



Rev. Bras. de Hipnose 2015; 26(2):80-89

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista
Brasileira de
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.org.br

Hipnose *versus* Transtorno de Estresse Pós-traumático: um recurso terapêutico

Hypnosis versus Posttraumatic Stress Disorder: a therapeutic resource

Marluce de Fátima de Oliveira

Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro (AHIERJ)

Resumo.

Neste trabalho relatamos um caso característico de transtorno de estresse pós-traumático que tivemos oportunidade de tratar no Ambulatório da Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro (AHIERJ), com técnicas de hipnose clássica e ericksoniana. Com dez sessões semanais, foi possível observar significativa remissão dos sintomas originais, redução medicamentosa e reingresso da paciente no convívio social.

Palavras-chave: hipnose, subjetividade, transtorno de estresse pós-traumático.

Abstract.

In this work, we report a typical case of posttraumatic stress disorder that we had the opportunity to treat at the Ambulatory of Hypnosis Association of Rio de Janeiro State (AHIERJ), with classical and ericksonian hypnosis techniques. In ten sessions, one per week, it was possible to observe a significant remission of the original symptoms, reduction in medication, and re-entry of the patient in social life.

Keywords: hypnosis, subjectivity, posttraumatic stress disorder.

1. Introdução

Foi na década de 1980 que a Associação Psiquiátrica Americana, na III edição do seu DSM¹, categorizou, pela primeira vez, o diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) como um evento oriundo de fortes fatores traumáticos externos, deflagrando assim mais uma das síndromes psiquiátricas a serem analisadas e tratadas.

Quatorze anos depois esta mesma associação, na IV edição do DSM², aprimorou esse diagnóstico, ao descreve-lo, sob uma ótica mais individual, como uma desorganização na homeostase orgânica, sendo uma resposta forte diante de alguma situação inevitável que ponha em risco a integridade física, psíquica ou emo-

cional do indivíduo, independente do evento ter sido gerado por um fator externo de maior magnitude (terremotos - catástrofes naturais) ou uma vivência mais particular, do tipo estupro, violência doméstica etc...

Bernard Rangé³, Seligman⁴ e van der Kolke colaboradores⁵ já haviam sugerido o modelo do “choque inevitável”, no qual mudanças na atividade neurotransmissora originada por um evento insuportável iriam disparar sinais que caracterizavam o TEPT. Rangé³ ainda comenta sobre os estudos de Kolb (1987), o qual, adotando nova linha de pesquisa, enfatizou as alterações psicobiológicas oriundas do acontecimento traumático, repercutindo no funcionamento noradrenérgico e serotoninérgico, irradiando-se através do eixo hipotálamo-

pituitário-adrenal e do sistema dopaminérgico/opioide. Segundo este autor: “um evento aterrador afeta o cérebro como um todo. Ao atingir o hemisfério direito, centro regulador do significado emocional, irá desorganizar os estímulos que penetram no SNC e na regulação das respostas autônomas e hormonais. Em face desse desequilíbrio, por outro lado, o hemisfério esquerdo torna-se impotente em realizar a tradução lógico/verbal que permite o arquivamento mnemônico. Tal situação pode explicar, então, a fixação na situação traumática e os consequentes comportamentos a ela ligados”.³

Mas foi Judith Herman⁶ que, em 1998, brilhantemente, conseguiu resumir todo esse processo, ao afirmar que “a resposta usual a atrocidades é banida da consciência, mas recusam-se a serem enterradas. Tão poderoso quanto o desejo de negar as atrocidades é a convicção de que a negação não vai funcionar”. Lembrar e falar a verdade sobre elas é condição *sine qua non*, para permitir a liberação dos conteúdos emocionais, que propiciarão uma remodelagem, tanto biológica quanto psicológica para reorganizar a subjetividade de uma pessoa.

Constituindo-se na atualidade, segundo Figueira e Mendlowicz⁷, em um dos mais frequentes diagnósticos, dentre as síndromes mentais comuns, o TEPT pode ser detectado por uma série de sinais que abrangem os aspectos fisiológicos, psicológicos e emocionais, apresentados por um indivíduo, após vivenciar uma situação de grande impacto traumático.⁷

Qualquer ser humano, no transcorrer de sua vida, está sujeito a defrontar-se com fatores inesperados, de maior ou menor gravidade, os quais podem ou não, transformarem-se em gatilhos deflagradores de eventos traumáticos. A capacidade em lidar com tais eventos varia de pessoa para pessoa, bem como de sua condição física, psicológica, emocional no momento da ocorrência do trauma, além do contexto sociocultural na qual este indivíduo se insere.

