

A PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DO PACIENTE COM PARKINSON NO CONTEXTO DA CLÍNICA AMPLIADA

Maithê Cristina ULIANA¹
Érico Bruno Viana CAMPOS²

Resumo

Considerada uma doença neurológica degenerativa com curso crônico e progressivo, o Parkinson ocasiona perdas e mudanças que são marcadas por um intenso sofrimento psíquico, semelhante ao traumático, que pode levar a uma difícil elaboração dos processos de luto. Este relato de experiência objetivou compreender os aspectos emocionais e inconscientes da reabilitação do paciente com Parkinson. Trata-se de um relato de caso clínico a partir do acompanhamento psicológico a um paciente com Parkinson, em um centro de reabilitação física no noroeste do estado de São Paulo. A coleta de dados ocorreu pelo diário de bordo da psicóloga-pesquisadora de orientação psicanalítica e as interpretações a partir das categorias conceituais dessa teoria. Constatamos aspectos inconscientes que apontam para saídas patológicas, como a inibição depressiva. Destacamos a psicoterapia psicodinâmica breve no contexto da clínica ampliada como um importante espaço de escuta da singularidade e um dispositivo facilitador para o processo de luto.

1

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Luto; Psicanálise; Inibição depressiva; Reabilitação.

PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH PARKINSON'S IN THE CONTEXT OF THE EXPANDED CLINIC

Abstract

Considered a degenerative neurological disease with a chronic and progressive course, Parkinson's causes losses and changes that are marked by intense psychological suffering, similar to traumatic, which can lead to difficult mourning processes. This experience report aimed to understand the emotional and unconscious aspects of the rehabilitation of patients with Parkinson's. This is a clinical case report based on psychological support for a patient with Parkinson's, in a physical rehabilitation center in the northwest of the state of São Paulo. Data collection took place through the logbook of the psychoanalytically oriented psychologist-researcher and interpretations based on the conceptual categories of this theory. We found unconscious aspects that point to pathological solutions, such as depressive inhibition. We highlight brief psychodynamic psychotherapy in the context of the

¹ Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP), São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: maithepsico@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9867-2969>

² Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru, SP, Brasil. E-mail: erico.bv.campos@unesp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4716-4163>

expanded clinic as an important space for listening to singularity and a facilitating device for the grieving process.

Keywords: *Parkinson's Dissecasse; Grief; Psychoanalysis; Depressive inhibition; Rehabilitation.*

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA PARA PACIENTES CON PARKINSON EN EL CONTEXTO DE LA CLÍNICA AMPLIADA

Resumen

Considerada una enfermedad neurológica degenerativa de curso crónico y progresivo, el Parkinson provoca pérdidas y cambios marcados por un intenso sufrimiento psicológico, similar al traumático, que puede derivar en difíciles procesos de duelo. Este relato de experiencia tuvo como objetivo comprender los aspectos emocionales e inconscientes de la rehabilitación de pacientes con Parkinson. Se trata de un relato de caso clínico basado en el apoyo psicológico de un paciente con Parkinson, en un centro de rehabilitación física en el noroeste del estado de São Paulo. La recolección de datos se realizó a través del cuaderno de bitácora del psicólogo-investigador de orientación psicoanalítica y de interpretaciones basadas en las categorías conceptuales de esta teoría. Encontramos aspectos inconscientes que apuntan a soluciones patológicas, como la inhibición depresiva. Destacamos la psicoterapia psicodinámica breve en el contexto de la clínica ampliada como un espacio importante para la escucha de la singularidad y un dispositivo facilitador del proceso de duelo.

2

Palabras-clave: *Enfermedad de Parkinson; Duelo; Psicoanálisis; Inhibición depresiva; Rehabilitación.*

INTRODUÇÃO

Este relato de experiência objetivou compreender os aspectos emocionais e inconscientes da reabilitação do paciente com Doença de Parkinson. Trata-se de uma doença degenerativa do sistema nervoso central que é causada pela diminuição da produção de dopamina, neurotransmissor relacionado aos movimentos voluntários. Os sintomas motores envolvem tremores, rigidez, instabilidade postural, lentidão dos movimentos, além da diminuição do volume da voz, ausência de expressão facial, dificuldade de deglutição, constipação, micção frequente e disfunção sexual. As alterações cognitivas podem ser observadas, embora ocorram com maior prevalência no estágio tardio da doença, e os sintomas neuropsiquiátricos de ansiedade e depressão podem anteceder os sinais motores em vários anos (Kummer & Teixeira, 2009).

