde e bem estar. Foi possível clarificar este aspecto utilizando inicialmente uma análise teórica que subsidiou a compreensão do estudo de caso, objeto de reflexão, onde se introduziu de uma forma prática os diversos assuntos que foram abordados ao longo do trabalho. Tornando-se possível compreender a correlação dos aspectos da doença, da subjetividade e a utilização da metáfora para a produção de novos sentidos.

Pensar a doença apenas como um emaranhado de sintomas faz com que se esqueça de um aspecto que está diretamente ligado ao adoecimento, que é o próprio sujeito adoecido. Considerar o sujeito como apenas um corpo que aloja uma enfermidade é excluir fatores que com certeza poderão estar muito mais relacionados com a melhora e a estabilidade da doença, pois afinal, é um sujeito com sentimentos e emoções que está vivenciando todo o processo e por isso é mais que necessário dar voz a este sujeito. Desta forma todas estas características devem ser levadas em conta quando o objetivo é aliviar o sofrimento.

Aspectos da subjetividade, do social e até mesmo fatores de comunicação, considerando a doença muitas vezes como forma de expressão, devem ser levados em conta quando o objetivo é fazer com que o adoecimento se torne mais leve e de certa forma menos prejudicial para o paciente. González Rey (2005) corrobora com esta idéia quando expõe que a forma como o indivíduo encara seu adoecimento está bastante relacionada com o processo de saúde e doença.

Sendo assim, se faz mais que necessário entender a doença como um processo subjetivo, e para isto é preciso a compreensão de aspectos como, a configuração subjetiva do

sujeito, seu sentido subjetivo, suas emoções e seus significados, que serão constituídos a partir das ações empreendidas dentro do cenário social em que se insere (Neubern, não publicado).

Neste sentido, a técnica proposta para a ressignificação da doença demonstrou estar em conformidade com um aspecto que deve ser resgatado no processo de adoecimento, a complexa questão da subjetividade. De certa forma corroborando com a idéia aqui apresentada de resgatar o paciente como um sujeito ativo perante sua enfermidade Zeig (2005) propõe que a forma que será conduzida a terapia dependerá de cada cliente, pois as técnicas e o modo como serão construídas dependerão dos recursos trazidos pelo paciente, seus valores e a sua própria forma de ser.

A metáfora que for utilizada será exclusiva para determinado indivíduo, pois será construída a partir dos seus sentidos e do seu momento atual, resgatando a singularidade de cada um. Assim também será a compreensão da doença como processo subjetivo, onde cada indivíduo sentirá e conviverá com sua enfermidade de acordo com suas vivências, emoções, sentidos e significados.

Se os aspectos configuracionais não são estanques, por que não levar o sujeito que sofre a uma nova configuração?! Novos sentidos proporcionarão uma melhora na qualidade de vida e conseqüentemente na sua enfermidade, buscando saúde mesmo que se esteja doente. Percebe-se assim que a mudança é possível e muitas vezes necessária. O sofrimento é algo que entristece e incomoda, muitas vezes tira até mesmo a vontade de viver, resgatar sentimentos e sentidos positivos perante o adoecimento é uma forma de aliviar a dor e resgatar a vida no momento em que mais se precisa dela.

O ambiente terapêutico é um espaço onde se constrói uma relação e a partir daí uma confiança para se entregar e principalmente se sentir a vontade neste espaço, já que emergirão sentimentos e falas tão íntimas que muitas vezes nem sequer foram verbalizadas. Com isso, para se ter uma mudança significativa é necessário antes de tudo um ambiente seguro e

confiável, estabelecendo o *rapport*. Uma relação segura e confiável entre terapeuta e cliente é algo que deve ser primordial se o objetivo é fazer desencadear processos de mudanças (Mahoney, 1998).

Não somente a técnica da metáfora pode ser útil para se chegar a um novo sentido do adoecimento. Técnicas como hipnose, prescrição de sintoma, intervenção não-verbal e a ilusão de alternativas podem ser também bastantes eficazes para se chegar a uma ressignificação, não somente do adoecimento, mas também de diversos outros fatores que podem trazer sofrimento e uma baixa qualidade de vida.

Fica como sugestão o aprofundamento da utilização destas técnicas supracitadas para uma possível ressignificação dentro do ambiente terapêutico. Pode ser interessante a utilização de pesquisas qualitativas para a verificação destas propostas. Pensar em ambiente terapêutico remete não apenas a sala de um consultório clínico. O hospital, por exemplo, é também uma forma de se trabalhar terapeuticamente o sujeito enfermo. Esta proposta apresentada poderá ser de grande valia se aplicada em hospitais, onde o processo de saúde e doença está muito mais a florado e a busca por uma melhora e por um alívio no sofrimento, seja físico ou mental, é visto constantemente. Novos sentidos podem surgir e isso de certa forma ajudaria no tratamento fisiológico da doença, buscando saúde e tentando resgatar a magia da vida mesmo quando tudo parece estar perdido.