Dentre os principais sinais que podem indicar o surgimento de uma perturbação psíquica, decorrente de uma vivência de forte conteúdo, que coloque em risco a integridade física ou emocional de um sujeito, e, que podem caracterizar a emergência da síndrome do TEPT, podemos apontar: reviver (não apenas recordar) de forma intensa, seja através de pensamentos, sonhos ou palavras repetitivos a experiência traumática; evitar de forma persistente, consciente ou inconscientemente, situações que induzam a recordação desta vivência, tais como pessoas, objetos, lugares, etc...; apresentar-se constantemente num estado de enorme excitação.^{7,8}

Além destes, após a experiência traumática, podem surgir alterações neurofisiológicas, tais como sudorese excessiva, taquicardia, tremores involuntários, distúrbios no sono, distúrbios gastrointestinais, bem como alterações mentais e emocionais do tipo: surtos desproporcionais de raiva ou constante irritabilidade, baixa capacidade de concentração, estado de “alerta” intensificado, delírios persecutórios e/ou fobias infundados, timidez e evitação do convívio social, baixa auto-estima, ausência ou pouca comunicação verbal, fragilidade emocional (crises de choro, angústia, etc). Todos esses sinais devem ser criteriosamente observados pelo profissional, sendo o mais indicado um médico psiquiatra, para que se possa realizar um diagnóstico de TEPT.^{8,9}

Sendo, ainda hoje, reconhecido como uma das maiores autoridades, na divulgação científica e ética do uso da hipnose, o Dr. David Akstein¹⁰ mostrou, através de uma viagem na história, que a utilização de recursos hipnóticos reporta aos mais antigos registros da humanidade. Na tentativa de unificação com o “Divino”, vemos que os *iogues*, há 5.000 a.C. praticavam a auto-hipnose, através da concentração do olhar num ponto fixo. Povos da Índia, Caldéia, China, Assíria, Babilônia, antigo Egito, Grécia, apenas para citar alguns, nos legaram relatos do uso de técnicas hipnossugestivas na sua busca de compreensão dos

fenômenos da natureza, na promoção de “curas, milagres e magia”. O advento do “iluminismo” no século XVII trouxe novos enfoques para as ciências, até então dominadas pela visão Aristotélica. Florescem as ciências, elaboram-se questões, hipóteses, enfim... há uma efervescência da criatividade dentro dos constructos socioculturais da época. Foi nesse momento que, pela primeira vez, se levantou a questão da subjetividade. Tendo sido deflagrada essa questão não pôde mais ser silenciada e percorreu o tempo. Gigantes do pensamento despontam, entre eles não podemos esquecer de Mesmer com o magnetismo humano ou mesmerismo, o qual com suas práticas de tratamento dos doentes, mesmo sem o saber, na realidade, praticava o hipnotismo, apesar do cunho fantástico com o qual divulgava seus métodos, vindo a despertar a atenção dos estudiosos para os fenômenos da hipnose. Finalmente, em 1892, a hipnose é reconhecida pela *British Medical Association*, como um recurso com fins terapêuticos, ao dispor da medicina.

Em 2003, a Dra. Edy Maria Alves de Oliveira¹¹, ao definir a hipnoterapia sob a vertente psicológica, nos mostra que esta terapia propicia “uma resposta psicossomática alcançada através de técnicas clássicas e ericksonianas, onde a atenção volta-se para dentro – interior – de maneira espontânea (auto hipnose) ou induzida (hetero-hipnose), incidindo, principalmente, nas memórias sensoriais, afetivas e emocionais”.

Para avaliarmos a profundidade que um evento traumático acarreta em subjetividade de uma pessoa, teríamos que remontar à origem e ao significado mesmo do amor, que segundo Muldworf¹² é colocado sobre processos psicológicos profundos que contribuem para a construção da personalidade. Resulta que a morte do amor equivale, em certa medida, a destruição da pessoa.