Uma das vertentes de tratamento para a doença de Parkinson, associada ao tratamento medicamentoso com o agente dopaminérgico levodopa (Cardoso, 1995), incide na reabilitação física, a qual consiste em minimizar os déficits funcionais decorrentes das

sequelas neurológicas (Fernandes et al., 2007). O trabalho ambulatorial desenvolvido no centro especializado de reabilitação física está localizado em um nível secundário de atenção especializada (Brasil, 2012). Na mesma vertente, o trabalho do psicólogo desenvolvido no centro de reabilitação física é considerado uma prática inserida no âmbito da Psicologia da Saúde, que está localizada em um nível secundário de atenção especializada em saúde (Castro & Bornholt, 2004) e que, portanto, visa alcançar a estabilização psíquica e a manutenção da saúde mental.

A clínica ampliada consiste em uma ferramenta teórica e prática que propõe um olhar integrado de atenção em saúde com a finalidade de ampliar a abordagem clínica para além dos aspectos orgânicos, considerando, assim, a singularidade e os aspectos subjetivos do sujeito envolvidos no processo saúde-doença. Configura-se como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) que busca colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, recomenda que os profissionais de saúde exerçam o cuidado integrando suas ações sobre o sujeito como um todo, para além de sua doença (Brasil, 2013).

O nascimento da clínica ampliada ocorreu no contexto da reforma psiquiátrica com a proposta de ampliar as práticas em saúde mental e, no Brasil, disseminou-se como uma prática de atenção em saúde sobre o sofrimento psíquico que envolve ações intersetoriais, coletividade e institucionais (Winograd & Vilhena, 2014). Na esfera da assistência psicológica, configura-se como o cuidado clínico que não ocorre apenas dentro do modelo clássico e já consolidado do consultório particular, mas que amplia sua prática de atuação para os espaços institucionais ou sociais. Nesse sentido, a Psicanálise se constitui como um importante instrumento que contribui para o desenvolvimento da clínica ampliada, uma vez que suas práticas em saúde priorizam a escuta do sujeito favorecendo, assim, a recuperação da dimensão de sua singularidade (Campos, 2012).

Embora a assistência psicoterápica de abordagem psicanalítica ao paciente neurológico ainda seja considerada escassa nos cenários internacional e nacional, a psicoterapia de abordagem psicanalítica para essa população se configura como de suma importância, uma vez que busca auxiliar a elaboração psíquica dos efeitos da lesão cerebral e das suas consequências permitindo ao paciente neurológico a expressão de sua subjetividade (Winograd et al., 2008).

A literatura específica que contempla estudos clínicos e teóricos psicanalíticos acerca da subjetividade dos pacientes neurológicos demonstra que, em geral, a afecção neurológica ocasiona um impacto traumático que divide a vida do sujeito entre um antes e depois do adoecimento, o qual é responsável por desestabilizar as representações que o sujeito possuía acerca de si mesmo e que pode abalar sua estabilidade egoica e acarretar uma fragilidade da integração narcísica, prejudicando, assim, sua capacidade de elaboração psíquica (Andrade & Winograd, 2018; Klautau et al., 2016).

Dessa forma, uma doença grave ou importante limitação física pode provocar uma descontinuidade na vida cuja ruptura excede a capacidade de representação psíquica e se torna impossível de simbolizar, fazendo com que o sujeito experimente o traumático (Bomfim, 2016). Em certos casos, a dificuldade de elaboração de um acontecimento traumático pode desencadear patologias relacionadas aos quadros depressivos que, para Pinheiro (2012), consistem em um desinteresse pelo mundo externo em função de um acontecimento real, traumático, como por exemplo, o trabalho de luto. Esse desinteresse se torna necessário para que seja possível a elaboração do traumático, havendo um investimento de energia na tentativa de superar uma situação difícil. Nessa vertente, Campos (2016) salienta que a saída depressiva para o luto constitui uma posição que envolve uma inibição do desejo próprio, sendo que o sujeito entra em depressão para não desejar, processo que pode culminar em aspectos de prostração, retraimento, e negação do olhar do outro.

Na prática o trabalho psicanalítico pode auxiliar possibilitando uma abertura para o trabalho do luto (Andrade & Winograd, 2018). Nesse processo, o analista pode oferecer uma escuta atenta que funcione como uma forma de contenção do excesso de excitação e auxilie na elaboração psíquica do traumático. Esse trabalho consistirá em favorecer as ligações entre as pulsões e as representações psíquicas e oportunizar um processo associativo que auxilie o resgate da história do sujeito e possibilite uma construção de sentidos que alcance a simbolização dos conteúdos traumáticos (Matos & Belo, 2022). À vista disso, a escuta analítica pode fornecer condições para o sujeito trazer à consciência as recordações ligadas ao objeto perdido, facilitando, assim, um progressivo desligamento libidinal desse objeto, para que, ao final deste processo, novos objetos possam ser investidos de libido (Andrade & Winograd, 2018).

Portanto, a psicanálise inserida nas instituições de saúde se configura como uma ferramenta com importante potencial de transformação quando se propõe a escutar o outro em sua radical singularidade. Desse modo, a clínica psicanalítica nos espaços públicos se torna não um lugar de aplicação de um saber teórico, mas um lugar de sua produção (Moretto, 2019).