Tornou-se bastante gratificante a realização deste trabalho ao saber que por meio de técnicas que resgatam a subjetividade, como a metáfora, se faz possível dar novos sentidos para sujeitos que sofrem com seus padecimentos. Estes sujeitos muitas vezes se esquecem que possuem desejos e emoções, deixando o sentimento de morte ser bastante eminente, porém podem e devem fazer de seus grandes medos pequenos obstáculos, buscando saúde mesmo estando doente.

Referências Bibliográficas

Almeida Filho, N. & Jucá V. (2002). Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva*. 7, 4, 879-889.

Alves, P. C. (1993). A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. 9, 3, jul-set, 263-271.

Carvalho, M. M. J. (1999). A hipnoterapia no tratamento da dor. In: M. M. J. Carvalho (org). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.

Ferreira, A. B. de H. (1975/1986). *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

González Rey, F. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 20, 2, 275-288.

González Rey, F. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios*. (M. Silva, Trad). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. (2004). *Personalidade, Saúde e Modo de vida*. (F. Silva, Trad). São Paulo: Thomson.

González Rey, F. (2005). *Sujeito e Subjetividade: Uma aproximação histórico-cultural*. (R. Guzzo, Trad). 1ª ed. São Paulo: Thomson.

González Rey, F. (no prelo). Os Sentidos Subjetivos e as Configurações Subjetivas no Câncer: O Desenvolvimento de um modelo teórico através do estudo de caso. *Estudos de Psicologia*.

Grandesso, M. A. (2000). *Sobre a Reconstrução do Significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Herzlich, C. (2004). Saúde e Doença no início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 14, 2, 383-394.

Herzlich, C. (2005). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 15, 57-70

Keeney, B. P. (1997). *A estética da mudança*. (M. Lopes, & M. Carbajal, Trad). São Paulo: Editorial Psy.

Le Breton, D. (2006). *A sociologia do corpo*. (S. Fuhrmann, trad). Petrópolis: Editora Vozes.

Mcnamee, S. & Gergen, K. J. (1998). *A terapia como construção social*. (C. Dornelles, Trad). Porto Alegre: Artes Médicas.

Mahoney, M. J. (1998). *Processos Humanos de Mudança: As bases científicas da psicoterapia*. (F. Appolinário, Trad). Porto Alegre: Artmed.

Martins, F. (2003). A semiologia médica. In: Martins, F. (org). *Psicopathologia II Semiologia clínica: Investigações teórico clínica das síndromes psicopatológicas clássicas*. 1ª ed. Brasília: ABRAFIPP.

Martins, L. M. França, A. P. D. & Kimura, M. (1996). Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev. Latino-am. enfermagem*. 4, 3, dez, 5-18.

Maruyama, S. A. T. Costa, A. L. C. Espírito Santos, A. R. do E. Bellato, R. & Pereira, W. R. (2006). O corpo e a cultura como lócus do câncer. *Cogitare Enferm*. 11, 2, mai-ago. 171-175.

Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Neubern, M. S. (2000). As Emoções Como Caminho Para Uma Epistemologia Complexa da Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 16, 2, mai-ago, 153-164.

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

Neubern, M. S. (2004). Histórias que (não) curam: sobre narrativas em hipnose clínica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 24, 3, set, 58-75.

Neubern, M. (2007). Estudo de caso. Material utilizado na disciplina Teorias e Técnicas Psicoterapicas. Centro Universitário de Brasília.

Neubern, M. S. (Não publicado). Hipnose, Dor e Subjetividade: Considerações Teóricas e Clínicas.

Queiroz, M. de S. (1986). O Paradigma Mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: Uma perspectiva antropológica. *Rev. Saúde pública*. 20, 4, 309-317.

Rigon Neto, O. D. (2005). *Animalidade como parte de um contexto mais amplo da comunicação da clínica*. Trabalho de conclusão de curso. Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF.

Rossi, E. L. (1997). *A psicobiologia da cura mente-corpo: Novos conceitos em hipnose terapêutica*. (A. Moraes, Trad). 2ª ed. São Paulo: Ed. Psy.

Sontag, S. (1984). *A doença como metáfora*. (M. Ramalho, Trad). 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal.

Stenger, I. (1999). Le médecin et le charlatan. In: T. Nathan & I. Stengers (org). *Médecins et sorciers*. Paris: Synthélabo.

Zeig, J. K. (2003). *Vivenciando Erickson: Uma apresentação da pessoa humana e do trabalho de Milton Erickson*. (R. Montibeller, Trad). São Paulo: Ed. Livro Pleno.

Zeig, J. K. & Robles, T. (2005). *Terapia feita sob medida: Um seminário Ericksoniano com Jeffrey K. Zeig, Ph. D.* (A. Machado, & E. Pinto, Trad). 2ª ed. Belo Horizonte: Ed. Diamante.