É, pois, perfeitamente compreensível, dentro de um contexto sociocultural¹³, que frente a uma forte experiência traumática, a integri-

dade de uma subjetividade possa apresentar distúrbios, os mais variados em intensidade, comportamentos e reações fisiológicas, que necessitem da utilização de todos os recursos terapêuticos disponíveis na busca da homeostase orgânica.

Neste trabalho, relatamos um caso característico de TEPT que tivemos oportunidade de tratar no ambulatório da Associação de Hipnose do Rio de Janeiro (SOHIMERJ), e discutimos o uso da hipnose como mais um, dentre os inúmeros recursos disponíveis, no sentido de promover e acelerar o reequilíbrio físico, psicológico e emocional de tais pacientes.

2. Relato do Caso

2.1. História clínica

C.M.B.C., 47 anos, sexo feminino, solteira, católica, escolaridade ensino médio, terceira de cinco filhos, com histórico de doença mental familiar no ramo paterno, nos procurou em abril/2008, com queixa de vários sintomas, tais como dores de cabeça, depressão, constipação intestinal, distúrbios de sono, muita ansiedade, tensão, medos, irritabilidade, mau humor, impaciência e, principalmente, tremores incontrolláveis nas mãos, que a incapacitavam na realização das tarefas mais banais.

Segundo seu relato, esses sintomas ocorriam esporadicamente no seu cotidiano, mas fixaram-se de forma intensa, após sofrer agressão física, por parte do companheiro. Foram dois eventos.

O primeiro ocorreu dentro de casa, de forma súbita e inesperada, sem motivo. Quando esta se preparava para sair para o trabalho, seu parceiro começou a “agredi-la no rosto, revirando sua bolsa, ameaçando-a, acusando-a de traição, com palavras de baixo calão”. Apesar da violência, a paciente não reagiu, não contou o fato a ninguém, e submeteu-se ao temperamento do parceiro, que a desvalorizava, apesar de seus esforços em agradá-lo. Ele a ameaçava e aos seus familiares declarando-se como sen-

do um elemento fora da lei, o que lhe causava medo.

Ainda em seu relato, C.M.B.C. declarou que antes do convívio comum o parceiro apresentava-se como uma pessoa alegre, gostando de sair com ela, o relacionamento dos dois era bom, ela não percebeu nenhum indício que o desqualificasse. Todavia, após a decisão de compartilharem o mesmo teto, logo no início ela percebeu que havia cometido um erro, ele mudou, passou a vigiá-la, afastando-a do convívio com seus familiares, controlando seus horários de ir e vir do trabalho e telefonemas, fechando-se em casa, reclamando e desvalorizando-a quanto a realização das tarefas domésticas e na relação sexual. A paciente já apresentava ânsias de vômito, pensamentos de suicídio ou homicídio pela vida que levava. Segundo ela: “foram três meses de horror”. Ele exigia uma certa quantia (dinheiro) para deixá-la. Mas ela recusou-se a pagar.

O segundo episódio ocorreu em público, na saída de um supermercado. Com a interferência de transeuntes, o caso foi levado à delegacia de proteção a mulher, onde então a paciente viu confirmada a informação de que seu parceiro tinha passagens pela polícia. Sob proteção policial, ela saiu de casa e foi morar com a filha, em endereço ignorado por ele.

A referida paciente já se encontrava sob tratamento psiquiátrico e estava licenciada no trabalho, quando procurou atendimento no ambulatório da SOHIMERJ, e estava fazendo uso de amitriptilina e clonazepam. Também fazia tratamento psicológico desde fevereiro/2008, mas sem obter a resposta esperada, especialmente quanto aos tremores nas mãos.

O que nos levou a inferir, a possibilidade de nos encontrarmos diante de um possível caso de TEPT foram indícios abaixo citados, que foram observados no transcorrer da anamnese e, posteriormente, nas sessões, os quais persistiam mesmo com acompanhamento psiquiátrico e psicológico. A paciente apresentava, segundo nossa observação e relato da mesma:

- intenso tremor corpóreo, principalmente nas

mãos, que impossibilitava a paciente de realizar tarefas corriqueiras, como escrever, segurar um copo etc.;