O relato desenvolvido seguiu o formato de um estudo de caso ilustrado por fatos clínicos que se deu a partir do acompanhamento psicológico a um paciente diagnosticado com a Doença de Parkinson, em um centro de reabilitação física localizado na região noroeste do estado de São Paulo. Os atendimentos psicológicos foram realizados por meio de sessões individuais de psicoterapia breve psicodinâmica com duração de 40 minutos e frequência semanal. A coleta de dados ocorreu por meio do diário de bordo da psicóloga-pesquisadora de orientação psicanalítica, que manteve o registro do conteúdo clínico emergido das sessões de psicoterapia. A interpretação do conteúdo da relação analítica advindo dos registros textuais do diário de bordo seguiu os preceitos da clínica psicanalítica. O relato produzido modifica nomes e outros detalhes para melhor preservação do sigilo e

identidade do paciente. O estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo e recebeu parecer favorável do CEP da universidade à qual a pesquisa está vinculada sob CAAE número 53078021.3.0000.5398 e aprovação da instituição de reabilitação física para a coleta de dados, e a autorização do participante aconteceu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando-se os aspectos éticos envolvidos.

DESENVOLVIMENTO

O paciente silencioso

O paciente, com 50 anos de idade, inicia a reabilitação física na instituição ciente da condição progressiva da doença e sem expectativa elevada de melhora dos sintomas, tendo como foco de tratamento a melhora em relação ao equilíbrio e à fala. Ele possuía uma vida ativa com funcionalidade para as atividades do dia a dia, sendo que, apesar de estar aposentado na área de construção civil, trabalhava de modo autônomo em uma área relacionada. O processo de reabilitação durou ao todo 11 meses e envolveu o trabalho em conjunto da equipe multidisciplinar com terapias individuais das especialidades do setor de Fisioterapia solo e aquática, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Musicoterapia e Psicologia.

O processo psicoterapêutico ocorreu nos moldes da psicoterapia breve psicodinâmica no contexto de clínica ampliada em Psicologia da Saúde. Os atendimentos psicológicos ocorreram com frequência semanal e foram estruturados em sessões individuais de quarenta minutos. O acompanhamento psicológico no setor de Psicologia teve duração de cerca de três meses, sendo que, após o encerramento do atendimento psicológico individual semanal, foi mantido em acompanhamento via orientações que aconteciam por atendimentos psicológicos individuais pontuais com frequência trimestral. Dessa maneira, foi possível oferecer apoio emocional ao paciente quando fosse necessário e suporte à equipe multidisciplinar até o momento de finalização de todo o processo de reabilitação.

Na entrevista inicial com o paciente no setor de Psicologia foi possível observar a presença de sintomas de humor deprimido e tristeza associados a uma postura apática e pouco comunicativa, na qual ele respondia apenas ao que lhe era perguntado. O paciente disse que sempre foi ansioso e trouxe como queixa atual a presença de episódios recorrentes de tristeza sem uma causa aparente. O paciente demonstrava consciência acerca da condição progressiva da doença e não possuía expectativa elevada em relação à melhora dos sintomas. Porém, esses fatores, associados aos sintomas de humor deprimido, pareciam apontar para uma possível desesperança em relação ao adoecimento. Dessa

forma, foi delimitado como foco de trabalho para a psicoterapia oferecer escuta e suporte às questões emocionais relacionadas ao diagnóstico e trabalhar a expectativa frente à reabilitação.

Diante das impressões iniciais a respeito do caso, me chamou a atenção o fato do paciente, desde o momento inicial da avaliação, ter trazido como queixa principal a dificuldade para falar, apontando-a como foco de melhora da reabilitação. O paciente mencionava “querer falar”. Contudo, sabemos que a comunicação engloba muitos aspectos além da função da fala propriamente, de modo que, o próprio sintoma de hipomímia, caracterizado como a diminuição da capacidade de expressão gestual e facial, pode ter funcionado como um fator prejudicial à interação social. Porém, o paciente não havia perdido a função da fala, sendo que, apesar da dificuldade, conseguia falar. Assim, nos intrigava o fato do paciente, desde o início, ter demonstrado uma postura silenciosa e com pouca interação. Essa postura parecia revelar uma ambivalência no desejo de fala apresentado pelo paciente, pois ao mesmo tempo em que afirmava que desejava falar, paradoxalmente, apresentava uma resistência manifestada pela postura silenciosa e dificuldade em se expressar por meio das palavras.