- aspecto pessoal desleixado;
- ausência de tonicidade muscular, pele fria, palidez, desvitalizada;
- expressão facial acuada, assustada, hipervigilância, sobressaltos exagerados frente a estímulos inesperados;
- baixa verbalização, com sistemática repetição de palavras soltas, pensamentos repetitivos voltados ao evento traumático e ao medo do reencontro com o agente causador do trauma, levando a paciente a evitar lugares, pessoas, situações que possibilitassem esse encontro;
- esquiva, timidez, ao contato social, dificultando o relacionamento interpessoal.
- alterações fisiológicas, tais como: distúrbios do sono, neurovegetativos, gastrointestinais, sudorese, que persistiam mesmo com o uso de medicação;
- prisão virtual ao passado;
- histórico de doença mental familiar (eixo paterno), sem conseguir identificar o quadro (jargão “sua avó era doida, era maluca, tinha problemas mentais”);
- baixo suporte familiar e social na transição juventude/maturidade (mãe solteira, dependente de obras sociais, família vivia em outro estado, abandono do parceiro).

Diante do quadro que se apresentava, como método para nosso trabalho, optamos pela utilização de várias técnicas de hipnose objetivando mover a paciente da situação de vítima impotente, trazendo-a para o aqui/agora, utilizando-se de seu poder pessoal e a capacidade de realizar suas próprias escolhas, mudando o foco de sua atenção, aumentando sua auto-estima, levando-a reconhecer sua força, objetivando propiciar a dessensibilização corpórea e emocional, que poderia permitir a este organismo, ao utilizar-se de seus próprios recursos, promover a elaboração na compreensão do evento, remodelando assim as

respostas que viabilizariam o seu equilíbrio orgânico.^{11,14}

2.2. Atendimento, técnicas e procedimentos

Na primeira consulta, a paciente chegou ao consultório totalmente desvitalizada, com baixo índice de tônus muscular, conduzida pela mão materna como uma criança assustada, retraída e alerta, apresentando aspecto físico desleixado.

Procurou-se realizar a anamnese de forma acolhedora, buscando estabelecer o *rapport*, explicando a ação da hipnose, os efeitos esperados, a importância da participação e do compromisso pessoal. Deixando-a à vontade para quaisquer perguntas, esclarecendo-a de que, durante todo o processo, a mesma estaria consciente e dona de seus atos, bem como de que todas as técnicas visavam permitir-lhe o acesso seguro a todos os acontecimentos vivenciados por ela durante sua vida, fossem os mesmos agradáveis e/ou desagradáveis, a escolha de sua própria mente interior, permitindo-lhe liberar suas emoções, analisá-las e tomar decisões de como lidar com os mesmos doravante.

A título de uma primeira experiência, para que a paciente tivesse o primeiro contato com a técnica e pudesse vencer assim suas expectativas ansiógenas, utilizamos a técnica do “pestanejamento comandado”, seguida de um relaxamento muscular progressivo. Também, desejávamos proporcionar-lhe, através de sugestões positivas, o acesso ao inconsciente, para que este gerasse um estado de tranquilidade, utilizando-se dos recursos orgânicos naturais. A paciente não entrou no estado de hipnose, permaneceu em estado vigil. Porém, conseguiu-se um certo grau de relaxamento, seguido de muito choro. Fizemos sugestões positivas de calma, serenidade, proteção, para focar sua atenção e emoção no presente, libertando-se das experiências negativas do passado e das expectativas para o futuro (medo da perda do emprego por estar licenciada há meses). Saiu da sessão mais calma.

Uma vez que a paciente já se encontrava sob atendimento psiquiátrico e psicológico, e como a mesma nos procurou com uma meta específica (parar tremores nas mãos) optamos como esquema de trabalho pela utilização tão e somente de técnicas de hipnose clássica e ericksonianas, com o propósito de fortalecimento do seu ego, valorizando seu poder pessoal de autotransformação no “seu olhar” para si mesma e para o mundo, estabelecendo suas prioridades e exercitando suas próprias escolhas. Programamos um prazo inicial de dez sessões, uma vez por semana, durante uma hora, para que seu objetivo primordial, naquele momento, fosse alcançado. Esse planejamento, contudo, seria flexível e estaria de acordo com suas necessidades e respostas.

Tendo determinado essa meta, iniciamos então, efetivamente as intervenções. Iniciamos a primeira sessão com a utilização da técnica de “supraversão do olhar” e induções de segurança, focando sua atenção no próprio corpo, no seu próprio poder de obter a tranquilidade, a calma, o domínio sobre suas mãos. A paciente respondeu melhor ao transe. Foram observados alguns sinais característicos, tais como relaxamento muscular, movimentos palpebrais e musculares involuntários, e a paciente saiu da hipnose mais calma. Foram dadas instruções pós-hipnóticas para que a mesma diariamente ao deitar-se, realizasse três respirações lentas e profundas, inspirando saúde, calma, força e expirasse expulsando todas as recordações angustiantes, seus medos, imaginando que tudo que lhe causava desconforto estava saindo, se dissolvendo junto com o ar que exalava.

Na segunda sessão, a paciente já veio desacompanhada, apresentando ainda “pouca fala”, olhar defensivo, relatos repetitivos dos fatos, do convívio traumático.

Iniciada a sessão com o uso da técnica de “fixação do olhar”, associada a respiração progressiva e a um profundo relaxamento muscular, o que gerou a resposta ao transe, conseguimos então preencher algumas lacunas da

anamnese. Notamos então certa incoerência em situar os fatos (tempo/espço), repetição dos eventos com “atropelo” datas *versus* fatos vivenciados. Relato de “perseguição” por parte do ex-companheiro “vendo-o de longe” em várias esquinas o que a fazia mudar rapidamente seu caminho em fuga. Questionamos: o que seria real nesse relato? Reforçamos então as induções e as instruções pós-transe da sessão anterior.

Na sessão seguinte, antes de iniciarmos o transe hipnótico, indagamos à paciente se ela aceitaria passar pela avaliação da psiquiatra da SOHIMERJ, para um parecer sobre as medicações que fazia uso. No entanto, nossa meta principal era obter um parecer que pudesse nos confirmar ou não a nossa suposição de estarmos lidando com um caso de TEPT. A paciente, entretanto, recusou-se, dizendo já estar sob atendimento deste tipo profissional, declarando preferir aguardar seu retorno ao mesmo. Agitou-se, chorou, deixamo-la à vontade. Como ela havia chegado atrasada e, por isto, nosso tempo foi mais curto, realizamos a sessão usando a mesma técnica por ela já experienciadas, para que acalmasse suas emoções, reforçando o *rapport* entre o terapeuta-paciente.

As duas sessões seguintes seguiram o mesmo padrão e as mesmas técnicas, mas o nível de relaxamento tornava-se, visivelmente, cada vez mais profundo. Trabalhamos sempre com induções positivas, reforço na meta do controle sobre os tremores nas mãos, que se reduziam a olhos vistos, na mudança de seu conceito, de seu olhar, sobre si mesma, aumentando sua auto-estima.

Nosso objetivo, até então, era proporcionar-lhe autoconfiança e sensação de segurança, para, posteriormente, levá-la ao confronto com a vivência traumática, visando liberar as emoções cristalizadas.

Na sexta sessão, já na metade do programa estabelecido inicialmente, e diante da evolução observada (tremores manuais praticamente imperceptíveis, aumento na tonicidade muscu-

lar, no ânimo e expressão verbal da paciente) entendemos que era hora do confronto.

Inicialmente a conduzimos a um profundo estado de relaxamento muscular, com induções de segurança, força pessoal, poder de entrar ou sair de qualquer situação que lhe ameaçasse a integridade física e emocional, levando-a a recordar algum momento que tivesse vivido e que fora, particularmente, feliz, sua expressão facial modificou-se, tornando-se leve, descontraída, com ligeiro rubor e sorriso. Tais sinais, além do profundo relaxamento muscular, nos deram a certeza do transe. Passamos então a um segundo momento.

Com sugestões de que estaria segura, iniciamos a técnica de “regressão no tempo” de Erickson, convidando-a a uma viagem imaginária, pela estória de sua vida, sempre, de forma respeitosa, mostrando-lhe que sua personalidade fora construída sobre essas vivências, boas ou más, as quais estavam registradas em sua memória e que ela havia, sempre, superado as dificuldades que surgiam. Durante todo o tempo observamos as reações que cada lembrança apontava. Durante alguns segundos permitíamos que ela elaborasse suas lições e, em seguida, com sugestões de mudança de cena, continuávamos a regressão. Mantivemos esse procedimento até seu nascimento, mostrando-lhe que fora um bebê saudável, sem tremores, que seu organismo se desenvolvera saudavelmente. Então, de forma súbita, a induzimos a voltar ao foco do evento traumático, a lembrar, vivenciar detalhadamente, toda a experiência da primeira agressão, trazer a raiva, humilhação e dor; sentimentos e pensamentos vividos naquele instante. Nossa meta era a liberação da raiva e impotência, dos sentimentos contidos, represados.