As entrevistas preliminares no setor de Psicologia transcorreram no sentido de estabelecer um vínculo terapêutico com o paciente, que mantinha a postura silenciosa, respondendo apenas ao que lhe era perguntado e fazendo pouco contato visual. Nesse momento inicial do tratamento, o paciente discorria sobre fatos acerca da vida atual, do trabalho que realizava com a ajuda do irmão e do qual se orgulhava, das peripécias do neto que morava com ele, dos jogos de futebol que assistia em determinado dia da semana e da convivência com a família e relacionamento com os filhos e esposa. Além disso, também contava sobre os planos que tinha em relação ao futuro de se mudar para uma casa maior com a família.

É importante destacarmos que o paciente apresentava a mesma postura silenciosa nos outros setores da reabilitação e no contexto familiar, nos quais permanecia praticamente calado, sem conversar, dando a impressão de estar entristecido e gerando preocupação na equipe e nos familiares. Todo esse cenário de silenciamento associado à demanda de preocupação gerada na equipe e nos familiares se desdobra no campo contratransferencial se manifestando por uma sensação de impotência na psicoterapeuta – afinal, o paciente desejava falar, mas pouco falava no *setting* psicoterapêutico. Diante desse incômodo que foi provocado, em certa sessão, a terapeuta resolve indagar ao paciente: “O que o senhor acha da Psicologia?”. Claro que a intenção com essa pergunta não era saber o que o paciente sabia sobre a Psicologia enquanto ciência, mas sim o que ele pensava a respeito da proposta do atendimento oferecida naquele contexto e se, de algum modo, ele via sentido no que ele estava fazendo ali. Para surpresa da psicóloga, o paciente responde “É difícil ajudar, pois é uma doença muito feia, e que só piora”. Com isso, ele demonstra não só

saber que a proposta ali era no sentido de ajuda/acolhimento, como também revela uma sensação de desesperança em relação ao adoecimento.

Porém, ainda pouco satisfeita com a resposta, a psicóloga procurou ser mais incisiva, indagando-lhe mais diretamente: “Às vezes percebo o senhor um pouco calado, o que acha de vir aqui no setor de Psicologia?”. Então, o paciente responde “Eu sempre fui quieto, converso pouco em casa. Mas devido à doença me acostumei a ficar calado”. Perguntado se às vezes se sente constrangido de falar devido à doença, o paciente responde: “Me sinto constrangido de falar e não ser compreendido e ter que repetir. Fico com raiva quando falo e as pessoas não entendem”. Nesse momento é dito ao paciente: “Eu estou compreendendo o que o senhor está falando” e ele complementa: “Eu gosto da psicoterapia e quero continuar. Você foi a pessoa que mais conversei até agora”, e dá risadas. Desse momento em diante, observou-se uma postura um pouco mais ativa e aberta do paciente durante os atendimentos.

No decorrer dos atendimentos, houve um estreitamento do vínculo entre psicoterapeuta e paciente, com o paciente mencionando alguns aspectos emocionais associados à sua condição física. Nesse contexto, busca-se saber qual o conhecimento que ele possui acerca do diagnóstico a fim de verificar o nível de assimilação e o modo de enfrentamento. Então, a psicóloga pergunta ao paciente “O que o senhor sabe sobre o Parkinson?”, e ele responde “É a falta da dopamina, que causa vários sintomas, dor nas juntas, dificuldade de movimento. Também fiquei mais ansioso”. Com isso, o paciente também relata as dificuldades decorrentes da condição física associadas à gravidade da doença, pontuando: “A doença é progressiva, não pode marcar um compromisso, pois não se sabe se estará bem no dia. Tem dia que tudo piora devido às dores no corpo”. Dessa forma, o paciente expressa um sofrimento elevado relacionado à falta de previsibilidade decorrente dos sintomas e desesperança devido ao caráter progressivo da doença.

A sensação de desesperança também aparece relacionada à baixa expectativa que o paciente possui em relação à melhora dos sintomas com a reabilitação física. Sendo assim, o paciente menciona “Estou gostando das terapias, mas não tenho expectativa de melhorar, pois sei que a doença é progressiva. Então, só de não piorar já está bom”. Além disso, o paciente também expressa os momentos de frustração e impotência que passou durante a realização das terapias. Ele menciona ter iniciado no setor de musicoterapia, e ao ser indagado como foi, responde que “Foi triste, pois a voz não saía”, embora ressalte contrariado “Mas estou fazendo ‘fono’, então talvez melhore”. Essas experiências parecem, de certa forma, intensificar sua falta de esperança frente à reabilitação.