A reação de choque ante a indução foi imediata. Contração corporal, mãos contraídas, olhos abertos fixos, expressão facial acuada, mas não saiu do transe. Procuramos aprofundar na situação, para que ela capturasse todas as emoções e as expressasse, o que a paciente realizava verbalmente repetindo as palavras

dele, narrando seus próprios pensamentos, gestos, sua raiva. Cada palavra dita pela paciente era por nós repetida para reforçar a experiência perguntávamos contra quem era a raiva sentida? Raiva dele, era a resposta. Vontade de matá-lo ou matar-se para fugir daquilo, eram expressões fortes. Os minutos transcorriam, a tensão era visível, até que a catarse se fez presente, numa explosão de choro raivoso, impotente. Realizamos o acolhimento, o reforço à segurança, ao encontro da própria força que lhe havia permitido ultrapassar o acontecimento, a calma etc... e assim deixamos transcorrer alguns minutos até que a paciente foi acalmando-se lentamente

Durante esses minutos a mantivemos sob constante monitoramento corpóreo, mas notamos que ainda havia algo mais a ser liberado. Eram pequenas contrações automáticas que nos sinalizavam isto. Apesar de toda a intensidade emocional da sessão, tivemos que tomar uma decisão: voltar novamente a cena, para liberarmos esses resquícios emocionais ou transferirmos para nova sessão este trabalho.

Diante do transe profundo em que se encontrava a paciente (sua expressão de calma, suas respostas de que estava bem) optamos por voltar à cena, não perdendo a oportunidade para alcançar a liberação emocional de forma definitiva, a qual libertaria nossa paciente da fixação traumática e que lhe possibilitaria novas escolhas, novas decisões, quanto a sua com-duta perante a vida.

Após alguns minutos, dando-lhe a certeza de proteção e segurança, pedimos para que voltasse à cena. Observamos nova reação pela contração muscular, porém, de menor intensidade. Não o choque inicial.

Estando emocionalmente na cena, seguimos o procedimento anterior, para que a paciente liberasse toda dor, toda raiva..., contra quem era essa raiva? Raiva de quem? Insistimos nesse ponto. O choro tornou-se convulsivo até que explodiu: “raiva de mim mesma”! Por que? Porque eu permiti que ele fizesse isso comigo! Eu sabia! Eu vivia no terrore me

acovardei, nada fiz! Como pude fazer isso comigo? Eram explosões emocionais que saiam em cascata até a exaustão.

Respeitosamente deixamos que a subjetividade se reencontrasse. Realizado o acolhimento, reconfortando-a, com induções positivas de confiança na sua própria capacidade de superação, de tomar novas decisões doravante jamais voltando a permitir que a machucassem dessa forma, realizamos a saída do transe, trazendo-a para o aqui/agora, consciente de sua força para superação, de seu poder de realizar escolhas saudáveis para si mesma, de bem-estar físico, emocional, encerramos a sessão. Como induções pós-hipnóticas reforçamos todas as sugestões positivas que se fixariam em sua mente inconsciente ao dormir.

Na sessão seguinte a paciente faltou, mas telefonou para avisar que estava sentindo-se bem, e que não poderia comparecer por estar envolvida na mudança de residência de sua irmã, com quem iria residir doravante. Entendemos que “mudanças” estavam acontecendo.

Na semana seguinte, lhe informamos que pretendíamos dar-lhe um recurso, o qual ficaria a sua disposição para utilizá-lo sempre que se defrontasse com quaisquer situações onde houvesse necessidade de manter-se calma, lúcida, segura para agir. Nos referíamos ao “signo sinal”, ensinando-a como estabelecê-lo e utilizá-lo.

A paciente nos relatou haver comparecido a consulta com a psiquiatra que lhe suspendeu a amitriptilina, mantendo apenas o clonazepam como coadjuvante no sono e que estava lendo, e gostando, um livro cujo título era “nunca desista de seus sonhos”. Iniciada a sessão com a técnica de “supraversão do olhar”, reforçamos as induções anteriores de mãos firmes, serenidade, cautela em suas novas relações amorosas sem mergulhar impensadamente nestas. Foi dada a indução do “signo sinal”, seu, próprio, escolhido por ela, e que este sinal ao ser realizado pela paciente diante de qualquer situação difícil, inesperada, imediatamente seria captado por sua mente inconsciente que lhe

responderia com o estado de calma, controle e lucidez, para fazer face frente a situação da melhor forma possível.

Já nos encontrava-nos na nona sessão e a evolução tornava-se cada vez mais clara. Suas mãos mantinham-se firmes, apesar da suspensão da medicação. Utilizamos esta sessão, com a técnica de fixação do olhar e do relaxamento muscular progressivo, para reforço do signo sinal, das induções positivas, no aumento da própria confiança elevando sua auto-estima.

A décima sessão serviu para uma avaliação mútua dos resultados obtidos, das expectativas que a mesma nos trouxera, de seu estado emocional, de sua autoconfiança. Juntas realizamos uma análise de seus “medos”, “insegurança” e “angústia” iniciais comparando-os com sua forma de senti-los, de lidar com estes, no presente. A paciente nos contou que na noite anterior à sessão havia sonhado e que se lembrava do sonho. A cena transcorria em um lugar escuro, onde um casal pretendia levar uma criança para algum lugar que a paciente sentia não ser benéfico ao bebê. Ela, porém, entrou em cena, colocou-se em defesa da criança, enfrentou o casal, impedindo que este realizasse seu plano. Acordou com mal-estar, rezou, dormiu novamente, e acordou pela manhã sentindo-se muito bem.

Analisado o sonho, nossa cliente declarou-se mais segura, mais dona de si. Todavia ainda persistia o medo de voltar a frequentar lugares onde houvesse a possibilidade de reencontro com o ex-companheiro, evitando-os. Induzida a usar o signo sinal, rapidamente entrou num estado de tranquilidade e relaxamento. Induzimo-la então a enfrentar esse último obstáculo. Que retornasse a esses locais, acompanhada de uma pessoa de sua confiança, sem forçar seus limites, de forma gradativa. Nossa meta era promover a dessensibilização física e emocional que iria lhe permitir locomover-se doravante, livre de possíveis fantasias e/ou enfrentando situações reais.

Dois semanas se passaram até nosso novo encontro. Neste a paciente veio de forma

irreconhecível para quem a viu quando procurou a SOHIMERJ pela primeira vez. Estava acompanhada de um antigo namorado que reencontrara. Com aparência física bem cuidada, alegre, sorridente, falante, solta. No atendimento declarou que estava morando com a irmã, que havia voltado aos lugares que antes evitava, que sentira inicialmente medo de entrar em certas lojas, onde sabia que o ex-companheiro frequentava, mas que entrara, receosa a princípio, sentindo-se mais tranquila à medida em que transitava pelas lojas sem encontrá-lo. Nunca mais o viu, nem nas redondezas. Estava propensa a investir num novo relacionamento com o antigo namorado, mas, cautelosamente, sem desejo de compartilhar o mesmo teto e que nunca mais iria permitir-se cair na cilada em que anteriormente se colocara. Recebeu alta. A paciente solicitou, entretanto, mais duas sessões de reforço, desejando manter o atendimento até seu retorno a psiquiatria, para nova avaliação, quando teria ou não, a renovação de sua licença no trabalho para tratamento médico. Acatamos o pedido, todavia, ela não compareceu mais. Ao telefone declarou-se bem, achando desnecessário o retorno, ficando de visitar-nos numa ocasião oportuna.

3. Resultado

O tratamento psicoterapêutico com a utilização das técnicas de hipnose, iniciado em maio e com alta em novembro, comportando um período de sete meses, propiciou a remissão total da queixa inicial (tremores nas mãos) da paciente, auxiliando positivamente a ação medicamentosa, até a suspensão/redução das drogas (uso esporádico de clonazepam em caso de insônia). Observou-se mudança clara na postura física, psicológica e emocional da paciente, o que nos leva a sugerir a aplicação da hipnose como mais um, dos inúmeros recursos disponíveis, para o tratamento do TEPT.