O medo de morrer também aparece como aspecto emocional relacionado à condição física do paciente, já que o caráter progressivo da doença torna a possibilidade de morrer cada vez mais concreta para o paciente. O tema da morte aparece de forma indireta no relato do paciente, quando ele menciona sobre o procedimento cirúrgico de troca da bateria

do aparelho de ECP³ que precisa realizar. O paciente menciona que já realizou quatro cirurgias de troca de baterias e que precisa ficar internado para efetuar o procedimento, e pontua: “Não tenho medo da cirurgia em si, mas tenho medo na hora que acorda na sala de recuperação e tem mais pessoas deitadas”. O paciente relembra a cirurgia realizada seis anos antes e menciona o quanto foi triste ter que ficar acordado na sala de recuperação durante três horas, olhando para o relógio com a sensação de que o tempo não passava, no que afirma: “Essa é fase mais difícil, quando precisa internar para trocar a bateria do aparelho. Sou ansioso e não consigo ficar parado”. Com isso, expressa de modo indireto uma angústia de aniquilamento relacionada a este momento. A cena das pessoas deitadas parece remeter a uma situação mórbida na qual o paciente projeta seu medo de morrer, gerando angústia e desejo de sair daquele local o quanto antes. Contudo, o paciente ressalta o quanto os sintomas melhoraram após a intervenção cirúrgica, como quem reafirma para si mesmo a importância e a necessidade de realizar a cirurgia.

A Inibição Depressiva diante do Luto

Esses fragmentos demonstram que o paciente apresenta consciência acerca da doença, incluindo seu caráter progressivo, fato que contribui para que ele manifestasse expectativas compatíveis com a realidade diagnóstica e reabilitação. Contudo, também revelam que os aspectos emocionais associados ao adoecimento por Parkinson mobilizaram um intenso sofrimento psíquico, gerando um conteúdo ameaçador mobilizador de defesas psíquicas, as quais se manifestavam pela resistência do paciente expressar o conteúdo emocional por meio da fala e pela vivência de um luto antecipatório.

A mobilização das defesas psíquicas fica clara quando o paciente, ao entrar em contato com as perdas decorrentes de seu adoecimento, e com a possibilidade de uma piora progressiva das funções motoras, se depara com uma situação de desamparo, conceito descrito por Freud (1925-1926/1969) como o estado de impotência vivenciado pelo recém-nascido que depende completamente do outro (a mãe) para satisfação de suas necessidades e no adulto se constitui como modelo para pensar a situação traumática geradora de angústia que pode representar o temor da castração e provocar o acionamento de mecanismos de defesa.

Essa condição traumática é responsável por mobilizar enquanto defesa uma inibição afetiva, em específico da função da fala, e que teria como finalidade defender o psiquismo do paciente de fantasias destrutivas de caráter angustiante e ameaçador. A inibição impede o deslocamento da libido dificultando, assim, o investimento na fala que tornaria possível a

³ O aparelho de Estimulação Cerebral Profunda (ECP) é um recurso terapêutico que consiste no implante de eletrodos no globo pálido interno e/ou no núcleo subtalâmico levando a estimulação dessa região cerebral por meio da passagem de uma corrente elétrica que substitui o estímulo dos neurônios dopaminérgicos da substância negra que são acometidos no Parkinson (Rocha, 2019).

elaboração dos afetos, além de prejudicar o investimento libidinal para objetos do mundo externo. Esse processo culmina em um estado depressivo, no qual o paciente, não sabendo lidar com as perdas, coloca-se em uma posição de distanciamento afetivo em relação ao próprio desejo, adotando uma postura inibida e silenciosa.

Da mesma forma, notamos a vivência de um luto antecipado por parte do paciente que se manifesta como uma defesa psíquica frente à angústia de castração e que incide no nível do risco à integridade e à vida. Sobre esse quesito, Freud (1915-1916/1969) menciona que uma situação que sinaliza a perda iminente de um objeto, pode levar a uma antecipação do luto, que seria uma reação psíquica defensiva desencadeada pela previsibilidade de morte desse objeto. Assim, trata-se de casos que envolvem uma condição de luto antecipatório, no qual, haveria uma desistência de desfrutar de um objeto devido à sua efemeridade, pois o psiquismo instintivamente recua diante de algo que percebe que será penoso.

Nesse contexto, a previsibilidade acerca da piora progressiva da condição de saúde é responsável por mobilizar as defesas psíquicas. Nesse processo, o paciente evita defensivamente entrar em contato emocional com as funções corporais que ainda possui, mas que sabe que futuramente irá perder e, ao mesmo tempo, se prepara para perdas funcionais futuras. Assim, o paciente vivencia de maneira antecipada os sentimentos e afetos que poderiam surgir diante do agravamento de sua condição de saúde. O paciente se prepara para as perdas funcionais que ainda não aconteceram, vivenciando-as antecipadamente como se já estivessem acontecendo, havendo, desse modo, um deslocamento da libido para um tempo futuro.