4. Discussão

Como dissemos no início o amor é a mola mestra que move o sujeito e a forma como esse amor é captado, percebido, elaborado, por cada um de nós é que vai nortear a construção de nossa subjetividade e o nosso trânsito na aventura que é a vida. É claro que a maturidade (que independe da idade), a história de vida de cada um, terão grande pregnância nesse projeto, mas não são as condições *sine qua non* para o mesmo.

O relato do caso, ora em discussão, nos aponta inúmeras variáveis fragilizadoras na construção da subjetividade dessa paciente, as quais poderiam atuar como elementos facilitadores para o disparo de diversas patologias psiquiátricas e/ou psicofisiológicas. Dentre elas, somos levados a considerar os fatores genéticos, as condições psicológicas e emocionais, o contexto sócio-econômico-cultural, apenas para citar as de maior pregnância.

Dessa forma, buscamos efetuar um recorte, que nos possibilitasse sintetizar o pensamento de alguns estudiosos e que pudessem dar um suporte a nossa hipótese, demonstrando como esse ego poderia responder a situações conflituosas não manejáveis. Suas tentativas de soluções da angústia. Sua busca de identificações positivas e do confronto com o fenômeno do risco da morte definitiva de uma parte do seu ego corporal, lhe permitindo, entretanto, a continuidade da existência de si mesmo.

Na atualidade são inúmeros os tipos de abordagens terapêuticas para o TEPT. Rangé³ e Masci¹³ nos apontam as intervenções psicodinâmicas, *biofeedback*, intervenções comportamentais (tipo inundação), cognitivo-comportamental, dessensibilização por reprocessamento por meio de movimentos oculares, ou EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), a terapia criada por Francine Shapiro¹⁵, a modelagem encoberta de Albert Bandura¹⁶, relaxamento muscular ou respiratório, dramatização, entre outras. Entretanto, segundo estes autores, muitas intervenções, particularmente as psicodinâmicas, são apre-

sentadas apenas como “relatos de casos”, o que impossibilita sua validação de uma maneira sistematizada.

5. Considerações Finais

Como ficamos restrito ao relato de um caso apenas, a questão da hipnose como mais um recurso terapêutico disponível no tratamento do TEPT fica como uma sugestão para novas pesquisas. Mesmo considerando essa pequena amostra, acreditamos que o trabalho possa servir como referencial para estudos mais abrangentes entre aqueles que investigam o ser humano em suas relações fisiopsicológicas e sociais.

Referências

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. III ed., Porto Alegre: Artmed., 1980.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. IV ed., Porto Alegre: Artmed, 1994.
3. Rangé B. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Um Diálogo com a Psiquiatria. Porto Alegre: Armed Editora, RS, 2001.
4. Seligman MEP. Reversing learned helplessness and depression. In P. Zimbardo, Psychology and Life 11th ed. Glenview, IL Scott-Foresman, 1977.
5. van der Kolk B, Greenberg M, Boyd H, Krystal J. Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: toward a psychobiology of posttraumatic stress. Biol Psychiatry 1985; 20:314-325.
6. Herman J. Trauma e Recuperacion; Como Superar las Consecuencias de la Violencia. Madrid: Espasa-Calpe, 1998.
7. Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. Rev. Bras. Psiquiatr. 2003; 25:12-16.
8. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam F. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. J Am Acad Child Adol Psych 2003; 42:561-570.
9. Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorder. Can J Psych, 47: 923-929.
10. Akstein D. Hipnologia. Rio de Janeiro: Editora Hypnos, RJ, 1973.
11. De Oliveira EMA. <http://ibhipnoterapia.com.br/?author=2>.
12. Cachero LAM. Dicionário de Ciências Sociais, Rio

- de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.
13. Masci C. A Hora Da Virada - Enfrentando os Desafios da Vida com Serenidade e Equilíbrio. São Paulo: Ed. Saraiva, SP, 1993.
 14. Muldworf B, L'Adultère in Vie Affective et Sexuelle, Col. n° 5, Castermann, Paris, 1997.
 15. Shapiro F, Forrest MS. EMDR: The Breakthrough "Eye Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, And Trauma Paperback. New York: Harper Collins Pub., Inc., 1997. <https://www.amazon.ca/EMDR-Breakthrough-Movement-Therapy-Overcoming/dp/0465043011>.
 16. Bandura A. Principles of Behavior Modification. New York: Holt, inehart & Winston, 1969.