O fenômeno do luto antecipado pôde ser visualizado quando o paciente contava sobre os planos que tinha em relação ao futuro de se mudar para uma casa maior com a família. O paciente relata que está construindo uma casa adaptada às suas necessidades e que a filha está construindo uma casa ao lado da sua, para morar com o marido e ajudá-lo nos cuidados. Além disso, o paciente mantinha guardado o andador que comprou para utilizar futuramente quando os sintomas da doença piorassem. É nesse processo que se manifesta a inibição da função da fala, no qual o próprio ato de falar parece ter cessado antes de haver de fato uma piora do quadro neurológico. Conforme vimos, a inibição da fala aponta para um estado depressivo que envolve a paralisação do desejo indicando uma forma de se desalojar da posição de sujeito. Tais aspectos defensivos apontam para a espera da terminalidade denotando o caráter preparatório para o fim da vida.

Conjecturamos que se trata de um paciente que encontra uma saída depressiva para o trabalho de elaboração do luto. Nesse processo, acontece a inibição do desejo do paciente diante do sofrimento psíquico que implica seu narcisismo e que se manifesta pela presença de uma postura retraída e silenciosa, destituindo-o de uma posição de sujeito ativa e desejante. Ademais, o caráter progressivo da doença e a previsibilidade da piora da condição de saúde fazem o sujeito reagir defensivamente evitando entrar em contato com as funções

que ainda possui e sabe que irá perder, ao mesmo tempo em que antecipa os sofrimentos relacionados às perdas futuras.

Ressaltamos, ainda, que a antecipação do luto, considerada Freud (1915-1916/1969) uma defesa do sujeito frente à transitoriedade de sua existência, para Castro-Arantes (2016) assemelha-se à preparação para as perdas iminentes que ocorrem no estágio de depressão de Kübler-Ross (1969). Assim, se, por um lado, a antecipação do luto pode ser uma defesa psíquica frente à transitoriedade da existência, por outro, pode ser importante no sentido de corresponder a uma antecipação para as perdas reais anunciadas, semelhante à depressão preparatória. Nesse contexto, essa mobilização vivenciada pelo paciente corresponderia à etapa depressiva do luto, marcada por um trabalho silencioso de elaboração que visa preparar o sujeito para as perdas iminentes, sendo o investimento libidinal projetado para um tempo futuro.

A partir desse entendimento, foi possível realizar um *feedback* para equipe e família a respeito do caso, uma vez que eles vinham apresentando preocupações referentes ao paciente. Nesse quesito, é interessante notarmos as diferentes reações psíquicas diante de uma pessoa com uma postura de silenciamento, já que essa postura pode estimular a fantasia de quem com ela convive, levando a mecanismos projetivos de conteúdos emocionais diversos. A equipe, por exemplo, demandava atendimento psicológico ao paciente, mas não sabia especificar muito bem o motivo. Já a família, no caso a esposa, acreditava que o paciente estava triste por causa de problemas familiares, mesmo sem esse assunto – nem qualquer outro – ter sido verbalizado como motivador de tristeza. Sendo assim, foi sinalizado para a equipe que o paciente estava vivenciando uma espécie de antecipação do processo de luto, em que ele se preparava para as perdas futuras antes mesmo destas acontecerem. Foi enfatizado que esse momento estava sendo marcado por um estado de depressividade o que, de certo modo, justificava sua postura silenciosa e inibida, e que se tratava de um processo de elaboração que decorreria de acordo com a singularidade e subjetividade do paciente.

Em suma, a partir do *feedback* realizado foi possível observar boa escuta tanto por parte da equipe quanto por parte da família, que concordaram com a opinião técnica emitida, havendo uma amenização parcial da angústia geradora de demanda. Em específico à esposa, foi possível notarmos uma abertura considerável, já que, ao receber o retorno, ela ainda complementou – confirmando o que havíamos pensado – que achava que o paciente havia parado de falar – mesmo ainda podendo falar – porque o médico lhe dissera em consulta que, com o tempo e com o avanço da doença, ele iria parar de falar.

É interessante notarmos que, mesmo diante do medo da morte e da falta de esperança, o paciente se mostra ativo em sua rotina de atividades diárias. Ele menciona que trabalha com produtos relacionados à área da construção civil que faz sob encomenda e que procura adequar a demanda de serviço de acordo com sua disponibilidade de tempo e conforme sua rotina. Nesse sentido, um dos fatores que podem influenciar na realização das

atividades laborais e em relação ao qual o paciente precisa se ajustar são as dores decorrentes do esforço físico, que no Parkinson costumam ficar mais intensas. Sendo assim, o paciente procura se adaptar ao alternar os dias de trabalho, no que afirma que “faço um serviço em uma semana, descanso uma semana e retomo na semana seguinte a próxima encomenda”. Além disso, conta com a ajuda do irmão para a realização do trabalho e, novamente, retoma – talvez agora, de uma maneira mais leve – a dificuldade na fala como empecilho na interação social: “Meu irmão me ajuda, mas é difícil, pois tenho que explicar o serviço”. Então, pergunto se é difícil para explicar, no que ele responde “Não, é difícil para ele entender”, e dá risadas.

Ao longo do processo psicoterapêutico, o paciente foi capaz de reconhecer algumas melhoras alcançadas com o processo de reabilitação. Reconhece, por exemplo, o progresso percebido no corpo com exercícios de fisioterapia. Também diz da melhora significativa em relação à dificuldade na fala – sua principal queixa, alcançada com a reabilitação fonoaudiológica, conforme expressa em seu relato: “Minha voz melhorou. As pessoas (família) estão percebendo. Acho que está mais fácil para falar e para as pessoas entenderem. Estou conversando mais em casa”. Nesse momento, a psicóloga valida a melhora alcançada, dizendo “Sim, é verdade, também percebi que a voz está melhor” e perguntando como ele se sente, ao que ele responde “Fico feliz”. Aqui, a voz, parecia ter mais do que apenas uma função do corpo, representava também um avanço no campo afetivo, no sentido de que o paciente passava a ter mais ‘voz ativa’ diante da vida, conforme lhe foi apontado: “Aliás, não só a voz, o emocional também melhorou”, no que ele responde satisfeito que concorda.

O trabalho integrado da equipe multidisciplinar acarretou um efeito positivo que recaiu sobre a autoimagem do paciente. Portanto, se, por um lado, a equipe motora alcançou ganhos no processo de reabilitação, o processo psicoterapêutico, por sua vez, foi importante para validar esses ganhos restituindo ao paciente o lugar de sujeito. É a partir do reconhecimento da melhora da fala pelos outros – psicóloga e familiares – que o paciente também se sente autorizado a validá-la. Pensamos que o reconhecimento de uma “melhora” representa, também, um (re)conhecimento de si mesmo, no qual o paciente consegue, ainda que momentaneamente, reaver sua própria identidade outrora perdida ao (re)produzir sua imagem especular na relação com os outros.

Contudo, essas sensações de alívio e bem estar momentâneos rapidamente dão lugar à mesma sensação de desesperança apresentada pelo paciente desde o início e que se torna predominante em todo seu discurso. Ele parece não se sentir autorizado em se manter animado diante de conquista alguma, pois sabe que, a qualquer momento, poderá se decepcionar novamente com uma nova progressão dos sintomas. Essa condição aponta, conforme vimos, para uma experiência de luto antecipatório, na qual o paciente passa a se defender de qualquer possibilidade de melhora. Tais aspectos também podem ser observados quando ele discorre sobre como se sente acerca do progresso alcançado durante

o processo de reabilitação, conforme ilustra o fragmento de seu relato: “Fico mais motivado com a melhora na fala e no equilíbrio, mas mais esperançoso, não. Os sintomas melhoraram com a troca da bateria. Mas você sabe, a doença é triste”, reafirmando, assim, os sentimentos predominantes de tristeza e desesperança diante de sua condição física.

Para finalizarmos cabe destacar que, embora a postura silenciosa e inibida do paciente possa, de certo modo, ter afetado o processo de transferência e contratransferência, ela não impediu que o trabalho psicoterapêutico tivesse um efeito positivo e provocasse mudanças sobre os aspectos emocionais apresentados. Desse modo, as intervenções realizadas apontaram para uma diminuição das defesas psíquicas com uma consequente elaboração dos sintomas. Assim, houve uma melhora da inibição da fala, onde o paciente pôde resgatar a voz a partir da restituição da posição de sujeito, fator que lhe reassegurou aspectos de seu narcisismo. Além disso, a fixação do paciente em um tempo futuro pôde ser compreendida como uma dificuldade de olhar para as dificuldades vivenciadas no presente, em que uma solução possível seria olhar para o futuro como uma tentativa de controlar o seu destino. Portanto, embora a tristeza e a projeção para o futuro tenham permanecido mesmo após as intervenções, o luto antecipatório parece ter encontrado certo reposicionamento, onde o paciente pôde minimamente vislumbrar os aspectos atuais de sua vida no tempo presente, como o relacionamento com a esposa e com a filha, bem como a dinâmica de trabalho, apoiando-se em tais aspectos para enfrentamento dos processos de luto.

12

Ressaltamos ainda que, para além dos aspectos neurológicos apresentados, os quais limitavam a funcionalidade do paciente, em especial a fala, foi possível visualizar uma influência considerável dos aspectos psicodinâmicos sobre as disfunções neurológicas, os quais, acabavam reforçando as dificuldades funcionais apresentadas, devido a uma inibição defensiva. Nesse contexto, o processo psicoterapêutico foi importante para auxiliar a elaboração dos aspectos psicodinâmicos envolvidos no trabalho de luto. Com o acompanhamento psicológico o paciente pôde dirimir defesas pouco adaptativas, alcançando um reposicionamento na posição de sujeito e uma melhor estabilização psíquica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato do caso clínico proporciona uma compreensão acerca das nuances envolvidas nos processos de luto vivenciados com a experiência de adoecimento por Parkinson. O relato ilustra aspectos emocionais e inconscientes que apontam para saídas patológicas caracterizadas por defesas psíquicas como a inibição depressiva. A psicoterapia psicodinâmica breve no contexto da clínica ampliada se configurou um espaço de escuta importante para testemunhar a singularidade do paciente frente à sua experiência de adoecimento, auxiliando na elaboração dos aspectos psicodinâmicos envolvidos nos

processos de luto. Consideramos, portanto, que uma escuta psicanalítica acerca dos fenômenos emocionais e inconscientes pode se desenhar como um dispositivo facilitador para o processo de acompanhamento psicológico nesses contextos.

REFERÊNCIAS

Andrade, A. B., & Winograd, M. (2018). Nostalgia de si: melancolia e adoecimento neurológico. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 21(3), 354-364. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982018003007>

Bomfim, F. (2016). Trauma e perda: sobre o encontro com o real no corpo e com o desejo do analista. *Opção Lacaniana online nova série*, 4(21), 1-9. http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_21/Trauma_e_perda.pdf.

Brasil (2012). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012*. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html#:~:text=DAS%20DISPOSI%C3%87%C3%95ES%20GERAIS,Art.,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html#:~:text=DAS%20DISPOSI%C3%87%C3%95ES%20GERAIS,Art.,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).).

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de humanização*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

Campos, D. T. F. (2012). O cuidado e sujeito: questões acerca da clínica ampliada. In M. Winograd & M. de Souza (Orgs.), *Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico* (pp. 33-48). Cia. de Freud.

Campos, E. B. V. (2016). Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 22-44. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v7n2/a03.pdf>.

Cardoso, F. (1995). Tratamento da doença de Parkinson. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 53(1), 1-10. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1995000100001>

Castro-Arantes, J. (2016). Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 19(3), 637–662. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982018003007>

Castro, E. K. de, & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x Psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(3), 48-57. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>

Fernandes, A. C., Ramos, A. C. R., Casalis, M. E. P., & Hebert, S. K. (Org.) (2007). *AACD Medicina e reabilitação: princípios e prática*. Artes Médicas.

Freud, S. (1969). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 20, pp. 81-167). Imago (Trabalho original publicado em 1925-1926).

Freud, S. (1969). Sobre a transitoriedade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 317-319). Imago (Trabalho original publicado em 1915-1916).

14

Klautau, P., Winograd, M., & Sollero-de-Campos, F. (2016). Do traumático ao trauma: a lógica do presente permanente. *Psicologia em Revista*, 22(3), 613-635. <https://doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N3P613>

Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos, e aos seus próprios parentes* (9a ed.). WMF Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1969).

Kummer, A., & Teixeira, A. L. (2009). Neuropsychiatry of parkinson's disease. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 67(3-B), 930-939. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2009000500033>

Matos, V. B., & Belo, F. R. R. (2022). Transformações do eu na velhice e suas articulações com o trauma. *Ver Longe viver*, 4(15), 21-31. <https://revistalongeviver.com.br/anteriores/index.php/revistaportal/article/viewFile/969/1030>.

Moretto, M. L. T. (2019). Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista. *Rev. SBPH*, 22(spe.), 19-27. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22nspe/v22nspea03.pdf>

Pinheiro, T. (2012). O modelo melancólico e os sofrimentos na contemporaneidade. In J. Verztman, R. Herzog, T. Pinheiro & F. Pacheco-Ferreira (Orgs), *Sufrimentos narcísicos* (pp. 17-38). Cia de Freud/UFRJ.

Rocha, C. E. D. (2019). *Estimulação cerebral profunda bilateral dos núcleos subtalâmicos na doença de Parkinson: complicações, efeito clínico, impacto na qualidade de vida e suas correlações* [Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto]. <http://btd.famerp.br/handle/tede/657>

Winograd, M., & Vilhena, J. (2014). Apresentação. In M. Winograd & J. Vilhena (Orgs), *Psicanálise e clínica ampliada: multiversos* (pp. 5-13). Appris.

Winograd, M., Sollero-de-Campos, F., & Drummond, C. (2008). O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. *Revista mal-estar e subjetividade*, 8(1), 139-170. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n1/08.pdf>

Recebido em: 12/06/2024

Reapresentado em: 01º/12/2024

Aprovado em: 04/12/2024

15

SOBRE OS AUTORES

Maithê Cristina Uliana é psicóloga (Unesp/Bauru). Mestra e Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem (Unesp/Bauru). Especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar (HRAC/USP). Especialista em Psicologia Hospitalar (CRP). Atua como psicóloga na área da Psicologia da Saúde e como docente universitária do curso de Psicologia no Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP).

Érico Bruno Viana Campos é psicólogo, mestre e doutor em psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP. Professor assistente do departamento de Psicologia e do PPG em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da UNESP em Bauru. Bolsista Produtividade em Pesquisa nível II do CNPq.